



PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO DIAGNÓSTICO TARDIO DA INFECÇÃO PELO HIV EM UM MUNICÍPIO PAULISTA

Marcela Antonini¹ 

Larissa Gerin^{1,2} 

Elizabeth Santos Melo³ 

Priscila Silva Pontes¹ 

Lígia Maria Nascimento Arantes^{1,4} 

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira⁵ 

Renata Karina Reis¹ 

¹Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

²Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Divisão de Vigilância Epidemiológica. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

³Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

⁴Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas, Unidade Especializada no Tratamento de Doenças Infecto-Contagiosas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

⁵Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem. Belém, Pará, Brasil.

RESUMO

Objetivo: identificar a prevalência e os fatores associados ao diagnóstico tardio da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), em um município do interior paulista.

Método: estudo epidemiológico, analítico e retrospectivo que analisou os casos de HIV e AIDS notificados pelos serviços de saúde no período de 2015 a 2017 por meio dos dados das notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net) dos usuários recém-diagnosticados para a infecção pelo HIV/AIDS no município de Ribeirão Preto/SP, Brasil. A coleta de dados ocorreu em maio de 2018. Foi realizado o teste qui-quadrado e regressão logística binária, no qual a variável dependente foi o critério de AIDS no momento da notificação da infecção pelo HIV. Foi considerado o valor de $p < 0,05$ para a associação entre as variáveis estudadas com relação ao diagnóstico tardio.

Resultados: dentre os 829 (100%) casos novos de HIV, 290 (35,0%) foram diagnosticados na condição de aids. A maioria da população pertencia ao sexo masculino e na faixa etária dos 15 aos 34 anos. A candidose oral e a perda de peso acima de 10% foram os principais sintomas associados à AIDS. Observou-se que pessoas com menor escolaridade e com o aumento da idade eram mais propensas a serem diagnosticadas tardiamente.

Conclusão: estratégias que favoreçam o diagnóstico oportuno no município estudado são necessárias, particularmente entre os indivíduos com idade acima de 45 anos e com menor escolaridade.

DESCRITORES: HIV. Infecções por HIV. Testes sorológicos. Diagnóstico tardio. Infecções oportunistas relacionadas com a AIDS. Epidemiologia. Sistemas de informação em saúde.

COMO CITAR: Antonini M, Gerin L, Melo ES, Pontes PS, Arantes LMN, Ferreira GRON, Reis RK. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV em um município paulista. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2022 [acesso MÊS ANO DIA]; 31:e20200579. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0579>.

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH LATE DIAGNOSIS OF THE HIV INFECTION IN A MUNICIPALITY OF SÃO PAULO

ABSTRACT

Objective: to identify the prevalence and factors associated with late diagnosis of the infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV), in a municipality of São Paulo.

Method: an epidemiological, analytical and retrospective study that analyzed the HIV and AIDS cases notified by the health services in the period from 2015 to 2017 using data from the notifications of the Information System for Notifiable Diseases (SINAN Net) corresponding to the users recently diagnosed with HIV/AIDS infection in the municipality of Ribeirão Preto/SP, Brazil. Data collection was in May 2018. The chi-square test was performed, as well as binary logistic regression, where the dependent variable was the AIDS criterion at the moment of notifying infection by HIV. A p-value<0.05 was considered for the association between the variables studied in relation to late diagnosis.

Results: of the 829 (100%) new HIV cases, 290 (35.0%) were diagnosed in the condition of AIDS. Most of the population was male and aged between 15 and 34 years old. Oral candidiasis and weight loss greater than 10% were the main symptoms associated with AIDS. It was observed that people with lower schooling levels and older were more prone to late diagnoses.

Conclusion: it is necessary to devise strategies that favor timely diagnosis in the municipality under study, particularly among the individuals aged over 45 years old and with lower schooling levels.

DESCRIPTORS: HIV. HIV infections. Serological tests. Late diagnosis. AIDS-related opportunistic infections. Epidemiology. Health information systems.

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA INFECCIÓN OCASIONADA POR EL VIH EN UN MUNICIPIO DE SAN PABLO

RESUMEN

Objetivo: identificar la prevalencia y los factores asociados al diagnóstico tardío de la infección ocasionada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) en un municipio del interior de Brasil.

Método: estudio epidemiológico, analítico y retrospectivo que analizó los casos de VIH y SIDA notificados por los servicios de salud entre 2015 y 2017 por medio de los datos de las notificaciones del Sistema de Información de Problemas de Salud pasibles de Notificación (SINAN Net) referentes a los usuarios recién diagnosticados con la infección ocasionada por el VIH/SIDA en el municipio de Ribeirão Preto/SP, Brasil. La recolección de datos fue en mayo de 2018. Se realizaron tanto una prueba de chi-cuadrado como un análisis de regresión logística binaria, en la cual la variable dependiente fue el criterio de SIDA al momento de notificar la infección ocasionada por el HIV. Se consideró un valor de p<0,05 para la asociación entre las variables estudiadas en relación con el diagnóstico tardío.

Resultados: entre los 829 (100%) casos nuevos de HIV, 290 (35,0%) fueron diagnosticados en la condición de SIDA. La mayoría de la población era del sexo masculino y pertenecía al grupo etario de 15 a 34 años. Candidiasis oral y pérdida de peso superior al 10% fueron los principales síntomas asociados al SIDA. Se observó que las personas con niveles de educación más bajos y de mayor edad fueron más propensas a ser diagnosticadas tardíamente.

Conclusión: es necesario elaborar estrategias que favorezcan el diagnóstico oportuno en el municipio estudiado, particularmente entre las personas de más de 45 años de edad y con niveles de educación más bajos.

DESCRIPTORES: VIH. Infecciones ocasionadas por el VIH. Exámenes serológicos. Diagnóstico tardío. Infecciones oportunistas relacionadas con el SIDA. Epidemiología. Sistemas de información en salud.

