



## ORIGINALES

### Parcerias sexuais de pessoas vivendo com HIV/Aids: orientação sexual, aspectos sociodemográficos, clínicos e comportamentais

Parejas sexuales de personas que viven con VIH / sida: orientación sexual, aspectos sociodemográficos, clínicos y comportamentales

Sexual partnerships of people living with HIV / Aids: sexual orientation, sociodemographic, clinical and behavioral aspects

Layze Braz de Oliveira<sup>1</sup>

Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz<sup>1</sup>

Christefany Régia Braz Costa<sup>1</sup>

Rosilane de Lima Brito Magalhães<sup>2</sup>

Telma Maria Evangelista de Araújo<sup>2</sup>

Renata Karina Reis<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. [layzebraz@usp.br](mailto:layzebraz@usp.br)

<sup>2</sup> Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.322081>

Submissão: 22/02/2018

Aprovação: 7/08/2018

### RESUMO:

**Objetivo:** Analisar a influência da orientação sexual sobre as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais entre parcerias sexuais de pessoas que vivem com vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da imunodeficiência adquirida.

**Métodos:** Estudo transversal realizado em um serviço de assistência médica especializada no tratamento de pessoas com o Vírus da Imunodeficiência Humana, com 173 participantes. Na análise dos resultados utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

**Resultados:** Identificou-se associação entre a orientação sexual e as variáveis: sexo, idade, estado civil, faixa etária, escolaridade, renda, forma de exposição, tipo de parceria, uso consistente do preservativo, presença de infecção, prática sexual, acompanhamento do parceiro nas consultas de rotina, divulgação do HIV para o parceiro e considerar importante a divulgação da sua condição sorológica para o parceiro.

**Conclusão:** Estabelecer uma parceria sexual no contexto do HIV e ter uma orientação não-heterossexual apresentou diferenças estatísticas entre as variáveis sociodemográficas e comportamentais.

**Palavras-chave:** HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Assistência ao Paciente; Comportamento Sexual.

## RESUMEN:

**Objetivo:** Analizar la influencia de la orientación sexual de las variables socio-demográficas, clínicas y de comportamiento entre las parejas sexuales de las personas que viven con el Virus de la inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

**Métodos:** Estudio transversal realizado en un servicio de asistencia médica especializada en el tratamiento de personas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, con 173 participantes. En el análisis de los resultados se utilizó el test Chi-cuadrado de Pearson o exacto de Fisher.

**Resultados:** Se identificó asociación entre la orientación sexual y las variables: sexo, edad, estado civil, grupo de edad, escolaridad, renta, forma de exposición, tipo de asociación, uso consistente del preservativo, presencia de infección, práctica sexual, presencia del compañero en las consultas de rutina, divulgación del VIH al compañero y considerar importante la divulgación de su condición serológica para el compañero.

**Conclusión:** Establecer un emparejamiento sexual en el contexto del VIH y tener una orientación no heterosexual presentó diferencias estadísticas entre las variables sociodemográficas y comportamentales..

**Palabras claves:** VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Atención al Paciente; Conducta Sexual.

## ABSTRACT:

**Objective:** To analyze the influence of sexual orientation on sociodemographic, clinical and behavioral variables among sexual partners of people living with Human immunodeficiency virus/Acquired immunodeficiency syndrome.

**Methods:** A cross-sectional study carried out in a medical assistance service specialized in the treatment of people with Human Immunodeficiency Virus, with 173 participants. Pearson's Chi-square or Fisher's exact test was used to analyze the results.

**Results:** We identified an association between sexual orientation and variables such as gender, age, marital status, age, education, income, type of exposure, type of birth, consistent condom use, presence of infection, sexual practice, partner in routine consultations, disclosure of HIV to the partner and considers disclosure of their condition to the partner.

**Conclusion:** Establishing a sexual partnership in the context of HIV and having a non-heterosexual orientation presented statistical differences between sociodemographic and behavioral variables.

**Key Words:** HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Patient Care; Sexual Behavior.

## INTRODUÇÃO

Há aproximadamente 38,8 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) em todo o mundo<sup>(1)</sup>. No Brasil, até 2015, foram registrados 830.000 casos de pessoas vivendo com infecção pelo HIV (PVHA), dos quais apenas cerca de 450 mil utilizam a terapia antirretroviral<sup>(2)</sup>.

