

Perfil de pessoas vivendo com HIV em um centro de referência em doenças infectocontagiosas de Belo Horizonte (MG, Brasil)

Profile of people living with HIV at a reference center in contagious and infectious diseases in Belo Horizonte (MG, Brazil)

Carlos Felipe Nogueira¹, Cláudio Daniel Cerdeira, Ph.D², Aline Chagas Prado³, Raquel Pinto Coelho Souza Dias⁴, Roberta Bessa Veloso Silva⁵, Poliane Cristina Vertêlo⁶, Alessandra Cristina Pupin Silvério⁷

Resumo

Avaliou-se o perfil de pessoas vivendo com HIV atendidas em um centro de referência em doenças infectocontagiosas. Entre os 50 pacientes entrevistados ($n = 50$), 80% ($n = 40$) eram do sexo masculino e a média de idade foi $39 \pm 13,8$ anos. 84% ($n = 42$) faziam uso da terapia antirretroviral (TARV) e 60% ($n = 30$) praticavam atividade física. Hábitos deletérios associados a comportamentos de risco para disseminação do HIV foram observados, como o alcoolismo (72%, $n = 36$), práticas sexuais de risco (sexo anal, 76%), parceiros múltiplos (3 ou > 3/ano, 44%), elevado número de homens que fazem sexo com homens (40%, $n = 20$), e uma baixa aderência ao uso regular de preservativo (antes [12%] e após [56%] a soropositividade). O sexo do entrevistado ou tipo de prática sexual relacionou-se ao uso de preservativo; etilismo ao número de parceiros; e a prática de atividade física associou-se ao uso da TARV ($p < 0,05$). Preocupantemente, 36% ($n = 18$) dos entrevistados relataram o uso de tecnologias de comunicação (aplicativos, bate-papo *online*, *internet* e redes sociais em geral) para busca de parceiros, sendo este um fator agravante dos comportamentos de risco, desde que houve associação significativa entre esse hábito e a promiscuidade sexual ($p = 0,0279$). Portanto, é importante compreender os aspectos que interferem nas práticas sexuais seguras, bem como os fatores que determinam a adesão a TARV, visando à melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e a execução de medidas preventivas.

Palavras-chave: SIDA, HIV, Terapia Antirretroviral de Alta Atividade, Redes sociais.

¹ Médico - Faculdade de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS- Alfenas-MG).

² Doutor em Ciências Farmacêuticas - Departamento de Bioquímica (DBq)- Instituto de Ciências Biomédicas - Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

³ Médica - Faculdade de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS- Alfenas-MG).

⁴ Médica - Faculdade de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS- Alfenas-MG).

⁵ Docente da Faculdade de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS- Alfenas-MG).

⁶ Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

⁷ Docente da Faculdade de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS- Alfenas-MG).

Abstract

It was evaluated the profiling of people living with HIV attended at a public reference center for treating infectious and contagious diseases. Among the 50 patients interviewed ($n = 50$), 80% ($n = 40$) were males and the mean age was 39 ± 13.8 years. 84% ($n = 42$) used antiretroviral therapy (ART,) and 60% ($n = 30$) practiced physical activity. Deleterious habits associated with risk behaviors for the spread of HIV were observed, including alcoholism (72%, $n = 36$), sexual practices of risk (anal sex, 76%), multiple partners (3 or > 3/year, 44%), elevated number of men who have sex with men (40%, $n = 20$), and an alarming low adherence to regular use of condoms (before [12%] and after [56%] the seropositivity). Sex of the interviewee or type of sexual practice related to the use of condoms; alcoholism to number of partners; and physical activity practice was associated with the use of ART ($p < 0.05$). 36% ($n = 18$) of the respondents reported the use of information and communications technology (ICT, such as apps, online chat, internet in general and other social media) to search for partners, being it an aggravating factor of risk behaviors, since there was a significant association between this habit and sexual promiscuity ($p = 0.0279$). Thus, is important to understand the aspects that interfere with safe sexual practices, as well as the factors that determine adherence to the use of ART to improve the life's quality of people living with HIV and the execution of preventive measures.

Key words: AIDS, HIV, ART, Social Media.

Introdução

Desde o início da epidemia em 1980, diversificadas mudanças no comportamento humano e na oferta de serviços de saúde no Brasil nas últimas décadas modificaram a sobrevivência de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês *human immunodeficiency virus*) e, conseqüentemente, os padrões de disseminação do HIV e o perfil epidemiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) no país. Esse perfil também é influenciado por fatores como a maior expectativa de vida da

população brasileira determinando um maior período de vida sexual ativa, o equilíbrio entre os sexos e, o início cada vez mais precoce da vida sexual, este último impulsionado pela globalização e suas tecnologias que favorecem a sexualidade¹⁻⁶.

Apesar da instituição de diversas medidas de saúde pública para conter o HIV e a aids no Brasil nas últimas décadas, e os avanços na terapia antirretroviral (TARV), que de fato elevaram a expectativa de vida nas pessoas vivendo com o HIV, ainda se observa um aumento de novas infecções pelo vírus. Este fenômeno é referido como uma

epidemia do tipo concentrada, em que a prevalência excede 5% na população que apresenta comportamentos de risco, tais como em usuários de drogas injetáveis [UDI], no caso de múltiplos parceiros, e em práticas de sexo sem proteção, mas é baixa (<1%) em outros grupos populacionais⁴⁻⁹.

