



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PRISCILLA CAROLINNE ARAÚJO DE FREITAS**

**ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO  
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PADRÃO DE SEXUALIDADE INEFICAZ EM  
PESSOAS QUE VIVEM COM HIV**

**FORTALEZA**

**2019**

PRISCILLA CAROLINNE ARAÚJO DE FREITAS

ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO  
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PADRÃO DE SEXUALIDADE INEFICAZ EM  
PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em saúde em HIV/aids e doenças associadas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

F937a Freitas, Priscilla Carolinne Araújo de.  
Acurácia Diagnóstica das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz em Pessoas que Vivem com HIV / Priscilla Carolinne Araújo de Freitas. – 2019.  
65 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019.  
Orientação: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão.

1. Diagnóstico de Enfermagem. 2. HIV. 3. Sexualidade. I. Título.

CDD 610.73

---

PRISCILLA CAROLINNE ARAÚJO DE FREITAS

ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO  
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PADRÃO DE SEXUALIDADE INEFICAZ EM  
PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
da Universidade Federal do Ceará, como parte  
dos requisitos para a obtenção do título de  
Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em saúde em  
HIV/aids e doenças associadas.

Aprovada em: 25 de abril de 2019

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marli Teresinha Gímeniz Galvão (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (1º Membro Efetivo)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães (2º Membro Efetivo)  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Andrea Bezerra Rodrigues (Membro Suplente)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

À minha mãe, Ana Alice, e minha filha, Esther.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, por sempre se fazer presente em todos os momentos da minha vida, dando-me forças para não fraquejar diante das dificuldades.

À Nossa Senhora, pois sempre confio na vossa intercessão.

À minha mãezinha Ana Alice, sempre guiando-me na direção do bem, meu anjo da guarda.

À minha filhinha Esther, meu bem mais precioso, por ter tornado-me uma mulher mais forte.

Ao meu padrasto Freitas por todo apoio e ajuda. Muito obrigada por tudo!

À minha irmã Gabriella por todo incentivo, conselhos e palavras de superação.

Ao meu esposo Saulo, que sempre me apoiou e me deu força em todas as minhas decisões.

Aos meus avós maternos, Francisca e João, falecidos, por todo amor incondicional que me deram durante suas vidas. Gratidão por tudo!

À minha madrinha Glaucia e à tia Vera, que estão sempre ao meu lado. Amo vocês!

Aos meus primos Lucas, Denize e Andressa pelo incentivo,  
pela eterna companhia e por me apoiarem sempre.

À toda minha família pelo orgulho demonstrado com minhas aquisições profissionais e pessoais e por todo amor durante toda minha vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão, pelas orientações,  
ajudando-me a crescer profissionalmente.

Ao grupo de pesquisa NEAIDS por todo aprendizado.

Ao Professor Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes pela sua contribuição na análise de dados da minha dissertação, além de ser sempre tão gentil, paciente e disponível.

Aos meus amigos de uma vida toda Giordanno, Graziela, Victor Viana, Victor Hugo, Hemersson e Rafaela pelas risadas, conversas e por estarem sempre presentes.

Às amigas que a Enfermagem me deu de presente, Caroline e Josilany, pois a amizade de vocês é muito valiosa para mim, obrigada por toda escuta, risadas, conselhos, encontros e desencontros. Amo muito vocês!

Aos amigos que o mestrado me deu, Mestrado Enfermagem 2017.1, turma maravilhosa, especialmente Odaleia, não tenho palavras para dizer o quanto você foi camarada, tornou a caminhada mais leve.

À doutoranda e amiga Isabelly por todo ensinamento e amizade.

Ao estatístico Edgar por toda atenção, paciência, pronta-resposta e ensinamentos.

A todos os profissionais que me ajudaram durante a execução da pesquisa.

A todos os professores da Pós-Graduação de Enfermagem da UFC pelos ensinamentos.

À Universidade Federal do Ceará e ao Departamento de Enfermagem pelo acolhimento nessa jornada e pela excelência no ensino compartilhado.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para finalização desse trabalho.

Muito obrigada!

## *Não Sei*

*Não sei... se a vida é curta...*

*Não sei... Não sei...*

*Se a vida é curta ou longa demais para nós.*

*Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,*

*Se não tocarmos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:*

*colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita,*

*alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que sacia, amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo: é o que dá sentido à vida.*

*É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja*

*intensa, verdadeira e pura...*

*enquanto durar.*

**Cora Coralina**

## RESUMO

Objetivou-se analisar a acurácia das características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz em pessoas que vivem com HIV. Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica, realizado no serviço de atendimento especializado do Centro de Saúde da Família Carlos Ribeiro, em Fortaleza-CE. A população da pesquisa foi composta por 175 pessoas que vivem com HIV, de ambos os sexos,  $\geq 18$  anos e que estavam em acompanhamento no serviço. A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro a julho de 2018, utilizando dois formulários, a saber: O primeiro referiu-se às variáveis sociodemográficas e clínicas e o segundo investigou as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz. Os dados foram compilados em planilhas do software Microsoft Excel 2010 e foram analisados utilizando-se o pacote estatístico R versão 3.0.2. A análise descritiva dos dados ocorreu pelo cálculo de medidas absolutas, percentuais, medidas de tendência central e de dispersão. Para análise da acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz utilizou-se o Método de Análise de Classe Latente, que permitiu a identificação da prevalência do diagnóstico nas pessoas que vivem com HIV e os valores de sensibilidade e especificidade (medidas de acurácia) de cada indicador clínico investigado, com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Verificou-se que 85,67% dos participantes manifestaram o diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz. As características definidoras que apresentaram maior sensibilidade foram Alteração no comportamento sexual e Alteração no relacionamento com pessoa significativa, enquanto Alteração na atividade sexual e Alteração no comportamento sexual tiveram maior especificidade. Acredita-se que o conhecimento do perfil diagnóstico possa contribuir para que as intervenções de enfermagem sejam orientadas por decisões diagnósticas acuradas, facilitando, assim, a construção do plano de ações adequado para as pessoas que vivem com HIV.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem; HIV; Sexualidade.

## ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the accuracy of the defining characteristics of the Standard Infertility Nursing Diagnosis in people living with HIV. This is a diagnostic accuracy study, carried out at the specialized care service of the Carlos Ribeiro Family Health Center, in Fortaleza-CE. The research population consisted of 175 people living with HIV, both sexes,  $\geq$  18 years old, who were being followed up at the service. Data collection took place from February to July 2018, using two forms, namely: The first one referred to sociodemographic and clinical variables and the second investigated the defining characteristics of the nursing diagnosis Ineffective Sexuality Pattern. The data were compiled into spreadsheets of Microsoft Excel 2010 software and were analyzed using the statistical package R version 3.0.2. The descriptive analysis of the data occurred by the calculation of absolute measures, percentages, measures of central tendency and dispersion. For the analysis of the accuracy of the clinical indicators of the diagnosis of Ineffective Sexuality Standard of Nursing, the Latent Class Analysis Method was used to identify the prevalence of diagnosis in people living with HIV and the values of sensitivity and specificity (accuracy) of each clinical indicator investigated, with the respective 95% confidence intervals. It was verified that 85.67% of the participants expressed the diagnosis of Nursing Pattern of Ineffective Sexuality. The defining characteristics that presented the highest sensitivity were: Alteration in sexual behavior and Alteration in relationship with significant person, while Alteration in sexual activity and Alteration in sexual behavior had greater specificity. It is believed that the knowledge of the diagnostic profile can contribute to the nursing interventions being guided by accurate diagnostic decisions, thus facilitating the construction of the appropriate action plan for people living with HIV.

**Keywords:** Nursing Diagnosis; HIV; Sexuality.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Distribuição das 175 pessoas que vivem com HIV de acordo com as características sociodemográficas. Fortaleza, 2018.

**Tabela 2** - Distribuição das 175 pessoas que vivem com HIV de acordo com as características clínicas. Fortaleza, 2018.

**Tabela 3** - Distribuição das 175 pessoas que vivem com HIV de acordo com as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz. Fortaleza, 2018.

**Tabela 4** - Modelo de classe latente ajustado para o diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz em pessoas que vivem com HIV. Fortaleza, 2018.

**Tabela 5** - Probabilidades posteriores da presença/ausência do diagnóstico Padrão de Sexualidade Ineficaz (PSI) de acordo com a presença (1) / ausência (0) em conjunto de características definidoras observadas na amostra de pessoas que vivem com HIV. Fortaleza, 2018.

**Tabela 6** - Presença / Ausência do diagnóstico Padrão de Sexualidade Ineficaz (PSI) em relação as características sociodemográficas observadas na amostra de pessoas que vivem com HIV. Fortaleza, 2019.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD	<i>Características Definidoras</i>
CEMJA	<i>Centro de Especialidades Médicas José de Alencar</i>
COFEN	<i>Conselho Federal de Enfermagem</i>
CSF	<i>Centro de Saúde da Família</i>
DE	<i>Diagnóstico de Enfermagem</i>
HIV	<i>Vírus da Imunodeficiência Humana</i>
HSH	<i>Homens que fazem sexo com Homens</i>
PE	<i>Processo de Enfermagem</i>
PVHIV	<i>Pessoas que Vivem com HIV</i>
SAE	<i>Sistematização da Assistência de Enfermagem</i>
SAE	<i>Serviço de Assistência Especializada</i>
TARV	<i>Terapia Antirretroviral</i>
TCLE	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>
UFC	<i>Universidade Federal do Ceará</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
2.1	Objetivo Geral .....	21
2.2	Objetivo Específico .....	21
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	22
3.1	Diagnóstico de enfermagem e Acurácia diagnóstica .....	22
3.2	Padrão sexual das pessoas que vivem com HIV .....	25
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	28
4.1	Tipo de estudo .....	28
4.2	Local do estudo .....	28
4.3	População e amostra .....	28
4.4	Coleta de dados .....	28
4.5	Instrumento de coleta de dados .....	29
4.6	Análise de dados .....	30
4.7	Aspectos éticos .....	31
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	32
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	38
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	46
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	48
	<b>APÊNDICES</b> .....	57
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO .....	57
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DOS DADOS SUBJETIVOS DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS (CD) DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PADRÃO DE SEXUALIDADE INEFICAZ .....	58
	APÊNDICE C – ORIENTAÇÕES PARA OBTENÇÃO DOS DADOS RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PADRÃO DE SEXUALIDADE INEFICAZ .....	59
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....	60
	<b>ANEXO</b> .....	62
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	62

## 1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem pode ser definida como ciência e arte voltada para a prática de cuidados em saúde baseada em evidências, que visa a promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das pessoas. Essa argumentação foi resultado, ao longo dos anos, da mobilização das teorias de enfermagem, que ainda produzem conhecimentos para o ensino, a pesquisa e o cuidar, a partir do desenvolvimento, teste e aplicação de instrumentos e tecnologias que direcionam e qualificam a assistência (FACIONE; CROSSETTI; RIEGEL, 2018).

Neste sentido, tem como objeto de trabalho a pessoa que necessita de cuidado, o qual deve ser prestado de modo integral e individual. Para tanto, necessita de uma organização. Assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma estrutura que proporciona essa organização, visando dinamizar o trabalho da equipe de enfermagem, direcionando as práticas de cuidar de maneira planejada e individualizada, de forma a buscar atender as particularidades de cada cliente/clientela (pessoa, família ou comunidade) (SILVA *et al*, 2016).

No Brasil, foi desenvolvida com raízes na teoria de Wanda Horta, por meio de um modelo teórico próprio, com ações organizadas e inter-relacionadas praticadas de forma dinâmica que visam à assistência integral ao ser humano, e nesse interim direciona a equipe de enfermagem para o desenvolvimento de ações específicas de cuidado (MOSER *et al*, 2018).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 358/2009, normatiza a implementação da SAE em todos os ambientes, públicos e privados, onde ocorra o cuidado profissional de enfermagem, lançando mão do Processo de Enfermagem (PE). A SAE utiliza técnica e estratégia de trabalho científico para detectar as situações de saúde/doença, auxiliando os cuidados de enfermagem na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2018; SILVA *et al*, 2016).

É executada na prática por meio do PE, em que o enfermeiro identifica necessidades daqueles que estão sob seus cuidados e estabelece um fluxo de comunicação entre ele e o paciente, assim como entre as pessoas que atuam no serviço. É uma ferramenta operacional que visa promover a autonomia e cientificidade profissional do enfermeiro, visando aperfeiçoar a interação paciente-profissional, com o intuito de facilitar a obtenção de dados necessários para um cuidar individualizado (SILVA *et al*, 2016).

Além disso, sua utilização favorece o julgamento clínico e a observação de forma sistematizada, com vistas à elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), centrados nas necessidades do paciente e na assistência integral, bem como na determinação das intervenções necessárias para uma assistência efetiva e eficiente (SANTOS, 2014; MOSER *et al*, 2018).

O PE constitui-se de cinco fases: histórico, que se refere a coleta de dados do paciente; diagnóstico, onde as necessidades do paciente são encontradas; prescrição, que se dá pelo planejamento do cuidado que irá ser prestado; implementação, que são as ações de enfermagem; e avaliação, que são os resultados a serem alcançados (RIEGEL; JUNIOR, 2017).

A utilização dessa metodologia no direcionamento da prática de enfermagem proporciona ao enfermeiro autonomia no seu espaço de atuação, embasa e fundamenta cientificamente suas ações, além de promover maior reconhecimento profissional, qualidade da assistência e sensibilidade aos resultados esperados. Também torna o cuidado individualizado e proporciona a aproximação do enfermeiro com o paciente, permitindo que o mesmo sinta maior confiança, informando ao profissional, detalhes que farão diferença no momento do planejamento dos cuidados necessários do paciente (DINIZ; CAVALCANTE; OTONI; MATA, 2015; SILVA *et al*, 2018).

Para que o processo seja criado deve-se usar uma linguagem padrão e singular, desenvolver uma comunicação boa e eficaz, simplificando os termos adotados pelos profissionais, que transmita aos envolvidos os mesmos significados, tornando-se próprio do ofício (PERES; JENSEN; MARTINS, 2016).

No intuito de planejar uma assistência de enfermagem individualizada, sistematizada e de qualidade como descrito anteriormente é necessário identificar os Diagnósticos de Enfermagem (DE), segunda fase do PE.

O DE é definido como um julgamento clínico que retrata a situação de saúde do indivíduo, família ou comunidade e orienta a assistência de enfermagem. Refere-se à interpretação, pelo enfermeiro, das respostas dos pacientes (MORAIS; NÓBREGA; CARVALHO, 2015). Têm-se guias taxonômicos elaborados para fundamentação dos DE, e a pesquisa é fundamental para o desenvolvimento do nível de evidência dos diagnósticos nesses guias (MESQUITA *et al*, 2018). Nesta pesquisa, foi utilizado a taxonomia II da NANDA Internacional (NANDA-I).

Esse guia taxonômico surgiu em 2001, com 13 domínios, 106 classes e 155 DE com vistas ao desenvolvimento de uma taxonomia comum que estabelecesse uma relação clara com as intervenções e os resultados de enfermagem. A partir de então, a NANDA-I vem sendo aperfeiçoada com a inclusão, exclusão e revisão de diagnósticos (SILVA, 2018).

A taxonomia II da NANDA-I é um sistema internacional de classificação de diagnóstico de enfermagem. Com ela é possível tornar a linguagem empregada nos DE uniformizada, favorecendo a realização de estudos entre pesquisadores e instituições de diferentes lugares do Brasil e do mundo, além de proporcionar benefícios ao enfermeiro, e deve

ser incluída como uma linguagem própria da enfermagem (NANDA I, 2018).