A ampliação da oferta e a facilidade de acesso aos testes diagnósticos, atrelados aos avanços da terapia medicamentosa, proporcionaram mudanças nos padrões da infecção pelo HIV, que aos poucos passou a adquirir características de doença crônica<sup>(3,4)</sup>. Esse novo panorama proporcionou o aumento da sobrevivência, a melhora da qualidade de vida e consequente abertura de espaços para as interações sociais, o que favoreceu ao aparecimento de relacionamento conjugais entre PVHA, inclusive gerando configurações de casais soroconcordantes (em que os dois são infectados pelo vírus) e sorodiscordantes (nos quais somente um deles é infectado)<sup>(5)</sup>.

Nos casais sorodiscordantes, o principal desafio em sua saúde sexual é o risco da transmissão do HIV, principalmente em relações duradouras. A chance para a transmissão se mostra desigual entre diferentes grupos populacionais, destacando-se em populações vulneráveis. Fato reforçado pelos percentuais significativos dessa infecção entre casais homossexuais<sup>(6)</sup>.

Em países desenvolvidos, como os Estados Unidos o diagnóstico do HIV entre a população de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) aumentou consideravelmente desde a década de 1990 e apesar de, nos últimos cinco anos, essa infecção apresentar um comportamento estável, o número de diagnósticos de HIV atribuídos ao contato heterossexual diminuiu cerca de 40% de 2003 a 2014, em contrapartida esse percentual aumentou 5% entre pessoas LGBT<sup>(7-9)</sup>.

Homens que fazem sexo com homens (HSH) apresentam vulnerabilidades específicas que podem aumentar sua chance de exposição ao HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), quando comparado a outros segmentos populacionais. Isso se deve a um conjunto vulnerabilidades, bem como a interação entre elas, que permeia esse grupo.

A literatura aponta uma série de aspectos individuais que contribuem para esse cenário, como: o consumo de drogas, características socioeconômicas, conhecimentos sobre o estado sorológico do parceiro sexual e problemas de saúde mental<sup>(10)</sup>. No entanto, ainda são incipientes análises que discutam aspectos sociais (relações pessoais e profissionais, representatividade na comunidade e abertura quanto a orientação sexual) ou estruturais (acesso a serviço de saúde, políticas que garantam segurança e equidade) dessas vulnerabilidades.

Nessa perspectiva, o presente estudo tem como o objetivo de analisar a influência da orientação sexual sobre as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais entre parcerias sexuais de pessoas que vivem com HIV/Aids.

## MÉTODO

Estudo epidemiológico, transversal, desenvolvido em um Serviço de Assistência Especializado de um Centro Integrado de Saúde no Estado do Piauí, Região do Nordeste do Brasil.

A unidade estudada dispõe de estrutura para atendimento ambulatorial de diversas especialidades. O serviço conta com uma equipe composta por três infectologistas, dois enfermeiros e dois técnicos em enfermagem, para melhor organizar o fluxo de atendimentos. São atendidos pacientes permanentes portadores de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), incluindo HIV/Aids nesse centro são disponibilizadas medicações de forma gratuita aos pacientes que vivem com HIV e que são acompanhados nesse serviço<sup>(11)</sup>.

A amostra do estudo foi composta por 173 pessoas vivendo com HIV, selecionados pelo método de amostragem aleatória simples, de um universo de 715 pessoas. Para definição da amostra utilizou-se cálculo amostral para populações finitas adotando erro amostral de 8% e nível de confiança de 95,0%. Os critérios de inclusão do estudo foram: indivíduos com idade  $\geq$  a 18 anos; que estivesse em um relacionamento fixo ou casual nos últimos 30 dias, com resultado de exame sorológico reagente para HIV e tendo desenvolvido ou não a síndrome.

Foram critérios de exclusão: estar na condição de gestante e em situação de privação de liberdade, em virtude das especificidades inerentes ao manejo clínico destas populações e organização da rede de atenção local. Também foram excluídos aqueles que obtinham acesso à medicação pelo Programa, mas com acompanhamento em serviço privado.

O recrutamento dos participantes ocorreu à medida que apareciam no serviço para atendimento médico, e ocorreu em local privado, antes ou após a consulta com infectologista. Os dados foram coletados no período de novembro de 2016 a março de 2017, com aplicação de um questionário previamente elaborado pelos autores do estudo para avaliação sociodemográficas, clínica e comportamentais dos participantes tais como sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, carga viral, sorologia do parceiro, categoria de exposição, forma de exposição, tipo de parceria, uso consistente do preservativo, presença de infecção, prática sexual, frequência com que conversam sobre o HIV, parceiro acompanha nas consultas, divulga o HIV para o parceiro e consideram importante divulgar o HIV para o parceiro sexual, com possibilidades de respostas dicotômicas ou múltiplas.