Neste contexto, a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV também mudou amplamente ao longo dos anos em decorrência da TARV, contribuindo para a redução do próprio estigma, e favorecendo a sobrevivência dos pacientes². Assim, as pessoas vivendo com HIV e tratadas com sucesso são também referidas como pacientes HIV positivos (HIV+). Por outro lado, o quadro clínico de aids decorre quando há manifestação da doença por motivos de ausência ou insucesso terapêutico, ou em pacientes não diagnosticados sem tratamento. De relevância, fatores psicológicos e físicos podem fazer com que pessoas vivendo com HIV comportem-se, sobre amplos aspectos (incluindo os comportamentais e sociais), de maneira diferente dos pacientes com aids, tendo reflexo direto na sexualidade e padrão de disseminação do HIV^{2, 4, 7-9}.

Diante do exposto, é importante uma constante atualização quanto ao perfil desses pacientes, além de uma melhor compreensão dos atuais desafios relacionados à infecção pelo HIV, visando estabelecer as mais adequadas medidas de saúde pública para a prevenção da disseminação do vírus

(educação em saúde) e a implementação de melhorias na qualidade de vida e assistência médica adequada aos pacientes vivendo com HIV. Portanto, neste estudo foi avaliado o perfil de pessoas vivendo com HIV atendidos em um serviço de saúde referência no tratamento de doenças infectocontagiosas em uma cidade brasileira.

Casuística e Método

Este é um estudo descritivo/observacional e transversal, com intuito de traçar o perfil epidemiológico de pessoas vivendo com HIV atendidas em um serviço público do Sistema Único de Saúde (SUS), o hospital Eduardo de Menezes, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas.

A amostra aleatória foi contada em 50 pacientes ($n = 50$) entrevistados entre 01 a 31 de julho de 2016. A coleta de dados ocorreu em ambiente privativo, por meio de entrevista, com duração média de 60 minutos, utilizando-se um Formulário Sociodemográfico e Clínico, elaborado pelos pesquisadores e aplicado por um único avaliador, portanto, investigou-se o conhecimento das práticas e comportamentos de risco, fatores de exposição, hábitos de vida, influência das mídias sociais e seu impacto na sexualidade.

Os critérios de inclusão foram:

peças vivendo com HIV, ambos os sexos, idade igual ou maior a 18 anos. Os critérios de exclusão envolveram: impossibilidade ou dificuldades de responder o questionário. Todos os participantes selecionados aceitaram previamente participar do estudo, e não houve recusa a responder questões do questionário e/ou completar o estudo. Todos os dados coletados foram registrados em questionários individuais. Ressalta-se a presença do viés de memória dos entrevistados e o período recordatório para as questões foi dependente dos eventos questionados, sendo sempre estabelecidos antes das perguntas. O critério para descrever o uso regular e irregular do preservativo foi à resposta ao questionário sobre o uso do preservativo, sendo a resposta “usava sempre” considerada como uso regular e “às vezes” ou “nunca” irregular. O conceito da organização mundial de saúde (OMS) sobre múltiplos parceiros (> 2 parceiros ao ano) foi adotado.

Os dados coletados são apresentados como percentagens, médias e desvio padrão, e foram analisados pelo teste exato de Fisher ou qui-quadrado (χ^2), ao nível nominal de 5% de significância, para verificar a independência entre as variáveis. O teste exato de Fisher foi utilizado quando as frequências das células das tabelas de contingências foram abaixo de 5, e as análises foram realizadas no software R (R CORE TEAM, 2014). Um intervalo de confiança de 95% (IC(95%)) proporcional foi projetado usando o software BioEstat 5.0

(Belém, Pará, Brazil, 2007). O estudo seguiu os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido previamente aprovado pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo humanos (Protocolo de aprovação: CAAE 51968315.0.0000.5143, Número do Parecer: 1.503.570) da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS-Alfenas). Nesse sentido, os entrevistados foram convidados a participar do estudo e esclarecidos a respeito do mesmo, sendo que um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi apresentado aos voluntários e assinado individualmente por cada um que concordou em participar.

Resultados

Como observado na **Tabela 1**, na amostra de 50 pessoas vivendo com HIV ($n = 50$), 80% eram do sexo masculino ($n = 40$). A média de idade foi $39 \pm 13,8$ anos, não havendo diferença significativa entre os grupos de jovens e adultos. A faixa etária mais frequente foi à adulta/jovem (31-45 anos) com 36% ($n = 18$), seguida da adulta (46-60 anos) com 32% ($n = 16$), a jovem (18-30 anos) com 28% ($n = 14$), e a faixa etária dos idosos (> 60 anos) com 4% ($n = 2$). Avaliando o nível de escolaridade, 48% dos entrevistados não concluíram o ensino médio, e não houve correlação entre o uso do preservativo e escolaridade ($p > 0,05$). Com

relação à orientação sexual, 40% se definem como homens que fazem sexo com outros homens (HSH), 52% heterossexuais, e 8% bissexuais. Quanto ao uso de preservativo de forma irregular após o diagnóstico, houve correlação com o sexo ($p = 0,01$), sendo 80% para o sexo feminino, e 31% masculino responderam não fazer uso, ou uso eventual (irregular) do preservativo.

Referente ao tempo de diagnóstico, 68% dos entrevistados havia recebido o diagnóstico há menos de cinco anos, sendo que destes, mais da metade há menos de um ano. Avaliando-se a relação entre qualidade de vida e hábitos rotineiros e de saúde (**Tabelas 2 e 3**), 32% dos entrevistados são tabagistas, 72% informaram fazer ingestão regular de bebidas alcoólicas, 20% uso de substâncias ilícitas, e 60% realizam alguma atividade física semanal. Na avaliação das condições de saúde dos entrevistados (tabela 2), 84% fazem uso da TARV.

Questionados sobre atividade sexual, 48% informaram ter parceiro fixo, sendo que 83% dos parceiros também apresentam sorologia positiva para o HIV, todos cientes da sorologia do cônjuge. Não houve dependência entre ter parceiro fixo ou não, e uso irregular do preservativo nas relações sexuais ($p > 0,05$). Com relação à prática sexual nos últimos 12 meses antes das entrevistas, a média foi 7 parceiros/ano (± 16), havendo forte correlação com o estado civil, orientação sexual e etilismo (**Tabela 4**).

Setenta e seis por cento (76%) dos entrevistados informam ser mais frequente a prática de sexo anal, 48% informaram o vaginal, 44% oral, sendo que o uso irregular do preservativo durante tais práticas foram 47%, 25% e 100%, respectivamente. Destaca-se o elevado índice de não aderência ao uso do preservativo, ou seu uso irregular, por exemplo, no sexo anal, as categorias elaboradas foram sexo anal receptivo/insertivo, sendo o uso irregular do preservativo 50% para ambos (**Tabelas 2 e 3**). Sexo vaginal também foi dividido entre receptivo/insertivo, e o uso irregular foi 33% e 22%, mostrando um menor índice comparado ao sexo anal. Quanto ao sexo oral ($n = 22$), 100% responderam fazer uso irregular do preservativo, sendo que, 90% nunca utilizam e 10% utilizam às vezes.

O uso de tecnologias da informação e suas mídias/redes sociais também é um ponto constatado no presente estudo, em que 40% informaram ter feito uso de alguma mídia com o intuito de encontros sexuais (usando aplicativos, bate-papo, *internet*), como visto na **Tabela 2**. Preocupantemente, 64% dos participantes em que o número de parceiros foi 3 ou > 3/ano relataram que fazem uso de aplicativos para marcar encontros sexuais, sendo que tal promiscuidade e o uso destes aplicativos foram significativamente associados (**Tabela 4**, $p = 0,0279$). Em se tratando de um ou dois parceiros, as porcentagens se distribuíram de maneira

semelhante, sendo 28% dos encontros sexuais feitos através de salas de bate-papo, aplicativos e sites, seguidos de 16% que usam locais privados.

Discussão

O presente estudo avaliou o perfil de 50 pessoas vivendo com HIV atendidas em um hospital referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas, tendo sido observado um público heterogêneo e majoritariamente do sexo masculino. De acordo com o “Boletim Epidemiológico de 2016 do Ministério da Saúde (MS)” do Brasil, desde junho de 1980, foram notificados aproximadamente 842.710 casos de aids no país¹. Na década de 80, a disseminação era maior em HSH que praticavam sexo desprotegido e transfusões sanguíneas. No fim dos anos 80, o elevado número de UDI evidenciou outra importante forma de transmissão do HIV, principalmente no sudeste do país. A partir dos anos 90, os heterossexuais se tornaram a subcategoria com maior número de casos notificados e houve também um aumento progressivo da incidência em mulheres e a razão entre os sexos diminuiu². Entretanto, a partir de 2009, o número de casos em mulheres está em decréscimo¹. No presente levantamento houve uma maior frequência de homens vivendo com HIV (80%). Quanto à orientação sexual,

52% se declararam heterossexual, seguido de 40% HSH, e 8% bissexuais.

Analisando o processo de mudança no perfil epidemiológico de HIV/aids no Brasil, a faixa etária com maior número de casos é 35-39 anos para ambos os sexos¹. Isso também foi evidenciado na amostra desse estudo, com maior prevalência de pessoas vivendo com HIV na faixa etária 31-45 anos (36%), seguida de 46-60 anos (32%). Além disso, o levantamento do MS de 2016 também evidenciou um alerta sobre a infecção pelo HIV na população jovem numa comparação com dados de 2006, em que a faixa de 15-19 anos mais que triplicou (de 2,2 para 6,9 casos/100 mil habitantes) e, entre 20-24, dobrou (de 16,2 para 33,1 casos/100 mil habitantes)¹. Nesse estudo não há dados retrospectivos para comparação, mas a faixa etária 18-30 foi a mais frequente (28%).

O desequilíbrio do poder entre os sexos é um dos fatores que propiciam comportamentos arriscados para a transmissão do HIV, como o sexo desprotegido. Estudos ressaltam o processo de vulnerabilização feminina para a aids independentemente da idade. As justificativas mais comuns são o desprazer no ato sexual e a confiança nos parceiros^{3, 4}. Houve uma discrepância quanto ao sexo do paciente vivendo com HIV, nesse estudo, em que 80% das mulheres alegaram ausência de proteção durante suas relações sexuais, contra 31%

para o sexo masculino. Observou-se que o uso de preservativo, após o diagnóstico de infecção pelo HIV, teve correlação significativa com o sexo, sendo que a prática do uso irregular por pessoas vivendo com HIV no sexo feminino aumentou 1,7 vezes após o diagnóstico, contrariando o esperado, que seria a diminuição ou até mesmo que 100% das pacientes vivendo com HIV praticassem sexo seguro. No sexo masculino, o uso irregular de preservativo diminuiu 1,3 vezes após o diagnóstico, demonstrando uma maior consciência do estado de infectado e adotando a prática do sexo seguro. Estudos que avaliaram casais sorodiscordantes têm mostrado que o uso de dispositivos de barreira (proteção) é mais regular quando a mulher é a infectada, contrariando o reportado no presente estudo, mas reforçando a importância de serem alvos de ações de prevenção do HIV em relações heterossexuais após o estabelecimento do diagnóstico. Além disso, o uso regular de preservativo está associado às relações de sexo casual com o intuito de anticoncepção, entretanto, não está, rotineiramente, associado às relações monogâmicas e estáveis, de modo que deve também haver uma conscientização sobre proteção voltada a este público³. Nesse estudo, não houve associação significativa entre as variáveis “parceiro fixo” e “uso irregular de preservativo”, antes ou após o diagnóstico ($p > 0,05$).

As desigualdades socioeconômicas e nível de escolaridade, com grande heterogeneidade no Brasil, fazem parte dos fatores que alteram a progressão da epidemia no país. Estudos epidemiológicos destacam uma maior infecção pelo HIV em grupos de menor nível socioeconômico, que detêm o menor nível de informação sobre as formas de transmissão do HIV, possuem uma atividade sexual maior e, mais frequentemente, sem o uso de preservativo^{4, 5}. No presente estudo, 48% das pessoas vivendo com HIV não concluíram o ensino médio, porém, não houve correlação entre escolaridade e uso irregular de preservativos. Existe uma tendência à propagação do HIV em direção aos segmentos mais desfavorecidos da sociedade, condição descrita como pauperização, além da heterossexualização e feminização, ambas demonstradas nos dados apresentados^{4, 9}. Nos anos 90, cerca de 70% dos homens HIV+ tinham nível de escolaridade até o ensino fundamental, número superado pelas mulheres soropositivas no final da década de 80⁷. Associado a isso, era evidenciado um menor poder de negociação do uso do preservativo entre as mulheres menos escolarizadas, conforme citado nesse estudo, como consequência do desequilíbrio de poder entre os dois sexos⁵.

A relação entre qualidade de vida e as práticas habituais de cada indivíduo é destacada. O uso de substâncias ilícitas e álcool têm reflexos negativos na vida do

paciente HIV+ e pode favorecer a propagação do HIV. Por outro lado, a prática de atividade física e uso da TARV têm impacto positivo na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV, e o uso regular de preservativo evita a disseminação do HIV. A ausência de cuidado com o próximo, presente na personalidade do toxicômano, o qual prefere valorizar o autoerotismo em detrimento do heteroerotismo, também é um fator a ser considerado¹⁰. A literatura demonstra que HSH estão mais propensos a envolver-se em práticas sexuais desprotegidas quando há substâncias ilícitas associadas, tais como anfetaminas, cocaína, *ecstasy* e maconha¹¹. Nesse estudo, tanto substâncias ilícitas quanto tempo de diagnóstico tiveram correlação significativa com uso do preservativo antes, mas não após o diagnóstico. Vinte por cento (20%) dos entrevistados informaram fazer uso de substâncias ilícitas e, curiosamente, entre eles, 60% afirmaram fazer uso irregular de preservativo antes do diagnóstico, enquanto entre os não usuários o valor foi 95%.

No presente estudo, em geral, aqueles que relataram o uso de algum tipo de substância ilícita também reportaram menor envolvimento em relações sexuais desprotegidas que os não usuários. Houve divergência quanto a outros estudos^{12, 13}, que apontaram uma vulnerabilidade entre drogaditos à infecção pelo HIV, uma vez que este subgrupo populacional apresenta dúvidas relevantes acerca das formas de transmissão

do HIV, e elevada frequência de comportamentos de risco (como a menor frequência de uso do preservativo).

Outro hábito de vida relevante no contexto da propagação do HIV e que afeta a qualidade de vida do soropositivo é o abuso de álcool. Em diferentes países é ressaltado que o consumo de bebidas alcoólicas propicia uma diminuição na capacidade de discernir os riscos relacionados à transmissão do HIV, o que dificulta a negociação e, por conseguinte, o uso do preservativo¹⁴. O consumo de álcool é associado à prática de sexo sem preservativo, múltiplos parceiros e aumenta 2 vezes as chances de contrair o HIV se comparado a pessoas que não consomem bebidas alcoólicas¹¹. Resultados similares são reportados no presente estudo, apesar de não ter havido relação significativa da variável álcool com uso do preservativo, mais de 90% dos entrevistados que fazem uso de álcool relataram ter mais de 3 parceiros/ano (múltiplos parceiros), um fator importante relacionado ao comportamento de risco. De nota, outro impacto nas pessoas vivendo com HIV é que elas deixam de fazer uso da TARV para consumir bebidas alcoólicas, e desse modo, não alcançam a supressão viral completa, estando mais predispostos à resistência viral. Sendo assim, o uso de álcool pode ser considerado um forte preditor de falhas na adesão medicamentosa e agravamento no desfecho clínico de pessoas vivendo com o HIV¹⁵.

Em relação ao tempo de diagnóstico, todos os entrevistados com mais de 6 anos de diagnóstico de infecção pelo HIV faziam uso irregular de preservativo antes do diagnóstico, enquanto entre aqueles com menos de 1 ano de diagnóstico, apenas 50%. Apesar da reportada frequência entre os entrevistados quanto ao uso regular de preservativo antes do diagnóstico de infecção pelo HIV, a via sexual foi a principal forma de transmissão relatada, indicando que, pode estar ocorrendo um fenômeno de minimização dos danos associados, que implica, por exemplo, em assumir ser usuário de substâncias ilícitas e ter um diagnóstico recente de portador do HIV, mas negar-se a reconhecer que praticava sexo desprotegido, por causa de um possível maior questionamento social durante a pesquisa.