Essa linguagem padronizada possibilita a organização dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, que são ferramentas para a geração de conhecimento, raciocínio clínico e cuidado, importantes para atender essa crescente demanda complexa da enfermagem (MORAIS; NÓBREGA; CARVALHO, 2015).

A taxonomia II da NANDA-I está dividida em três partes. A parte 1 aborda a terminologia, dispondo sobre a organização e trazendo informações gerais. Contêm os tópicos: introdução; o que é novo; alterações e revisões; governança e organização, além do convite para que o leitor faça parte da NANDA Internacional. A parte 2 são os aspectos teóricos dos diagnósticos de enfermagem. Contêm os tópicos: fundamentos dos DE; raciocínio clínico; introdução taxonômica dos DE; especificações e definições taxonômicas dos DE; perguntas frequentes; glossário. A parte 3 são os próprios DE com definições, características definidoras (CD), fatores relacionados ou fatores de risco, populações em risco e condições associadas. Os diagnósticos estão listados em ordem alfabética, primeiro dentro do Domínio e, depois, na Classe. Por fim, traz as referências e um material complementar (NANDA I, 2018).

O sistema de classificação de DE da NANDA-I é um dos mais divulgados e usados pelo mundo. Ele vem aprimorando os DE frequentemente e estimulando a realização de pesquisas para aumentar seu uso e acuracidade de seus componentes, além de poder aprimorar competências intelectuais, técnicas e interpessoais necessárias para o pensamento crítico (CHAVES *et al*, 2016; APOSTÓLICO *et al*, 2018).

Os diagnósticos corroboram para que os resultados sejam alcançados, auxiliam e contribuem para a execução e avaliação da assistência de enfermagem subsidiada por um raciocínio clínico exarado de maneira correta e efetiva (PEIXOTO; SILVA; COSTA, 2015).

Para que um DE seja elencado da maneira correta é preciso ter como parâmetros bons indicadores clínicos/características definidoras, que sejam satisfatoriamente sensíveis e específicos para a conclusão do diagnóstico. Pois a detecção feita de forma errada pode afetar o restante do PE, resultando em um plano de assistência indevido e, conseqüentemente, a resultados impróprios para a condição clínica do paciente (CHAVES *et al*, 2016).

Existem variados métodos para a validação dos diagnósticos de enfermagem, incluindo a análise do conceito, a validação de conteúdo por especialistas e a validação clínica baseada em medidas de precisão/acurácia ou confiabilidade de coeficientes diagnósticos, que, por sua vez, foram desenvolvidos para refinar a taxonomia da NANDA-I. Nesta pesquisa, foi usada a validação clínica dos DE, realizada mediante as medidas de precisão/acurácia de suas características definidoras. A partir destas medidas detecta-se qual (is) característica (s) auspícia

(m) o diagnóstico investigado ocorrer exatamente, diferenciando os sujeitos com e sem o DE em questão, fornecendo, assim, maior autenticidade na escolha diagnóstica (FERNANDES *et al*, 2015).

Se os DE são estabelecidos com base na identificação de sinais e sintomas, que constituem as características definidoras do diagnóstico, então, as CD podem ser consideradas testes, cuja acurácia repercute diretamente na precisão do diagnóstico estabelecido pelo enfermeiro (OLIVEIRA; SILVA, 2016).

A acurácia de um DE é definida como uma avaliação dos indicadores clínicos presentes no tocante a ser relevante, específico e consistente para o diagnóstico, correspondendo ao real estado do paciente. Fundamenta-se na suposição da ocorrência de vários diagnósticos de enfermagem em um mesmo cenário clínico. Dessa forma, podem ser admissíveis diferentes diagnósticos, e, então, o enfermeiro, a partir dos dados coletados, deverá identificar aquele que melhor expressa os sinais e sintomas do indivíduo/família/comunidade. Partindo desse argumento, a acurácia diagnóstica não tem o mesmo significado que uma variável dicotômica, mas representa sucessivas alternativas, em que, entre os diagnósticos aceitáveis para determinado caso, haverá aqueles com alta e outros com baixa acurácia (OLIVEIRA; SILVA, 2016).

Essa acurácia não é imutável, pois descreve o estado atual da pessoa/família/comunidade, o qual pode rapidamente se modificar, entretanto, as intervenções formuladas a partir de diagnósticos acurados produzem melhores resultados, uma documentação de enfermagem menos redundante, mais eficiente e, por consequência, um resultado de enfermagem positivo (APOSTÓLICO *et al*, 2018).

O objetivo desse método é mensurar a acurácia dos DE de variados públicos, propiciando evidências científicas que ajudam a verificar o quanto um indicador clínico poderá ser útil para que o enfermeiro possa diferenciar pacientes com e sem o diagnóstico em questão (GUEDES *et al*, 2014).

As principais medidas descritas na literatura para mensurar a acurácia de um DE são a sensibilidade, a especificidade e os valores preditivos (positivo e negativo). Tais medidas permitem avaliar se os indicadores clínicos estão relacionados com a presença ou ausência do DE. A medida sensibilidade caracteriza-se em ser identificado corretamente a presença de um indicador clínico em pacientes com o diagnóstico, já a especificidade configura-se em ser identificado corretamente a ausência de um indicador clínico em pacientes sem o diagnóstico. O valor preditivo positivo pode ser representado pela presença do diagnóstico em pacientes com “x” indicador clínico. O valor preditivo negativo pode ser representado pela ausência do

diagnóstico em pacientes sem “x” indicador clínico (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Neste estudo a acurácia do DE foi mensurada pelas medidas de sensibilidade e especificidade.

O DE acurado, nesta pesquisa, foi o “Padrão de Sexualidade Ineficaz”, que foi inserido na NANDA-I em 1986 pela primeira vez e revisado em 2006 e 2017, fazendo parte do domínio sexualidade, pertencente a classe função sexual. O DE em questão representa a condição em que a pessoa manifesta ou pode vir a manifestar mudança na saúde sexual. (NANDA I, 2018; VIEIRA, 2012).

É definido como expressões de preocupação quanto à própria sexualidade. Define-se o descritor “eficaz” o que produz efeito pretendido ou esperado e o “ineficaz” o que não produz o efeito desejado. Esse DE apresenta como características definidoras: alteração na atividade sexual; alteração no comportamento sexual; alteração no relacionamento com pessoa significativa; conflito de valores; dificuldade com atividade sexual; dificuldade com comportamento sexual; mudança no papel sexual (NANDA I, 2018).

Quando uma pessoa, durante a vida, conduz seu padrão sexual considerado por ela e por seu parceiro (a) como normal, isso não deve ser classificado como problema. Quando algo começa a lhe preocupar, seja influenciado por valores, atitudes, crenças, comportamentos, limitações ou doenças, a pessoa pode manifestar um conflito interno, que resulta numa insatisfação ou preocupação da manutenção de sua sexualidade, caracterizando um problema. Nestes casos, a pessoa pode vivenciar um confronto envolvendo valores ou do papel que exerce, que se caracteriza pela contradição entre a percepção individual do papel sexual e a percepção do papel sexual atribuído (VIEIRA, 2012).

Assim, a pessoa com o DE “Padrão de Sexualidade Ineficaz” irá demonstrar uma preocupação ou, até mesmo, uma insatisfação em relação a sua saúde sexual, pois não obtém o resultado esperado, visto que a atividade sexual como as demais funções biológicas ocorre mediante processos bioquímicos e fisiológicos, logo, o seu funcionamento é viável apenas com um mínimo funcional, ou seja, os indivíduos não conseguem pensar em sexo quando há uma ameaça a sua integridade (SILVA, 2018).

A sexualidade é reproduzida pelo desejo expressado de cada indivíduo referida em diferentes contextos sociais; relaciona-se com as emoções e os sentimentos afetivos, além da vivência das práticas sexuais e a construção social de valores (MAIA, 2016). Ela ainda pode ser definida como a integração dos aspectos biológicos, intelectuais, emocionais, somáticos, socioculturais e éticos, de forma enriquecedora e fortalecedora da personalidade, da comunicação e do amor do ser sexual de uma pessoa (WHO, 2015).

Também está associada à prática aos direitos humanos, onde exista atitudes de respeito, proteção, privacidade e confiança, para que as pessoas possam viver sua saúde sexual livre de violência, coação e discriminação, além de terem ainda direitos à educação, à informação e ao acesso aos serviços de saúde (WHO, 2015).

Também é muito envolta por tabus e pouco explorada em nossa sociedade. A sexualidade, ao longo do tempo, foi constantemente alvo de inquietação moral, sujeitada a aparatos relacionados ao controle das práticas e comportamentos sexuais, produzidos segundo as convicções e os valores que predominam na sociedade (SÁ; SANTOS, 2018).

Ela é construída sócio-historicamente e sua vivência é influenciada pelo gênero, raça, idade, classe social, sociedade, modo de produção e momento histórico no qual está inserido o sujeito, como também por sua singularidade, sendo a sexualidade, desta forma, única para cada indivíduo. Neste contexto de mudanças da intimidade, dos valores e das formas de pensar, o que favorece a flexibilidade da sociedade a acolher novas configurações das relações amorosas, estão inseridas as pessoas que vivem com HIV (PVHIV) (SÁ; SANTOS, 2018).

Apesar da diminuição nas taxas de mortalidade por HIV e do aumento da expectativa de vida das PVHIV em decorrência dos progressos no tratamento farmacológico, ainda não há cura para este agravo. Além disso, essa infecção tem diversas implicações negativas, abrangendo: deterioração da saúde, sexualidade ineficaz, desconforto físico, dor, regimes terapêuticos complicados, efeitos adversos à TARV e estressores psicossociais (por exemplo, problemas econômicos, estigma, preconceito e discriminação) (MILLER; LEE; HENDERSON, 2012).

Desta forma, torna-se válido investigar a sexualidade na vida dessas pessoas, visto que a saúde sexual não envolve somente os aspectos relacionados a reprodução humana, mas também viabiliza que as pessoas pratiquem sua sexualidade de forma segura e com prazer, livre de julgamentos, preconceitos e segregações, que esse tipo de população está sujeito principalmente (WHO, 2015).

Pessoas diagnosticadas com HIV podem referir alteração na sexualidade em qualquer etapa do processo de adoecimento. Assim, a saúde sexual em PVHIV deve ter uma dimensão também contemplada no cuidado integral, constituindo-se em domínio de prática dos profissionais de saúde (VERENHITACH *et al*, 2014).

Estudos realizados com esse público revelaram que quando sua sexualidade é comprometida isso pode resultar em atitudes radicais, como privar-se totalmente de se relacionar afetiva e sexualmente. Os motivos que podem contribuir para que isso ocorra são as

possibilidades de infectar outros indivíduos, reinfectar-se, a negação de seu estado de saúde, ou, ainda, direcionar seu desejo sexual para outras perspectivas e tarefas. (DIÓGENES *et al*, 2014).

Outras repercussões que o HIV pode causar na vida sexual das pessoas acometidas por ele estão ligadas a diminuição e/ou perda da libido e do prazer sexual, em sua maioria, associados a sentimentos, percepções e pensamentos depreciativos e depressivos, além de mudanças no corpo causadas pelos antirretrovirais, lembrança frequente da presença do vírus e dificuldades em manter práticas de sexo seguro (DIÓGENES *et al*, 2014).

Quanto a convivência com parceiro sorodiscordante, o medo do abandono e rejeição do parceiro(a), resultado da soropositividade ao vírus, faz parte da vivência dessas pessoas, traduzindo-se, muitas vezes, na atitude de omissão sobre o diagnóstico de HIV, acarretando possibilidades da redução do sexo seguro e de transmissão do HIV na família (FERNANDES *et al*, 2017).

A manutenção dos relacionamentos afetivo-sexuais na vida das PVHIV é um aspecto fundamental para sua qualidade de vida. Ainda que exista estigma, preconceito e outros problemas oriundos da sorodiscordância, incluso também no aspecto sexual, os (as) companheiros (as) soronegativos (as) são importantes fontes de ajuda psicossocial, que dividem as dificuldades associadas à soropositividade, auxiliam na adesão ao tratamento com a terapia antirretroviral e incentivam seu (sua) parceiro (a) ao autocuidado (SAID; SEIDL, 2015).

No contexto de casais soroconcordantes, a não utilização do preservativo vem tornando-se comum, pois existe o pensamento de que a infecção pelo HIV já é presente na vida do casal, então, não há motivos para preocupar-se, corroborando também para uma não adoção de outras práticas de sexo seguro. Isso é um pensamento bastante comum e errôneo na soroconcordância, pois o casal coloca em risco a estabilidade da sua saúde mesmo em uso da TARV (SAID; SEIDL, 2015). Esse dado mostra que também esse tipo de casal necessita de atenção quanto aos aspectos da sexualidade.

A contribuição advinda da Terapia Antirretroviral (TARV) possibilitou uma reorganização no trajeto de vida das pessoas com HIV, no âmbito da sexualidade, afetividade e reprodução. Entretanto, alguns aspectos continuam complexos, como relacionar medidas de concepção/contracepção entre parceiros sorodiscordantes e soroconcordantes. As opções contraceptivas escolhidas pela mulher e, em algumas situações, pelo casal, devem considerar não apenas a possibilidade de uma concepção não planejada, mas os riscos de transmitir o vírus por via vertical e sexual, mesmo em uso da TARV. Além disso, o estigma e o preconceito continuam persistindo e impedindo que as PVHIV procurem os serviços, acessem os insumos ou conversem sobre sua intimidade, a fim de tirar dúvidas ou apenas desabafar com

profissionais de saúde, amigos e familiares, que poderiam oferecer, de alguma forma, apoio psicossocial (PINHO; CABRAL; BARBOSA, 2017).

A infecção pelo HIV apresenta características distintas de outros agravos de saúde, principalmente no âmbito da sexualidade. Deste modo, é imprescindível apontar o perfil dos diagnósticos de enfermagem para, assim, oferecer ações de enfermagem para cada indivíduo, contribuindo para um plano de cuidados particularizado e que produzam resultados satisfatórios, proporcionando uma assistência de qualidade.

Neste interim, notou-se sobre a importância de pesquisar o DE “Padrão de Sexualidade Ineficaz” em PVHIV, em função de estudos envolvendo a sexualidade e os DE nesses indivíduos serem assuntos com escassez na literatura. Além disso, provavelmente, exista dificuldades na vida sexual dessas pessoas e isso deve ser comum entre eles, decorrente do diagnóstico de HIV causar repercussões na saúde sexual. Também é importante salientar que o Brasil concentra o maior número de casos de HIV/aids da América Latina, o que mostra a necessidade de avaliar os aspectos sexuais dessa população (LIMA *et al*, 2017).

O uso do diagnóstico de enfermagem favorece a definição de metas, a adoção de procedimentos de enfermagem e a avaliação do cuidado prestado. Ademais, proporciona um melhor entendimento sobre os danos biológicos, emocionais e sociais causados pela infecção e seu estigma (FARIA; SILVA, 2014).

Nota-se ainda a necessidade de os profissionais de saúde considerarem durante o processo de aconselhamento, a dimensão da sexualidade. Tal fato, tem possibilidade de ajudar a pessoa refletir sobre seus contextos de vida, seus valores, crenças, rede de apoio, além do empoderamento e do direito de exercer a cidadania. Tais situações influenciam na percepção de cenários subjetivos e sociais, os quais mostram-se promotores de ações e condutas de vulnerabilidades ao HIV e nas alternativas de prevenção pessoal (FERNANDES *et al*, 2017).

Em função do exposto, nota-se que a presente investigação torna-se relevante para a enfermagem, pois o julgamento diagnóstico elaborado por enfermeiros é desenvolvido com insegurança, uma vez que as interpretações das respostas das pessoas são traduzidas de maneira subjetiva, fazendo com que a inferência exata seja desafiadora, por isso, a importância de acurá-lo. Deste modo, esta investigação acurou o DE estudado para indicar sua prevalência correta entre as PVHIV.