Os dados foram analisados com a utilização do *Software Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. Na análise univariada foi usada estatística descritiva. Na bivariada utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher para associar as variáveis qualitativas e dicotomizou-se a orientação sexual em: heterossexuais e não-heterossexuais (homossexuais e bissexuais). O nível de significância foi fixado em  $p < 0,05^{(12)}$ .

O estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – ERRP (protocolo nº 59293316.6.0000.5393/16). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo o anonimato garantido.

## RESULTADOS

Dos 173 participantes do estudo, 135 (77,1%) eram homens. Do total dos participantes, 68 encontraram-se na faixa etária de 30 a 39 anos (38,9%), solteiros 94 (53,7%) e com escolaridade compatível com ensino médio 72 (41,1%). Em relação à situação financeira 116 (66,3%) relataram receber até três salários mínimos.

Quanto à orientação sexual, observou-se que 89 (65,9%) dos homens referiram ser não-heterossexuais (homossexual ou bissexual) e 38 (100%) das mulheres relataram ser heterossexuais ( $p < 0,001$ ).

A orientação sexual apresentou diferença estatística entre sexo ( $p < 0,001$ ), idade ( $p < 0,001$ ), estado civil ( $p < 0,001$ ), escolaridade ( $p < 0,001$ ), renda ( $p = 0,001$ ) e a forma de exposição ( $p = 0,040$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de PVHA, segundo orientação sexual. Teresina (PI), Brasil, 2017 (n=173).**

Variáveis	Orientação sexual						p-valor**
	Heterossexua		Não-		Total		
	N	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>							<b>&lt;0,001</b>
Feminino	38	100	-	-	38	21,7	
Masculino	46	34,1	89	65,9	135	78,0	
<b>Idade (anos)</b>							<b>&lt;0,001</b>
18  —  29	18	33,3	36	66,7	54	31,2	
30  —  39	29	42,6	39	57,4	68	39,3	
40  —  49	17	63,0	10	37,0	27	15,6	
50  —  59	15	78,9	4	21,1	19	11,0	
≥60	5	100,0	-	-	5	2,9	
<b>Estado Civil</b>							<b>0,001</b>
Solteiro	28	29,8	66	70,2	94	54,3	
Casado/Vivendo como casado	55	71,4	22	28,6	77	44,5	
Separado/Divorciado	1	100,0	-	-	1	0,6	
Viúvo	-	-	1	100,0	1	0,6	
<b>Escolaridade</b>							<b>0,001</b>
Sem estudo	2	50,0	2	50,0	4	2,3	
Ensino fundamental	39	78,0	11	22,0	50	28,9	
Ensino Médio	31	43,1	41	56,9	72	41,6	
Ensino Superior	12	27,9	31	72,1	43	24,9	
Pós Graduação	-	-	4	100	4	2,3	
<b>Renda (em SM*)</b>							<b>0,001</b>
menos de um	18	85,7	3	14,3	21	12,1	
De um a três	55	47,4	61	52,6	116	67,1	
De três a cinco	9	32,1	19	67,9	28	16,2	
Mais que cinco	2	25,0	6	75,0	8	4,6	

\* SM = Salário Mínimo \*\*Teste Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher

Quanto às variáveis clínica e comportamentais (Tabela 2), verificou-se que 135 (78,0%) dos pacientes apresentavam carga viral indetectável, sendo que o número de pacientes com carga viral detectável se manteve equiparado independente da orientação sexual 19 (50,0%). No que concerne as variáveis comportamentais 150 (86,7%) dos pacientes afirmaram ter se exposto ao HIV por meio de uma relação sexual desprotegida, no que diz respeito a forma de exposição 75 (43,4%) relataram terem sido infectados em uma relação heterossexual, 70 (40,5%) em uma relação homossexual e 22 (12,7%) não sabiam a forma de exposição, 73 (42,2%) eram sorodiscordantes ao HIV e 54 (31,1%) não sabiam informar a sorologia do parceiro.

Em relação ao tipo de parcerias sexuais, 117 (67,7%) apresentaram um parceria fixa, 109 (63,0%) declararam realizar o uso consistente do preservativo e 64 (37,0%) dos participantes apresentaram menor adesão ao mesmo. Aproximadamente metade dos participantes apresentavam uma coinfeção atrelada ao HIV, dentre elas a mais prevalente foi a sífilis 42 (24,3%).