INTRODUÇÃO

Desde o início da epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), 79,3 milhões de pessoas já foram infectadas e 36,3 milhões morreram de AIDS no mundo, de acordo com a Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Em 2020, houve 1,5 milhões de novos casos do vírus e 680 mil mortes relacionadas a AIDS destacando a necessidade de buscar estratégias para mudar este panorama¹.

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a oferecer acesso gratuito e universal à terapia antirretroviral (TARV), testes e cuidados para as pessoas com o diagnóstico da infecção pelo HIV². Apesar disto, os casos notificados são crescentes e em 2019 houve 50.838 novos casos de HIV e 15.923 de AIDS, correspondendo às regiões Sudeste e Sul a 51,3% e 19,9% dos casos, respectivamente²⁻³. Ademais, um número significativo de pessoas continua sendo diagnosticado em estágio avançado da infecção. Em 2020, por exemplo, 27% dos casos foram diagnosticados tardiamente²⁻³.

O diagnóstico da infecção pelo HIV é considerado tardio quando a pessoa se descobre soropositiva com a contagem de Linfócitos TCD4+ menor que 350 células/mm³ e/ou com doença definidora de AIDS⁴. Sua ocorrência está relacionada à seleção para resistência aos fármacos antirretrovirais, a menor recuperação imunológica em comparação às pessoas que são diagnosticadas precocemente e com rápido início ao tratamento, além de maior chance de morte por AIDS ou outras doenças associadas⁵⁻⁶.

Por isso, o diagnóstico oportuno é fundamental para maximizar os benefícios terapêuticos da TARV de restauração da imunidade, visando o melhor prognóstico das pessoas que vivem com HIV (PVHIV)^{1,5,7}. Neste contexto, o acesso à testagem e aconselhamento foi estabelecido como uma das prioridades para o controle da epidemia no mundo^{5,7}. No Brasil, as políticas públicas de combate ao HIV propiciam nos diferentes serviços de atenção à saúde a testagem, aconselhamento, seguimento clínico, acesso à TARV, insumos de prevenção sexual do HIV que incluem os preservativos, as profilaxias pré e pós exposição sexual, dentre outros, além de unidades de saúde especializadas no tratamento das pessoas que vivem com o vírus, através do Sistema Único de Saúde (SUS)⁸.

Entretanto, melhorar o acesso a testagens permanece desafiador e muitas pessoas continuam sendo tardiamente diagnosticadas, implicando no início do tratamento, em média, cerca de oito anos após a infecção e levando a morte relacionada à AIDS. Em países de baixa e média renda cerca de 30 a 40% das PVHIV que iniciam a TARV têm uma contagem de linfócitos TCD4+ inferior a 200 células/mm³ ou já possuem alguma doença relacionada à AIDS^{5,7,9}, evidenciando que a situação epidemiológica do HIV permanece desafiando os atuais esforços de combate à epidemia e, por isso, é necessário questionar e refletir acerca das políticas públicas e da atual produção de cuidado.

Neste aspecto, a Saúde Coletiva enquanto campo possibilita reflexões fecundas sobre o modo de pensar e produzir cuidado como um ato vivo¹⁰ e que tem como eixo principal os aspectos biológicos, políticos e sociais como determinantes da produção social da saúde e da doença¹¹⁻¹², e por isso tem muito a contribuir para o desafio do diagnóstico tardio do HIV.

No Brasil, os enfermeiros possuem proficiência do cuidado nas diversas fases do ciclo de vida e são referência na elaboração de estratégias coletivas, no gerenciamento de equipes, na implementação de protocolos assistenciais, além de serem protagonistas da coleta sistemática de dados sobre a saúde da população que compõem os indicadores epidemiológicos¹³. Assim, desempenham papel fundamental para pensar e propor estratégias favoráveis ao diagnóstico oportuno e a ligação efetiva aos cuidados e tratamento do HIV, uma vez que delineiam as ações em saúde pautadas nos indicadores epidemiológicos e sobre as demandas de seus territórios de atuação.

Neste contexto, propusemos este estudo para identificar a prevalência e os fatores associados ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, em um município do interior paulista, no período de 2015 a 2017. Espera-se que este estudo contribua para as evidências a respeito do diagnóstico e suscite reflexões acerca da atual produção de cuidado voltado ao combate à epidemia do HIV/AIDS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, analítico e retrospectivo que analisou os casos de HIV e AIDS recém-diagnosticados e notificados pelos serviços de saúde no município de Ribeirão Preto – SP no período de 2015 a 2017.

A coleta de dados ocorreu em maio de 2018. Foram consultados os registros de HIV e AIDS entre pessoas com idade igual ou superior a 13 anos, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Net)¹⁴, no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017 no município estudado. Os dados foram extraídos do sistema pela equipe da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal do município, em planilha do *Excel* e fornecidos para a pesquisadora. Ressalta-se que os dados coletados e disponibilizados à pesquisadora contemplavam estritamente as variáveis de interesse do estudo, garantindo o anonimato dos casos.

No período de 2015 a 2017, foram inseridas no Sinan Net 1299 notificações de HIV/AIDS pelo município. Entretanto, para garantir que a amostra do estudo fosse constituída apenas dos casos recém-diagnosticados, foram excluídas as notificações dos casos em que o intervalo entre a data do diagnóstico e a data da notificação fosse maior que um mês, resultando em 829 casos que constituíram a amostra deste estudo.

O SINAN Net¹⁴ é um sistema de informação alimentado pela notificação e investigação de doenças e agravos de notificação compulsória no Brasil. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo o acesso dos profissionais de em todos os serviços de saúde¹⁴. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento de saúde, definir prioridades, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções¹⁴.

No caso da infecção pelo HIV, a ficha de notificação/investigação de AIDS do SINAN Net registra os dados sobre a data da notificação, a data do diagnóstico da infecção pelo HIV e/ou AIDS, a contagem de células TCD4, além de características sociodemográficas e clínicas da pessoa no momento da notificação.