Apesar de existirem estudos sobre as aptidões dos enfermeiros para o raciocínio clínico na investigação dos DE, estes geraram informações insuficientes acerca da influência das aptidões de raciocínio dos enfermeiros na aquisição de altos níveis de acurácia dos diagnósticos de enfermagem, o que corrobora para o aprofundamento cada vez mais na temática

do assunto, com populações específicas, pois tais pesquisas ainda estão no começo (PAANS *et al*, 2012).

Nesta lógica, a normatização para o processo diagnóstico em públicos específicos pode aperfeiçoar a acurácia diagnóstica, auxiliando o entendimento e a interpretação dos indicadores clínicos de forma semelhante pelos enfermeiros (AVENA *et al*, 2014).

Assim, diante da problemática exposta, faz-se necessário a realização de pesquisas que revelem a validade da relação entre os sinais e sintomas do paciente e os DE, com fins de que seja reduzido a falta de exatidão na escolha diagnóstica, discriminando o diagnóstico de enfermagem mais apropriado para os cenários de saúde apresentados pelo indivíduo, família ou comunidade e, conseqüentemente, alcançando os resultados esperados (FERNANDES *et al*, 2015).

Adicionalmente, estudos recentes trazem que um dos principais desafios da prática clínica é a barreira de comunicação sobre questões relacionadas à sexualidade envolvendo os profissionais de saúde e os pacientes, visto que esses profissionais dizem não ter referência e/ou experiência para realizar as orientações necessárias (BOSWELL; DIZON, 2015). Assim, outro aspecto relevante deste trabalho é poder contribuir para o entendimento e dar embasamento aos profissionais de saúde, particularmente, os enfermeiros, que trabalhar os aspectos da sexualidade em sua prática pode favorecer o entendimento para o paciente de que a atividade sexual é um processo natural e que a função sexual continua por toda a vida, que ela não estagnou com o diagnóstico de HIV.

Torna-se indispensável que os enfermeiros exerçam suas práticas assistenciais livres de crenças pessoais, orientando as ações de enfermagem de maneira humanizada, holística e integral, com vistas à promoção da saúde e à qualidade de vida das PVHIV.

Neste contexto, surgiram as seguintes perguntas: Qual a prevalência do Diagnóstico de Enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz em pessoas que vivem com HIV? Quais as Características Definidoras mais frequentes e que melhor representam a acurácia desse diagnóstico nessa população?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz em pessoas que vivem com HIV.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever a prevalência do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz em pessoas que vivem com HIV.
- Verificar a associação entre as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz e as variáveis sociodemográficas e clínicas em pessoas que vivem com HIV.
- Mensurar a “sensibilidade” e a “especificidade” das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz em pessoas que vivem com HIV.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Diagnóstico de enfermagem e Acurácia diagnóstica

No processo de cuidar, o profissional avalia as necessidades das pessoas, identifica os diagnósticos de enfermagem e planeja os cuidados, com vistas a obter resultados desejáveis. A etapa diagnóstica foi inserida como elemento essencial ao modelo tradicional do processo de enfermagem, a partir da década de 70 (MORAIS; NÓBREGA; CARVALHO, 2015).

No processo de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem compõe uma das etapas, de forma inter-relacionada e concomitante e pode proporcionar uma assistência individualizada e de qualidade, como permitir que o enfermeiro reflita suas atitudes e reflita a percepção de que o resultado de suas ações implicará em comprometimento, zelo, amor, humanização e conhecimento, além de oportunizar a satisfação profissional (SILVA *et al*, 2018).

A seleção das intervenções de enfermagem, caracteriza-se pelo julgamento clínico pelo qual orienta a definição de focos de interesse para a investigação e atuação do enfermeiro e de sua equipe (GONÇALVES; BRANDÃO; DURAN, 2016). Para ser determinado é imprescindível o reconhecimento dos dados objetivos e subjetivos, adquiridos durante a coleta de dados do processo de enfermagem (COSTA *et al*, 2017).

O DE é composto pelas características definidoras/ indicadores clínicos, que são elementos essenciais para a inferência diagnóstica; trata-se de um conjunto de sinais e sintomas intrínsecos ao indivíduo que permite observar a presença ou a ausência de um diagnóstico (COSTA *et al*, 2017).

O diagnóstico tem como objetivo a identificação e o tratamento das respostas humanas a fenômenos ou problemas de saúde, sendo esse um instrumento valioso para orientar a prática de cuidados. Elencá-lo precocemente torna-se importante para que estratégias efetivas sejam encontradas e aplicadas pela Enfermagem, a fim de proporcionar um seguimento adequado ao paciente, possibilitando a elaboração de intervenções, que podem ser determinantes nos resultados (ARAÚJO *et al*, 2016; BISPO *et al*, 2016).

O diagnóstico de enfermagem é estabelecido na prática clínica decorrente do pensamento crítico e análise de dados provenientes da entrevista, exame físico e leitura de exames. Este processo de raciocínio diagnóstico envolve interação de processos interpessoais, técnicos e intelectuais pelo enfermeiro (PEREIRA *et al*, 2015).

A utilização do DE requer o pensamento crítico do profissional, que deverá estar focado nos objetivos e voltado para os resultados, de forma a atender às necessidades do paciente e de sua família; sendo orientado pela ética e padrões de conduta. Logo, é um modo de exercer a profissão de enfermeiro com autonomia baseada nos conhecimentos técnico-

científicos nos quais a categoria vem se desenvolvendo nas últimas décadas, e aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (MARCHIORI *et al*, 2018).

Nesse contexto, as linguagens especiais de enfermagem, dentre elas, a taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da Nanda Internacional (NANDA-I), desempenham importante papel ao descrever, de modo único e padronizado, constituindo-se de um conjunto de conhecimentos estruturados e conceitos organizados de forma lógica, um dos fenômenos de interesse da prática da profissão, apontando para as possíveis áreas de contribuição da enfermagem no cenário de cuidados à saúde (FERREIRA *et al*, 2016).

A NANDA-I é traduzida em diversos idiomas e a cada dois anos, enfermeiros especialistas se reúnem em conferência para revisarem os DE por meio de investigações na área e estes podem ser acrescentados, retirados ou modificados (PEREIRA *et al*, 2015).

As linguagens diagnósticas são classificações que fornecem uma estrutura para a organização do conteúdo relativo aos diagnósticos como fenômenos de interesse da disciplina de enfermagem, pois fornecem recursos para refletir nos conhecimentos existentes e, se necessário, reorientá-los (CLEIRES *et al*, 2015).

O conhecimento do perfil diagnóstico de enfermagem de uma linguagem padronizada também contribui para subsidiar ações de cuidado, gerenciais, de dimensionamento e as ações de educação permanente. Deste modo, nomear as condições das pessoas requer intervenções de enfermagem e, por sua vez, contribui para o fortalecimento da identidade profissional, decorrente da observação adequada dos fenômenos que indicam o domínio da enfermagem (FERREIRA *et al*, 2016).

Neste interim, o enfermeiro enfrenta dificuldades no estabelecimento de uma resposta humana mais adequada, principalmente em face ao desconhecimento dos indicadores clínicos de um fenômeno abrangente e contínuo. Há situações que inviabiliza encontrar um diagnóstico, assim julgar e selecionar o DE que representa um conjunto de características definidoras com base em um único dado clínico não é suficiente para indicar um diagnóstico com segurança (MONTEIRO *et al*, 2016; SILVA *et al*, 2017).

Historicamente, estudos têm sido divulgados sobre o processo de raciocínio diagnóstico de enfermagem utilizando diferentes abordagens conceituais e metodológicas. Notadamente, por ser um processo complexo que envolve a interpretação das respostas em relação à saúde e a problemas que com ela concorrem, são por natureza impressões subjetivas do diagnosticador, sustentadas em conhecimentos, experiências, crenças e teorias pessoais. Por conta disso, o raciocínio diagnóstico quando conduzido de forma plenamente não-estruturada está propenso a mais riscos de dispersão ou erros de julgamento (CLEIRES *et al*, 2015).

Assim, a acurácia diagnóstica torna-se decisiva para identificar um conjunto de características definidoras e avaliar a relação específica desses indicadores com as hipóteses diagnósticas mais aceitáveis para determinados contextos de saúde, além de ser primordial para uma inferência diagnóstica adequada. Desta forma, o conhecimento dos indicadores clínicos que possuem melhor capacidade de predição para determinado diagnóstico permite ao enfermeiro maior precisão na escolha e direcionamento das intervenções a serem implementadas na prática clínica, além de favorecer os resultados de enfermagem (SILVA *et al*, 2017).

Os estudos de acurácia diagnóstica na área da enfermagem são historicamente recentes. Estes são realizados para validar indicadores clínicos de um diagnóstico de enfermagem. Reconhece-se a validade de um DE como o grau que representa a verdadeira condição do cliente. Diferentes diagnósticos de enfermagem são submetidos à avaliação por distintos motivos, tais como analisar seus indicadores, verificar seu conteúdo ou identificar se o diagnóstico está adequado a diferentes contextos (JORDÃO *et al*, 2017).

A acurácia diagnóstica de enfermagem irá permitir a interpretação mais acertada dos sinais e sintomas das pessoas. E, desta forma, predizer corretamente quadros de piora ou melhora, permitindo o estabelecimento de metas mais palpáveis e cuidados mais fidedignos. Ademais, fortalece a prática profissional e a pesquisa de enfermagem baseada em evidências, bem como edifica a responsabilidade profissional, uma vez que a assistência fica baseada em dados consolidados e não apenas empíricos (PEREIRA *et al*, 2015).

### 3.2 Padrão sexual das pessoas que vivem com HIV

Com o aumento do acesso à TARV, as PVHIV vivenciam uma vida mais longa e saudável, entretanto, a infecção repercute na vida pessoal e social, além de comprometer as relações interpessoais e a autoestima. Neste interim de ajustes pessoais, são necessárias mudanças no estilo de vida, que envolvem a adaptação ao tratamento. Concomitante, também são necessárias políticas públicas de inclusão social que propiciem o alcance dos direitos da cidadania, principalmente o direito sexual e reprodutivo das PVHIV (SÁ; SANTOS, 2018).

Constituem-se direitos sexuais e reprodutivos: o direito da pessoa decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, o número de filhos, em que fase da vida; o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência; o direito de viver plenamente a sexualidade, vergonha, culpa e falsas crenças; o direito de viver a sexualidade independentemente de situação conjugal, idade ou condição física; o direito de expressar livremente sua orientação sexual; o direito de ter relação sexual independente da reprodução; o direito à informação e à educação sexual e reprodutiva, dentre outros (BRASIL, 2019).

Diante disso, deve-se promover informações direcionadas a saúde sexual, que pode ser definida como relações sexuais saudáveis, protegidas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), livres de coerção, discriminação e violência, por meio de abordagens participativas, que favoreçam conhecimentos. E para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos (CAMPOS *et al*, 2017).

Nesta perspectiva, a sexualidade pode ser entendida como uma energia que motiva a procura pelo amor e pela intimidade, e integra-se ao modo de cada pessoa sentir e experimentar emoções, relações, ações e interações, influenciando a saúde física e mental, que interfere nos aspectos sociais e psicológicos. E é por isso que o HIV pode modificar as expectativas do sujeito em relação a si próprio e ao meio em que vive (CAMPOS *et al*, 2017).

No arcabouço de direitos e transmissão do HIV, percebe-se um desafio das PVHIV lidar com o risco concreto da transmissão do vírus e, especialmente, vivenciar o estigma, preconceito e discriminação associados à aids. Tal situação interfere na sexualidade das pessoas que vivem com HIV e torna complexa a revelação do diagnóstico aos parceiros afetivos e/ ou sexuais. Entretanto, há necessidade de proteger o parceiro da possibilidade de contrair a infecção, por outro lado, revelar sua condição pode levar ao abandono por parte do outro (SÁ; SANTOS, 2018).

Ressalta-se que para as PVHIV a resistência em expor a sua soropositividade muitas vezes está relacionada ao temor de que a infecção seja atribuída a promiscuidade sexual. Assim, a discriminação associada à aids causa um estigma relacionado ao histórico da doença. Deste modo, mesmo na terceira década da presença da aids, a infecção pelo HIV permanece associada a julgamentos relacionados ao sexo e sexualidade e acaba repercutindo negativamente na vida social e afetiva/sexual das pessoas (VILLELA; BARBOSA, 2017; NELSON, 2019).

O padrão sexual das PVHIV age em estruturas sociais injustas e, influencia negativamente a saúde. As pessoas soropositivas ao HIV internalizam mensagens negativas sobre si mesmas e outros indivíduos com a mesma condição, e isso tem sido associado a diferentes fatores contraproducentes de saúde mental e sexual, incluindo sintomas depressivos, angústia psicológica geral, baixa autoestima, bem-estar psicológico ruim, compulsividade sexual, abstinência sexual, disfunção sexual, dentre outros (RENDINA *et al*, 2017).

Os autores ainda descrevem que essa população pode apresentar comportamentos de risco relacionados à transmissão do HIV, como sexo sem preservativo e não revelação do status de HIV. Entretanto, não se observa estudos que indicam as expectativas ansiosas de rejeição relacionadas ao status sorológico, relação entre a sensibilidade à rejeição do HIV e saúde mental e sexual, embora constructos demonstrem relações consistentes com depressão, pouco apoio social e problemas com a sexualidade (RENDINA *et al*, 2017).

Estudos sobre sexualidade de pessoas vivendo com HIV mostra que a infecção afeta negativamente a sexualidade e a reprodução. Os indivíduos enfrentam situações únicas, como dificuldades nos relacionamentos com parceiros, desejo e prazer sexual, além da procriação. (CARLSSON-LALLO *et al*, 2016; NORWALD; HOLMSTROM; PLANTIN, 2017; CARLSSON-LALLO *et al*, 2018).

O temor de ser rejeitado sexualmente ao revelar seu status sorológico também é outra angústia vivenciada por essa população. A vigilância legal, que é uma realidade de alguns países, é mais um desafio como consequência da criminalização da não revelação do HIV a parceiros sexuais. Outras dificuldades enfrentadas nesse âmbito são potenciais efeitos colaterais no funcionamento sexual devido ao uso da TARV. Funcionamento sexual significativamente menor, incluindo um interesse diminuído na atividade sexual, alterações na libido e de orgasmos são realidades entre as PVHIV. Tais fatos, corroboram para que essas pessoas se afastem da atividade sexual devido a ansiedade, incerteza, medo do abandono e perda da capacidade de se envolver em relacionamentos sexuais (SCHONNESSON *et al*, 2018; TAYLOR *et al*, 2017).

Para apoiar a saúde e o bem-estar das PVHIV, os profissionais de saúde precisam ter acesso a uma sólida base de conhecimento sobre questões relacionadas ao HIV, sexualidade e gravidez. Ainda há conhecimento insuficiente sobre o que significa sexualidade em pessoas vivendo com essa infecção. Adicionalmente, políticas públicas devem integrar as respostas ao HIV e os esforços para promover a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, como uma resposta integrada que aumenta o acesso desses indivíduos a serviços de prevenção, tratamento e assistência de qualidade (CARLSSON-LALLO *et al*, 2018; FOLAYAN *et al*, 2016).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrão de Sexualidade Ineficaz” em pessoas que vivem com HIV, com corte transversal.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do Centro de Saúde da Família (CSF) Carlos Ribeiro. Este serviço oferece testagem rápida para HIV, sífilis e hepatite B e C, além de um SAE que atende em média 1000 PVHIV em sua totalidade. Neste local, também funciona o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), em que esses pacientes são também atendidos quando necessitam de assistência médica de outras especializações.