Ao analisar as práticas sexuais, fortemente relacionadas com a orientação sexual, percebe-se uma confirmação dos papéis de gênero identificados em nossa

sociedade, em uma clara divisão das práticas sexuais vaginais entre as mulheres heterossexuais e o sexo anal entre os HSH.

No que diz respeito aos cuidados com a saúde, o que chama a atenção é que 105 (60,7%) dos casais nunca conversam sobre a prevenção do HIV entre eles, 104 (60,1%) não leva o companheiro(a) nas consultas de rotina, 65 (37,6%) não divulgou sua condição sorológica para o parceiro sexual e 73 (42,2%) não considera importante revelar a sua situação sorológica.

**Tabela 2. Caracterização clínica e comportamental de PVHA, segundo orientação sexual. Teresina (PI), Brasil, 2017(n=173)**

Variáveis	Orientação sexual				Total		p-valor*
	Heterossexual		Não-Heterossexual				
	N	%	N	%	n	%	
<b>Carga Viral</b>							0,840
Indetectável	65	48,1	70	51,9	135	78,0	
Detectável	19	50,0	19	50,0	38	22,0	
<b>Categoria de exposição</b>							0,079
Sanguinea	1	100,0	-	-	1	0,6	
Sexual	68	45,3	82	54,7	150	86,7	
Não sabe	15	68,2	7	31,8	22	12,7	
<b>Forma de exposição</b>							0,001
Heterossexual	65	86,7	10	13,3	75	43,4	
Homossexual	2	2,9	68	97,1	70	40,5	
Bissexual	-	-	4	100,0	4	2,3	
Transfusão	2	100	-	-	2	1,2	
Não sabe	15	77,3	7	22,7	22	12,7	
<b>Sorologia do parceiro</b>							0,111
Discordante	38	52,1	35	47,9	73	42,2	
Concordante	26	56,5	20	43,5	46	26,5	
Desconhecido	20	37,0	34	63,0	54	31,1	
<b>Tipo de parceria</b>							0,003
Fixa	66	56,4	51	43,6	117	67,7	
Casual	18	32,1	38	67,9	56	32,3	
<b>Uso consistente do preservativo</b>							0,029
Sim	46	42,2	63	57,8	109	63,0	
Não	38	59,4	26	40,6	64	37,0	
<b>Presença de Infecção</b>							0,002
HPV	1	25,0	3	75,0	4	2,3	
Tricomoníase	1	33,3	2	66,7	3	1,7	
Gonorréia	6	54,5	5	45,5	11	6,3	
Sífilis	9	21,4	33	78,6	42	24,3	
Herpes Genital	2	28,6	5	71,4	7	4,0	
Heptatite C	4	50,0	4	50,0	8	4,6	
HPV e Sífilis	2	50,0	2	50,0	4	2,3	
Não	59	62,8	35	37,2	94	53,7	
<b>Prática sexual</b>							<0,001
Sexo oral							
Sim	31	35,2	57	64,8	88	50,9	

Não	53	62,4	32	37,6	85	49,1	
Vaginal Receptiva							<b>&lt;0,001</b>
Sim	34	94,4	2	5,6	36	20,8	
Não	50	36,5	87	63,5	137	79,2	
Vaginal Insertiva							<b>&lt;0,001</b>
Sim	43	76,8	13	23,2	56	32,4	
Não	41	35,0	76	65,0	117	67,6	
Anal Receptiva							<b>&lt;0,001</b>
Sim	11	13,4	71	86,6	82	47,4	
Não	73	80,2	18	19,8	91	52,6	
Anal Insertiva							<b>&lt;0,001</b>
Sim	15	19,2	63	80,8	78	45,1	
Não	69	72,6	26	27,4	95	54,9	
<b>Frequência com que conversam sobre a transmissão do HIV</b>							<b>0,522</b>
Diariamente	6	40,0	9	60,0	15	8,7	
Frequentemente	12	48,0	13	52,0	25	14,4	
Ocasionalmente	17	60,7	11	39,3	28	16,2	
Nunca	49	46,7	56	53,3	105	60,7	
<b>Parceiro acompanha nas consultas</b>							<b>0,020</b>
Sim	41	59,4	28	40,6	69	39,9	
Não	43	41,3	61	58,7	104	60,1	
<b>Divulgação do HIV para o parceiro</b>							<b>0,018</b>
Sim	60	55,6	48	44,4	108	62,4	
Não	24	36,9	41	63,1	65	37,6	
<b>Considera importante a divulgação do HIV para o parceiro</b>							<b>0,022</b>
Sim	56	56,0	44	44,0	100	57,8	
Não	28	38,4	45	61,6	73	42,2	