Os parâmetros utilizados para definir o diagnóstico incluem a combinação de aspectos clínicos e imunológicos, que objetivam a identificação da fase de progressão da infecção⁴⁻⁵. Desta forma, o diagnóstico tardio (DT) foi definido como o caso que recebeu o diagnóstico da infecção com contagem de linfócitos TCD4+ abaixo de 350 células/mm³ de sangue, e/ou apresentaram sintomas clínicos de doenças oportunistas associadas ao HIV segundo o critério CDC Adaptado e o critério Rio de Janeiro/Caracas, de acordo com a definição do Ministério da Saúde⁴.

As variáveis de interesse foram as mesmas que constam na ficha de notificação/investigação de AIDS do SINAN Net do Ministério da Saúde, sendo elas relacionadas aos dados sociodemográficos: sexo ao nascer, idade, cor da pele (branca, preta, parda e amarela) e escolaridade (analfabeto, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior); clínico-epidemiológicas: critério (HIV ou AIDS), data do diagnóstico da infecção pelo HIV ou AIDS; tipo de exposição ao vírus (sexual, vertical, acidente com material biológico, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea), uso de drogas injetáveis (sim/não), doenças definidoras de AIDS segundo critério CDC Adaptado e Rio de Janeiro/Caracas e contagem de Linfócitos TCD4+ (maior ou menor que 350 células/mm³).

Os dados obtidos por meio de uma planilha do *Microsoft Excel* foram codificados e exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Para verificar a associação entre as variáveis de interesse com o critério HIV e AIDS, foi realizado o teste Qui-quadrado ou Teste G e as variáveis que apresentaram significância estatística foram utilizadas na regressão

logística binária, no qual a variável dependente foi critério (HIV/AIDS), sendo usado a AIDS como a resposta binária 1 ou sucesso. Foram considerados significativos os testes que obtiveram um nível de significância menor que 5 % ($p < 0,05$). Em todo o estudo, os dados categorizados como ignorados não fizeram parte dos testes de associação ou de regressão logística, pois trata-se da ausência de dados nas fichas de notificação.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - SP, conforme Resolução 466/2012. Por se tratarem de dados secundários foi aprovada a dispensa para o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

No período de 01 janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017 foram inseridas no SINAN Net 1299 notificações de HIV/AIDS pelo município estudado, sendo 829 (100%) referentes aos recém-diagnosticados que constituíram a amostra deste estudo. A prevalência de diagnóstico tardio foi de 35%, ou seja, a descoberta de soropositividade para o HIV ocorreu já na condição de AIDS.

No geral, a maioria dos novos casos ocorreu em pessoas de pele branca (490;59,1%), do sexo masculino (627;75,6%) e na faixa etária dos 15 aos 34 anos de idade (628;75,7%), com média de idade de 30,33 anos ($DP \pm 11,82$) e com ensino médio concluído (230;27,7%). Entretanto, observa-se que os casos de AIDS foram relativamente maiores entre aqueles com idade superior a 45 anos e/ou com menor escolaridade, Tabela 1. A associação do diagnóstico de AIDS foi significativa com a faixa etária ($p < 0,0006$) e a escolaridade ($p < 0,0001$), conforme observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos de pessoas recém-diagnosticadas com o HIV e sua associação com o critério HIV/AIDS, no município de Ribeirão Preto, SP, Brasil, no período de 2015 a 2017. (n=829)

Variáveis		Critério			Valor de p
		HIV	AIDS	Total	
		n=539 (65,0%)	n=290 (35,0%)	n=829 (100%)	
Sexo	Feminino	121 (59,9)	81 (40,1)	202 (100)	0,09*
	Masculino	418 (66,7)	209 (33,3)	627 (100)	
Faixa etária	15-24	244 (69,7)	106 (30,2)	350 (100)	<0,0006*
	25-34	182 (65,4)	96 (34,5)	278 (100)	
	35-44	71 (65,1)	38 (34,8)	109 (100)	
	45-59	16 (40,0)	24 (60,0)	40 (100)	
Cor	60 ou mais	26 (50,0)	26 (50,0)	52 (100)	0,121†
	branca	305 (62,2)	185 (37,7)	490 (100)	
	parda	106 (70,6)	44 (29,3)	150 (100)	
	preta	36 (54,5)	30 (45,4)	66 (100)	
Escolaridade	amarela	04 (66,6)	02 (33,3)	06 (100)	<0,0001†
	Ignorado	88 (75,2)	29 (24,7)	117 (100)	
	Analfabeto	01 (33,3)	02 (66,6)	03 (100)	
	Fundamental	90 (49,2)	93 (50,8)	183 (100)	
Escolaridade	Médio	152 (66,0)	78 (33,9)	230 (100)	<0,0001†
	Superior	122 (73,9)	43 (26,0)	165 (100)	
	Ignorado/SI	174 (70,1)	74 (29,8)	248 (100)	

Dados categorizados como Ignorado não fizeram parte do cálculo estatístico. * Teste Qui-Quadrado † Teste G

Neste mesmo período não houve registro de provável transmissão sanguínea de casos por hemofilia nem por acidente com material biológico. O tipo de exposição ao HIV mais frequente foi o contato sexual (710;85,6%) e não houve diferença significativa de casos de AIDS entre aqueles que faziam sexo com pessoas do mesmo sexo (360;43,4%) ou com o sexo oposto (321;38,7 %) (Tabela 2).

A contagem de linfócitos TCD4+ maior que 350 células/mm³ foi associada com ter recebido o diagnóstico de HIV no momento da notificação (p<0,001). Intrigantemente, nossos achados mostram que dentre os casos diagnosticados na condição de AIDS, alguns (23;6,0%) apresentavam pelo menos duas doenças definidoras de AIDS concomitantemente a contagem de linfócitos TCD4+ superior a 350 células/mm³, conforme Tabela 2.