### **4.3 População e amostra**

A população desse estudo foi composta por indivíduos com HIV maiores de 18 anos, de ambos os sexos, atendidos no SAE do CSF Carlos Ribeiro.

Os critérios de inclusão foram: pessoas de ambos os sexos,  $\geq 18$  anos em acompanhamento no serviço. Adotou-se como critério de exclusão: presença de outras infecções sexualmente transmissíveis, diagnóstico médico de transtorno mental ou cognitivo, gestantes, pessoas reclusas e indivíduos que vivem em casa de abrigo ou de apoio.

Considerando que o Modelo de Classe Latente, método utilizado para a análise da acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico em estudo, depende do tamanho da amostra, recomenda-se pesquisar de 5 a 30 sujeitos por indicador clínico (SWANSON *et al*, 2012). Assim, para esta pesquisa foi adotado um número de 25 indivíduos para cada indicador clínico a ser avaliado. O diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz apresenta 7 características definidoras. Deste modo, a amostra foi de 175 sujeitos (25 x 7). O processo de amostragem foi não probabilístico por conveniência consecutiva, no qual os pacientes foram convidados a participar da pesquisa conforme comparecerem à instituição para consulta médica e/ou de enfermagem.

### **4.4 Coleta de dados**

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de fevereiro a julho de 2018, por duas enfermeiras treinadas, as quais detinham conhecimento do assunto pesquisado. Essa situação reduziu a inibição das falas sobre sexualidade. As PVHIV eram recrutadas antes ou depois da consulta médica e/ou de enfermagem do dia. Foi realizada em ambiente privativo, com tempo médio das entrevistas de 25 minutos.

#### 4.5 Instrumentos de Coleta

Foram utilizados dois formulários para coleta de dados, aplicados por meio de uma entrevista estruturada. O primeiro formulário (Apêndice A), buscou variáveis relacionadas a dados sociodemográficos e clínicos, contendo 17 itens/perguntas, cujas variáveis foram obtidas por dados primários e secundários relacionados a idade, sexo, raça, escolaridade, situação conjugal, categoria de exposição, orientação sexual, crença religiosa, situação ocupacional, número de filhos, parceiro sexual, sorologia anti-HIV parceiro atual, tempo diagnóstico HIV, tempo de uso de TARV, além de resultados de exames laboratoriais com carga viral, células CD4 e doenças oportunistas ou outras patologias. Os dados clínicos desse formulário foram obtidos nos prontuários médicos dos pacientes participantes da pesquisa.

O segundo formulário a ser aplicado foi o Formulário de Investigação dos dados Subjetivos das Características Definidoras (CD) do Diagnóstico de Enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz (Apêndice B), contendo 7 itens/perguntas, que foram desenvolvidas com base nas características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz, de acordo com a Taxonomia II da NANDA- I, a saber: “você vivencia mudanças na atividade sexual? (CD *Alteração na atividade sexual*)”, “você vivencia mudanças no comportamento sexual? (CD *Alteração no comportamento sexual*)”, “você vivencia mudanças no relacionamento com pessoa significativa? (CD *Alteração no relacionamento com pessoa significativa*)”, “você vivencia conflito sobre si mesmo ou suas atitudes? (CD *Conflito de valores*)”, “você vivencia dificuldade com a atividade sexual? (CD *Dificuldade com atividade sexual*)”, “você vivencia dificuldade com seu comportamento sexual? (CD *Dificuldade com comportamento sexual*)” e “houve mudança no seu papel sexual? (CD *Mudança no papel sexual*)”.

Como forma de diminuir a possibilidade de vieses, foi apresentado, junto aos instrumentos de coleta, uma tabela com as Orientações para obtenção dos dados relacionados ao diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz (Apêndice C), a fim de esclarecer e nortear o pesquisador e o participante no momento da coleta de dados às respostas do Formulário de Investigação dos dados Subjetivos. Foi estruturado com “Afirmações relacionadas às Características Definidoras”; “Definição conceitual” e “Definição operacional”.

Os formulários de coleta de dados foram submetidos a um pré-teste com a população do estudo, como forma de avaliar a adequação desses instrumentos com os objetivos do estudo e realizar quaisquer modificações necessárias. Precisamente os formulários respondidos no pré-teste foram excluídos.

#### 4.6 Análise de dados

Os dados foram compilados em planilhas do software Microsoft Excel 2010 e analisados utilizando-se o pacote estatístico R versão 3.0.2. A análise descritiva dos dados para variáveis categorizadas ocorreu pelo cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como, de intervalos de confiança de 95%. Para variáveis quantitativas ocorreu pelo cálculo de medidas de tendência central e de dispersão. A verificação de aderência à distribuição normal das variáveis quantitativas foi efetuada com a aplicação do teste de Liliefors.

Para verificação de associação entre as características definidoras e variáveis sociodemográficas e clínicas foi aplicado o teste de Qui-quadrado de Pearson quando mais de 75% das frequências esperadas eram maiores que cinco. Caso contrário, aplicou-se o teste da probabilidade exata de Fisher (variáveis dicotômicas). Diferenças das variáveis quantitativas entre indivíduos com e sem as características definidoras estudadas foram verificadas com a aplicação do teste de Mann-Whitney.

Para a análise da acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz foi utilizado o Método de Análise de Classe Latente. Essa técnica é utilizada para cálculo de medidas de acurácia de indicadores clínicos quando não existe padrão de referência perfeito. É baseada na suposição que uma variável não-observada ou latente (diagnóstico de enfermagem) determina as associações entre as variáveis observáveis (indicadores clínicos). A análise de classe latente permite a estimativa da sensibilidade, especificidade de cada um dos testes e a prevalência da doença na população estudada. Vale ressaltar que sensibilidade representa a probabilidade de identificar corretamente a presença de um indicador clínico em pacientes com diagnóstico de enfermagem. A especificidade, ao contrário, é a probabilidade de identificar corretamente a ausência de um indicador clínico em doentes sem o diagnóstico de enfermagem (NUNES, 2016).

Um modelo de duas classes latentes de efeitos randômicos foi utilizado, permitindo a identificação da prevalência do diagnóstico, bem como dos valores de sensibilidade e especificidade de cada indicador clínico investigado, com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Efeitos randômicos foram aplicados por considerar a existência de dependência condicional entre os indicadores clínicos. O modelo foi ajustado para todas as variáveis e aplicado o teste de razão de verossimilhança ( $G^2$ ) para verificar a bondade do ajuste. Nos casos em que não foi apresentado bom ajuste, foram sequencialmente retiradas as características definidoras com sensibilidade e especificidade menor que 50%. Probabilidades pós-teste foram calculadas para todas as combinações de indicadores incluídos no modelo final que foram observadas na amostra.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob o número do parecer 2.439.204 (Anexo A), e seguiu as recomendações da Resolução 466/12 da CONEP. A coleta de dados deu-se mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

## 5 RESULTADOS

Os dados foram compilados em tabelas apresentando as informações sociodemográficas e clínicas, além de dados relacionados ao diagnóstico em estudo e as respectivas análises estatísticas.

A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

**Tabela 1** – Distribuição das 175 pessoas que vivem com HIV de acordo com características sociodemográficas. Fortaleza, 2018.

Variáveis	N	%	IC 95%
<b>Sexo</b>			
Masculino	127	72,6	65,3 – 79,0
Feminino	48	27,4	21,0 – 34,7
<b>Raça</b>			
Branca	41	23,4	17,4 – 30,4
Negra	36	20,6	14,8 – 27,3
Outras	98	56,0	48,3 – 63,5
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	126	72,0	64,7 – 78,5
Casado/Vivem juntos	40	22,9	16,9 – 29,8
Outros	9	5,1	2,4 – 9,5
<b>Orientação Sexual</b>			
Heterossexual	55	31,4	24,6 – 38,9
Homossexual	111	63,4	55,8 – 70,6
Bissexual	9	5,1	2,4 – 9,5
<b>Religião</b>			
Católica	57	32,6	25,7 – 40,1
Evangélica	47	26,9	20,5 – 34,1
Outras	31	17,7	12,4 – 24,2
Sem religião	40	22,8	16,9 – 29,8
<b>Situação Ocupacional</b>			
Empregado	134	76,6	69,6 – 82,6
Desempregado	41	23,4	17,4 – 30,4
<b>Parceiro Sexual</b>			
Sim	130	74,3	67,2 – 80,6
Não	45	25,7	19,4 – 32,9
<b>Sorologia Parceiro Sexual</b>			
Positiva	42	24,0	17,9 – 31,0
Negativa	10	5,7	2,8 – 10,3
Não sabe/ não fez	78	44,6	37,1 – 52,3
Sem parceiro	45	25,7	19,4 – 32,9

  

Variáveis	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p
<b>Idade (anos)</b>	31,97	8,70	30,00	39,00	<0,001
<b>Escolaridade (anos)</b>	12,62	3,28	12,00	14,0	<0,001
<b>Nº de filhos</b>	0,18	0,63	0,00	4,00	<0,001

DP: Desvio-padrão; IIQ: Intervalo interquartil; \*Teste de Lilliefors

A maioria dos entrevistados pertencia ao sexo masculino (72,6%), da raça parda (52,0%), solteiros (72,0%), homossexuais (63,4%), católicos (32,6%) e empregados (76,6%). Os participantes também tinham parceiros sexuais (74,3%) e não sabiam/não fizeram (44,6%) a sorologia anti-HIV do parceiro atual. A média de idade da população foi de 31,97 anos (DP= 8,70) e a média de escolaridade foi de 12,62 anos (DP= 3,28). Mais da metade dos participantes do estudo não tinham filhos (Mediana= 0,00).

A tabela 2 apresenta o perfil clínico dos participantes.

**Tabela 2** - Distribuição das 175 pessoas que vivem com HIV de acordo com as características clínicas. Fortaleza, 2018.

Variáveis	N	%	IC 95%
<b>Doenças Oportunistas/ Outras Patologias</b>			
Sim	75	42,9	35,4 – 50,5
Não	100	57,1	49,5 – 64,6

Variáveis	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p
<b>Tempo diagnóstico HIV (anos)</b>	2,49	2,16	2,00	8,83	0,019
<b>Tempo uso TARV (anos)</b>	2,06	1,86	2,00	9,00	0,012
<b>Células CD4 (cel/mm<sup>3</sup>)</b>	913,92	272,82	918,00	1318,00	0,005
<b>Carga viral (cópias/ml)</b>	2148,38	0,00	12797,12	117193,00	<0,001

DP: Desvio-padrão; IIQ: Intervalo interquartil; \*Teste de Lilliefors

Mais da metade dos participantes não apresentaram doenças oportunistas ou outras patologias (57,1%). O tempo de diagnóstico HIV positivo teve média de 2,49 anos. O tempo de uso da terapia antirretroviral apresentou média de 2,06 anos. A contagem de células linfócitos TCD4 superou a 900 cel/mm<sup>3</sup>, considerando assim que a maioria tinha um resultado adequado de linfócitos. Quanto a carga viral plasmática observou-se que mais da metade das PVHIV apresentaram resultado indetectável ou contagem muito reduzida.

A tabela 3 apresenta dados relacionados ao diagnóstico em estudo dos participantes.

**Tabela 3** - Distribuição das 175 pessoas que vivem com HIV de acordo com as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz. Fortaleza, 2018.

Características Definidoras	N	%	IC 95%
Alteração na atividade sexual	98	56,0	48,3 - 63,5
Alteração no comportamento sexual	150	85,7	79,6 - 90,5
Alteração no relacionamento com pessoa significativa	126	72,0	64,7 - 78,5
Conflito de valores	133	76,0	69,0 - 82,1

Dificuldade com atividade sexual	66	37,7	30,5 - 45,3
Dificuldade com comportamento sexual	114	65,1	57,6 - 72,2
Mudança no papel sexual	43	24,6	18,4 - 31,6

A característica definidora (CD) *Alteração no comportamento sexual* esteve evidente em 150 (85,7%) pacientes, enquanto *Conflito de valores* esteve presente em 133 (76%) deles. *Alteração no relacionamento com pessoa significativa* foi afirmada por 126 (72%) dos entrevistados e *Dificuldade com comportamento sexual* por 114 (65,1%). *Alteração na atividade sexual* foi encontrada em 56% das PVHIV. Somente 66 (37,7%) participantes alegaram ter *Dificuldade com atividade sexual*. Finalmente, 24,6% dos pacientes referiram que *Mudança no papel sexual* estava presente.

Após realizada a análise da associação entre as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz e as variáveis sociodemográficas e clínicas na população estudada destaca-se relação significativa das variáveis Idade, Tempo uso TARV e Tempo diagnóstico HIV com pelo menos duas características definidoras.

A Idade dos pacientes apresentou associação com as CD *Alteração no relacionamento com pessoa significativa* (médias= 30,9 vs. 34,7; DP= 7,9 vs. 10,1; p=0,021) e a *Alteração no comportamento sexual* (médias= 31,2 vs. 36,6; DP= 8,0 vs. 11,3; p=0,028), em que pacientes mais jovens apresentaram essas características.

A variável Tempo uso TARV apresentou associação com as CD *Alteração na atividade sexual* (médias= 1,8 vs. 2,4; DP= 1,8 vs. 1,9 ; p=0,019), *Conflito de valores* (médias= 1,8 vs. 2,8; DP= 1,8 vs. 2,0; p=0,005), *Dificuldade com atividade sexual* (médias= 1,6 vs. 2,3; DP= 1,5 vs. 2,0; p=0,023) e *Mudança no papel sexual* (médias=1,6 vs. 2,2; DP=1,6 vs. 1,9 ; p=0,030), em que aqueles que tinham menor tempo de uso da TARV apresentaram essas características.

A variável Tempo diagnóstico HIV apresentou associação com as CD *Alteração no comportamento sexual* (médias= 2,3 vs. 3,4; DP=2,1 vs. 2,5; p=0,037) e *Conflito de valores* (médias= 2,2 vs. 3,3; DP=2,0 vs. 2,4; p=0,007), em que ocorreu uma menor média de tempo de diagnóstico de HIV positivo para os pacientes que apresentaram essas características.

A Tabela 4 apresenta o modelo de classe latente ajustado para cálculo das medidas de acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz.

**Tabela 4:** Medidas de acurácia diagnóstica das características definidoras do diagnóstico Padrão de Sexualidade Ineficaz em pessoas que vivem com HIV obtidas a partir do Modelo de Classe latente ajustado com efeitos randômicos. Fortaleza, 2018.

Características definidoras	Se	IC95%		Sp	IC95%	
CD1	0,6536	0,5432	0,7207	0,9999	0,9998	1,0000
CD2	1,0000	0,9995	1,0000	0,9968	0,9534	1,0000
CD3	0,8134	0,7024	0,8653	0,8401	0,1678	0,9882
CD6	0,7468	0,6399	0,8100	0,9203	0,0237	0,9985
Prevalência: 85,67%		G <sup>2</sup> : 5,94	GL: 6	p = 0,430	Entropia: 0,81	

CD1: Alteração na atividade sexual; CD2: Alteração no comportamento sexual; CD3: Alteração no relacionamento com pessoa significativa; CD6: Dificuldade com comportamento sexual.  
Se: Sensibilidade; Sp: Especificidade.

As CD *Alteração no comportamento sexual* e *Alteração no relacionamento com pessoa significativa* obtiveram os valores de sensibilidade mais elevados (100% e 81,34%, respectivamente) no modelo ajustado, o que significa que estas características definidoras apresentaram as melhores medidas de acurácia para inferir estágios iniciais do diagnóstico de enfermagem estudado. A *Alteração na atividade sexual* é um bom indicador para confirmação da presença de Padrão de Sexualidade Ineficaz, pois apresentou valor de especificidade de 99,99%. Por fim, a prevalência do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz foi estimada pelo modelo de classe latente em 85,67%.