\*Teste Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher

A orientação sexual obteve diferença estatística entre as variáveis forma de exposição (0,001), tipo de parceria (0,003), uso consistente do preservativo ( $p=0,029$ ), presença de IST ( $p=0,002$ ), prática sexual ( $p<0,001$ ), decidir levar o parceiro nas consultas ( $p=0,020$ ), divulgar a infecção pelo HIV para o parceiro sexual ( $p=0,018$ ) e considerar importante essa divulgação ( $p=0,022$ ) (Tabela 2)

## DISCUSSÃO

O perfil dos participantes evidenciou uma prevalência do sexo masculino, não-heterossexuais e adultos jovens. Homens não-heterossexuais são afetados desproporcionalmente pelo HIV e outras ISTs, especialmente entre os mais jovens. Um estudo realizado nos Estados Unidos também demonstrou realidade semelhante e apontou que em homens mais jovens, à medida que a idade do parceiro sexual aumenta, a probabilidade de sexo sem preservação também aumenta<sup>(13)</sup>.

O sexo masculino apresenta um conjunto específico de vulnerabilidade às IST, principalmente devido às raízes culturais que favorecem ao envolvimento em diversas práticas sexuais de risco, fortalecido pela ideia de que os homens têm mais necessidade de sexo, desempenhando desta forma um papel primordial em sua exposição a situações vulneráveis para aquisição do HIV<sup>(14)</sup>.

De maneira geral, as novas infecções pelo HIV entre HSH ocorrem devido a relações sexuais desprotegidas na presença de carga viral detectável especialmente quando não se tem o conhecimento da própria situação sorológica. A transmissão dessa infecção muitas vezes acontece antes do estabelecimento de parceria fixa, ou como resultado de relações sexuais com outros parceiros durante o relacionamento<sup>(15,16)</sup>.

Quando se trata da forma de exposição, um percentual significativo reportou ter adquirido o HIV em uma relação homossexual. Os HSHs apresentam vulnerabilidades distintas ao HIV, que podem estar relacionadas tanto às atitudes e comportamentos sexuais (sexo anal sem preservativo), presença de múltiplos parceiros, uso de drogas lícitas e ilícitas, uso de internet para encontrar parceiros sexuais e sexo grupal,<sup>(17)</sup> como também pelas estratégias incipientes dos serviços de saúde em propor recrutamento e assistência qualificada para esse perfil de parcerias sexuais.

Em casais que vivem no contexto do HIV a maior preocupação envolve o risco da transmissão dessa infecção entre parcerias sexuais sorodiscordantes, com carga viral detectável. A realidade desse estudo aponta um percentual significativo de pacientes com carga viral detectável, porém sem diferenças distintas entre a orientação sexual. Os dados sobre a sorologia do parceiro também chamam a atenção, principalmente pelo percentual de participantes que não tem o conhecimento da sorologia de seu parceiro, sinalizando a ausência de habilidade para lidar com essa condição. Infere-se que a ausência do conhecimento da sorologia do parceiro pode interferir na tomada de decisão sobre a escolha de um método de prevenção mais eficiente para o casal<sup>(18)</sup>.

A literatura aponta a importância da implementação de estratégias combinadas, articulando primordialmente o uso do preservativo em todas as relações sexuais atrelado à introdução de terapias antirretrovirais (TARV) precoce, favorecendo a diminuição da carga viral no plasma sanguíneo e possibilitando uma redução na transmissão sexual do HIV<sup>(19,20)</sup>.

O uso consistente do preservativo em todas as relações sexual ainda não é uma prática realizada de forma assídua entre um quantitativo significativo dos casais. Apesar das disposições de estratégias sinérgicas para a prevenção da transmissão do HIV e promoção da saúde, a complexidade das relações interpessoais ainda fragiliza a tomada de decisão por medidas preventivas, exercendo grande influência nas vulnerabilidades as IST. Lidar com diferentes expressões da sexualidade tem-se mostrado um grande desafio para a sociedade e serviço de saúde, ainda muito suportado por um modelo biomédico e heterossexista<sup>(21)</sup>.

Apesar do uso do preservativo ser a medida mais mencionada pela literatura e ser disposta de forma gratuita pelos serviços de saúde, ainda existe uma inconsistência na utilização desse método. Negociar o uso do preservativo representa um entrave entre casais, uma vez que, a não utilização desse método em muitas relações, caracteriza-se como um sinal de confiança e intimidade, que fortalece seu

compromisso e satisfação no relacionamento, se configurando em uma das principais barreiras para seu uso<sup>(22)</sup>.