Quanto às manifestações clínicas, as variáveis referentes ao critério Rio de Janeiro/Caracas apareceram com maior frequência nos casos de AIDS quando comparadas às variáveis referentes ao critério CDC Adaptado.

No geral, os sintomas mais frequentes que apareceram nos casos de AIDS foram a caquexia ou perda de peso maior que 10% (47;16,2%) e a candidose oral ou leucoplasia pilosa (35;12,1%), conforme Tabela 3.

Na análise multivariada (Tabela 4), observa-se que os indivíduos com idade entre 45 e 59 anos (OR= 3.45 [1.76; 6.76]) e acima de 60 anos (OR=2.30 [1.28; 4.15]), bem como os com menor escolaridade (OR=2.96 [1.89; 4.65]), tiveram mais chance de serem diagnosticados tardiamente.

Tabela 2 – Dados sobre a forma de infecção pelo HIV de pessoas recém-diagnosticadas com o vírus e sua associação com o critério HIV/AIDS no momento do diagnóstico, no município de Ribeirão Preto, SP, Brasil, no período de 2015 a 2017. (n=829)

Variáveis		Critério			Valor de p
		HIV	AIDS	Total	
		n=539 (65,0%)	n=290 (35,0%)	n=829 (100%)	
Uso drogas injetáveis	Não	436 (67,2)	212 (32,7)	648 (100)	0,233*
	Sim	11 (52,3)	10 (47,6)	21 (100)	
	Ignorado	92 (57,5)	68 (42,5)	160 (100)	
Transfusão sanguínea	Não	437 (65,6)	229 (34,3)	666 (100)	0,747†
	Sim	01 (100)	-	01 (100)	
	Ignorado	101 (62,3)	61 (37,6)	162 (100)	
Faz sexo com	Ambos os sexos	14 (66,6)	07 (33,3)	21 (100)	0,183
	Pessoas do sexo oposto	202 (62,9)	119 (37,0)	321 (100)	
	Pessoas do mesmo sexo	256 (69,5)	112 (30,4)	368 (100)	
	Ignorado	67 (56,3)	52 (43,6)	119 (100)	
Contagem de Linfócitos TCD4+	Maior que 350 cels/mm ³	360 (94,0)	23 (6,0)	383 (100)	<0,001†
	Menor que 350 cels/mm ³	-	249 (100)	249 (100)	
	Ignorado	179 (90,9)	18 (9,1)	197 (100)	

Dados categorizados como Ignorado não fizeram parte do cálculo estatístico. * Teste Qui-Quadrado † Teste G

Tabela 3 – Doenças definidoras de AIDS, segundo critério Rio de Janeiro/Caracas e CDC Adaptado, de pessoas recém-diagnosticadas tardiamente com HIV/AIDS no município de Ribeirão Preto, SP, Brasil, no período de 2015 a 2017. (n=290)

Critério CDC Adaptado	f		%		Critério Rio de Janeiro / Caracas		f		%	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Câncer cervical invasivo	Não	280	96,6		Não		246		84,4	
	Sim	01	0,3		Sim	Sarcoma de Kaposi	12		4,1	
	Ignorado	09	3,1		Ignorado		32		11,0	
Candidose de esôfago	Não	242	83,4		Não		249		85,9	
	Sim	13	4,5		Sim	Tuberculose disseminada/extrapulmonar/não cavitária	10		3,4	
	Ignorado	35	12,1		Ignorado		31		10,7	
Citomegalovirose*	Não	246	84,8		Não		225		77,6	
	Sim	06	2,1		Sim	Candidose oral ou leucoplasia pilosa	35		12,1	
	Ignorado	38	13,1		Ignorado		30		10,3	
Candidose de traqueia, brônquios ou pulmão	Não	251	86,6		Não		241		83,1	
	Sim	02	0,7		Sim	Tuberculose pulmonar cavitária ou não específica	20		6,9	
	Ignorado	37	12,8		Ignorado		29		10,0	
Criptococose extrapulmonar	Não	244	84,1		Não		253		87,2	
	Sim	08	2,8		Sim	Herpes zoster em indivíduo ≤ 60 anos	07		2,4	
	Ignorado	38	13,1		Ignorado		30		10,0	
Criptosporidiose intestinal crônica >1 mes	Não	250	86,2		Não		255		87,9	
	Sim	01	0,3		Sim	Disfunção do sistema nervoso central	06		2,1	
	Ignorado	39	13,4		Ignorado		29		10,0	
Herpes simples mucocutâneo >1 mês	Não	249	85,9		Não		236		81,4	
	Sim	03	1,0		Sim	Diarréia ≥1 mês	25		8,6	
	Ignorado	38	13,1		Ignorado		29		10,0	
Histoplasmose disseminada	Não	250	86,2		Não		233		80,3	
	Sim	03	1,0		Sim	Febre maior ou igual a 38°C por tempo ≥1 mês	25		8,6	
	Ignorado	37	12,8		Ignorado		32		11,0	

Tabela 3 – Cont.

Critério CDC Adaptado	f	%	Critério Rio de Janeiro / Caracas	f	%
Linfoma primário do cérebro	Não	86,9	Não	213	73,4
	Sim	0,3	Caquexia ou perda de peso maior que 10%	47	16,2
	Ignorado	12,8	Ignorado	30	10,3
Micobacteriose disseminada†	Não	86,2	Não	236	81,4
	Sim	0,7	Astenia maior ou igual a 1 mês	23	7,9
	Ignorado	13,1	Ignorado	31	10,7
Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>	Não	80,3	Não	255	87,9
	Sim	6,2	Dermatite persistente	04	1,4
	Ignorado	13,4	Ignorado	31	10,7
Reativação doença de Chagas‡	Não	86,9	Não	232	80,0
	Sim	0,3	Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia	25	8,6
	Ignorado	12,8	Ignorado	33	11,4
Salmonelose§	Não	86,9	Não	234	80,7
	Sim	0,3	Tosse persistente ou qualquer pneumonia	26	9,0
	Ignorado	12,8	Ignorado	30	10,3
Toxoplasmose cerebral	Não	82,1	Linfadenopatia ≥1 cm, ≥ a dois sítios extra inguinais e por tempo ≥1 mês	241	83,1
	Sim	4,5	Ignorado	13	4,5
	Ignorado	13,4	Ignorado	36	12,4
Total	290	100	Total	290	100

*(exceto fígado, baço ou linfonodos); †(exceto tuberculose e hanseníase); ‡(meningoencefalite e/ou miocardite); §(sepsse recorrente não tífóide).