A Tabela 5 apresenta as probabilidades de se identificar ou não o diagnóstico de enfermagem estudado a partir da presença ou ausência das quatro características definidoras que compuseram o modelo de classe latente ajustado.

**Tabela 5:** Probabilidades posteriores para o diagnóstico Padrão de Sexualidade Ineficaz (PSI) de acordo com a presença (1) / ausência (0) em conjunto de características definidoras observadas na amostra de pessoas que vivem com HIV obtidas a partir do modelo de classe latente ajustado. Fortaleza, 2018.

Conjuntos	Características definidoras				N	Prob. Post. PSI	
	CD1	CD2	CD3	CD6		Presente	Ausente
1	0	0	0	0	20	0,00	1,00
2	0	0	0	1	1	0,00	1,00
3	0	1	0	0	7	0,99	0,01
4	0	1	0	1	9	1,00	0,00
5	0	0	1	0	3	0,00	1,00
6	0	0	1	1	1	0,00	1,00
7	0	1	1	0	12	1,00	0,00
8	0	1	1	1	24	1,00	0,00
9	1	1	0	0	3	1,00	0,00
10	1	1	0	1	9	1,00	0,00

11	1	1	1	0	16	1,00	0,00
12	1	1	1	1	70	1,00	0,00

CD1: Alteração na atividade sexual; CD2: Alteração no comportamento sexual; CD3: Alteração no relacionamento com pessoa significativa; CD6: Dificuldade com comportamento sexual.

Destaca-se que 8 dos 12 conjuntos com diferentes combinações de características definidoras apresentaram probabilidade de manifestar o diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz. O diagnóstico estudado esteve ausente quando não houve característica apresentada isolada ou combinada, bem como quando as CD *Dificuldade com comportamento sexual* e *Alteração no relacionamento com pessoa significativa* foram apresentadas isoladamente. Além disso, quando ocorreu a combinação *Alteração no relacionamento com pessoa significativa* e *Dificuldade com comportamento sexual* o diagnóstico Padrão de Sexualidade Ineficaz não esteve presente.

A Tabela 6 apresenta a comparação da presença e da ausência do diagnóstico de enfermagem estudado com as características sociodemográficas dos participantes do estudo.

**Tabela 6:** Presença / Ausência do diagnóstico Padrão de Sexualidade Ineficaz (PSI) em relação as características sociodemográficas observadas na amostra de pessoas que vivem com HIV. Fortaleza, 2019.

Variáveis	PSI presente N = 150		PSI ausente N= 25		Valor p
	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>					0,369 <sup>1</sup>
Masculino	107	84,3	20	15,7	
Feminino	43	89,6	5	10,4	
<b>Raça</b>					0,919 <sup>2</sup>
Branca	34	82,9	7	17,1	
Negra	31	86,1	5	13,9	
Parda	79	86,8	12	13,2	
Outras	6	85,7	1	14,3	
<b>Estado Civil</b>					0,204 <sup>2</sup>
Solteiro	110	87,3	16	12,7	
Casado/Juntos	34	85,0	6	15,0	
Outros	6	66,7	3	33,3	
<b>Orientação Sexual</b>					0,532 <sup>2</sup>
Heterossexual	48	87,3	7	12,7	
Homossexual	93	83,8	18	16,2	
Bissexual	9	100,0	0	0,0	
<b>Religião</b>					0,171 <sup>2</sup>
Católica	48	84,2	9	15,8	
Evangélica	43	91,5	4	8,5	
Espírita	19	90,5	2	9,5	
Outras	10	100,0	0	0,0	
Sem religião	30	75,0	10	25,0	

<b>Situação Ocupacional</b>					1,000 <sup>2</sup>
Empregado	115	85,8	19	14,2	
Desempregado	35	85,4	6	14,6	
	<b>PSI presente</b>		<b>PSI ausente</b>		<b>Valor p</b>
	<b>Média ± desvio padrão</b>	<b>Mediana (1º - 3ª quartil)</b>	<b>Média ± desvio padrão</b>	<b>Mediana (1º - 3ª quartil)</b>	
<b>Idade (anos)</b>	31,9 ± 8,7	30,0 (25,0 – 36,0)	36,6 ± 11,3	34,0 (28,0 – 46,0)	0,028 <sup>3</sup>
<b>Escolaridade (anos)</b>	12,6 ± 3,3	12,0 (10,0 – 15,0)	12,6 ± 3,0	12,0 (12,0 – 14,0)	0,887 <sup>3</sup>
<b>Nº de filhos</b>	0,2 ± 0,6	0,0 (0,0 – 0,0)	0,2 ± 0,6	0,0 (0,0 – 0,0)	0,690 <sup>3</sup>

<sup>1</sup>Teste Qui-quadrado; <sup>2</sup>Teste exato de Fisher; <sup>3</sup>Teste de Mann-Whitney

Destaca-se que o diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz está presente no sexo feminino (89%), na raça parda (79%), nos solteiros (87,3%), nos bissexuais (87,3%), possuindo outras religiões (100%), empregados (85,8%), com média de idade de 31,9 anos (DP=8,7) e escolaridade com média de 12,6 anos (DP=3,3). Houve significância estatística entre a idade e o diagnóstico estudado ( $p=0,028$ ), em que pessoas com a presença do diagnóstico Padrão de Sexualidade Ineficaz eram estatisticamente mais jovens do que aquelas sem este diagnóstico.

## 6 DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica apresentada pelos indivíduos vivendo com HIV avaliados, acompanham as pesquisas recentes nacionais e internacionais (FRYE *et al*, 2016; NETO *et al*, 2016; SILVA *et al*, 2016; SILVA *et al*, 2018; SILVA *et al*, 2018; KAHLE *et al*, 2018) e com os dados do Boletim Epidemiológico de 2016, que demonstraram um maior número de casos entre homens, na faixa etária de 20 a 34 anos, com orientação homossexual e de cor parda (BRASIL, 2017).

As condutas masculinas tradicionais associadas aos relacionamentos afetivo-sexuais podem corroborar para o aumento da exposição de homens ao HIV, posto que sua sexualidade é percebida como sem controle e com maior intensidade, onde o contentamento sexual tem que ser imediato. A ausência de receio, de prevenção e de informação leva o homem a tornar-se potencial portador do vírus e com isso transmitir facilmente as IST's, principalmente, quando apresentam múltiplos parceiros (as). Reforça-se, assim, a atenção à saúde sexual masculina, destacando os homossexuais e os profissionais do sexo (DIÓGENES *et al*, 2014).

Um estudo recente estima a prevalência de 18,4% de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) que vivem com HIV no Brasil. Em países desenvolvidos, a população mais afetada pelo HIV são os HSH, e no restante do mundo os casos de infecção pelo vírus vem crescendo a cada ano nesse grupo (KERR *et al*, 2018; KAHLE *et al*, 2018; FRYE *et al*, 2016; NETO *et al*, 2016).

Desde que o HIV e a AIDS foram primeiramente descritos nos HSH em Los Angeles em 1981, altas taxas de incidência de HIV têm sido continuamente relatadas nesse grupo. Em países de baixa e média renda, incluindo muitos na África, Ásia e América Latina, os HSH têm as maiores taxas de infecção por HIV entre todos os grupos de risco. Em vários países de alta renda, como França, Holanda, Reino Unido e Estados Unidos, as infecções por HIV têm aumentado entre os HSH desde o início dos anos 2000, embora as tendências gerais de infecções por HIV nesses países estejam em declínio. A carga desproporcional de infecções por HIV em HSH exige respostas mais vigorosas para controlar e reduzir a transmissão viral nas comunidades de HSH (QIAO; ZHOU; LI, 2018; RIOS *et al*, 2019).

Este achado não significa que as mulheres não estejam vulneráveis ao HIV ou não façam parte relevante das PVHIV no Brasil ou no mundo, pelo contrário, pesquisas que trabalham com esse público especificamente mostraram que o número de mulheres com HIV está crescendo. Evidencia-se uma relutância das mulheres com HIV/aids em falar sobre sexualidade, por temer reação desfavorável a qualquer questão nesse âmbito por parte dos profissionais de saúde, bem como os tabus relacionados à infecção diante do julgamento e

preconceito da sociedade. A mulher, quando comparada ao homem, demonstra muito mais essas características. E isso pode levar também, por essas questões citadas, que as mulheres se omitam ou se recusem na participação de pesquisas, convergindo com o achado do estudo. Isso é preocupante, pois esse tipo de sentimento e o conhecimento limitado pode se sobrepor à vontade e ao direito das mulheres com HIV/aids de viver sua sexualidade integralmente, atingindo de maneira negativa também o desejo reprodutivo (LIMA *et al*, 2017).

Estimativas apontam que a população jovem apresenta tendência de aumento à exposição ao HIV, configurando-se em um grupo prioritário aos empreendimentos e estratégias de proteção e prevenção dessa infecção sexualmente transmissível (IST). Dado que vai de encontro com os achados da pesquisa (BRASIL, 2015; FRYE *et al*, 2016).

Ser solteiro sobressaiu-se, e estudos afirmam que tal estado civil representa tanto um fator de risco à infecção pelo vírus, pela maior possibilidade de relacionamentos sexuais com múltiplos parceiros, quanto um fator de risco à adesão a TARV, por repercutir no suporte social recebido para o enfrentamento da doença (GALVÃO *et al*, 2015; BELLAN *et al*, 2013).

Existe uma maior chance a comportamentos de risco entre os jovens solteiros, como uso de drogas, prática de relação sexual sem proteção, múltiplos parceiros sexuais e consumo de bebidas alcoólicas. Podendo, assim, ser justificada a maior frequência de indivíduos solteiros e com HIV (FRYE *et al*, 2016; ALEXANDRE, 2016).

A maioria das PVHIV apresentaram o ensino médio concluído. Essa característica do estudo converge com uma pesquisa brasileira recente que fala que esses indivíduos estão cientes quanto às informações gerais sobre sua afecção e os aspectos que a englobam, indicando maior possibilidade de compreensão e adesão às recomendações (LIMA *et al*, 2017). Divergindo com o mais encontrado na literatura em outras pesquisas brasileiras e de outros países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como a Nigéria, segunda região no mundo com maior número de pessoas com HIV, que apresentou baixa escolaridade na população (OLIVEIRA; MOURA; ARAÚJO; ANDRADE, 2015). Isso reflete mais mudanças no perfil sociodemográfico dessa população.

Pessoas com 12 anos de estudo ou escolaridade superior podem obter com mais facilidade a aquisição de informações relacionadas ao HIV, ser mais resoluta na busca por ajuda profissional e, assim, apresentarem melhores recursos para viverem uma vida normal diante da soropositividade (GALVÃO *et al*, 2015).

A maioria dos entrevistados não tinham filhos, resultado semelhante aos achados na literatura. Geralmente a presença de filhos entre casais com HIV é mais frequente em soroconcordantes, que, muitas vezes, descobriram o diagnóstico depois de terem os filhos. O

planejamento familiar entre casais sorodiscordantes e soroconcordantes ainda é envolto de tabus e receios de transmissão da infecção ao filho, mesmo com os avanços da TARV. Nesse tocante, a falta de apoio familiar ou de pessoas próximas, assim como de informações e orientações corretas, serve como mais uma barreira potencial para promoção da qualidade de vida dessa população no que tange também ao planejamento familiar (BRASIL; SILVA; MOURA, 2018; LYONS; HEYWOOD; ROZBROJ, 2016).

A maioria dos entrevistados estava empregado. Essa característica apresenta similaridade com outros achados recentes presentes na literatura (OLIVEIRA; MOURA; ARAÚJO; ANDRADE, 2015).

No que diz respeito à religião, ser católico prevaleceu. As PVHIV procuram na religiosidade uma forma de conforto e uma maneira de abrandar os conflitos associados ao HIV. A crença em Deus ou em outro ser divino é uma maneira de encontrar coragem e ser capaz de encarar a doença, superar o estigma e a discriminação e se motivar a aderir ao tratamento. Assim, a religiosidade é vivenciada pelas pessoas como um apoio sobrenatural para enfrentar as debilidades causadas por essa IST (ANDRADE, 2017).

Ter um parceiro sexual, seja fixo ou eventual, bem como não saber/ não fazer a sorologia anti-HIV do atual parceiro destacou-se entre os indivíduos pesquisados. O silêncio sobre a condição sorológica para o (a) companheiro (a) sexual, na expectativa de ter/manter o relacionamento, mostra como o estigma e o preconceito ainda impactam disfuncional e negativamente as PVHIV. Descobrir em um relacionamento fixo ou eventual que o (a) parceiro (a) é soropositivo (a) pode trazer distintas implicações, dentre elas a traição ou a relação com múltiplos parceiros (SAID; SEIDL, 2015).

De acordo com os dados clínicos, o tempo médio de diagnóstico foi de 2 anos e meio, no entanto, a literatura afirma que o tempo médio de diagnóstico é de 3 anos (SILVA *et al*, 2016; LIMA *et al*, 2017; SILVA *et al*, 2018), esse tempo de diagnóstico pode estar associado a um maior interesse em receber informações acerca de adesão ao tratamento, manutenção do estado de saúde e prevenção de comorbidades. Isso também confirma a garantia do acesso ao diagnóstico e tratamento com fármacos antirretrovirais.

Pessoas com tempo de até três anos de diagnóstico podem apresentar nível de conhecimento insatisfatório sobre a sua condição, demonstrando a necessidade de informações adicionais para gestão da doença (SILVA *et al*, 2018).

Observou-se entre as PVHIV estudadas que tanto a quantidade de linfócitos está dentro dos padrões normais quanto a carga viral está de acordo com o que se espera para integridade e manutenção da saúde, pois a alteração média da carga viral foi baixa, concordando

com uma pesquisa recente onde mostrou que 92,3% dos pacientes faziam uso da TARV e que 65% dos pacientes em seu último registro apresentaram carga viral indetectável (MIRANDA *et al*, 2018).

Esses dados divergiram de pesquisas acerca do estímulo de adesão à TARV, onde a carga viral dos pacientes se encontraram alta, indicando falta de adesão da TARV ou falha terapêutica, visto que essa terapia está associada à prevenção da progressão da doença, melhora dos resultados clínicos, limitação da transmissão do vírus e melhor qualidade de vida (PEDROSA *et al*, 2017; SABIN *et al*, 2015; GÜNTHARD *et al*, 2016).

De acordo com a pesquisa, os participantes demonstraram conhecimento, no momento da entrevista, ao serem perguntados sobre o tempo de uso da TARV, dos benefícios da terapia em suas vidas. Isso pode sugerir boa adesão à TARV e/ou controle imunológico do próprio paciente para o resultado de carga viral indetectável do estudo.

Além disso, a disponibilização da TARV determinou pronta redução da mortalidade e da ocorrência de infecções oportunistas em PVHIV (COELHO *et al*, 2014), o que corrobora com os achados, pois a maioria não apresentou doenças oportunistas.

Verificou-se que poucos estudos abordaram os diagnósticos de enfermagem em pessoas vivendo com HIV, desses foram encontradas pesquisas sobre o perfil e a prevalência dos DE nessas pessoas, mas uma ausência de investigações aprofundadas sobre determinado diagnóstico, principalmente, relacionadas ao domínio da sexualidade (SILVA *et al*, 2016). Estudos recentes, sobre o DE Padrão de Sexualidade Ineficaz e suas características definidoras, não foram encontrados na literatura que permitissem a comparação direta com os achados desta pesquisa, tampouco relacionado às PVHIV.

Assim, a discussão baseou-se em artigos na área da saúde que falavam sobre sexualidade de um âmbito geral e na perspectiva da pessoa com HIV, bem como estudos relacionados aos DE em outras populações.

Um problema físico ou emocional na vida de uma pessoa pode mudar a convivência com o parceiro sexual e com os familiares e os amigos, pois todos podem ficar centralizados nesse problema. Com isso, o relacionamento sexual pode ficar prejudicado em relação à comunicação e a aproximação entre os parceiros, podendo trazer para a pessoa acometida uma certa preocupação com sua sexualidade (SÁ; SANTOS, 2018).

A prevalência do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz nas pessoas que vivem com HIV entrevistadas foi elevada, isso quer dizer que o padrão sexual dessas pessoas se tornou motivo de conflito e/ou problema, existindo uma insatisfação ou preocupação da manutenção de sua sexualidade, acarretando dificuldades de estabelecer

vínculos afetivos e interferências nos já existentes. Nestes casos, a pessoa pode vivenciar uma contradição entre a percepção individual do papel sexual e a do papel sexual atribuído (VIEIRA, 2012).

Há estudos indicando que a esfera da sexualidade é afetada pela epidemia do HIV, uma vez que a infecção se configura como um fator que agrega risco às relações sexuais, bem como, em face da ocorrência e da manutenção das relações afetivas, a exposição dos parceiros(as) sexuais. A ameaça pode estremecer a segurança e a estabilidade dos relacionamentos, principalmente quando o pedido para usar preservativos está em pauta (LANGENDORF, 2015).

Um estudo recente sobre os fatores preditivos para os diagnósticos de enfermagem em PVHIV apontou o DE disfunção sexual como um dos mais frequentes na população estudada (54%), mostrando que a sexualidade dessas pessoas estava comprometida, em que elas apresentaram frequência reduzida da prática sexual, déficit percebido no desejo sexual, limitações percebidas pela doença e função corporal alterada (SILVA *et al*, 2016).

Desta forma, a sexualidade é uma dimensão da vida que pode ser muito afetada pela infecção ao HIV, bem como das consequências psicossociais relacionadas a ela, modificando as expectativas do sujeito em relação a si próprio e ao meio em que vive (SÁ; SANTOS, 2018). O diagnóstico soropositivo pode resultar em perda/diminuição do apetite sexual, impotência sexual, interrupção/diminuição da atividade sexual (DIÓGENES *et al*, 2014), o que corrobora com as CD Alteração na atividade sexual e Alteração no comportamento sexual encontradas nos participantes, em que relataram redução da frequência e privação da prática sexual.

Outros autores trazem o mesmo resultado referente a Alteração no comportamento sexual após a soropositividade, onde o HIV foi um fator-chave que moldou a sexualidade das PVHIV e, em particular, a falta de relacionamentos sexuais (KRÜSI *et al*, 2018), pois a dificuldade no consenso de praticar o sexo de maneira segura torna-se mais um entrave. Elas lamentaram o fim de suas relações sexuais após o diagnóstico (GARCIA *et al*, 2015).

Viver com a infecção pelo HIV resultou em uma alteração no comportamento e deliberação em relação à sexualidade e à reprodução de muitas PVHIV. A afecção foi descrita como uma barreira nos relacionamentos com parceiros sexuais e ações sexuais, concordando com os resultados desta pesquisa. A barreira também existia em relação à reprodução por parte de mulheres principalmente (isto é, na tomada de decisão em torno do planejamento da gravidez). A gravidez não foi vista apenas como um evento positivo, mas incluiu um aumento de preocupações e ansiedade em relação à própria saúde e a do bebê (CARLSSON-LALLOO

*et al*, 2016).

Alteração no relacionamento com pessoa significativa evidente no estudo converge com outros achados, em que as PVHIV ainda encaram o medo de transmitir o vírus para o companheiro, até entre aqueles que ainda não tiveram experiências amorosas ou sexuais, além da dificuldade para falar sobre sexualidade, pela vergonha que sente de si mesmo, com pessoas importantes da sua convivência ou com os profissionais de saúde (SAID; SEIDL, 2015; GALANO *et al*, 2016).

Apesar dos avanços médicos recentes que reduzem significativamente os riscos de transmissão do HIV e o compromisso de que o HIV representa uma doença crônica como qualquer outra, o medo intenso de transmissão inadvertida do HIV para outras pessoas faz parte da vida desse público. Isso está relacionado à persistente estigmatização da infecção e à rejeição que muitas dessas pessoas experimentaram após revelar seu status de HIV a potenciais parceiros sexuais, amigos e familiares (KRÜSI *et al*, 2018), reforçando o resultado da pesquisa.

Estudos recentes trazem que as PVHIV passam a abster-se sexualmente como estratégia para evitar a culpabilidade, a ansiedade e o receio de infectar outro indivíduo. Ainda falam que o uso do preservativo é muito mais frequente no começo das relações com parceiro fixo e atemporal na parceria eventual. Achados que vão de encontro com a pesquisa. Estes dados trazem preocupações, pois torna banal exercer a sexualidade de forma segura (SAID; SEIDL, 2015; ELKINGTON *et al*, 2015).

A convivência com parceiro sexual soronegativo é cada vez mais comum às PVHIV, entretanto, o medo de ser desprezado, julgado, sofrer abuso físico/emocional, a baixa autoestima, colocar-se passivamente no relacionamento e deixar que apenas o parceiro tenha voz, além de ter a divulgação da sua condição revelada sem seu consentimento pelo parceiro leva os sujeitos infectados, muitas vezes, a ocultarem o diagnóstico como estratégia para minimizar o seu impacto social (PRZYBYLA *et al*, 2014; FERNANDES *et al*, 2017; SÁ; SANTOS, 2018). Para essas pessoas saber qual o melhor momento e decidir em quem confiar para contar o diagnóstico são questionamentos acompanhados por angústias e inquietações (GALANO *et al*, 2016). Esses dados relacionam-se com as características Alteração no relacionamento com pessoa significativa e Alteração no comportamento sexual da pesquisa.

Diversas razões fundamentam a divulgação do status sorológico como um possível componente de redução de risco. A revelação da sorologia positiva ao HIV oferece uma oportunidade para os parceiros sexuais tomarem decisões informadas sobre um nível tolerável de risco de transmissão, levando-os a decidir abandonar a atividade sexual ou a se envolver em comportamentos sexuais deliberadamente mais seguros, comportamentos estes encontrados no

estudo relacionados a Alteração no comportamento sexual. Do ponto de vista da saúde pública, divulgar a um parceiro sexual pode levar aqueles que não sabem do seu estado de HIV a procurar o teste (PRZYBYLA *et al*, 2014).

Mesmo com a existência do estigma, do preconceito e das complicações originadas com a sorodiscordância, no que tange a perspectiva psicossocial, além da atividade sexual segura, os parceiros sorodiscordantes também podem oferecer ajuda emocional, dando carinho, atenção, segurança, ajudando na autoestima, no enfrentamento dos julgamentos sociais e das dificuldades das mudanças comportamentais, na adesão ao tratamento e nos cuidados de saúde (SAID; SEIDL, 2015; SANTOS *et al*, 2015). Essa afirmativa está de acordo com a Alteração no comportamento sexual e a Dificuldade com comportamento sexual encontradas no estudo.

As mesmas características definidoras citadas no parágrafo anterior apareceram também na parceria composta por pessoas soropositivas ou soroconcordantes. Alguns receios podem ser diminuídos, neste caso, já que a infecção pelo HIV é uma realidade para ambos. Neste enquadre ocorre, com frequência, a crença equivocada de que se pode abrir mão do uso do preservativo, pois ambos possuem HIV. Entretanto, esse pensamento é considerado inseguro por expor os parceiros à troca de diferentes tipos de vírus, podendo causar resistência aos medicamentos antirretrovirais prescritos (SÁ; SANTOS, 2018).

Assim, como medida de prevenção muito importante entre casais sorodiscordantes e soroconcordantes, a utilização do preservativo deve ser consistente, pois evita que os parceiros se reinfectem com cepas resistentes aos medicamentos e transmitam outras IST's, além da carga viral não aumentar durante a atividade sexual (REIS; MELO; GIR, 2016).

Vale salientar que o caráter normativo e interventor das ciências na saúde, na cultura e no cotidiano das pessoas, especialmente quando essa intervenção se refere a aspectos íntimos e particulares dos indivíduos, como a sua vida sexual, expressa-se de maneira negativa para os casais com HIV, sejam sorodiscordantes ou soroconcordantes. Esta pode ser observada nas questões que envolvem a sexualidade e a reprodução desses tipos de casais, nas quais, na maioria das vezes, o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos é criticado, desconsiderado e condenado pelos profissionais de saúde, os quais acabam pautando sua atenção no aconselhamento ao casal sem contemplar os aspectos que envolvem os problemas na saúde sexual, além de não aconselhar a gestação (LANGENDORF, 2015).

A característica Dificuldade com comportamento sexual também está de acordo com outros estudos sobre sexualidade em PVHIV, onde os indivíduos que não faziam uso do preservativo, após o diagnóstico da infecção mudaram suas práticas sexuais, como o uso rotineiro da camisinha, e com o tempo apresentaram dificuldades de se adaptar com a nova

rotina sexual (GARCIA *et al*, 2015). Isso pode estar relacionado ao fato que para muitas pessoas o uso de preservativos reduz a satisfação sexual (SANTOS *et al*, 2014).

Ressalta-se que ainda é um pensamento atual associar o uso da camisinha nas relações sexuais somente com parceiros eventuais, contando com a fidelidade dos matrimônios ou de uniões com parceiros fixos. Essa ideia, principalmente, no contexto do HIV não deve ser vivenciada, pois nenhuma pessoa tem a garantia em um relacionamento estável, por exemplo, que não haverá relações extraconjugais de ambas as partes, tornando-as vulneráveis às IST's (COUTO *et al*, 2017). Essa afirmativa também está relacionada com o resultado Dificuldade com comportamento sexual, pois alguns participantes que tinham parceiro fixo há muito tempo relataram estarem decepcionados e frustrados após descoberta de infidelidade ou que não sabiam do diagnóstico de HIV do parceiro, sentindo também incômodo com a nova rotina de vida sexual, principalmente de fazer sexo com camisinha.

Estudos recentes trazem que as PVHIV infectadas através do sexo sugeriram que tinham adquirido o HIV de seus parceiros fixos ou parceiros românticos (MAVHU *et al*, 2018). Diante desse contexto, os paradigmas modernos sobre relacionamento afetivo ou amor romântico trazem o ideário de fidelidade em que o uso do preservativo pode propor ou sugerir infidelidade e, por isso, ele é abolido das relações estáveis (GOIS *et al*, 2017).

Faz-se necessário a efetivação e eficácia de estratégias que envolvam o casal para saber lidar e enfrentar juntos os aspectos sexuais, socioculturais e de gênero em suas vidas. Tais dimensões irão influenciar na existência de dificuldades em um acordo para adoção de medidas de prevenção relacionadas à reinfecção pelo vírus e transmissão de outras infecções sexualmente transmissíveis, como a utilização rotineira do preservativo (REIS; MELO; GIR, 2016).

Estes achados mostram como o aspecto da sexualidade necessita de cuidado específico, seguro e efetivo, embasado em conhecimentos atualizados (BRASIL; SILVA; MOURA, 2018), pois ela é relevante na vida de cada indivíduo e pode ser afetada pelas doenças, repercutindo diretamente na saúde e qualidade de vida das pessoas, principalmente daquelas que vivem com HIV.

Assim, o enfermeiro está inserido nesse contexto como um importante facilitador também no cuidado da saúde sexual das PVHIV. Para isso, é necessário que essas ações sejam realizadas sistematicamente. Nesse sentido, o enfermeiro deve incentivar as PVHIV a relatarem suas dúvidas, fontes de angústia e dificuldades relacionadas a sua sexualidade, pois é comum apresentar vergonha, culpa ou apatia, entre outros sentimentos negativos, podendo influenciar negativamente os indivíduos no tratamento e na sua qualidade de vida (SILVA *et al*, 2016).

## 7 CONCLUSÃO

As características definidoras mais frequentes foram, respectivamente, *Alteração no comportamento sexual*, *Conflito de valores*, *Alteração no relacionamento com pessoa significativa*, *Dificuldade com comportamento sexual* e *Alteração na atividade sexual*. Todas possuindo frequência superior a 50% dos indivíduos estudados. Em contrapartida, as características menos frequentes foram *Dificuldade com atividade sexual* e *Mudança no papel sexual*.

Por meio da análise de classe latente, verificou-se que 85,67% das pessoas que vivem com HIV analisadas manifestaram o diagnóstico Padrão de Sexualidade Ineficaz. Ademais, as características que apresentaram maior sensibilidade foram *Alteração no comportamento sexual*, onde foi 100%, e *Alteração no relacionamento com pessoa significativa*, enquanto *Alteração na atividade sexual*, onde foi 99,99%, sendo considerado um bom indicador para a confirmação do DE estudado, e *Alteração no comportamento sexual* tiveram maior especificidade.

Vale ressaltar que dentre as variáveis que tiveram associação com as CD do DE em questão, destaca-se a variável clínica Tempo diagnóstico HIV, em que os pacientes que apresentaram *Alteração no comportamento sexual* e *Conflito de valores* tinham menos tempo de diagnóstico.

Destaca-se que 8 conjuntos de combinações diferentes de CD apresentaram probabilidade de manifestar o DE em estudo, que são *Alteração no comportamento sexual* isoladamente; *Alteração no comportamento sexual* e *Dificuldade com comportamento sexual* combinadas; *Alteração no comportamento sexual* e *Alteração no relacionamento com pessoa significativa* combinadas; *Alteração no comportamento sexual*, *Alteração no relacionamento com pessoa significativa* e *Dificuldade com comportamento sexual* combinadas; *Alteração na atividade sexual* e *Alteração no comportamento sexual* combinadas; *Alteração na atividade sexual*, *Alteração no comportamento sexual* e *Dificuldade com comportamento sexual* combinadas; *Alteração na atividade sexual*, *Alteração no comportamento sexual* e *Alteração no relacionamento com pessoa significativa* combinadas; por fim, *Alteração na atividade sexual*, *Alteração no comportamento sexual*, *Alteração no relacionamento com pessoa significativa* e *Dificuldade com comportamento sexual* combinadas.

Também é importante salientar que pessoas com a presença do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz eram mais jovens do que aquelas sem este diagnóstico.

Espera-se que os resultados encontrados possam ajudar os enfermeiros em um melhor entendimento da manifestação desse diagnóstico em PVHIV, como também quais sinais e sintomas são mais frequentes e acurados para a inferência desse diagnóstico, subsidiando sua prática assistencial ao contemplar em seu atendimento à saúde sexual desses indivíduos.

Por fim, faz-se necessário a realização de novos estudos com o mesmo diagnóstico de enfermagem em outros públicos para possível comparação em cada contexto particular. Pressupõe-se que compreender o perfil diagnóstico coopere para que as intervenções de enfermagem possam ser norteadas por escolhas diagnósticas acuradas, corroborando para a construção de um plano de ações adequado para cada população.

Como limitação deste estudo destaca-se o constrangimento vivido pelo indivíduo, observado muito mais em mulheres heterossexuais, ao ser abordado sobre sexualidade, conseqüentemente, a população apresentou mais homens e mais homossexuais. Também o tipo de serviço de saúde da pesquisa, ou seja, apenas foi contemplado o serviço público de saúde, onde vulnerabilidades são mais frequentes, excluindo, portanto, locais de atendimento de saúde privado, onde são atendidas as pessoas com planos de saúde ou por consulta particular. Desta forma, os resultados encontrados devem ser analisados com ponderação.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, H. O. **Acurácia das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade Relacionada à Morte” em Pessoas que Vivem com HIV/Aids.** 65f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
- ANDRADE, M. A. R. **Pessoas Idosas Vivendo com HIV em Goiás: um estudo de gênero, sexualidade e subjetividade.** 211f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás; Programa de Pós-Graduação em Sociologia; Doutorado em Sociologia, Goiânia, 2017.
- APOSTOLICO, M. R. et al. Acurácia de diagnósticos de enfermagem para o enfrentamento da violência doméstica infantil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03290, 2017.
- ARAÚJO, T. U. et al. Nursing diagnosis Noncompliance to treatment in men with hypertension. **Rev. Rene**, v. 17, n. 3, p. 338-45, maio-jun, 2016.
- AVENA, M. J. et al. Validação Conceitual das Características Definidoras de Diagnósticos de Enfermagem Respiratórios em Neonatos. **Acta Paul. Enferm.**, v.27, n.1, p.76-85, 2014.
- BELLAN, S. E. et al. The role of extracouple HIV transmission in sub-Saharan Africa. **The Lancet**, v.381, n.9877, p.1561-1569, 2013.
- BISPO, M. M. et al. Diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes críticos. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 357-362, abr-jun, 2016.
- BOSWELL, E. N.; DIZON, D. S. Breast cancer and sexual function. **Translational Andrology and Urology**, v. 4, n. 2, p. 160-168, 2015.
- BRASIL. **Boletim epidemiológico HIV/aids.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, PN de HIV/AIDS, Ano IV, n. 1, 27<sup>a</sup> à 52<sup>a</sup> semanas epidemiológicas, jul./dez. 2014, 1<sup>a</sup> à 26<sup>a</sup> semanas epidemiológicas, jan/jun, 2015.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/aids.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017.
- BRASIL. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf).

Acesso em maio de 2019.

- BRASIL, R. F. G.; SILVA, M. J.; MOURA, E. R. F. Avaliação da qualidade de protocolo clínico para atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.52, e03335, 2018.
- CAMPOS, H. M. et al. Direitos humanos, cidadania sexual e promoção de saúde: diálogos de saberes entre pesquisadores e adolescentes. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 658-669, abr, 2017.
- CARLSSON-LALLOO, E. et al. Sexuality and childbearing as it is experienced by women living with HIV in Sweden: a lifeworld phenomenological study. **Int. J. Qual. Stud. Health. Well-being.**, v. 13, n. 1, e1487760, 2018.
- CARLSSON-LALLOO, E. et al. Sexuality and Reproduction in HIV-Positive Women: A Meta-Synthesis. **AIDS Patient Care STDS**, v.30, n.2, p.56–69, feb, 2016.
- CHAVES, D. B. R. et al. Defining characteristics of the nursing diagnosis “ineffective airway clearance”. **Rev. Bras. Enferm.**, v.69, n.1, p.92-8, 2016.
- CLEIRES, A. B. B. et al. Análise do conteúdo de uma tecnologia para raciocínio diagnóstico de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 2, p. 261-268, abr, 2015 .
- COELHO, M. Q. et al. Profile of people living with HIV/AIDS and prevalence of oral manifestations in these individuals. **Montes Claros**, v. 16, n. 2, p. 28- 37, 2014.
- COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-358/2009, de 15 de outubro de 2009**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em agosto de 2018.
- COSTA, I. K. F. et al. Distúrbio na imagem corporal: diagnóstico de enfermagem e características definidoras em pessoas ostomizadas. **Aquichan.**, v. 17, n. 3, p. 270-283, 2017.
- COUTO, P. L. S. et al. Significados a respeito da prevenção ao HIV/aids e da sexualidade para jovens católicos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, e2016-0080, 2017.

- DINIZ, I. A.; CAVALCANTE, R. B.; OTONI, A.; MATA, L. R. F. Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 206-213, apr, 2015.
- DIÓGENES, M. A. R. et al. Sexuality of carriers of the human immunodeficiency virus in view of the disease: Integrative Review. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v.27, n.4, p.550-559, out/dez, 2014.
- ELKINGTON, K. S. et al. Substance Use and the Development of Sexual Risk Behaviors in Youth Perinatally Exposed to HIV. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 40, n. 4, p. 442–454, may, 2015.
- FACIONE, P. A.; CROSSETTI, M. G. O.; RIEGEL, F. Pensamento Crítico Holístico no Processo Diagnóstico de Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.38, n.3, e75576, 2017.
- FARIA, J. O.; SILVA, G. A. Diagnósticos de enfermagem do domínio segurança e proteção em pessoas com HIV/Aids. **Rev. Eletr. Enf.**, v.16, n.1, p.93-9, jan-mar, 2014.
- FERNANDES, M. I. C. D. et al. Acurácia diagnóstica das características definidoras do diagnóstico volume de líquidos excessivo de pacientes em hemodiálise. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.6, p.1057-64, nov-dez, 2015.
- FERNANDES, N. M. et al. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.4, jun, 2017.
- FERREIRA, A. M. et al. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 2, p. 285-93, 2016.
- FOLAYAN, M. O. et al. Associations between Forced Sexual Initiation, HIV Status, Sexual Risk Behavior, Life Stressors, and Coping Strategies among Adolescents in Nigeria. **PLoS One.**, v. 11, n. 5, e0155210, 2016.
- FRYE, V. et al. Sexual Orientation- and Race-Based Discrimination and Sexual HIV Risk Behavior Among Urban MSM. **AIDS Behav.**, v. 19, n. 2, p. 257-269, feb, 2015.
- GALANO, E. et al. Experiences of adolescents seropositive for HIV/AIDS: a qualitative study. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.34, n.2, p.71-177, 2016.

- GALVÃO, M. T. G. et al. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. **Acta Paul. Enferm.**, v.28, n.1, p.48–53, fev, 2015.
- GARCIA, S. et al. Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia. **Demografia em Debate**, v.2, 2015.
- GOIS, A. R. S. et al. Representações sociais de profissionais da saúde sobre as pessoas vivendo com HIV/aids. **Av. Enferm.**, v.35, n.2, p.169-178, 2017.
- GONÇALVES, M. C.; BRANDÃO, M. A.; DURAN, E. C. Validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis impaired comfort in oncology. **Acta Paul. Enferm.**, v. 29, n. 1, p. 115-24, 2016.
- GUEDES, N. G. et al. Nursing diagnosis sedentary lifestyle in individuals with hypertension: an analysis of accuracy. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.48, n.5, p.804-10, 2014.
- GÜNTHARD, H.F. et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2016 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. **JAMA**, v. 316, n. 2, p. 191-210, 2016.
- JORDÃO, R. R. R. et al. Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Desempenho do Papel Ineficaz. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 19, a10, 2017.
- KAHLE, E. M. et al. HIV Prioritization and Risk Perception Among an Online Sample of Men Who Have Sex With Men in the United States. **Am. J. Mens. Health.**, v. 12, n. 4, p. 676–687, jul, 2018.
- KERR, L. R. F. S. et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**, v. 97, n. 1S, p. S9–S15, may, 2018.
- KRÜSI, A. et al. Positive sexuality: HIV disclosure, gender, violence and the law – A qualitative study. **PLoS ONE**, v.13, n.8, e0202776, 2018.
- LANGENDORF, T. F. **O vivido da reprodução do casal heterossexual sorodiscordante para o HIV: possibilidades para o cuidado em enfermagem e na saúde reprodutiva.** 157f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro; Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery; Doutorado em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2015.

- LIMA, I. C. V. et al. Reproductive aspects and knowledge of family planning among women with Acquired Immunodeficiency Syndrome. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, e03224, 2017.
- LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. I. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **Int. J. Nurs. Knowl.**, v.23, n.3, p. 134-139, 2012.
- LYONS, A.; HEYWOOD, W.; ROZBROJ, T. Psychosocial factors associated with flourishing among Australian HIV-positive gay men. **BMC Psychology**, v.15, n.4, 2016.
- MAIA, A. C. B. Vivência da Sexualidade a partir do Relato de Pessoas com Deficiência Intelectual. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n.1 p. 77-88, jan/mar, 2016.
- MARCHIORI, G. R. S. et al. SABERES SOBRE PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BANCO DE LEITE HUMANO. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 2, e0390016, 2018.
- MAVHU, W. et al. Sexual behavior experiences and characteristics of male-female partnerships among HIV positive adolescent girls and young women: Qualitative findings from Zimbabwe. **PLoS One**, v.13, n.3, e0194732, 2018.
- MESQUITA, A. C. et al. An Analytical Overview of Spirituality in NANDA-I Taxonomies. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 29, n. 3, jul, 2018.
- MILLER, A. K.; LEE, B. L.; HENDERSON, C. E. Death Anxiety in persons with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. **Death Studies**, v.36, p.640-663, 2012.
- MONTEIRO, F. P. M. et al. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem "Disposição para desenvolvimento melhorado do lactente". **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 855-863, out, 2016.
- MIRANDA, W. A. et al. Modelo preditivo de retenção no cuidado especializado em HIV/aids. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.10, out, 2018.
- MORAIS, S. C. R. V.; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C. Convergence, divergence and diagnostic accuracy in the light of two nursing terminologies. **Ver. Bras. Enferm.**, v.68, n.6, p. 1086-1092, 2015.
- MOSER, D.C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros. **Rev. Fun. Care Online**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.998-1007, out/dez, 2018.

- NANDA Internacional. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. 11ª Ed. Porto Alegre: ARTMED, 2018.
- NELSON, L. E. et al. The epidemiology of HIV and other sexually transmitted infections in African, Caribbean and Black men in Toronto, Canada. **BMC Infect. Dis.**, v. 19, p. 294, 2019.
- NETO, V. L. S. et al. Sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS: implicações para o enfermeiro. **Rev. Fund. Care Online**, v. 8, n. 4, p. 5184-5192, out-dez, 2016.
- NORWALD, K.; HOLMSTRÖM, C.; PLANTIN, L. HIV and sexuality: Perceptions and experiences of sexuality among women who live with HIV in Sweden. **Journal of AIDS Clinical Research and STDs**, v. 4, n. 012, 2017.
- NUNES, M.M. **Acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Proteção Ineficaz em adolescentes com câncer**. 98f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Programa de Pós Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
- OLIVEIRA, F. B.; MOURA, M, E.; ARAÚJO, T. M.; ANDRADE, E. M. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta Paul. Enferm.**, v.28, n.6, p.510-516, 2015.
- OLIVEIRA, I. M.; SILVA, R. C. G. Comparação do grau de acurácia diagnóstica de graduandos e enfermeiros em programas de residência. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v.20, p.952, 2016.
- PAANS, W. et al. Do Knowledge, Knowledge Sources and Reasoning Skills Affect the Accuracy of Nursing Diagnoses? A Randomised Study. **BMC Nursing**, v.11, n.11, 2012.
- PEDROSA, S. C. et al. Intervenção telefônica altera a adesão à terapia antirretroviral de mulheres com vírus da imunodeficiência humana. **Northeast Network Nursing Journal**, v.18, n.3, ago, 2017.
- PEIXOTO, K. S. M.; SILVA, R. A. R.; COSTA, R. H. S. Nursing diagnoses in people with acquired immune deficiency syndrome: an integrative review of the literature. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 2123-2136, 2015.
- PEREIRA, J. M. V. et al. Accuracy in inference of nursing diagnoses in heart failure patients. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 3, p. 690-96, 2015.

- PERES, H. H.; JENSEN, R.; MARTINS, T. Y. Avaliação da acurácia diagnóstica em enfermagem: papel versus sistema de apoio à decisão. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.29, n.2, p.218-24, 2016.
- PINHO, A. A.; CABRAL, C. S.; BARBOSA, R. M. Diferenças e similaridades entre mulheres que vivem e não vivem com HIV: aportes do estudo GENIH para a atenção à saúde sexual e reprodutiva. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.12, dez, 2017.
- PRZYBYLA, S. et al. Examining the Role of Serostatus Disclosure on Unprotected Sex Among People Living with HIV. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 28, n. 12, 2014.
- QIAO, S.; ZHOU, G.; LI, X. Disclosure of Same-Sex Behaviors to Health-care Providers and Uptake of HIV Testing for Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review. **Am. J. Mens. Health.**, v. 12, n. 5, p. 1197–1214, sep, 2018.
- REIS, R. K.; MELO, E. S.; GIR, E. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.69, n.1, p.47-53, fev, 2016.
- RENDINA, H. J. et al. Extending the minority stress model to incorporate HIV-positive gay and bisexual men's experiences: A longitudinal examination of mental health and sexual risk behavior. **Ann. Behav. Med.**, v. 51, n. 2, p. 147–158, apr, 2017.
- RIEGEL, F.; JUNIOR, N. J. O. Processo de Enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. **Cogitare Enferm.**, v.22, n.4, p.01-05, jan/mar, 2017.
- RIOS, L. F. et al. Posições sexuais, estilos corporais e risco para o HIV entre homens que fazem sexo com homens no Recife (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 973-982, mar, 2019.
- SA, A. A. M.; SANTOS, C. V. M. A Vivência da Sexualidade de Pessoas que Vivem com HIV/Aids. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 38, n. 4, p.773-786, out, 2018.
- SABIN, L. L. et al. Improving Adherence to Antiretroviral Therapy with Triggered Real-time Text Message Reminders. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v.69, n.5, p.551–559, ago, 2015.
- SAID, A. P.; SEIDL, E. M. F. Serodiscordance and prevention of HIV: perceptions of individuals in stable and non-stable relationships. **Interface**, Botucatu, v.19, n.54, p.467-78, 2015.

- SANTOS, W.M. et al. Fatores intervenientes entre suporte social e autoeficácia em pessoas infectadas pelo HIV. **Sci. Med.**, v.25, n.2, 2015.
- SANTOS, A. S. et al. Compreensão de idosos e familiares sobre sexualidade e HIV/Aids: estudo descritivo. **Online braz. j. nurs.**, v. 13, n. 2, p. 175-185, 2014.
- SANTOS, W. N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **J. Manag. Prim. Health Care**, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014.
- SCHÖNNESSON, L. N. et al. Sexual (Dis)satisfaction and Its Contributors Among People Living with HIV Infection in Sweden. **Arch. Sex. Behav.**, v. 47, n. 7, p. 2007–2026, 2018.
- SILVA, C. R. et al. Atitudes do enfermeiro frente ao Processo de Enfermagem. **Rev. Fun. Care Online**, v. 10, n. 4, p. 1111-1117, out/dez, 2018.
- SILVA, F. I. **Acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em mulheres com câncer de mama em tratamento farmacológico.** 82f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.
- SILVA, R. A. et al. Acurácia do diagnóstico de enfermagem “disposição para melhora da esperança” em pacientes renais crônicos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, e65768, 2017.
- SILVA, R. S. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Perspectiva da Equipe. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 2, p. 32-36, 2016.
- SILVA, R. A. R. et al. Pessoas vivendo com Aids: associação entre diagnósticos de enfermagem e características sociodemográficas/clínicas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.71, n.5, p.2535-2542, out, 2018.
- SILVA, R. T. S. et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas vivendo com aids frente à situação da doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.26, e2985, 2018.
- SILVA, R. A. R. et al. Fatores preditivos para os diagnósticos de enfermagem em pessoas que vivem com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24, e2712, 2016.

- SILVA, R. A. R. et al. Perfil clínico-epidemiológico de adultos hiv-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4689, jul, 2016.
- SWANSON, S. et al. Investigation of Factors Influencing Latent Class Analysis: An Application to Eating Disorder Research. **Int. J. Eat. Disord.**, v.45, p.677–684, 2012.
- TAYLOR, T. N. et al. “The pleasure is better as I’ve gotten older”: Sexual Health, Sexuality, and Sexual Risk Behaviors among Older Women Living with HIV. **Arch. Sex. Behav.**, v. 46, n. 4, p. 1137–1150, may, 2017.
- VERENHITACH, B. D. et al. Breast cancer and its effects on sexuality: a sistematic review on the evaluation and treatment. **FEMINA**, v.42, n.1, p.3-10, 2014.
- VIEIRA, K. F. L. **Sexualidade e Qualidade de vida do Idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais**. 234f. Tese (Doutorado) – Programa de Doutorado Integrado em Psicologia Social; Universidade Federal da Paraíba/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, João Pessoa, 2012.
- VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 1, p. 87-96, jan, 2017.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - FORMULÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ N° prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Tel para contato: \_\_\_\_\_

#### DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

- |  |       |
|--|-------|
| 1) Idade (em anos):  | IDADE |
| 2) Sexo: 1.( ) M 2.( ) F   | SEX   |
| 3) Raça: 1.( ) Branco 2.( ) Preto 3.( ) Pardo 4.( ) Amarelo 5.( ) Indígena                 | RAC   |
| 4) Escolaridade (em anos):   | ESC   |
| 5) Situação conjugal: 1.( ) Solteiro 2.( ) Casado/Vivem juntos 3.( ) Divorciado/Separado   |       |
| 4.( ) Viúvo(a)   | ECI   |
| 6) Categoria de Exposição: 1.( ) Sexual 2.( ) Transmissão vertical 3.( ) Sanguínea         |       |
| 4.( ) Acidente perfurocortante 5.( ) Outro   | CTE   |
| 7) Orientação sexual: 1.( ) Heterossexual 2.( ) Homossexual 3.( ) Bissexual                | OSE   |
| 8) Religião: 1.( ) Católico 2.( ) Evangélico 3.( ) Espírita 4.( ) Outra 5.( ) Sem religião | REL   |
| 9) Situação Ocupacional: 1.( ) Empregado 2.( ) Desempregado 3.( ) Aposentado               | OCU   |
| 10) Número de filhos:  | FIL   |
| 11) Tem parceiro sexual: 1.( ) Sim 2.( ) Não   | PAR   |
| 12) Qual a sorologia anti-HIV do seu parceiro sexual atual: 1.( ) Positiva 2.( ) Negativa  |       |
| 3.( ) Não sabe/não fez 4.( ) Sem parceiro  | SRP   |

#### DADOS CLÍNICOS

- |  |     |
|--|-----|
| 13) Tempo de diagnóstico HIV positivo:                     | THV |
| 14) Uso de TARV há quanto tempo:                           | TRV |
| 15) Carga viral (cópias/ml):                               | CAV |
| 16) Contagem células CD4 (/mm <sup>3</sup> ):              | CD4 |
| 17) Presença de doenças oportunistas ou outras patologias: |     |
| 1.( ) Sim 2.( ) Não  | DOP |

**APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DOS DADOS SUBJETIVOS  
DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS (CD) DO DIAGNÓSTICO DE  
ENFERMAGEM PADRÃO DE SEXUALIDADE INEFICAZ**

- 1) Você vivencia mudanças na atividade sexual? (CD Alteração na atividade sexual)  
1.( ) Sim 2.( ) Não
  
- 2) Você vivencia mudanças no comportamento sexual? (CD Alteração no comportamento sexual)  
1.( ) Sim 2.( ) Não
  
- 3) Você vivencia mudanças no relacionamento com pessoa significativa? (CD Alteração no relacionamento com pessoa significativa)  
1.( ) Sim 2.( ) Não
  
- 4) Você vivencia conflito sobre si mesmo ou suas atitudes? (CD Conflito de valores)  
1.( ) Sim 2.( ) Não
  
- 5) Você vivencia dificuldade com a atividade sexual? (CD Dificuldade com atividade sexual)  
1.( ) Sim 2.( ) Não
  
- 6) Você vivencia dificuldade com seu comportamento sexual? (CD Dificuldade com comportamento sexual)  
1.( ) Sim 2.( ) Não
  
- 7) Houve mudança no seu papel sexual? (CD Mudança no papel sexual)  
1.( ) Sim 2.( ) Não

**APÊNDICE C - ORIENTAÇÕES PARA OBTENÇÃO DOS DADOS  
RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PADRÃO DE  
SEXUALIDADE INEFICAZ**

Afirmações relacionadas às Características Definidoras	Definição Conceitual	Definição Operacional
Mudanças na atividade sexual (CD <i>Alteração na atividade sexual</i> )	Transtorno que impede que se desfrute satisfatoriamente a atividade sexual. Mudança persistente dos padrões normais de interesse.	Perguntar se o paciente sentiu/percebeu que a prática da atividade sexual mudou após o diagnóstico da doença, como disfunção sexual, redução da frequência ou cessação da prática sexual, etc.
Mudanças no comportamento sexual (CD <i>Alteração no comportamento sexual</i> )	Mudanças nas atitudes e posicionamentos em relação ao sexo.	Perguntar se o paciente passou a usar preservativos após o diagnóstico da doença ou se já usava antes ou não. Parceiros fixos e eventuais, o que mudou? Ou nada mudou. Se houve mudança ou privação de alguma prática sexual, etc.
Mudanças no relacionamento com pessoa significativa (CD <i>Alteração no relacionamento com pessoa significativa</i> )	Relacionamentos afetivos interrompidos. Mudanças de comportamento/ atitudes com pessoas significativas.	Perguntar se o paciente rompeu algum relacionamento afetivo após descoberta da doença. Se pessoas importantes para si passaram a tratá-lo com diferença ou indiferença, etc.
Conflito sobre si mesmo ou de atitudes (CD <i>Conflito de valores</i> )	O que é dito versus o que é feito. Opiniões próprias sobre si mesmo e comparação da opinião pública/outros. Conflito entre “certo/errado”.	Perguntar se o paciente mudou alguma crença/percepção sobre si/ a vida após o diagnóstico da doença. Se ele condena-se por algo relacionado a doença e a prática sexual, se sente vergonha de si mesmo, etc.
Dificuldade com a atividade sexual (CD <i>Dificuldade com atividade sexual</i> )	Dificuldade em adquirir ou manter um estado de excitação sexual adequada ou satisfatória até a consumação da atividade sexual.	Perguntar se o paciente perdeu/diminuiu a libido após diagnóstico da doença.
Dificuldade com o comportamento sexual (CD <i>Dificuldade com comportamento sexual</i> )	Dificuldade em adaptar-se a novas atitudes e posicionamentos sobre o sexo.	Perguntar se o paciente continua com a mesma rotina sexual, se apresenta dificuldade em adotar/manter novos métodos ou medidas nesse âmbito.
Mudança no papel sexual (CD <i>Mudança no papel sexual</i> )	Mudanças na divisão do trabalho, nas interações sociais referentes ao gênero, etc.	Perguntar se o paciente passou a depender do parceiro ou o contrário, se mudou sua forma de se relacionar socialmente com homens e mulheres, etc.

## APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (a) Sr(a) está sendo convidado por Priscilla Carolinne Araújo de Freitas, enfermeira, aluna do curso de mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como participante de uma pesquisa intitulada: “Acurácia diagnóstica das características definidoras do diagnóstico de enfermagem padrão de sexualidade ineficaz em pessoas que vivem com HIV”, cujos objetivos são descrever a prevalência do diagnóstico de enfermagem padrão de sexualidade ineficaz em pessoas que vivem com HIV, verificar a associação entre as características definidoras do diagnóstico de enfermagem descrito e as variáveis sociodemográficas e clínicas e mensurar as medidas de acurácia diagnóstica “sensibilidade” e “especificidade” das características definidoras do diagnóstico em questão. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. O risco de sua participação nesse estudo está relacionado a constrangimentos e lembranças desagradáveis provocadas pela entrevista. O senhor(a) não será obrigado(a) a responder questões que não queira ou não se sinta à vontade, podendo recusar-se a responder. O entrevistador seguirá todos os princípios éticos como respeito à sua dignidade e não maleficência. Sua participação consistirá em responder a dois formulários de coleta de dados sobre seus dados sociodemográficos/clínicos e sobre perguntas subjetivas do diagnóstico de enfermagem a ser investigado. O tempo médio de realização da entrevista é de aproximadamente 20 minutos. Essas informações serão utilizadas, inicialmente, para desenvolvimento de pesquisa que tem como objetivo a obtenção do título de mestre em Enfermagem na Promoção da Saúde pela pesquisadora principal, podendo ser apresentados em congressos, publicados em revistas científicas da área da saúde, e retorno dos dados analisados ao enfermeiro da instituição, garantindo-se sempre seu anonimato. Os dados coletados permanecerão em poder exclusivo dos pesquisadores durante todo o decorrer da pesquisa e por um período de 5 anos, ao qual após serão destruídos. Os resultados contribuirão para aumentar o conhecimento científico sobre os diagnósticos de enfermagem prevalentes em pessoas que vivem com HIV, auxiliando profissionais do serviço para aprimoramento da assistência prestada, bem como a outros pesquisadores da área. Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária, o (a) senhor (a) não receberá nenhum valor pela participação nesta pesquisa, e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Gostaríamos de esclarecer que:

- O Sr(a) tem o direito ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- O Sr(a) não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa.
- O Sr (a) não receberá nenhum valor por participar da pesquisa.

Eu, Priscilla Carolinne Araújo de Freitas, comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, a fim de atender os objetivos da pesquisa. Caso precise entrar em contato comigo, você terá acesso em qualquer momento da pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Informo-lhe o meu endereço e telefone:

**Nome:** Enf<sup>a</sup> Priscilla Carolinne Araújo de Freitas

**Instituição:** Universidade Federal do Ceará

**Endereço:** Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo

**Telefone:** (85) 997127916

**E-mail:** pricarol26@gmail.com

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000. Rodolfo Teófilo. Fone: (85) 33668344

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_anos, RG:\_\_\_\_\_.declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome da pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Nome da pessoa que aplicou o TCLE

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa que aplicou o TCLE

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou  
Impressão digital

**ANEXO**  
**ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

UFC - UNIVERSIDADE  
 FEDERAL DO CEARÁ /



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Acurácia Diagnóstica das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz em Pessoas que Vivem com HIV/Aids.

**Pesquisador:** PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE FREITAS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80891617.7.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.439.204

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de Dissertação do programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC, que pretende determinar a prevalência do DE Padrão de Sexualidade Ineficaz em pessoas que vivem com HIV/Aids e quais as Características Definidoras (CD) mais frequentes e quais as CD que melhor representam a acurácia desse diagnóstico nessa população.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Geral:** Medir a acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz em pessoas que vivem com HIV/Aids.

**Específicos:**

- Descrever a prevalência do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz em pessoas que vivem com HIV/Aids.
- Verificar a associação entre as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz e as variáveis sócio-demográficas e clínicas em pessoas que vivem com HIV/Aids.
- Determinar as medidas de acurácia diagnóstica "sensibilidade" e "especificidade" do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz em pessoas que vivem com HIV/Aids.

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.439.204

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: relacionados a constrangimentos e lembranças desagradáveis por parte dos entrevistados, provocadas pela entrevista durante a coleta de dados para a pesquisa.

Benefícios: contribuir para aumentar o conhecimento científico sobre os diagnósticos de enfermagem prevalentes em pessoas que vivem com HIV/Aids, auxiliando profissionais do serviço para aprimoramento da assistência prestada, bem como a outros pesquisadores da área.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica (julgamento de um avaliador quanto ao grau de relevância, especificidade e consistência dos indicadores clínicos existentes para o diagnóstico, correspondendo, portanto, à capacidade de uma variável representar o que realmente deveria representar, permitindo, assim, a diferenciação entre os diagnósticos) de enfermagem das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Padrão de Sexualidade Ineficaz” em pessoas que vivem com HIV/Aids no serviço de atendimento especializado (SAE) do Centro de Saúde da Família Carlos Ribeiro (CSF Carlos Ribeiro) e no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará, com corte transversal. A coleta dos dados será realizada nos meses de janeiro a março de 2018. Utilizando dois questionários para coleta de dados, elaborados pela pesquisadora, aplicados por meio de uma entrevista estruturada. O primeiro questionário aplicado na coleta será o Questionário Sociodemográfico e Clínico, contendo 20 itens/perguntas. Os dados sociodemográficos e clínicos desse instrumento são compostos pela identificação, número de prontuário, procedência, contato telefônico, data de nascimento, sexo, raça, escolaridade, situação conjugal, categoria de exposição, orientação sexual, religião, ocupação, renda, tipo de moradia, com quem mora, número de filhos, presença de parceiro, sorologia anti-HIV parceiro atual, tempo diagnóstico HIV, tempo de uso de TARV, carga viral, células CD4 e presença de doenças oportunistas ou outras patologias. Os dados clínicos desse questionário serão confirmados nos prontuários médicos dos pacientes participantes da pesquisa. O segundo questionário a ser aplicado será o Questionário de Investigação dos dados Subjetivos das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz, contendo 7 itens/perguntas, que foram desenvolvidas com base nas características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sexualidade Ineficaz, de acordo com a Taxonomia II da NANDA- I, a saber: “vivencia alteração na atividade sexual?”, “vivencia alteração nas relações com pessoas significativas?”, “vivencia alteração no comportamento sexual?”, “vivencia conflito de valores?”, “vivencia dificuldades na atividade sexual?”, “vivencia dificuldades nos comportamentos sexuais?” e “houve mudança no seu papel

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.439.204

sexual?”.

Os dados coletados serão compilados em planilhas do software Microsoft Excel 2010 e analisados utilizando -se o pacote estatístico R versão 3.0.2. A análise descritiva dos dados ocorrerá pelo cálculo de medidas absolutas, percentuais, medidas de tendência central e de dispersão.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados de forma adequada: carta de encaminhamento, currículo da pesquisadora, folha de rosto, concordância dos pesquisadores, anuência dos locais do estudo (HUWC e UBS Carlos Ribeiro), Termos de Fiel Depositário, cronograma, orçamento e TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1011933.pdf	30/11/2017 18:15:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_DE_Mestrado_UFC_Priscilla_Plataforma_Brasil.docx	30/11/2017 17:59:56	PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Priscilla.pdf	30/11/2017 17:57:14	PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE	Aceito
Outros	Termo_para_Utilizacao_dos_Dados_projeto_mest_DE.pdf	30/11/2017 17:55:49	PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE	Aceito
Outros	Declaracao_de_Fiel_Depositario_SMS_COGTES_CSF_Carlos_Ribeiro_projeto_mest_DE.pdf	30/11/2017 17:53:42	PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE	Aceito
Outros	Declaracao_de_Fiel_Depositario_HUWC_projeto_mest_DE.pdf	30/11/2017 17:53:09	PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE	Aceito
Outros	Carta_Apreciacao_CEP_UFC_projeto_mest_DE.pdf	30/11/2017 17:51:42	PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia_SMS_COGTES_CSF_Carlos_Ribeiro_projeto_mest_DE.pdf	30/11/2017 17:49:45	PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE	Aceito

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.439.204

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_projeto_mest_DE.pdf	30/11/2017 17:48:25	PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE FREITAS	Aceito
Orçamento	Declaracao_Orcamento_projeto_mest_DE.pdf	30/11/2017 17:47:28	PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Concordancia_Pesquisadores_projeto_mest_DE.pdf	30/11/2017 17:45:29	PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia_HUWC_projeto_mest_DE.pdf	30/11/2017 17:43:57	PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE	Aceito
Cronograma	Declaracao_Cronograma_projeto_mest_DE.pdf	30/11/2017 17:42:42	PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil_projeto_mest_DE.pdf	30/11/2017 17:35:27	PRISCILLA CAROLINNE ARAUJO DE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 14 de Dezembro de 2017

---

**Assinado por:**  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br