Entre as práticas sexuais desprotegidas destaca-se o sexo anal, o qual apresenta um risco dez vezes maior para transmissão do HIV, quando equiparado ao sexo vaginal sem preservativo. Em muitas situações, relações sexuais desprotegidas pode ser uma escolha consciente e desejada, é o que pode ser observado em práticas sexuais *bareback*, no qual os HSH praticam o sexo anal sem o uso do preservativo de forma intencional, por ser considerada mais prazerosa<sup>(23)</sup>.

Apesar da adesão da TARV reduzir consideravelmente o risco de transmissão sexual do HIV, o uso inconsistente do preservativo em PVHA predispõe a aquisição de coinfeções do HIV associadas a outras ISTs, como no presente estudo, em que o percentual dessas coinfeções foi significativo, principalmente da sífilis<sup>(24)</sup>.

A utilização inconsistente do preservativo torna-se uma cadeia cíclica, visto que a presença de outras IST facilita o risco da transmissão do HIV devido à interrupção de barreiras protetoras e pelo recrutamento de células imunitárias suscetíveis ao local da infecção. Dentre as IST, a sífilis destaca-se devido ao aumento da carga viral do HIV no plasma sanguíneo do paciente e a diminuição da contagem de células TCD4, o que pode contribuir para o avanço da infecção para aids<sup>(25)</sup>.

Parcerias sexuais, principalmente de pessoas LGBT que vivem no contexto do HIV, necessitam de uma rede de atenção que ofereça um cuidado holístico, de forma a não dispor apenas a oferta de diagnóstico e tratamento, mas transpor essa abordagem proporcionando cuidados sustentáveis mediante a utilização de estratégias adequadas.

Apesar de estudos apontarem o aumento da formação de parcerias sexuais entre PVHA, o SAE, de maneira geral, ainda não apresenta suporte para atender essa clientela, principalmente os casais não - heterossexuais, proporcionando uma barreira no cuidado ao usuário<sup>(5,11,19)</sup>. A atuação desse serviço é um dos pilares para o gerenciamento da transmissão do HIV entre parcerias sexuais, entretanto o que se observa é um hiato entre a atuação do SAE e a promoção de saúde entre pacientes que apresentam vida sexual ativa.

O presente estudo identificou que a não divulgação do HIV para o parceiro e o fato de não considerar importante à revelação do diagnóstico, está fortemente associada com as diferenças na orientação sexual. Viver com HIV na sociedade atual mantém fortes relações com o estigma de conviver com o vírus.

A opinião punitiva e o conhecimento incipiente da sociedade afeta o bem-estar de quem convive com essa infecção e dificulta interações no meio social, familiar e conjugal, predispondo ao isolamento social e práticas sexuais de risco. Desta forma, a atuação do serviço deve ser voltada para as necessidades dos HSH, envolvendo as vulnerabilidades das relações sexuais, propondo intervenções alvissareiras para desmistificar o estigma de ser portador do vírus HIV e ter uma parceria sexual.

Revelar a condição sorológica para o parceiro envolve sentimentos como medo da discriminação e estigmatização ou de uma reação desfavorável. O impacto emocional da divulgação entre parcerias sorodiscordantes aumenta a pressão para um relacionamento em termos de ansiedade, envolve elevado sofrimento psíquico, culpa

e medos da transmissão, e que pode ser emocionalmente exaustivo<sup>(26,27)</sup>. A homofobia, parte da estrutura da sociedade atual, é percebida mais fortemente por PVHA, visto que somam-se os preconceitos nesses indivíduos, dificultando ainda mais a decisão de divulgar seu status, ainda que para um parceiro íntimo.

Heterossexuais consideraram menos importante a divulgação do status para seu parceiro. Ao analisar o contexto social e histórico de casais hetero e homossexuais percebe-se que a infecção pelo HIV fez parte da comunidade LGBT desde sua descoberta, forçando seus membros a conviver com a possibilidade de se infectar. A infecção entre casais heterossexuais é cada vez mais frequente, no entanto o desconforto, principalmente entre mulheres, de falar abertamente sobre sexualidade pode dificultar sua busca ao tratamento, divulgação do resultado e adesão medicamentosa<sup>(28)</sup>.