Tabela 4 – Modelo final, segundo regressão logística de avaliação dos fatores associados ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015 - 2017. (n=290)

Variáveis Sociodemográficas		OR* (IC† 95%)	p-valor
Faixa etária	15-24	Ref.	
	25-34	1.21 (0.87; 1.70)	0.258
	35-44	1.23 (0.78; 1.94)	0.369
	45-59	3.45 (1.76; 6.76)	<0,0001
	60 ou mais	2.30 (1.28; 4.15)	0.006
Escolaridade	Analfabeto/ Fundamental	2.96 (1.89; 4.65)	<0,0001
	Médio	1.46 (0.94; 2.27)	0.096
	Superior	Ref.	

*OR: Odds ratio; †IC: Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

O perfil da população estudada foi predominantemente de adultos jovens do sexo masculino concordando com os dados nacionais³ que mostram aumento de casos nesta mesma população, bem como outros estudos que cerne a problemática do diagnóstico do HIV/AIDS¹⁵⁻¹⁶.

Neste estudo, a prevalência de diagnóstico tardio foi de 35%, menor que o observado em outro estudo conduzido no estado da Paraíba¹⁵ e maior que a taxa nacional de 26% que vem se mantendo inalterado desde 2015, conforme os indicadores de monitoramento clínico de HIV apresentado pelo Ministério da Saúde³.

Neste mesmo período (2015 a 2021) no Brasil, a maioria dos casos de diagnóstico tardio pelo HIV ocorre em pessoas com idade superior a 40 anos, de pele parda e com menor escolaridade³.

No ano de 2010, especulações sobre um possível alcance do “fim da AIDS” emergiu como uma meta acessível nos esforços globais de controle da epidemia de HIV por meio de estratégias de caráter biomédico como o Tratamento como Prevenção (TasP), além da oferta imediata da TARV independente da contagem de linfócitos TCD4+^{5,17}. De fato essas estratégias são primordiais na restauração da imunidade e melhora da condição biológica das PVHIV¹⁸, porém, não encerra a problemática da AIDS como um todo pois a possibilidade de adoecer permanece.

Assim, quase 40 anos desde o início da epidemia da AIDS já se passaram e o número de pessoas que adquirem o HIV, adoecem e morrem continua crescente, sugerindo que as estratégias de combate à epidemia são insuficientes e excludentes^{17,19}, posto que os “esforços” travados na luta pelo fim da epidemia não contemplam os determinantes sociais das necessidades individuais e coletivas de saúde que compõem as situações de vulnerabilidade ao HIV/AIDS¹⁷.

O diagnóstico tardio está associado a barreiras que impedem ou retardam o acesso do indivíduo à assistência as quais incluem condição social, custos de transporte e distância até o serviço de saúde, estigma, medo de revelação do diagnóstico, falta de apoio e longos períodos de espera, encaminhamentos ruins, serviços estigmatizantes ou hostis, dependência do álcool e de drogas ilícitas, assim como barreiras políticas e legais que podem dificultar o acesso à assistência^{5,7}.

Além disso, a AIDS ainda é vista como uma doença perigosa que afeta “o outro”, causando o sentimento de invulnerabilidade nas pessoas. Estas representações da doença podem favorecer a busca tardia pelo diagnóstico nos serviços de saúde²⁰. Por outro lado, trata-se de uma doença que cursa silenciosa por um período e que pode se manifestar apenas na presença da imunodepressão.

Em nossos achados, as pessoas com idade superior a 45 anos apresentaram maior chance de serem diagnosticadas tardiamente quando comparadas aos mais jovens. Este resultado corrobora aos achados de outro estudo brasileiro¹⁶ e reforça a necessidade de desenvolver uma óptica assistencial capaz de superar o estigma da epidemia do HIV restrito a pessoas jovens e de orientação sexual homoafetiva.

Apesar da maioria dos casos de HIV no Brasil ocorrer na faixa etária de 20 a 34 anos e a maior concentração dos casos de AIDS ser observada em indivíduos entre 25 e 39 anos, a faixa etária dos homens maiores de 60 anos apresentou um incremento na taxa de detecção de AIDS nos últimos 10 anos no país²⁻³.

Os tabus, mitos, crenças e preconceitos relacionados à sexualidade da pessoa idosa contribuem para que os profissionais de saúde pouco abordem estas questões junto a este público, que muitas vezes tem a sua vida sexual ignorada, o que colabora para que não seja feito o aconselhamento sobre estratégias de prevenção, tampouco a oferta dos exames de triagem para o HIV²¹⁻²³.

Esta circunstância levanta ainda mais preocupações considerando a transição demográfica brasileira de envelhecimento da população. A manutenção da atividade sexual da população, inclusive após alcançar a fase idosa, já está bem estabelecida na literatura científica^{16,20-23}, reforçando a necessidade de abordar as questões referentes à sexualidade e promoção da saúde entre os idosos, além de ofertar exames de triagem nas consultas médicas e de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde²¹. Entretanto, há barreiras relacionadas ainda a não abordagem da sexualidade no contexto do cuidado pela equipe de saúde, o que contribui para possíveis confusões e demora no diagnóstico do HIV, bem como de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)²¹⁻²².