Quanto ao uso da TARV, encontramos associação com a prática de atividade física. No grupo praticante ($n = 30$), apenas 2 entrevistados não faziam uso da TARV, ao passo que entre aqueles não praticantes ($n = 20$), 6 não faziam uso da TARV. O acesso à TARV configura apenas uma parcela de todo o cuidado requerido a um paciente soropositivo. Além desta terapêutica, são requeridos os amparos social, afetivo e econômico para se fornecer um cuidado integral, repercutindo diretamente nos hábitos e qualidade de vida dos pacientes HIV¹⁶. Segundo um recente estudo, o uso da TARV é menos frequente entre as mulheres vivendo

com HIV comparado aos homens, e o não uso ou uso irregular de preservativo é maior entre mulheres (23,8% contra 17,2% em homens)¹⁶. Um aspecto a ser considerado, é a prescrição supervisionada de exercícios físicos como estratégia complementar à TARV, no que tange à diminuição de efeitos colaterais causados pelos fármacos antirretrovirais e pela própria infecção pelo HIV. Além de uma melhora da aptidão física, os exercícios físicos são capazes de causar outros impactos benéficos sobre indicadores psicológicos de pessoas vivendo com HIV¹⁷.

Considerando o conceito da OMS sobre múltiplos parceiros (> 2 parceiros ao ano), neste estudo, a média nos últimos 12 meses antes da entrevista foram 7 parceiros/ano, demonstrando uma alta variabilidade na amostra, havendo forte correlação do estado civil, orientação sexual e etilismo conforme mencionamos. Em um levantamento recente realizado nas cinco regiões brasileiras, 27,7% da população teve mais de um parceiro sexual ao ano, e 12,7% mais de cinco parceiros casuais, sendo estes indicadores importantes relacionados à transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST)¹⁸.

A via de transmissão sexual tem sido a mais comum para infecção pelo HIV nos Estados Unidos da América (EUA), logo após a parenteral entre UDI, segundo o *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, 93% e

5%, respectivamente¹⁹. No Brasil, os dados são similares, em que aproximadamente 96% das transmissões são via sexuais²⁰. Quanto as práticas relacionadas à transmissão sexual, nos EUA, estudos apontam que 1 em cada 6 HSH tem risco estimado de ser HIV+^{21, 22}. No presente estudo, a prática do sexo anal foi relatada com maior frequência (44% dos entrevistados relataram a prática de sexo anal/receptivo). A transmissão do HIV se relaciona a práticas específicas, sendo o sexo anal uma prática não apenas de HSH, colocando outros grupos que também o fazem sob um risco similar²³. Nesse sentido, o sexo anal é uma importante via de transmissão do HIV, o trauma local causado pelo contato do pênis com a mucosa anal é responsável por microlesões que favorecem a exposição e penetração do vírus, sendo a prática receptiva desprotegida mais propensa à infecção. Esses riscos aumentam ao longo do tempo, tendo como principal fator a repetida exposição ao mesmo agente²⁴. Fatores como presença de outras IST, infecção aguda ou tardia, carga e replicação viral, também são importantes no aumento do risco de transmissão^{24, 25}.

Quanto às demais práticas sexuais, 100% dos entrevistados disseram não fazer uso ou uso irregular do preservativo durante o sexo oral. Estudos apontam que aproximadamente 50% dos brasileiros entrevistados em 2012, e 60% em 2014, praticavam sexo oral sem proteção (preservativo)^{26, 27}. Esses números são

crescentes, o que pode ser explicado pelo maior acesso a informações sobre a doença, bem como uma melhor qualidade de vida, levando a maior exposição e reduzindo as preocupações quanto ao uso de proteção. A infecção pelo HIV via sexo oral é possível (embora negligenciada), sendo a prática receptiva (indivíduo que expõem a mucosa oral contra a genitália do parceiro) de maior risco, associado a fatores como ejaculações por parceiros vivendo com o HIV e presença de feridas oro-genitais²⁷⁻²⁹. Dificilmente consegue-se separar o sexo oral isolado como único fator de exposição, tanto HSH quanto heterossexuais se expõem a tal prática, normalmente ocorrendo em conjunto com sexo vaginal ou anal, evidenciando a dificuldade de isolar o sexo oral como único fator^{29, 30}.

Quanto às presenças de lesões oro-genitais, causadas por IST, estas representam outra porta de entrada que aumenta o risco de infecção pelo HIV ou até mesmo outras IST. O estudo *Partner* que envolveu 888 casais sorodiscordantes, evidenciou que durante o seguimento anual dos casais, apesar do baixo índice de novas infecções pelo HIV, pelo menos 23,5% apresentaram alguma nova IST³¹. No estudo *Proud* com 544 participantes, para avaliação da eficácia do uso da TARV pré-exposição, mais de 50% apresentaram alguma IST ao final de um ano, sendo prevalente Clamídia e Gonorreia³².

Entender um pouco os paradoxos faz-se importante na maneira de planejar ações que atinjam o público e na percepção do processo saúde-doença. Mendês-Leite abordam o conceito de proteções imaginárias, em que o indivíduo se expõe a um risco consciente, como por exemplo, usar o preservativo de forma seletiva de acordo com a aparência do parceiro ou estilo de vida, acreditando ser isso uma forma de proteção. No conceito preventivo, tal prática seria considerada inválida quanto à eficácia, porém para o indivíduo é uma forma de dar sentido ou razão aos atos praticados³³.

O uso de tecnologias da informação foi marcante no presente estudo. Trinta e seis por cento (36%) dos entrevistados informaram fazer uso de alguma mídia com o intuito de encontros sexuais (mídias/redes sociais, aplicativos, bate-papo, *internet*). Ressaltando a importância das relações sexuais iniciadas de forma *online*, em um estudo de revisão que incluiu 11 trabalhos publicados, Lewnard & Ford demonstram maior frequência de relações sexuais desprotegidas quando encontros são iniciados de forma *online*. Neste caso, o indivíduo se expõe a uma situação de risco maior por interagir com um parceiro desconhecido³⁴.

Um estudo realizado em 2009³⁵, que avaliou 1026 HSH norte-americanos usuários da *internet*, aproximadamente 99% deles utilizava este veículo de comunicação para encontros sexuais, sendo que dois terços

relataram praticar sexo anal desprotegido com pelo menos um parceiro ao ano, e 57% com múltiplos parceiros. Também se observou o dobro de práticas sexuais desprotegidas entre usuários da *internet*, comparado aos que não utilizavam tal meio de comunicação³⁵. Nos EUA, é reportado que 40% dos entrevistados que marcam encontros via *internet* têm relações sexuais sem o uso de preservativo³⁶.

Os aplicativos surgiram como ferramentas complementares inseridos nas tecnologias de informação visando facilitar tarefas do dia a dia, conectando pessoas e facilitando as interações interpessoais saudáveis. Além disso, as redes sociais ganharam um espaço de destaque nos últimos anos, tornando-se parte do cotidiano. Contudo, é cada vez mais crescente o número de usuários que apresentam hábitos deletérios e viciantes quanto ao uso destes aplicativos móveis e suas redes sociais (muitas vezes via celular ou *tablets*). Estimativas de 2014 apontam que os usuários gastam em média 1,31 horas/dia, e que existe um risco maior de envolvimento em relações sexuais desprotegidas quando é maior o tempo de busca *online* por parceiros^{37, 38}. Nesse contexto, tem sido destacado que a busca por encontros sexuais ou relacionamentos *online* conduz a uma maior vulnerabilidade ao HIV e um risco aumentado de contrair outras IST, também devido ao número de parceiros sexuais (normalmente conduzindo a parceiros múltiplos) e uma maior exposição a parceiros

vivendo com HIV³⁹. No presente estudo, o hábito de uso das tecnologias de informação na busca por encontros sexuais relacionou-se a promiscuidade (> 3 parceiros).

Conclusão

Nesse estudo é relatado o perfil heterogêneo de pessoas vivendo com HIV, diversificados hábitos de vida e presença de alguns comportamentos de risco no grupo. As tecnologias de comunicação podem ser um fator agravante do comportamento de risco, sendo importante compreender bem os aspectos que interferem nas práticas sexuais seguras, bem como os fatores que determinam a adesão ao uso da TARV. Isto permitirá o desenvolvimento de ações concretas, com reflexos positivos na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV e execução de medidas preventivas, tais como educação em saúde, incentivo do uso de preservativos, controle dos potenciais riscos para transmissão do HIV e da disseminação da aids no país, e, evitar a reinfecção que pode levar a aquisição de subtipos do HIV, virulentos e resistentes a TARV.

Agradecimentos

À equipe do hospital Eduardo de Menezes, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Apoio financeiro

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Referências Bibliográficas

- 1 – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde: Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília: PN de DST e AIDS, 48, 1, 2017.
- 2- Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. AIDS epidemic trends after the introduction of anti retroviral therapy in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(Supl):9-17.
- 3- Garcia S, de Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc São Paulo*. 2010;19(supl.2): 9-20.
- 4- Brito AM, de Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2000;34(2):207-217.
- 5- Guimaraes MDC, Carneiro M, de Abreu DMX, França EB. Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação?. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(supl.1):182-190.
- 6- Rosser BR, Miner MH, Bockting WO, et al. HIV risk and the internet: results of the men's internet sex (MINTS) study. *AIDS Behav*. 2009;13(4):746–56.
- 7- Paiva V, Pupo LR, Barboza R. The right to prevention and the challenges of reducing vulnerability to HIV in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(Supl):109-119.
- 8- Silva JAG. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais entre pessoas com HIV/AIDS no estado da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva – UFBA. Salvador, 63p, 2011.
- 9- Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e

sexualidade. Rev Saúde Pública. 2002;36(4 Supl):12-23.

10- Oliveira JF, Paiva MS. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. Esc Anna Nery. 2007;11(4):625-631.

11- Cardoso LRD, Malbergier A, Figueiredo TFB. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. Rev Psiquiatr Clín. 2008;35(supl1):70-75.

12- Reis NB. Conhecimento sobre HIV/AIDS entre usuários de drogas. Dissertação de mestrado Escola Nacional de Saude Publica Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010, 111p.

13- Mathias A. Comportamento de risco de transmissão do HIV e uso de drogas psicoativas em uma população de homens que fazem sexo com homens. Dissertação de mestrado USP/FM. São Paulo, 93p, 2014.

14- Malbergier A, Cardoso LRD. Problemas específicos: álcool e HIV/AIDS. CISA. 2011;6:123-138.

15- Santos VF, Galvão MTG, Cunha GH, et al. Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida. Acta Paul Enferm. 2017;30(1):94-100.

16- Silva WS, de Oliveira FJF, Serra MAAO, Rosa CRAA, Ferreira AGN. Fatores associados ao uso de preservativo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Acta Paul Enferm. 2015;28(6):587-592.

17- Pinto T, Monteiro F, Paes L, Farinatti PTV. Benefícios do exercício físico para pacientes com HIV/AIDS. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2013;12(4):18-26.

18 - Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. PCAP: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira, 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

19 - Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV Basic Statistics. United States, 2016. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hiv/basics/statistics.html>>. Acesso em: Dez. 2017.

20 - Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV e AIDS 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

21 - Hess K, Hu X, Lansky A, et al. Estimating the Lifetime Risk of a Diagnosis of HIV Infection in the United States. Presented at the Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston MA, 2016;22-25.

22 – Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 2016. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/2016/croi-2016.html>>. Acesso em: Dez. 2017.

23 - Bolling DR, Voeller B. AIDS and heterosexual anal intercourse. JAMA. 1987;258(4):474.

24 - Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV Risk Behaviors. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/riskbehaviors.html>>. Acesso em: Dez. 2017.

25 - Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS. 2014;28(10):1509–19.

26 – Guedes HM, Cabral LOC, Costa MVB, et al . Comportamentos de risco frente ao vírus da

imunodeficiência humana entre frequentadores de motéis. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(3):536-542.

27 – Lima DJM, de Paula PF, Aquino OS, et al. Comportamentos e práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(6):886-890.

28 – Funari SL. Sexo oral e HIV entre homens que fazem sexo com homens. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(6):1841-1844.

29 - Rothemberg RB, Scarlatt M, Del Rio C, et al. Oral transmission of HIV. *AIDS*. 1998;12:2095-2105.

30 – Hawkins DA, Jeffries DJ, Challacombe SJ, et al. Review of the Evidence on Risk of HIV Transmission Associated with Oral Sex. London: UK Chief Medical Officers' Expert Advisory Group on AIDS, 2000.

31 - Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*. 2016;316(2):171-181.

32 - McCormack S, Dunn DT, Desai M, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet*. 2015;387:53–60.

33 - Mendès-Leite R. Identité et altérité – Protections imaginaires et symboliques face au sida. *Gradhiva*. 1995;18:93-103.

34 - Lewnard JA, Berrang-Ford L. Internet-based partner selection and risk for unprotected anal intercourse in sexual encounters among men who have sex with men: a meta-analysis of observational studies. *Sex Transm Infect*. 2014;0:290–6.

35 - Rosser BR, Miner MH, Bockting WO, et al. HIV risk and the internet: results of the men's internet sex (MINTS) study. *AIDS Behav*. 2009;13(4):746–56.

36 - Berg RC. Barebacking among MSM Internet users. *AIDS Behav*. 2008;12(5):822–33.

37 - Goedel WC, Duncan DT. Geosocial-networking app usage patterns of gay, bisexual, and other men who have sex with men: Survey among users of Grindr, a mobile dating app. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2015;1(1):e4.

38 - Bauermeister JA, Leslie-Santana M, Johns MM, Pingel E, Eisenberg A. Mr. Right and Mr. Right Now: romantic and casual partner-seeking online among young men who have sex with men. *AIDS Behav*. 2011;15(2):261–72.

39 - Landovitz RJ, Tseng C-H, Weissman M, et al. Epidemiology, sexual risk behavior, and HIV prevention practices of men who have sex with men using GRINDR in Los Angeles, California. *J Urban Health*. 2013;90(4):729–39.

Tabela 1 - Classificação demográfica e socio-econômica na amostra de 50 pessoas vivendo com HIV atendidas no centro de referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

VARIÁVEIS	Resultados entre os 50 Pacientes HIV+		
	n(%)	IC95(%)	
Sexo	Masculino	40 (80%)	68,9-91,1%
	Feminino	10 (20%)	8,9-31,1%
	Total	50 (100%)	
Orientação sexual	Heterossexual	26 (52%)	38,2-65,8%
	HSH	20 (40%)	26,4-53,6%
	Bissexual	4 (8%)	2,7-13,3%
	Total	50 (100%)	
Etnia	Leucoderma	12 (24%)	12,2-35,8%
	Feoderma	30 (60%)	46,4-73,6%
	Melanoderma	4 (8%)	2,7-13,3%
	Xantoderma	4 (8%)	2,7-13,3%
	Total	50 (100%)	
Escolaridade	Superior completo	2 (4%)	
	Superior incompleto	10 (20%)	8,9-31,1%
	Médio compl.	14 (28%)	15,6-40,4%
	Médio incompl.	8 (16%)	5,8-26,2%
	Fundamental compl.	8 (16%)	5,8-26,2%
	Fundamental incompl.	6 (12%)	3-21%
	Analfabeto	2 (4%)	1,3-6,7%
	Total	50 (100%)	
Faixa etária* (anos)	18-30	14 (28%)	15,6-40,4%
	31-45	18 (36%)	22,7-49,3%
	46-60	16 (32%)	19,1-44,9%
	61 ou mais	2 (4%)	1,3-6,7%
	Total	50 (100%)	
Estado civil	Solteiro	28 (56%)	42,2-69,8%
	Casado	10 (20%)	8,9-31,1%
	Viúvo	4 (8%)	2,7-13,3%
	Divorciado	8 (16%)	5,8-26,2%
	Total	50 (100%)	
Atividade	Trabalha	32 (64%)	50,7-77,3%
	Não trabalha	8 (16%)	5,8-26,2%
	Apenas estuda	6 (12%)	3-21%
	Aposentado	4 (8%)	2,7-13,3%
	Total	50 (100%)	

*No momento da entrevista, em julho de 2016.

Tabela 2 - Condições de saúde e hábitos de vida entre as 50 pessoas vivendo com HIV atendidas no centro de referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

		Resultados entre os 50 Pacientes HIV+	
		n(%)	IC95(%)
VARIÁVEIS			
Tabagismo	Sim	16 (32%)	19,1-44,9%
	Não	34 (68%)	55,1-80,9%
	Total	50 (100%)	
Alcoolismo	Sim	36 (72%)	59,6-84,4%
	Não	14 (28%)	15,6-40,4%
	Total	50 (100%)	
Uso de substâncias ilícitas	Sim	10 (20%)	8,9-31,1%
	Não	40 (80%)	68,9-91,1%
	Total	50 (100%)	
Prática de atividade física	Sim	30 (60%)	46,4-73,6%
	Não	20 (40%)	26,4-53,6%
	Total	50 (100%)	
Tempo diagnóstico	<1 ano	22 (44%)	30,2-57,8%
	2-5 anos	12 (24%)	12,2-35,8%
	6-10 anos	4 (8%)	2,7-13,3%
	>10 anos	12 (24%)	12,2-35,8%
	Total	50 (100%)	
Uso da TARV	Sim	42 (84%)	73,8-94,2%
	Não	8 (16%)	5,8-26,2%
	Total	50 (100%)	
Número de parceiros 12 meses	0	8 (16%)	5,8-26,2%
	1 ou 2/ano	20 (40%)	26,4-53,6%
	3 ou > 3/ano	22 (44%)	30,2-57,8%
	Total	50 (100%)	
Prática sexual	Anal insertivo	16 (32%)	19,1-44,9%
	Anal receptivo	22 (44%)	30,2-57,8%
	Total	76%	
	Vaginal insertivo	18 (36%)	22,7-49,3%
	Vaginal receptivo	6 (12%)	3-21%
	Total	48%	
	Oral insertivo	22 (44%)	30,2-57,8%
Oral receptivo	19(38%)		
Uso de tecnologias da informação¹	Sim	18 (36%)	22,7-49,3%
	Não	32 (64%)	50,7-77,3%
	Total	50 (100%)	

¹Uso de alguma mídia com o intuito de encontros sexuais (redes sociais, aplicativos de bate-papo, *internet* em geral).

Tabela 3 - Condições de saúde e hábitos de vida entre as 50 pessoas vivendo com HIV atendidas no centro de referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

VARIÁVEIS		Resultados entre os 50 Pacientes HIV+					
		Uso de preservativo durante as relações sexuais					
		Antes do diagnóstico de HIV+			Após o diagnóstico de HIV+		
		Regular (n[%])	Irregular (n[%])	Total (n[%])	Regular (n[%])	Irregular (n[%])	Total (n[%])
Sexo	Masculino	6	34	40	26	12	38
	Feminino	0	10	10	2	8	10
	Total	6	44	50	28	20	48
Orientação sexual	Heterossexual	2	18	20	8	10	18
	HSH	4	22	26	18	8	36
	Bissexual	0	4	4	2	2	4
	Total	6	44	50	28	20	48
Escolaridade	Superior completo	0	10	10	6	4	10
	Superior incompleto	0	2	2	2	0	2
	Médio completo	4	10	14	8	6	14
	Médio incompleto	2	22	24	12	10	22
	Total	6	44	50	28	20	48
Faixa etária* (anos)	18-30	0	14	14	4	8	12
	31-45	4	14	18	10	8	18
	46-60	0	16	16	12	4	16
	61 ou mais	0	2	2	2	0	2
	Total	4	46	50	28	20	48
Alcoolismo	Sim	6	30	36	22	12	34
	Não	0	14	14	6	8	14
	Total	6	44	50	28	20	48
Uso de substâncias ilícitas	Sim	4	6	10	8	4	12
	Não	2	38	40	20	16	36
	Total	6	44	50	28	20	48
Prática de atividade física	Sim	4	26	30	18	10	28
	Não	2	18	20	10	8	18
	Total	6	44	50	28	18	46
Número de parceiros	Fixo	2	18	20	10	8	18
	> 2/ano	2	20	22	14	6	20
	Total	4	38	42	24	14	38
Prática sexual	Anal	--	--	--	20	18	38
	Vaginal	--	--	--	18	8	26
	Total	--	--	--	38	26	--

Tabela 4 - Relação de dependência/ independência entre as variáveis analisadas na amostra de 50 pessoas vivendo com HIV atendidas no centro de referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Dependência entre as variáveis vs uso de preservativo	Valor-p	
	Antes do diagnóstico	Depois do diagnóstico
Escolaridade vs uso de preservativo	0,1130 ns	0,4242ns
Idade vs uso de preservativo	0,0582 ns	0,0928ns
Atividade física vs uso de preservativo	1,0000ns	0,7775ns
Sexo vs uso de preservativo	0,3271ns	0,0100**
Orientação sexual vs uso de preservativo	0,8135ns	0,2504ns
Número de parceiros vs uso de preservativo	1,0000ns	0,5586ns
Tempo de diagnóstico vs uso de preservativo	0,0058**	0,3924ns
Tabagismo vs uso de preservativo	0,0741ns	0,3379ns
Alcoolismo vs uso de preservativo	0,1670ns	0,2830ns
Substâncias ilícitas vs uso de preservativo	0,0109*	0,7365ns

Dependência entre outras variáveis	Valor-p
Atividade física vs TARV	0,0469*
Etilismo vs número de parceiros	0,0001**
Uso de substâncias ilícitas vs número de parceiros	0,3148ns
Orientação sexual vs número de parceiros	0,0019*
Idade vs número de parceiros	0,1214ns
Estado civil vs número de parceiros	0,0001**
Prática sexual vs uso de preservativos	<0,01**
Encontro sexual ¹ vs número de parceiros	0,0279*

*Significativo ao nível de 5% ($p < 0,05$), **1% ($p < 0,01$) ou não significativo ao nível de 5% ($ns, p > 0,05$), de acordo com o teste exato de Fisher ou χ^2 .

¹Uso de alguma mídia com o intuito de encontros sexuais (redes sociais, aplicativos de bate-papo, *internet* em geral).