Uma estratégia utilizada por HSH é o *serosorting*, ou *seropositioning*, que significa comportamento para redução de risco da transmissão do HIV. Essa estratégia leva em consideração estado serológico do HIV para a escolha da prática sexual entre as parcerias sexuais, como o sexo anal receptivo sem preservativo apenas com parceiros sexuais HIV-negativos e relações sexuais anal insertivas com estranhos ou parceiros HIV positivos<sup>(29)</sup>.

## CONCLUSÃO

Pessoas não-heterossexuais, que vivem com HIV, possuem uma série de fatores com diferenças estatísticas para vulnerabilidades individuais (alta renda, escolaridade e no entanto, estão inseridos em um contexto de alta vulnerabilidade social e programática (ausência do parceiro durante as consultas, informações insuficientes sobre o uso da PEP, recebeu informação do serviço) quando comparados a casais heterossexuais.

A orientação sexual não foi associada a aspectos clínicos relevantes como a carga viral ou a configuração de relacionamentos sorodiscordantes ou concordantes. Esses dados devem ser considerados ao desenvolver estratégias de intervenção e acolhimento em serviços especializados.

## REFERÊNCIAS

1. GBD 2015 HIV Collaborators. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 17]; 3: e361–87. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27470028>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico HIV/Aids. [Internet]. 2015 [cited 2017 May 25]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/90>
3. Domingues CS, Waldman EA. Causes of death among people living with SIDA in the pre-and pos-HAART eras in the city of São Paulo, Brazil. *PLoS One* [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 May 25]; 9(12): 1-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263674/>
4. Almeida PD, Brito RCT, Araújo TME, Oliveira FBM, Sousa AFL, Araújo Filho ACA. Aids no piauí: análise do perfil epidemiológico. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2015 Jul [cited 2017 May 25]; 9(6): 8660-4. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6927/pdf/8233>

5. Tadesse M. Assessment of HIV discordance and associated risk factors among couples receiving HIV test in Dilla, Ethiopia. BMC Res Notes [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 May 25]; 7: 893. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295257/>

6. Stahlman S, Beyrer C, Sullivan PS, Mayer KH, Baral SD. Engagement of Gay Men and Other Men Who Have Sex with Men (MSM) in the Response to HIV: A Critical Step in Achieving an AIDS-Free Generation. AIDS Behav [Internet]. 2016 Dec [cited 2017 Jul 17]; 20: S330–40. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27048235>

7. Sullivan S, Stephenson R. Perceived HIV Prevalence Accuracy and Sexual Risk Behavior Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men in the United States. AIDS Behav [Internet]. 2017 May [cited 2017 Jul 17]: 1-9. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28488166>

8. McCree DH, Oster AM, Jeffries IV DJ, Denson DJ, Lima AC, Whitman H, et al. HIV acquisition and transmission among men who have sex with men and women: What we know and how to prevent it. Preventive Med [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]; 100: 132-4. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28450120>

9. Wood SM, Salas-Humara C, Dowhen NL. Human Immunodeficiency Virus, Other Sexually Transmitted Infections, and Sexual and Reproductive Health in Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender Youth. Pediatr Clin North Am [Internet]. 2016 [cited 2017 May 25]; 63(6): 1027-55. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5543709/>

10. Gallén AG, Aznar CT, Aranda ER. Assessing gender stereotypes and sexual risk practices in men who have sex with men. Gac Sanit [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]. 1-7. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28648255>

11. Oliveira LB, Matos MCB, Costa CRB, Jesus GJ, Argolo JGM, Reis RK.

Establishment of partnerships in people living with HIV/Aids attended in a specialized center: experience report. Sylwan [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]; 162(7): 106-21. Available from:

<http://www.sylwan.ibles.org/syl/index.php/archive/part/161/7/1/?currentVol=161&currentissue=7>

12. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS. 3 ed. Lisboa: Sílabo, 2003.

13. Pino H, Harawa NT, Liao D, Moore A, Karlamangla A. Age and Age Discordance Associations with Condomless Sex Among Men Who Have Sex with Men. AIDS Behav [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28144790>

14. C. Jacques Aviñó, P. García de Olalla, E. Díez, et al. Explanation of risky sexual behaviors in men who have sex with men. Gac Sanit [Internet]. 2015 [cited 2017 May 25]; 29, p. 252-7. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25869152>

15. Cissé M, Samba D, Abadie A, Emilie H, Bernier A, Fugon L, et al. Factors associated with HIV voluntary disclosure to one's steady sexual partner in mali: results from a community-based study. J Biosoc Sci [Internet]. 2016 [cited 2017 May 25]; 48(1): 51-65. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26627886>