A realização do teste de triagem para o HIV é importante, pois a possibilidade do diagnóstico e tratamento precoce contribui para reduzir a disseminação do vírus entre as pessoas, além dos benefícios para o indivíduo²⁴. Porém, há ainda um grande número de pessoas que desconhecem sua condição sorológica e poderiam se beneficiar com a TARV, alcançar a supressão viral e consequentemente contribuir para a redução da transmissão do HIV na população¹⁵.

Ampliar a oferta aos testes diagnósticos do HIV entre pessoas com idade superior aos 45 anos pode ser um agente potencializador do diagnóstico precoce²⁵. Entretanto, frente às atuais fragilidades do atendimento em saúde relacionado à sexualidade, faz-se necessário reformular, bem como investir, na formação dos profissionais de saúde para que saibam lidar com essas demandas com respeito e integridade.

Em nossos achados, as pessoas com piores condições sociais, como menor escolaridade (OR=2.96 [1.89; 4.65]), tiveram maiores chances de receber o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV, semelhante ao que tem sido observado em outros estudos^{16,26} e no país²⁻³.

A escolaridade está relacionada ao acesso e compreensão de informações bem como na possibilidade de utilizá-las para identificar situações de risco e adotar práticas de proteção em saúde²⁷. Além disso, a baixa escolaridade está associada a baixos salários e a condições socioeconômicas precárias, fato que limita a oportunidade de acesso a serviços e bens²⁷.

Analisando os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (2020), nota-se que entre 2000 a 2020 a maioria dos novos casos de HIV ocorreram em pessoas com ensino médio completo, entretanto os casos de AIDS do mesmo período estavam concentrados em pessoas com menor escolaridade²⁻³ sugerindo que apesar da epidemia atingir a todos os públicos, os indivíduos com menor poder aquisitivo são os que mais adoecem e sofrem, reforçando - mais uma vez - a discussão de que as estratégias de combate à epidemia são insuficientes e excludentes.

Diante disso, o cenário brasileiro é preocupante uma vez que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), até 2019, apenas 11.773.203 adultos concluíram o ensino médio, 10.974.667 concluíram o ensino fundamental e 24.093.776 não foram alfabetizados²⁸.

Além da contagem de linfócitos TCD4+ inferior a 350 células/mm³, existem várias doenças e sintomas definidores de AIDS que sugerem um estado gravemente imunocomprometido¹⁸. Em nosso estudo, a caquexia ou perda de peso maior que 10% (47;16,2%) e a candidose oral ou leucoplasia pilosa (35;12,1%) foram os sintomas que apareceram com maior frequência entre os casos tardiamente diagnosticados, semelhante aos achados de outros estudos sobre a infecção pelo HIV e AIDS^{15,18-19,29}.

A candidose orofaríngea é relatada como uma manifestação oral clínica primária da AIDS, afetando de 50 a 95% das pessoas que adquirem o HIV e por isso, desempenha um papel significativo no diagnóstico e progressão da doença¹⁸⁻¹⁹. Além dela, a caquexia ou perda de peso acima de 10% também é relatada com frequência em estudos sobre a AIDS²⁹, sendo considerada um de seus sintomas clássicos desde o início da epidemia.

Observou-se que dentre os casos diagnosticados na condição de AIDS, alguns apresentavam pelo menos duas doenças definidoras ao mesmo tempo que apresentavam contagem de linfócitos TCD4+ superior a 350 células/mm³. Um estudo realizado em Duala (Camarões) identificou que até 15% de seus participantes foram diagnosticados com AIDS nesta mesma situação³⁰.

Este achado é importante, pois as condutas terapêuticas se diferem de acordo com o critério da infecção pelo HIV e conseqüentemente, implica em diferentes prognósticos. Isso porque o déficit imunológico coexistente à AIDS viabiliza complicações que vão além do sistema imunológico (como os de natureza pulmonar, cardiovascular e neurológico) e que tendem a se agravar com o avanço do tempo, quando não tratados¹⁸. Por isso, o diagnóstico tardio implica desde maior carga de morbidade e mortalidade associadas à infecção pelo HIV até diminuição da qualidade e da estimativa de vida em decorrência de incapacidades relacionadas à AIDS^{1,5-6,18}.

Importante ressaltar que os avanços tecnocientíficos destinados ao combate da epidemia do HIV não se sobrepõem a tecnologias leves que exercem papel primordial nesse cenário. O aconselhamento em saúde, por exemplo, é uma prática presente nas relações de cuidado, com potencial de reconhecer situações de vulnerabilidade e de buscar, de forma compartilhada, respostas e soluções adequadas às suas demandas³¹ e, por isso, também é considerado uma estratégia virtuosa para o enfrentamento da epidemia da infecção pelo HIV/AIDS e para o diagnóstico oportuno.

Neste sentido, a equipe de enfermagem desempenha papel fundamental uma vez que são os primeiros profissionais que a população tem contato quando buscam por atendimento em saúde.

Além disso, no Brasil, os enfermeiros são habilitados a acolher, aconselhar e testar a população para o HIV e para outras IST, bem como solicitar exames laboratoriais para o diagnóstico complementar das testagens e monitoramento das infecções, além de prescrever fármacos antirretrovirais da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) sexual do HIV, conforme o previsto nos manuais técnicos e protocolos do Ministério da Saúde^{8,32-33}.

Sobre as lentes da enfermagem enquanto categoria, isso é animador, pois evidencia qualificação profissional e autonomia para a prática assistencial. Entretanto, a centralização das estratégias de combate ao HIV sobre esta categoria profissional em serviços de atenção primária tem implicado negativamente tanto no processo de trabalho quanto na produção do cuidado³¹.

Discutir a problemática do diagnóstico tardio transcende apontar dados estatísticos e reforçar atividades já implementadas, pois se trata de uma problemática multifatorial, que não cabe apenas a uma categoria profissional ou instância governamental. Reforçar programas e políticas públicas voltadas para o combate ao HIV/AIDS de fato são pertinentes, entretanto, é necessário ir além das estratégias já existentes tendo em vista que o processo de saúde e doença está diretamente ligado às condições socioeconômicas e culturais dos indivíduos¹².

A implementação de novas propostas deve contemplar a complexidade do processo de trabalho em saúde como um ato vivo^{10,31} para que as ações não sejam centralizadas em apenas uma categoria profissional. É necessário que os formuladores de políticas públicas, junto a gestores e a profissionais de saúde atuem de forma integrada e que compreendam a responsabilização por este desafio.

Ademais, observou-se no presente estudo uma frequência significativa de informações classificadas como “ignoradas” nas fichas de notificação semelhante aos achados de outros estudos brasileiros³⁴ e semelhante aos dados nacionais³. Esta classificação pode corresponder tanto a campos sem informação, quanto a informação desconhecida por parte do informante.

Transpondo esta problemática para nível nacional, ignorar os dados nas fichas de notificação pode ter como consequência um prejuízo na caracterização e monitoramento das tendências, do perfil epidemiológico, dos riscos e vulnerabilidades da população, podendo afetar o caráter embasador que essas informações têm na construção de políticas públicas de enfrentamento da doença³⁵. Na área da saúde, o planejamento, monitoramento, execução e avaliação de ações concretas e com foco tanto preventivos, quanto resolutivos, são provenientes de informações que possibilitam estimar indicadores relevantes sobre uma determinada situação de saúde e por isso, a importância de obter informações precisas e completas³⁰.

É desconhecido o motivo pelo qual esses dados foram preenchidos como “ignorados”, não sabendo se o paciente se recusou a fornecer a informação ou se o profissional não se dispôs a investigá-la. Porém, sabe-se que a ficha de notificação pode estar sendo preenchida sem a presença do indivíduo ou por profissionais que não tiveram contato com o mesmo. Por isso, o preenchimento da ficha de notificação no momento do diagnóstico, pelo profissional que faz a revelação do diagnóstico ao indivíduo, pode reduzir a subnotificação e o preenchimento incompleto da ficha, melhorando, assim, a qualidade dos dados.

Nosso estudo deve ser interpretado à luz de algumas limitações. Os dados identificados como “ignorados” nas fichas de notificação podem subestimar nossos achados e o período referente aos dados coletados também pode ser considerado uma limitação. Entretanto, isso não invalida as análises e reflexões levantadas, uma vez que se trata de dados oficiais e que as notificações dos anos seguintes mantiveram um perfil semelhante ao do período estudado.

CONCLUSÃO

Nossos achados mostram que de 2015 a 2017, no município estudado, 35% dos novos diagnósticos de HIV foram tardios. Os indivíduos com idade acima de 45 anos e com menor escolaridade apresentaram mais chance de serem diagnosticados na condição de AIDS.

É necessário repensar a produção do cuidado e estratégias que favoreçam maior acesso aos serviços de saúde e testagem, além de melhora na qualidade do aconselhamento em saúde. A educação permanente dos profissionais de saúde, especialmente da equipe de enfermagem, deve enfatizar a importância do diagnóstico precoce para o enfrentamento da situação epidemiológica do HIV, bem como para o melhor prognóstico de quem vive com o vírus.

REFERÊNCIAS

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global HIV & AIDS statistics - Fact Sheet 2021. [Internet]. 2021 [citado 2021 Set 18]. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). Relatório de monitoramento clínico do HIV. [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 Out 3]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2019>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Painel de Indicadores Epidemiológicos: Aids; Clínico de HIV - dados regionais e nacionais. [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2021 [citado 2021 Out 1]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2020 Set 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>
5. World Health Organization (WHO). Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection 2015. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citado 2021 Jan 27]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179870>
6. Croxford S, Kitching A, Desai S, Kall M, Edelstein M, Skingsley A, et al. Mortality and causes of death in people diagnosed with HIV in the era of highly active antiretroviral therapy compared with the general population: an analysis of a national observational cohort. *Lancet Public Health* [Internet]. 2017 Jan [citado 2020 Out 4];2(1):e35-e46. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30020-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30020-2)
7. World Health Organization (WHO). Guidelines for managing advanced hiv disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [citado 2021 Nov 10]. Disponível em: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/advanced-HIV-disease/en/>
8. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Diretrizes para a organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2021 Nov 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/diretrizes-para-organizacao-e-funcionamento-dos-cta-no-ambito-da-prevencao-combinada>
9. Siwak E, Horban A, Witak-Jędra M, Cielniak I, Firląg-Burkacka E, Leszczyszyn-Pynka M, et al. Long-term trends in HIV care entry: over 15 years of clinical experience from Poland. *HIV Med* [Internet]. 2019 Out [citado 2020 Set 22];20(9):581-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hiv.12762>
10. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLDM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saude Debate* [Internet]. 2019 [citado 2021 Set 18];43(esp 6):70-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>
11. Osmo A, Schraiber LB. The field of collective health: definitions and debates on its constitution. *Saude Soc* [Internet]. 2015 Abr-Jun [citado 2021 Set 18];24(suppl 1):205-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>
12. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Health determinants in Brasil: searching for health equity. *Saude Soc* [Internet]. 2017 Jul-Set [citado 2021 Set 18];26(3):676-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>

13. Fortuna CM, Mishima SM, Rodriguez AMMM, Matumoto S. Collective health nursing: desires and practices. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 Fev [citado 2021 Set 18];72(suppl 1):336-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0632>
14. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Agravos e Notificação (Sinan Net). O Sinan [Internet]. 1998 [citado 2018 Jan 17]. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>
15. Castro SS, Scatena LM, Miranzi A, Miranzi NA, Nunes AA. Tendência temporal dos casos de HIV/aids no estado de Minas Gerais, 2007 a 2016. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2020 Mar 23 [citado 2020 Out 11];29(1):e2018387. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100016>
16. Ribeiro LCS, Freitas MIF, Tupinambás U, Lana FCF. Late diagnosis of human immunodeficiency virus infection and associated factors. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado 2020 Out 09];28:e3342. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4072.3342>
17. Sangaramoorthy T. Chronicity, crisis, and the 'end of AIDS'. *Glob Public Health* [Internet]. 2018 Ago [citado Nov 2019];13(8):982-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1423701>
18. Waymack JR, Sundareshan V. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS). In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island, FL(US): StatPearls Publishing; 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537293/>
19. Challacombe SJ. Global oral inequalities in HIV infection. *Oral Dis* [Internet]. 2016 Abr [citado 2020 Set 19];22(Suppl 1):35-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/odi.12408>
20. Ribeiro LCS, Giami A, Freitas MIF. Representations of people living with HIV: influences on the late diagnosis of infection. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 Mar 11 [citado 2020 Fev 15];53:e03439. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/s1980-220x2018009703439>
21. Alencar RA, Ciosak SI. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [citado 2020 Set 28];49(2):229-35. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0229.pdf
22. Rodrigues CFC, Duarte YAO, Rezende FAC, Brito TRP, Nunes DP. Atividade sexual, satisfação e qualidade de vida em pessoas idosas. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2020 Out 20];21:57337. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.57337>
23. Vieira CPB, Costa ACSS, Dias MCL, Araújo TME, Galiza FT. Tendência de infecções por HIV/Aids: aspectos da ocorrência em idosos entre 2008 e 2018. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021 [citado 2021 Ago 11];25(2):e20200051. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0051>
24. Castejon MJ, Yamashiro R, Oliveira CAF, Mata EHA, Brígido LFM, Guimarães MDC, et al. Performance evaluation of HIV infection diagnostic tests. *J Bras Patol Med Lab* [Internet]. 2020 [citado 2020 Out 22];56:e1842020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpml/a/kpYxJCq8FLcMFBSrQ3596Nb/?lang=en>
25. Colaço AD, Meirelles BHS, Heidemann ITSB, Villarinho MV. Care for the person who lives with HIV/AIDS in primary health care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2020 Out 7];28:e20170339. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0339>
26. Aniley AB, Ayele TA, Zeleke EG, Kassa AA. Factors associated with late Human Immunodeficiency Virus (HIV) diagnosis among peoples living with it, Northwest Ethiopia: hospital based unmatched case-control study. *BMC Public Health* [Internet]. 2016 Out 12 [citado 2020 Out 13];16(1):1076. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3727-0>
27. Takahashi LM, Magalong MG, Debell P, Fasudhani A. HIV and AIDS in suburban Asian and Pacific Islander communities: factors influencing self-efficacy in HIV risk reduction. *AIDS Educ Prev* [Internet]. 2006 Dez [citado 2020 Set 16];18(6):529-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1521/aep.2006.18.6.529>

28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua: Tabelas Educação 2019. [Internet]. 2019 [citado 2020 Oct 22]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/17270-pnad-continua.html?edicao=28203&t=resultados>
29. Mangili A, Murman DH, Zampini AM, Wanke CA, Mayer KH. Nutrition and HIV infection: review of weight loss and wasting in the era of highly active antiretroviral therapy from the nutrition for healthy living cohort. *Clinical Infectious Diseases* [Internet]. 2006 Mar 15 [citado 2021 Nov 10];42(6):836-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1086/500398>
30. Luma HN, Jua P, Donfack O, Kamdem F, Ngouadjeu E, Mbatchou HB, et al. Late presentation to HIV/AIDS care at the Douala general hospital, Cameroon: its associated factors, and consequences. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2018 Jul 3 [citado 2020 Out 16];18(1):298. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3204-8>
31. Rocha KB, Ew RDAS, Moro LM, Zanardo GLP, Pizzinato A. Asesoramiento en la perspectiva de profesionales de la atención primaria de salud: desafíos en la descentralización de la prueba rápida VIH / SIDA. *Cienc Psicol* [Internet]. 2018 [citado 2021 Ago 18];12(1):67-78. Disponível em: <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1597>
32. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen-195/1997: dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. [Internet]. 1997 [citado 2021 Ago 18]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html
33. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Parecer de câmara técnica Nº 12/2020/CTAS/COFEN: dispõe sobre prescrição de medicamentos para profilaxia pós exposição ao HIV (PEP) e profilaxia pré exposição ao HIV (PrEP) por enfermeiros. [Internet]. 1997 [citado 2021 Ago 18]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/81126_81126.html
34. Castro SS, Scatena LM, Miranzi A, Miranzi NA, Camargo FC, Nunes AA. HIV/AIDS case definition criteria and association between sociodemographic and clinical aspects of the disease reported in the State of Minas Gerais from 2007 to 2016. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2018 Jul-Ago [citado 2020 Out 10];51(4):427-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0117-2018>
35. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2021 Ago 18]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087260>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído do projeto de Iniciação científica - Diagnóstico tardio da infecção pelo HIV em serviços de saúde de Ribeirão Preto - SP: achados de 2015 a 2017, da Universidade São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2019.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Antonini M, Melo ES, Reis RK.

Coleta de dados: Antonini M.

Análise e interpretação dos dados: Ferreira GRON, Antonini M, Gerin L, Reis RK.

Discussão dos resultados: Antonini M, Gerin L, Melo ES, Arantes LMN, Reis RK.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Antonini M, Melo ES, Reis RK, Pontes PS.

Revisão e aprovação final da versão final: Antonini M, Gerin L, Melo ES, Pontes PS, Arantes LMN, Ferreira GRON, Reis RK.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Período de vigência: 08/2018 a 07/2019.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, parecer n. 2.701.163, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 11745112.7.0000.5393.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Gisele Cristina Manfrini, Natália Gonçalves, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Roberta Costa.

HISTÓRICO

Recebido: 14 de dezembro de 2020.

Aprovado: 19 de outubro de 2021.

AUTOR CORRESPONDENTE

Marcela Antonini

antonini.enf@gmail.com