16. Chakrapani V, Shunmugam M, Newman PA, Kershaw T, Dubrow R. HIV Status Disclosure and Condom Use Among HIV-Positive Men Who Have Sex With Men and Hijras (Male-to-Female Transgender People) in India: Implications for Prevention. AIDS Care [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]; 29(2): 231-238. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15381501.2013.859113>

17. Lam CR, Holtz TH, Leelawiwat W, Mock PA, Chonwattana W, Wimonsate W, et al. Subtypes and Risk Behaviors Among Incident HIV Cases in the Bangkok Men Who Have Sex with Men Cohort Study. *AIDS Res Hum Retroviruses* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 25]: 1-27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28019101>
18. Mwakalapuka A, Mwampagatwa I, Bali T, Mwashambwa M, Kibusi S, Mwansisya T. Emotional and Relationship Dynamics between HIV SeroDiscordance and Concordance Couples: A Narrative Literature Review and Theoretical Framework. *ARC J Public Health Community Med* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 17]; 2(2): 1-14. Available from: [http://ecommons.aku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1145&context=eastafrica\\_hs\\_sonam](http://ecommons.aku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1145&context=eastafrica_hs_sonam)
19. Afe AJ, Fadero T, Oluokun O. HIV Sero-Discordant Couples in Southwest Nigeria: Prevalence and Associated Risk Factors. *J Aids HIV infections* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 25]; 1(1): 1-9. Available from: <http://www.annepublishers.co/articles/JAHI/1103-Hivsero-Discordant-Couples-in-Southwest-Nigeria-Prevalence-and-Associated-Risk-Factors.pdf>
20. Suzan-Monti M, Lorente N, Demoulin B, Marcellin F, Preau M, Dray-Spira R, et al. Sexual risk behaviour among people living with HIV according to the biomedical risk of transmission: results from the ANRS-VESPA2 survey. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 25]; 19(1): 20095. Available from: <http://www.jiasociety.org/jias/index.php/jias/article/view/20095>
21. Queiroz AAFLN, Sousa AFL, Matos MCB, Araújo TME, Reis RK, Moura MEB. Knowledge about HIV/AIDS and implications of establishing partnerships among Hornet® users. *Rev bras enferm* [Internet]. 2018 [cited 2017 May 25]; 71(4). In press.
22. Leung KY, Powers KA, Kretzschmar M. Gender asymmetry in concurrent partnerships and HIV prevalence. *Epidemics* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]; 19: 53-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28169133>
23. Fonte VRF, Pinheiro CDP, Barcelos NS, Costa CMA, Francisco MTR, Spindola T. Fatores associados ao uso do preservativo entre jovens homens que fazem sexo com homens. *Enferm Glob* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]; (46): 65-79. Available from: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt\\_1695-6141-eg-16-46-00050.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00050.pdf)
24. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen, 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* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 25]; 316(2): 171-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27404185>
25. Callegari FM, Pinto-Neto LF, Medeiros CBS, Page K, Miranda AE. Syphilis and HIV Co-Infection in Patients Who Attend an AIDS Outpatient Clinic in Vitoria, Brazil. *AIDS Behav* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 25]; 18(1): 104-9. Available from: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/mdl-23732958>
26. Figueiredo LA, Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RL, Faria MF, Goulart VC, et al. Oferta de ações e serviços de saúde para o manejo do HIV/aids, sob a perspectiva dos usuários. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 25]; 48(6):1026-34. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt\\_0080-6234-reeusp-48-06-1026.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1026.pdf)
27. Yang R, Gui X, Xiong Y, Gao S, Yan Y. Five-year follow-up observation of HIV prevalence in serodiscordant couples. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 25]; 33: 179-84. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/272185901\\_Five-year\\_follow-up\\_observation\\_of\\_HIV\\_Prevalence\\_in\\_serodiscordant\\_couples](https://www.researchgate.net/publication/272185901_Five-year_follow-up_observation_of_HIV_Prevalence_in_serodiscordant_couples)
28. Amin A. Addressing gender inequalities to improve the sexual and reproductive health and wellbeing of women living with HIV. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2015 [cited

2017 May 25]; 18(5): 20302. Available from:  
<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20302>  
29. Torres RMC, Cruz MM, Périssé ARS, Pires DRF. High HIV infection prevalence in a group of men who have sex with men. Braz J Infect Dis [Internet]. 2017 [cited 2017 May 25]: 1-10. Available from:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867017300910>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia