

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO PELO HIV ENTRE
USUÁRIOS DA TESTAGEM RÁPIDA ANTI-HIV EM PORTO
ALEGRE, RS.**

DAILA ALENA RAENCK DA SILVA

Orientadora: Prof. Dra. Luciana Barcellos Teixeira

Porto Alegre, agosto de 2015.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO PELO HIV ENTRE
USUÁRIOS DA TESTAGEM RÁPIDA ANTI-HIV EM PORTO
ALEGRE, RS.**

DAILA ALENA RAENCK DA SILVA

Orientadora: Prof. Dra. Luciana Barcellos Teixeira

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Raenck da Silva, Daila Alena
Fatores Associados à Infecção pelo HIV entre
usuários da testagem rápida Anti- HIV em Porto
Alegre- RS / Daila Alena Raenck da Silva. -- 2015.
95 f.

Orientadora: Luciana Barcelos Teixeira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2015.

1. Hiv. 2. Aids. 3. Teste Rapido. I. Barcelos
Teixeira, Luciana , orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria de Lourdes Drachler, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. José Carlos de carvalho Leite, Programa de Pós-Graduação UNILASALLE.

Prof. Dr. Roberto Henrique Amorim de Medeiros, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que participaram para que o processo do mestrado fosse concluído com sucesso.

Primeiramente, deixo um agradecimento especial para a minha orientadora, Prof. Dra. Luciana Barcellos Teixeira. Agradeço a sua dedicação e paciência no desenvolvido deste curso de Pós-graduação. Uma profissional brilhante e exemplar, tenho grande admiração e sou grata pelo acompanhamento que me foi fornecido nesta trajetória. Sempre muito atenciosa e disponível.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que de diferentes formas contribuíram para a realização desse curso e para o crescimento acadêmico. Em especial ao Prof. Dr. Roberto Henrique Amorim de Medeiros, docente que durante as suas aulas possibilitou diferentes formas de pensar e desenvolver o aprendizado.

A equipe do Serviço de Assistência Especializada do Centro de Saúde Santa Marta pelo excelente trabalho desenvolvido e pelo oferecimento do campo para a realização do estudo.

A bolsista de iniciação científica, do curso de graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Évelin Maria Brand, pelas suas excelentes contribuições no desenvolvimento dessa dissertação e pela disponibilidade para ouvir meus inúmeros desabafos.

A todos os amigos que participaram desse processo, principalmente a Karen Oliveira Furlanetto, amiga e colega do programa de Pós-Graduação do curso de Saúde Coletiva. Obrigada pela sua escuta acolhedora, apoio e disponibilidade.

As minhas colegas de curso Karen Zappe e Carolina Bonacino pela companhia agradável durante o desenvolvimento das disciplinas, principalmente naquelas em que nos sentíamos completamente perdidas.

À minha família por me acompanharem nesta caminhada e em todas as outras, por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida. A minha mãe e ao meu pai que sempre me deram segurança, proteção, amor e carinho, exemplos de pessoas e de caráter. Agradeço todos os dias por tê-los em minha vida. Agora com carinho especial, os meus mais sinceros agradecimentos, ao meu querido companheiro, grande amor, grande amigo, confiante, tudo. Obrigada por viver há mais de quatro anos ao meu lado, presenciando

intensamente todas as minhas alegrias, tristezas, problemas, vitórias sempre com muito carinho e zelo. Sou muito grata pela tua dedicação e preocupação que são expressas diariamente, através de ações sempre muito amáveis e verdadeiras. E por fim dedico todo o meu esforço de toda a minha trajetória, a razão da minha vida, meu filho Grégori, que com toda certeza, a sua existência faz toda a diferença para que eu percorra e alcance todos os meus objetivos. Agradeço por ter esse ser maravilhoso na minha vida e pelas alegrias que me traz diariamente.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características sociodemográficas de usuários da testagem rápida anti-HIV, conforme resultado do teste, em Porto Alegre, 2012-2014	041
TABELA 2 – Características comportamentais e sexuais de usuários da testagem rápida anti-HIV, conforme resultado do teste, em Porto Alegre, 2012-2014	041
TABELA 3 - Características de exames de de usuários da testagem rápida anti-HIV, conforme resultado do teste, em Porto Alegre, 2012-2014.....	042
TABELA 4 – Exames laboratoriais de usuários da testagem rápida anti-HIV, com resultado de teste anti-HIV reagente, em Porto Alegre, 2012-2014	042
TABELA 5 – Fatores associados à infecção pelo HIV, em Porto Alegre, 2012-2014	043

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	009
APRESENTAÇÃO	010
RESUMO	011
ABSTRACT	013
1 INTRODUÇÃO	015
2 REVISÃO DA LITERATURA	018
2.1 Epidemiologia do HIV/Aids	018
2.2 Histórico	020
2.3 Fisiopatologia	020
2.4 Tratamento	022
2.5 Diagnóstico do HIV	024
2.6 Aconselhamento em HIV/Aids	028
2.7 Fatores associados a epidemia do HIV/Aids	028
3 OBJETIVOS	031
3.1 Objetivo Geral	031
3.2 Objetivos Específicos	031
4 METODOLOGIA	032
4.1 Tipo de Estudo	032
4.2 População e Amostra	032
4.3 Cálculo Amostral	032
4.4 Logística do Campo de estudo	033
4.5 Coleta de Dados	033
4.6 Variáveis do Estudo	034
4.7 Análise dos Dados	034
4.8 Considerações Éticas	035
5 RESULTADOS	037
6 DISCUSSÃO	044
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	050
8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	051
REFERÊNCIAS	052
ANEXOS	062

ANEXO A. Autorização para coleta do teste rápido Anti-HIV e de informações.....	062
ANEXO B. Formulário de Atendimento do Serviço de Testagem Rápida.....	063
ANEXO C. Formulário de Atendimento do SI-CTA.....	065
ANEXO D. Termo de ciência e autorização do chefe do serviço.....	067
ANEXO E. Parecer Consubstanciado da Escola de Enfermagem da UFRGS.....	068
ANEXO F. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.....	069
ANEXO G. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Porto Alegre.....	073
APÊNDICES.....	076
APÊNDICE A. Termo de Compromisso para utilização de dados.....	076
APÊNDICE B. Artigo.....	077

ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids – *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

COAS – Centros de Orientação e Apoio Sorológico.

CTA – Centro de Testagem Aconselhamento.

DDAHV – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

DNA – Ácido desoxirribonucléico (DNA).

ELISA – Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.

IST – Infecção Sexualmente Transmissível.

HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus causador da Aids).

HAART – Terapia Antirretroviral Altamente Ativa.

HSH – Homens que fazem sexo com outros homens.

ODM – Declaração do Milênio e os Objetivos de Desenvolvimento do milênio

OMS (WHO) – Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*).

ONU – Organização das Nações Unidas.

PVHA – Pessoas vivendo HIV/Aids.

RNA – Ácido Ribonucleico.

SAE – Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TARV- Terapia Antirretroviral de alta potência.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UDI – Usuário de Droga Injetável.

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

UNAIDS – Programa das Nações Unidas para HIV/Aids (abreviatura em inglês para *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*).

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “**FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO PELO HIV ENTRE USUÁRIOS DA TESTAGEM RÁPIDA ANTI-HIV EM PORTO ALEGRE, RS**”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2015. O trabalho é apresentado nas seguintes partes:

1. Introdução
2. Revisão da Literatura
3. Objetivos
4. Metodologia
5. Resultados
6. Discussão
7. Limitações
8. Conclusões e Considerações Finais
9. Anexos e Apêndices

RESUMO

Introdução: A Aids possui mais de três décadas de existência, e neste período, ocorreram modificações no perfil da epidemia. O advento da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART) proporcionou aumento da expectativa de vida e redução na mortalidade. Apesar disso, a epidemia cresce e novas estratégias de enfrentamento têm sido implantadas, visando a redução do número de casos de HIV. Uma dessas estratégias é o oferecimento de teste rápido anti-HIV para diagnóstico precoce. Essa estratégia vem sendo aplicada em todo o território nacional, pois apresenta grande potencial para intervir no curso da epidemia. Nesse sentido, conhecer o perfil dos usuários do teste rápido e os fatores associados à infecção pelo HIV é de extrema utilidade para o enfrentamento da doença, particularmente, no que tange às estratégias de prevenção.

Objetivo: Este trabalho tem o objetivo geral de identificar os fatores associados à infecção pelo HIV, entre usuários que se submeteram ao teste rápido anti-HIV, em um serviço de referência na cidade de Porto Alegre.

Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, analítico, transversal. A amostra foi constituída por usuários que realizaram o teste rápido Anti-HIV num serviço de referência da cidade de Porto Alegre, de 2012 a 2014. O cálculo amostral definiu a inclusão de 369 sujeitos, para estimar a prevalência de resultados positivos de teste rápido anti-HIV, com uma proporção de até 30% e um erro aceitável de 5%. A variável de desfecho do estudo é o resultado do teste Anti-HIV e as variáveis de exposição foram utilizadas para descrição do perfil dos usuários do serviço e investigação dos fatores associados. Os dados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS[®]) versão 20. As variáveis categóricas foram expressas por números absolutos e percentuais e as variáveis contínuas por média \pm desvio padrão. Comparações entre os grupos foram realizadas por meio do teste de homogeneidade de proporções, baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson. Fatores associados à infecção pelo HIV foram investigados pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta. O teste de Wald foi utilizado para a seleção de variáveis no modelo. O nível de significância estatística de 5% foi utilizado para considerar fatores que estavam associados ao desfecho do estudo. O protocolo do estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Comitê de Ética em Pesquisa da prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Resultados: Do total de 3.183 sujeitos, 15,3% apresentaram infecção pelo HIV e 40% já havia realizado testes anti-HIV previamente. A média de idade foi de 36,72 ±12,97 anos. Os fatores associados à infecção pelo HIV foram: cor não branca ($p=0,031$), sexo masculino ($p=0,041$), baixa escolaridade ($p<0,001$), prática de sexo anal ($p<0,001$), ocorrência de IST durante a vida ($p=0,007$), teste reagente para hepatite B ($p=0,002$) e teste reagente para sífilis ($p<0,001$).

Discussão: Foi encontrada uma prevalência elevada de infecção pelo HIV, que pode ser explicado por ser um serviço de procura estratégica por exposição (risco), pela localização (centro da cidade) e pelo perfil populacional da região (sobreposição de contextos de vulnerabilidade). A razão de prevalência da cor não branca, sexo masculino, faixas mais baixas de escolaridade e ocorrência de IST alguma vez na vida mostram o perfil já documentado em relação à Aids. Embora os usuários apresentassem diferentes definições de opção sexual, a prática de sexo anal foi bastante elevada, constituindo-se como um fator de risco para a infecção pelo HIV. Também foi observado que ter um teste reagente para hepatite B e sífilis, aumentou em 20 e 30%, respectivamente, a prevalência de infecção pelo HIV.

Conclusões: Este estudo evidencia que os usuários do teste rápido apresentam um perfil de práticas sexuais não seguras ao longo da vida, pois são indivíduos que frequentemente apresentaram ocorrência de IST durante a vida, e muitos com o diagnóstico de hepatite B e sífilis junto com o diagnóstico da infecção pelo HIV. É justamente a exposição contínua aos riscos durante a vida que remete aos contextos de vulnerabilidade aos quais estes sujeitos estão inseridos, e que leva à procura do teste, visto que uma expressiva proporção da amostra já havia realizado testes anti-HIV anteriormente.

ABSTRACT

Introduction: AIDS has been around for more than three decades, and in this period, there were changes in the epidemic profile. The advent of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) provided increased life expectancy and reduced mortality. Nevertheless, the epidemic grows and new coping strategies have been implemented, aimed at reducing the number of HIV cases. One of these strategies is offering rapid HIV test for early diagnosis. This strategy has been applied throughout the national territory, as it has great potential to intervene in the course of the epidemic. In this sense, learning about the profile of users of the rapid test and the factors associated with HIV infection is extremely useful for coping with the disease, particularly with regard to prevention strategies.

Objective: This work has the overall goal of identifying factors associated with HIV infection among users who underwent rapid HIV test, in a reference center in the city of Porto Alegre.

Methodology: This is an epidemiological, observational, analytical, cross-sectional study. The sample was comprised of users who performed the Anti-HIV rapid test in a reference service of the city of Porto Alegre, 2012-2014. The sample size calculation defined the inclusion of 369 subjects to estimate the prevalence of positive results of rapid HIV test, with a ratio of up to 30% and an acceptable error of 5%. The study outcome variable is the result of the Anti-HIV test and the exposure variables were used to describe the profile of service users and research of associated factors. The data were analyzed with the software program

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS[®]) version 20. The categorical variables were expressed as absolute and percentage numbers and continuous variables as mean \pm standard deviation. Comparisons between groups were performed using the tests of homogeneity of proportions, based on the Pearson's chi-squared test. Factors associated with HIV infection were investigated by Poisson regression model with robust variance. The Wald test was used for selecting variables in the model. The level of statistical significance of 5% was used to consider factors that were associated with the outcome of the study. The study protocol was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) and the Ethics Committee of the Municipal Government of Porto Alegre.

Results: Of the total of 3,183 subjects, 15.3% had HIV infection and 40% had undergone anti-HIV testing previously. The average age was 36.72 ± 12.97 years. Factors associated with HIV infection were: nonwhite skin color ($p=0.031$), male ($p=0.041$), low educational

level ($p < 0.001$), anal sex ($p < 0.001$), occurrence of STI during life ($p = 0.007$), reagent test for hepatitis B ($p = 0.002$) and reagent test for syphilis ($p < 0.001$).

Discussion: A high prevalence of HIV infection was found, which can be explained by being a strategic search service for exposure (risk), by location (city center) and the population profile of the region (overlapping vulnerability contexts). The reason for prevalence of nonwhite skin color, male, lower education levels and occurrence of IST sometime in their lives show the profile already documented regarding AIDS. Although users submit different sexual orientation definitions, the practice of anal sex was very high, making it a risk factor for HIV infection. It was also observed that having a reagent test for hepatitis B and syphilis excessively increased the prevalence of HIV infection.

Conclusions: This study shows that users of the rapid test show a profile of unsafe sexual practices throughout life, as they are individuals who often had STI occurrence in life, and many diagnosed with hepatitis B and syphilis along with the diagnosis of HIV infection. The continuous exposure to risk during the life refers to the contexts of vulnerability in which these subjects are included, and that leads to testing demand, since a significant proportion of the sample had undergone HIV testing previously.

1 INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) é considerada, atualmente, uma doença crônica, especialmente pelos avanços na área de diagnóstico e farmacologia. São evidentes as transformações que proporcionaram uma melhora na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) (GOMES, SILVA, DE OLIVEIRA, 2011). No Brasil, os primeiros casos de Aids foram relatados em 1980. Entretanto, nos Estados Unidos, em 1977 já se observa a sua existência. Havia a descrição de uma doença chamada de “câncer do sistema imunológico”, sendo caracterizada com sintomas que variavam de fraqueza até problemas de saúde letais. A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), desde a sua descoberta esteve associada a homossexuais do sexo masculino, usuários de drogas injetáveis, portadores de hemofilia e profissionais do sexo. O caráter dinâmico e instável do HIV conferiu uma modificação no perfil da epidemia ao decorrer dos 30 anos de existência da doença (DESLANDES, 1999; RODRIGUES, PERREAULT, 2013).

Evidencia-se um novo contexto de transmissão, diferente daquele relatado nos primeiros anos da doença. As definições que tratavam os mais vulneráveis através dos conceitos de “grupo de risco” e “comportamento de risco” acabaram desaparecendo em meio à evolução dinâmica do HIV (GOMES, SILVA, DE OLIVEIRA, 2011). A expressão “grupo de risco”, caracterizada por pessoas que adotavam atitudes e comportamentos determinados por situações sociais e culturais que estavam intimamente relacionadas a homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo, que restringia a doença a um círculo de indivíduos e tornava os demais imunes, cede espaço para a teorização do “comportamento de risco”. E este, por sua vez, descrito por práticas de risco que expõe o indivíduo à contaminação pelo HIV, passa a ser substituído pela conceituação da vulnerabilidade (DE BRITO; DE CASTILHO, SZWARCOWALD, 2000).

O olhar a partir do conceito da vulnerabilidade permite perceber o adoecimento por Aids como um conjunto de aspectos que levaram a uma maior chance de exposição, sendo eles não apenas individuais como também relacionados a questões coletivas (GOMES, SILVA, DE OLIVEIRA, 2011; MEYER *et al.*, 2006). A vulnerabilidade vai além do biológico e do ambiente, mas engloba as questões culturais, socioeconômicas e a história de vida de cada um, destacando a subjetividade do indivíduo (AYRES, 2002; BAPTISTA *et al.*, 2012).

Atualmente o HIV surge como um grande problema de Saúde Pública. Uma doença que possui como principal forma de contaminação a via sexual e que vem sofrendo constante mutação no seu perfil epidemiológico (SEIDLE, ZANNON, TRÓCCOLI, 2005). Com o advento da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART), a Aids passou a ser considerada uma doença crônica e esse avanço proporcionou uma diminuição da transmissibilidade do vírus naqueles que em uso regular dos medicamentos, são inúmeros os estudos demonstrando os benefícios desse processo (COHEN *et al.*, 2011). Após trinta anos de existência do HIV, percebe-se o surgimento de tecnologias inovadoras de diagnóstico e tratamentos se estabelecendo e proporcionando um aumento na qualidade de vida das PVHA (REIS, MOREIRA, CRUZ, 2007). No entanto, ainda se trata de uma doença que precisa ser enfrentada com seriedade e sem banalização. A epidemia é um fenômeno social que envolve comportamentos a serem analisados para promover uma consciência verdadeira na prevenção da transmissão (MARQUES, 2002).

A Aids é uma problemática global que se comporta de diferentes maneiras, a cada região, ainda possui grande magnitude pelos danos causados aos seus portadores. A mortalidade por Aids é relevante no nosso país, principalmente no município de Porto Alegre; mesmo com o advento da terapia antirretroviral, a doença ainda deixa muitas pessoas incapacitadas, expostas a doenças oportunistas e a múltiplas internações hospitalares. Observa-se na literatura a descrição de diferentes estratégias para o enfrentamento da epidemia (DE BRITO, DE CASTILHO, SZWARCOWALD, 2000). Dentre esses, destaca-se a testagem rápida Anti-HIV, que surge dentro das políticas do Ministério da Saúde em diferentes eixos de ação, sendo implementada como uma alternativa de diagnóstico precoce e medida de contenção do aumento da incidência dos casos. Trata-se de uma nova estratégia de saúde pública, facilitadora dos processos de rastreamento da doença e com potencial disseminador de práticas de prevenção.

Os testes rápidos anti-HIV, previamente, eram utilizados como um método de triagem em centros obstétricos do todo o país, no entanto após os esforços do Ministério da Saúde para a sua implantação como diagnóstico, surge essa nova ferramenta que facilita a detecção da sorologia para HIV. Ele possibilita a testagem em uma única consulta, eliminando a possibilidade de perda do usuário, facilitando também o acompanhamento dos casos de exames positivos não necessitando de grande infraestrutura para a sua realização (SILVA, TAVARES, PAZ, 2011).

O conhecimento da prevalência de HIV e fatores associados a partir da testagem rápida auxiliará na identificação de especificidades nos grupos de indivíduos para a

formulação de estratégias de prevenção em saúde em todos os níveis de atenção. Esse estudo possibilitará sugerir práticas que centralizem os seus esforços na temática da prevenção, apontando as possíveis falhas no processo de prevenir dos indivíduos que se contaminaram, sendo capaz de fornecer subsídios para a construção de iniciativas factíveis contra a contaminação nas populações mais vulneráveis. A identificação dos fatores associados a epidemia e o diagnóstico precoce, podem tornar as ações de saúde mais efetivas. Ao tratar dessa temática, torna-se evidente a mais recente estratégia do Departamento de DST, Aids e Hepatites virais (DDAHV) do Ministério da Saúde que é a realização do teste rápido anti-HIV. Trata-se de uma nova metodologia de diagnóstico, capaz de identificar a presença de anticorpos do vírus HIV em um tempo extremamente curto. O uso dessa nova metodologia para identificação do vírus apresenta seus benefícios bem definidos em relação à técnica convencional (BRASIL, 2007; MARQUES, 2002). Em conjunto com as iniciativas de detecção do HIV precocemente, busca-se, nos últimos anos, estabelecer ações concretas de prevenção que sejam capazes de mobilizar os indivíduos na adoção de medidas preventivas.

Diante do contexto da epidemia do HIV/Aids na cidade de Porto Alegre, com base nos dados descritos acima, e na implantação do teste rápido como estratégia de detecção precoce, foi delineado este estudo com o objetivo de identificar a prevalência de HIV e fatores associados em usuários que procuraram um serviço de referência em teste rápido da rede pública de saúde em Porto Alegre. Foi utilizado o delineamento de estudo epidemiológico transversal, englobando participantes de ambos os sexos de 18 a 70 anos, num período de janeiro de 2012 a janeiro de 2014.

Para ampliar a discussão referente à temática do estudo, a dissertação apresenta uma ampla revisão da literatura. Ela divide-se nos seguintes tópicos: Fisiopatologia do HIV/Aids; Tratamento da Aids; Histórico do HIV/Aids; Epidemiologia do HIV/Aids; Diagnóstico do HIV; Aconselhamento em HIV/Aids; Fatores associados a epidemia do HIV/Aids. Na sequência serão apresentados os objetivos deste trabalho, metodologia, resultados, discussão, limitações do estudo, conclusões e considerações finais. Os documentos de apoio estão apresentados nos anexos e apêndices. O artigo original encontra-se como apêndice.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Epidemiologia do HIV/Aids

Atualmente existem, 35 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo, sendo identificados 1,5 milhões de óbitos e 2,5 milhões de novos casos ao ano. Sabe-se que 19 milhões do total de pessoas que tem Aids desconhece a sua sorologia. Observa-se que 50% desses indivíduos estavam realizando triagem sorológica para o HIV pela primeira vez (UNAIDS, 2013a; NOGUEIRA *et al.*, 2014). São quantificadas diariamente 7000 mil pessoas sendo infectadas pelo HIV. Sendo a quinta causa de morte entre adultos entre 15 e 49 anos, salientando que a maioria são mulheres. Dados estatísticos referem que a cada 20 segundos ocorre um óbito relacionado à Aids. Os números citados acima se referem ao contexto mundial (MARTINS *et al.*, 2014a).

Os indicadores em destaque mundialmente referente a epidemia da Aids levaram as organizações internacionais a intensificarem as estratégias de enfrentamento da doença nos últimos anos. Verificam-se em meio a este processo os planos traçados pela UNAIDS para controle da propagação do HIV, entre eles é importante citar “Declaração do Milênio e os Objetivos de Desenvolvimento do milênio em Aceleração da Resposta ao HIV (ODM)”. As metas visam evitar 28 milhões de novas infecções e 21 milhões de óbitos até 2030, com objetivo de acabar com a epidemia. No entanto, para isso os países devem se comprometer com as metas pactuadas em Los Angeles, Califórnia em novembro de 2014. A estratégia divide-se em dois momentos, almeja-se alcançar a primeira etapa já 2020. A ação foi denominada “90-90-90”, que pretende testar 90 % das pessoas, sendo que 90% dos diagnosticados com HIV recebam o tratamento antirretroviral e desses 90 % apresentem carga viram indetectável, visando a não transmissão da doença (UNAIDS, 2010; UNAIDS, 2013b; NOGUEIRA *et al.*, 2014).

No Brasil, os dados apontam que entre 1980 e 2013 foram registrados no banco de dados do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) 734.000 casos de Aids, gerando uma prevalência na população geral de 0,4%. Verifica-se que na faixa etária de 15 a 49 anos a prevalência é de 0,6% (BRASIL, 2014). A taxa de 20,2 casos para 100 mil habitantes, desde total de PVHA no Brasil estima-se que 80% dos indivíduos conheça a sua sorologia (BRASIL, 2013a; VIEIRA *et al.*, 2014).

Quando analisados os dados por região do país, identifica-se um declínio significativo do número de casos de infecção pelo HIV na maior parte das regiões do Brasil. Apesar deste indicador de possível estabilização da epidemia, apresentando uma média de 20,5 casos para 100 mil habitantes observa-se o aumento no número de infectados por Aids na região sul do país, apresentando uma modificação na incidência de 27,1 caso, para 41,3 casos em 100 mil habitantes. O Rio Grande do e Amazonas são os estados que lideraram em taxa de detecção da Aids no Brasil. Quando avaliadas separadamente as capitais, Porto Alegre apresenta-se como a cidade com a maior incidência de Aids, com 96,2 casos para 100 mil habitantes (BRASIL, 2014; GUERRO *et al.*, 2014).

Neste contexto, a razão de sexos em 1983 era de 40 casos masculinos para 1 caso feminino, em 1989 passou para 6 casos masculinos a cada 1 caso feminino, sendo atualmente descrito em 1,7 homens para cada 1 mulher infectada por HIV (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012a). A prevalência em homens é de 0,7% e nas mulheres 0,4%. Verifica-se, de acordo com os dados acima, uma evolução histórica no contexto de transmissão do HIV, caracterizando o que os estudiosos da área chamam de feminização da Aids no Brasil (GONÇALVES, VARANDAS, 2005). No entanto, nos últimos 10 anos, existe uma tendência de queda nas taxas de transmissão entre as mulheres, verifica-se um indicador de 16,2 casos em 2004 para 14,1 casos para cada 100 mil habitantes em 2013 (BRASIL, 2014). A prevalência do HIV em populações chaves no Brasil apresenta-se da seguinte forma: 10,5% em homens que fazem sexo com outros homens (HSH); 5,9% em usuários de drogas injetáveis (UDI) e 4,9 % em profissionais do sexo (VIEIRA *et al.*, 2014; ONU, 2011).

No entanto, mesmo frente ao panorama de estabilização, da epidemia mundial, com tendência ao declínio, as políticas de saúde buscam diferentes estratégias para a identificação precoce da doença e a implementação de medidas de prevenção eficazes para a diminuição do número de infectados. A estabilidade da infecção pelo HIV é decorrente da diminuição do número de casos novos, mesmo na presença de uma prevalência ainda elevada, a doença alcançou seu pico nos anos 90 e segue em um patamar estável (UNAIDS, 2012; GUERRO *et al.*, 2014).

Através da ODM, a ONU declara a importância para alcançar o desenvolvimento e progresso buscando a reversão do quadro da epidemia da Aids. Para adquirir sucesso na estratégia a resposta ao HIV os países se comprometeram com o seguimento de ações para alcançar o fim da aids em 2015. Em 2011 com a “Declaração Política sobre HIV e Aids das Nações Unidas: Intensificando Nossos esforços para Eliminar o HIV e a Aids” foram estabelecidas dez metas que englobam a redução da transmissão sexual, vertical e entre

usuários de drogas injetáveis em 50 %, acesso universal ao tratamento, evitar mortes por tuberculose, reduzir a lacuna existente de recursos, reduzir a inequidades e violência de gêneros, eliminar o estigma e a discriminação, eliminar restrições para viagens, fortalecer ações integradas (ONU, 2011; NOGUEIRA *et al.*, 2014).

2.2 Histórico do HIV/Aids

Existem relatos do aparecimento do HIV em 1981, nos Estados Unidos, em um primeiro momento, era conhecida como uma doença que afetava homossexuais do sexo masculino e causava imunossupressão nos portadores. Então, a partir desse momento, começaram as investigações para conhecer a nova patologia. No entanto, o causador da doença, o HIV, só foi descoberto em 1983, pelo cientista francês Luc Montagnier (SOUSA, 2012; CDC, 2006).

Em 1982, surge no Brasil em um grupo de homossexuais masculinos e a partir deste momento a Aids recebe uma denominação de doença dos 5 H. Essa nomenclatura referia-se a Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável), Hooker (profissionais do sexo em inglês). A partir do ano de 1983, a teoria do grupo dos 5H passar a ser repensada com o surgimento dos primeiros casos de Aids em mulheres, crianças, profissionais da saúde e o primeiro caso de transmissão vertical em 1985 (BRASIL, 2006). Verificou-se a partir dos fatos acima, que a doença que estava limitada a um grupo restrito, com perfil delimitado, homossexuais masculinos e usuários de drogas, da classe média dos grandes centros urbanos, principalmente Rio de Janeiro e São Paulo, não eram mais o foco da epidemia. Observou-se progressivamente a sociedade inteira sendo atingida, com a expansão de casos entre mulheres, adolescentes e crianças (SANTOS *et al.*, 2002; DA SILVA *et al.*; 2010).

Hoje estamos diante de uma epidemia disseminada que mantém indicadores elevados em todos os elementos da sociedade independentemente da idade, sexo, classe socioeconômica ou orientação sexual. O HIV/Aids vem seguindo uma tendência de um perfil de transmissão com características que se definem como a heterossexualização, a feminização e pauperização (SOUSA, 2012; FELIX, CEOLIM, 2012; TEIXEIRA, 2013; DA SILVA *et al.*, 2010).

2.3 Fisiopatologia do HIV/Aids

O HIV leva o indivíduo a uma imunossupressão progressiva com consequências severas ao sistema imunológico. Com o avanço da infecção surge a Aids que é uma manifestação clínica avançada da doença (BRASIL, 2010b). O HIV é um retrovírus, ou seja, um ácido ribonucleico (RNA), que age através da enzima transcriptase reversa. Ele é capaz de produzir uma cópia do seu material genético em forma de ácido desoxirribonucléico (DNA) e posteriormente agrega-se ao genoma da célula do organismo que irá infectar (WHO, 2007; DA SILVA *et al.*, 2004).

À medida que a infecção progride ocorre à destruição dos linfócitos T CD4+, uma das principais células alvo do vírus. A contagem de linfócitos T CD4+ é um importante marcador da imunodeficiência, sendo utilizado para estimar o prognóstico, avaliar a indicação de início de terapia antirretroviral e para a definição de casos de Aids (UNAIDS, 1999; RACHID, SCHECHTER, 2008). Com o colapso do sistema imunológico por ataques do vírus HIV às células T CD4+, ocorre uma queda significativa do sistema imune, ficando o indivíduo susceptível às chamadas doenças oportunistas. Essas patologias são geralmente de origem infecciosa e neoplásicas, muitas delas não causariam nenhuma disfunção em um indivíduo como o sistema imunológico competente, no entanto para as PVHA essa situação pode ser devastadora. As infecções mais comuns são citomegalovírus, herpes, tuberculose, pneumonias, pneumocistose, candidíase, toxoplasmose, sarcoma de Kaposi, linfomas não Hodgkin, neoplasias intraepiteliais cervicais (GUIMARAES, 2007; NOCE, 2006).

Os tipos de doenças oportunistas e o período de aparecimento delas normalmente variam de acordo com o quantitativo das células de linfócito CD4+ apresentadas pelo paciente. Em geral, quando o CD4 está abaixo de $LT\ CD4+ 350\ \text{células}/\text{mm}^3$ são comuns as doenças bacterianas como as infecções respiratórias, o aparecimento da tuberculose, bem como sintomas da fase aguda febre, fraqueza, diarreia, emagrecimento, entre outros. Quando este marcador se encontra entre 200 e $300\ \text{células}/\text{mm}^3$ são comuns às disfunções neurológicas, as pneumonias, as lesões orais e o herpes-zoster. Quando o nível de imunidade fica abaixo de $200\ \text{células}/\text{mm}^3$, é comum o aparecimento de infecções por pneumocistose, toxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e citomegalovírus. Neste período podem ocorrer as neoplasias, sendo as mais relatadas o Sarcoma de Kaposi, o linfoma não Hodgkin e o câncer de colo uterino. Também podem ocorrer patologias pela ação direta do vírus no órgão como as miocardiopatia, a neuropatia e neuropatias (BRASIL, 2013c; RACHID, SCHECHTER, 2008).

São descritos dois tipos vírus no mundo O HIV-1 que predomina no mundo, sendo ele responsável pela maior parte dos casos de Aids existente e o HIV-2 mais comum na África

ocidental, sendo que a principal diferença entre eles, é que o tipo 2, possui uma transmissão mais difícil e a sua progressão é mais lenta (SIMON *et al.*, 2010; REMEDIOS, 2009). A infecção pelo HIV pode ser dividida em três fases. A fase aguda que se caracteriza pelos primeiros sintomas que surgem aproximadamente duas semanas após o contágio. São semelhantes aos apresentados a qualquer infecção viral, incluindo febre, adenomegalia, faringite, exantema transitório e meningite asséptica (VERONASI, 1997). Nesta fase o sistema imune controla a infecção viral, fazendo desaparecer os sintomas iniciais sem intervenções. No entanto, o vírus continua a sua replicação de forma intensa, dando início à fase de latência, marcada pela ausência de sintomas que pode durar 10 anos ou mais. A seguir surge a terceira fase, época em que a doença torna-se crônica, ocorrendo à deficiência imune grave. A queda na contagem de CD4 é muito grande, podendo chegar a níveis inferiores a 200 células/mm³ (BRASIL, 2013c; RACHID, SCHECHTER, 2008).

A transmissão do HIV ocorre através do contato direto de fluídos corporais como o sangue, o sêmen e as secreções vaginais de uma pessoa com o vírus, com o sangue ou as mucosas de uma pessoa sem doença. As situações que englobam quase a totalidade dos casos de infecção são os três casos seguintes: contato sexual com pessoa infectada, exposição a sangue ou derivados contaminados e transmissão vertical ou perinatal (DA SILVA *et al.*, 2015). O monitoramento da infecção é realizado através dos exames de contagem de linfócitos CD4 e o número de cópias de RNA viral no sangue. A contagem de CD4 avalia o grau de imunossupressão, uma vez que são os principais alvos do vírus. O (CDC, 1993) classifica a infecção pelo HIV em três etapas: menor que 200 células/mm³, entre 200 e 499 células/mm³ e acima de 500 células/mm³. A carga viral mostra o total de células produtivamente infectadas e a velocidade com que o paciente evolui para Aids (NOCE, 2006; PATTANAPANYASAT, THAKAR, 2005).

2.4 Tratamento da Aids

A história natural da Aids vem sendo alterada, consideravelmente, pela terapia antirretroviral de alta potência (TARV), a qual foi iniciada no Brasil no final de 1996, resultando em um aumento da expectativa de vida dos pacientes. A TARV proporciona a reconstrução das funções do sistema imunológico e redução de doenças secundárias e, conseqüentemente, melhorando a resposta ao HIV/Aids (PEREIRA, 2012).

O medicamento antirretroviral surge em 1987, com a droga chamada zidovudina (AZT). E em 1996 é publicada a Lei 9313 que garante o tratamento a todos os pacientes

gratuitamente (BRASIL, 2007; NOCE, 2006; GRANGEIRO, TEIXEIRA, BASTOS, 2006). O advento da HAART proporcionou um aumento considerável da expectativa e da qualidade de vida dos pacientes. O tratamento antirretroviral caracteriza-se pela associação de diferentes classes de fármacos com o objetivo de formar um esquema de drogas extremamente efetivo na estabilização do quadro da doença. A meta do uso do medicamento é a redução efetiva da carga viral plasmática para níveis indetectáveis promovendo, então, uma terapia altamente eficaz. Este acontecimento levou a AIDS a ser considerada uma doença crônica controlável (GIR, VAICHULONIS, OLIVEIRA, 2005). A partir da Lei 9.313, com a distribuição universal de antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde, sendo o Brasil o primeiro país, entre aqueles considerados em desenvolvimento, a disponibilizar esse recurso à população (COLOMBRINI, LOPES, FIGUEIREDO, 2006; LEVI, VITÓRIA, 2002).

A terapia antirretroviral inibe a replicação viral, retardando a progressão da imunodeficiência e promovendo a restauração da imunidade. Assim, a supressão máxima e contínua da replicação viral é desejável para reduzir ou reverter o dano imunológico (BRASIL, 2006). O momento do início da terapia antirretroviral é muito importante para as PVHA, uma vez que iniciada a terapia não há possibilidade de intervalos ou supressão do uso. Sabe-se que a erradicação do vírus nos reservatórios anatômicos e a sua extinção total ainda não é possível, no entanto existe a possibilidade de um bom manejo da infecção através da diminuição da replicação viral (BRASIL, 2006; PEREIRA, 2012).

Existem três principais classes de antirretrovirais para tratamento inicial os Inibidores da Enzima Transcriptase Reversa Análogos de Nucleotídeos, os Inibidores da Enzima Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleotídeos e os Inibidores da Protease. Outras estratégias estão sendo lançadas, baseadas em novos compostos que inibem outras etapas da replicação viral como: Inibidores de fusão; Inibidores da Proteína Nucleocapsídica; Inibidores da Enzima Integrase; Inibidores da Enzima de Transcrição (GODOY *et al.*; 2013).

Os protocolos do DDAHV, em tempo recentes, preconizavam o início da terapia em fases mais avançadas de imunodeficiência, quando a contagem de linfócitos TCD4+ estivesse próxima a 350 células/mm³ ou na presença de sintomas independente de valor de linfócitos TCD4+. (BRASIL, 2013c) atualmente, partir de dezembro de 2013, o Ministério da Saúde lança uma nova diretriz que recomenda o tratamento imediatamente após a descoberta do diagnóstico. Essa ação visa diminuir precocemente a quantidade de vírus evitando a transmissão, bem como a preservação do organismo dos indivíduos portadores de HIV (BRASIL, 2013c; PEREIRA, 2012; NOGUEIRA *et al.*, 2014).

Uma das lutas dos profissionais da saúde quando se fala de tratamento antirretroviral é a adesão, pois a Aids só pode ser considerada uma doença controlável se o paciente conseguir seguir as informações recebidas, tanto referentes a prescrição como o uso correto da medicação, como as demais recomendações sobre comportamento que englobam exercício, dieta, medidas de prevenção (BELLENZANI, NEMES, PAIVA, 2013). Consideram-se aderentes os pacientes que conseguem usar de 80 % a 95 % da dose prescrita. Tarefa difícil, uma vez que na adesão implica fatores comportamentais e a tolerância aos diversos efeitos colaterais, além das dificuldades que são enfrentadas como dificuldade de acesso ao serviço, indisponibilidade de consultas entre outros (FELIX, CEOLIM, 2012; CARACIOLO, 2007).

Entretanto para que se atinja a supressão da carga viral plasmática é importante que o indivíduo utilize o medicamento corretamente nas doses e horários prescritos, seguindo o chamado processo de adesão ao tratamento. A adesão é um processo que depende do seguimento da proposta prescrita, concordando com o comportamento que paciente adotará em relação às recomendações. Entende-se por adesão como uma atividade conjunta onde os pacientes estabelece uma aliança terapêutica com o profissional e não cumpre apenas o que lhe é recomendado, mas sim segue, entende e concorda com a prescrição (CARACIOLO, 2007).

O atendimento dos pacientes com HIV/Aids ocorre nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) que estão localizados em diversas regiões do país. São centros de referência no atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids. Nestes locais os pacientes encontram- todas as informações que necessitam referente a sua doença e o acompanhamento integral das suas demandas. São espaços que contam com uma equipe multidisciplinar que visam uma abordagem integral as pessoas vivendo com HIV/Aids são realizadas diferente atividades que variam do tratamento a prevenção (ABRÃO *et al.*, 2014; HALLAL *et al.*, 2010).

2.5 Diagnóstico do HIV

Diante do contexto da epidemia da Aids, observa-se a importância da detecção precoce da sorologia para o HIV. Evidencia-se na literatura o quanto essa iniciativa possibilita diminuir a morbidade e a mortalidade proporcionando uma melhor qualidade de vida aos portadores da doença (REIS, MOREIRA, CRUZ, 2007; PAIVA, PUPO, BARBOZA, 2006). O Brasil apresenta um sistema de disponibilização universal do tratamento, no entanto segue com o desafio de conter o ingresso tardio dos pacientes aos serviços de referência para

acompanhamento. Esse fato está atrelado ao fato do desconhecimento do risco e a dificuldade de acesso aos serviços que realizam diagnósticos (ARAÚJO *et al.*, 2014). Já está evidenciado, internacionalmente, o quanto o reconhecimento da doença tardiamente pode dificultar o tratamento, alguns fatores são levantados como causadores desse processo, como o desconhecimento do paciente quanto a esse risco e a sua dificuldade de acesso à realização da testagem (FERNANDES *et al.*, 2009).

Para diagnosticar o HIV é necessária a realização dos testes sorológicos. Preconiza-se a seguir um fluxograma que inclui um teste de triagem e na sequência quando o primeiro positivo um confirmatório. Existem diferentes métodos para a detecção do HIV, sendo preconizados como primeiro testes exame chamado ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay), este exame detecta os anticorpos produzidos contra o vírus na sequência deve ser realizado um método confirmatório como Western Blot, Imunoblot entre outros (MACHADO, 1999; BRASIL, 2009; BRASIL, 2013d).

Reverendo o histórico de oferta de testagem para a população brasileira, observam-se os primeiros serviços surgindo em 1989, sendo de caráter privado. Diante da situação epidemiológica que se agrava, especialmente em São Paulo e Porto Alegre, surgem os chamados de Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), locais que ofereciam gratuitamente o exame para detecção do HIV (SILVA, OLIVEIRA, SANCHO, 2013; JUNIOR, CALAZANS, ZUCCHI, 2008). Posterior a esta data esses serviços passam a se disseminar por todo o país, e em 1993 o Ministério da Saúde cria um documento com normas que padronizam o funcionamento dos COAS, neste momento, verifica-se a necessidade de apoio emocional. Surgem a partir daí o aconselhamento que modifica a denominação dada aos serviços até o momento, os chamados COAS passam a ser os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) que seguem até hoje com a mesma atuação e denominação em todo o território nacional (ARAÚJO *et al.*, 2014; DE SOUZA, 2013; DE SOUZA, CZERESNIAI, 2010).

O caráter dinâmico do HIV, nesses anos de epidemia, provocou uma modificação no acesso ao diagnóstico, aos poucos ele foi sendo descentralizado através estratégias essenciais para a desaceleração da epidemia ou por agravamento em populações chave. O aumento dos indicadores e início da transmissão vertical favoreceu a ampliação do acesso ao Anti-HIV com a introdução da obrigatoriedade de realização no pré-natal. A partir desse momento muitas foram as ações facilitadoras e entre elas a mais recente foi a inclusão do diagnóstico através de testes rápidos (ARAÚJO, 2014; BRASIL, 2008).

O primeiro teste disponibilizado foi em 1985, para o rastreamento do HIV no Brasil foi o ensaio imunoenzimático (ELISA). Este método apresenta a necessidade quando a amostra apresenta resultado reagente de confirmação (BRASIL, 2008). Existem algumas técnicas que podem ser realizadas para essa confirmação como os testes Western blot (WB), Imunoblot (IB) ou imunoenaios em linha (LIA), incluindo o Imunoblot Rápido (IBR) e imunofluorescência indireta (IFI). No entanto o fluxo considerado padrão ouro no diagnóstico de HIV reagente é o uso do ensaio imunoenzimático (ELISA) com posterior confirmação por Western blot (WB). Esse é fluxo dado como convencional na realização de sorologias para HIV (BRASIL, 2013d; CONSTANTIE *et al.*, 1989; MACHADO, 1999; Kassler, *et al.*, 1995).

O método utilizado para detecção do HIV era considerado demorado, com uma média de 15 dias para a entrega do resultado de triagem, apresentando o dobro do tempo para a sua confirmação. Frente a isso foi sendo desenvolvida a estratégia dos testes rápidos, estes foram sendo utilizados com mais frequência pela eficiência e a agilidade na apresentação dos resultados, mas a nova metodologia foi aceita após a melhoria no seu desempenho (ARAÚJO, 2014).

Observa-se após 1985, o surgimento dos testes rápidos, no mercado internacional, no entanto, ainda eram considerados pouco confiáveis. Ao longo dos anos, a metodologia foi aprimorada sendo submetida a diferentes estudos científicos, aumentando o seu grau de confiabilidade entre os profissionais, sendo os benefícios da sua aplicação claramente observados (BRASON, 2000). Em um primeiro momento, utilizado apenas em maternidades como triagem de HIV em gestantes antes do parto. De uma forma lenta e gradual, a partir de testes e pesquisas de validação, ele passou a inserir-se em diferentes tipos de serviços da rede de saúde pública no país.

Atualmente os testes rápidos vêm sendo utilizado no Brasil de forma ampla. Está ocorrendo um processo de descentraliza e já possível encontrar essa metodologia disponível nos serviços da atenção básica. Ele toma destaque pela sua agilidade na liberação dos resultados, através da realização do exame é possível obter a sorologia do paciente em até 30 minutos sem a necessidade de grandes infraestrutura e equipamentos, basta um profissional treinado e a disponibilidade de insumos fornecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013d; ROCHA, 2014; CARVALHO *et al.*, 2004).

No ano de 2002, o Programa Nacional de DST/Aids, buscou a ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV e em união com os Centers for Disease Control and Prevention, por meio de seu Global Aids Program – CDC/GAP. Inicia, então, um processo de avaliação dos testes rápidos, servindo também como parte da implantação da metodologia no país (BRASIL,

2007). No Brasil foi efetuado um estudo de avaliação dos testes rápidos que determinou um algoritmo para a sua aplicação. Foi realizada uma pesquisa de duas fases, onde a primeira fase comparava sete marcas de testes rápidos com o método chamado padrão ouro. A proposta era verificar se as características de sensibilidade e especificidade do novo método eram compatíveis ao alto padrão dos dispositivos de testagem encontrados nos serviços de rastreamento de HIV. Para aplicação de estudo foi escolhida a cidade de Curitiba, localizada no estado do Paraná, no ano de 2002. Foram considerados como ponto de corte para aprovação dos testes na realização do comparativo ao método convencional uma sensibilidade > 99,5 e especificidade > 99,0% (BRASIL, 2013d; ROCHA, 2014; OKAMURA *et al.*, 2008).

Essas primeiras iniciativas de uso do teste rápido, que partiram do então DDAHV utilizou como regulamentação, a Portaria 34 formalizada em 2005. Ela esclarecia as principais indicações para diagnóstico de HIV por testes rápidos. Passado este período, inicia-se a disseminação da tecnologia nos serviços de saúde de referência e a capacitação de inúmeros profissionais de todo o país. Em 2009, com base em novas pesquisas e estudos de validação, cria-se uma nova portaria para uso de testes rápidos em todo o território nacional. Esse documento amplia as indicações de uso, simplifica o método diagnóstico, cria um novo fluxograma de execução e aumenta a sensibilidade e a especificidade dos testes, sendo 100% e 99,6% respectivamente. A Portaria 151, regulamentada no em dezembro de 2009 é o documento vigente no momento (BRASIL, 2007; BRASIL, 2013d; OKAMURA *et al.*, 2008).

Os testes rápidos Anti-HIV utilizados nos serviços devem ser validados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelo DDAHV do Ministério da Saúde. Atualmente estão disponíveis para uso oito marcas, no entanto as mais utilizadas pelos serviços do sistema único de saúde são Rapid Check e Biomanguinhos, ambas possuem fabricação nacional. A primeira pertencendo a Universidade Federal do Espírito Santo, e a segunda a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (BRASIL, 2007).

O método utilizado para a leitura do exame é a imunocromatografia. A obtenção da amostra para a realização do teste é por punção da polpa digital. O procedimento consiste na retirada de 20 microlitros de sangue total, através de um instrumento de coleta, posteriormente este material é depositado em um dispositivo de teste (BRASIL, 2013d; OKAMURA *et al.*, 2008).

que possui uma membrana de nitrocelulose, aguarda-se 20 minutos e realiza-se a leitura do exame. O resultado é dado através do aparecimento de bandas que sofrem um processo de coloração, elas são chamadas bandas controle e teste. Ocorrendo a pigmentação da banda

controle apenas, trata-se de um resultado não reagente para HIV, surgindo uma banda teste pigmentada paralelamente a citada anteriormente, realiza-se uma leitura de resultado reagente.

2.6 Aconselhamento em HIV/Aids

O aconselhamento surge, primeiramente, nos Estados Unidos, no século XX pela assistência social para apoiar os indivíduos com problemas financeiros a fim dar apoio aliviar a tensão após esse período ele é sistematizado e a sua aplicação definida por teorias científicas virando um ramo da psicologia. Hoje, no âmbito da Aids ele é um dispositivo de diálogo que atua na prevenção (PEQUENO, DE MACÊDO, MIRANDA, 2013). É uma prática realizada antes e após o teste Anti-HIV, e é considerado um momento de encontro entre profissional de saúde e usuário de serviço de saúde, indispensável na realização do rastreamento para o HIV (BRASIL, 2009; DE SOUZA, CZERESNIA, 2010).

Ele permite que o usuário externar suas dúvidas e preocupações, facilitando para o profissional de saúde a realização de uma avaliação da vulnerabilidade individual, e também é um momento de estabelecimento do vínculo e da abordagem sobre prevenção (PUPO, 2007; BRASIL, 2008). Através do aconselhamento é possível ativar nos usuários dos serviços, mecanismos que permitam uma reflexão sobre os riscos e exposições, através de uma escuta ativa, interativa, com o estabelecimento de uma relação de respeito e confiança (FIGUEIRAS, DESLANDES, 1999).

2.7 Fatores associados à Epidemia do HIV/Aids

Em meio à magnitude da epidemia é importante considerar alguns fatores que são bastante trabalhados na literatura, sendo eles indicativos de um perfil epidemiológico que vem modificando-se na história natural da doença. Dentre estes fatores destacam-se: sexo, idade, cor, situação conjugal, opção sexual, escolaridade, uso de drogas, primeiro acesso ao exame anti-HIV, entre outros (NETO *et al.*, 2010). Conhecer esses se torna relevante, principalmente em uma região que sustenta as principais taxas de incidência e prevalência, pois favorece a elaboração de políticas que vislumbrem intervenções mais efetivas ao contexto da epidemia na capital do Rio Grande do Sul.

Para entender esse processo, é importante conhecer o conceito de risco e vulnerabilidade. O risco engloba a chance do indivíduo ou determinada população de adquirir uma doença, este termo é muito utilizado na epidemiologia para quantificar e elaborar ações

de prevenção, entretanto levando em consideração a dinâmica da doença e as desigualdades, observa-se que nem todos os têm condições de proteger-se de todos os riscos da mesma forma e para isso utiliza-se à vulnerabilidade. Ela por sua vez possibilita ir além da identificação dos problemas, mas sim a compreensão dos contextos. Permite um olhar os processos que implica em uma maior ou menor suscetibilidade tanto coletiva como individual ao adoecimento (BRASIL, 2012c; MEYER, 2006). A construção destes conceitos facilita o acompanhamento dos processos de transformação que o HIV vem apresentando desde de a sua origem.

Primeiramente, é imprescindível iniciar a discussão tratando a temática de gênero. Esta questão vem em crescente processo de evidência, uma vez que ao decorrer dos anos houve um crescimento abrupto e considerável do HIV entre as mulheres (ANDAS, 2005). Quando se faz referência a expressão gênero, busca-se extrapolar aquilo que se entende apenas por sexo, a dicotomia feminino e masculino. Percebe-se que é de suma importância pesquisar e entender, não apenas a categorização homens e mulheres, mas os processos fisiológicos, econômicos, sociais e culturais os quais ambos estão imersos. Esse fato contribui para o entendimento do evento chamado de feminização da epidemia e para a elaboração de estratégias direcionadas e mais objetivas (BRAGA, CARDOSO, SEGURADO, 2007; TEIXEIRA, 2013).

Observa-se a infecção do HIV, predominantemente, em mulheres em idade reprodutiva. No estado do Rio Grande do Sul, em 2009, 79 % das mulheres diagnosticadas encontravam-se na faixa etária entre 15 e 49 anos. Verificou-se que na faixa etária de 14 a 29 anos, o número de casos era dobrado no público feminino em relação ao masculino (TEIXEIRA, 2013). Os dados demonstrados anteriormente apresentam um das principais preocupações dos repensáveis pelas políticas de Aids que é o risco da transmissão vertical do HIV. A transmissão vertical caracteriza-se pela contaminação do bebê através da mãe portadora do HIV. Em 65% dos casos a transmissão ocorre durante o parto e nas últimas semanas de gestação, assim como no aleitamento materno. Atualmente no Brasil existem diretrizes fornecidas pelo Ministério da Saúde que devem ser aplicado durante o pré-natal, parto e pós parto, afim de evitar a contaminação da criança durante esses estágios (BRASIL, 2013b; SANTOS *et al*; 2010).

O aumento na transmissão vertical do HIV é resultante da heterossexualização da epidemia. A Aids que inicialmente era descrita com a contaminação homossexual predominantemente passa a acometer de forma crescente o público feminino. O aumento dos

casos de mulheres com HIV foi abrupto, chegando a determinadas faixas etárias ocorrer uma inversão da razão de sexos (ANDREOLLI, 2008; GOMES, SILVA, DE OLIVEIRA, 2011).

Os indicadores epidemiológicos, nos últimos anos apontam para um crescente aumento da epidemia entre os jovens. Estudos referem que este público não vivenciou o período de alta mortalidade da Aids e encontra-se em meio a uma nova era, onde terapêutica é altamente eficaz e disponível. Desse modo a prevenção neste público fica prejudicada, uma vez que a realidade das PVHA cada vez mais distante da ideia de mortalidade, ficando cada vez mais vinculada a qualidade de vida (SZWARCOWALD, DE CASTILHO, 2011). O DDAHV vem intensificado as estratégias para sensibilizar o público jovem na busca da prevenção. Entre as ações desenvolvidas destaca-se mais recente implantada em Fortaleza e Porto Alegre que é o Fique Sabendo Jovem. Trata-se de uma unidade móvel, com a proposta de ações itinerantes pela cidade. Este processo surge da parceria entre o Ministério da Saúde, da UNICEF e das secretarias de Saúde dos municípios. Pretende-se desenvolver atividades que estimulem o debate entre os adolescentes, com foco principal no HIV/Aids, mas também nos temas de sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e demais necessidades levantadas pelo público. Nesta ação o teste rápido anti-HIV surge como a ferramenta principal, sendo o eixo prioritário do projeto.

Outra questão, já identificada em alguns estudos, é contexto socioeconômico dos acometidos pela Aids. Este fenômeno, chamado de pauperização da epidemia, mostra que poucos anos de estudos e dificuldade de inserção no mercado de trabalho são características frequentes dos acometidos pela Aids (GABRIEL *et al.*, 2005). As desigualdades sociais existentes no país favorecem para a intensificação dessa dinâmica, pois no princípio da epidemia a contaminação era comum em indivíduos de alto nível socioeconômico das principais capitais do país. Ao decorrer do tempo observa-se a doença se disseminando entre as camadas populacionais mais vulneráveis e a entrada da Aids em larga escala nas cidades do interior (DA SILVA *et al.*, 2010).

O contexto apresentado acima demonstra o quanto a epidemia do HIV/Aids vem em um processo dinâmico de transformação desde a sua descoberta em 1980. Dessa forma, surge a necessidade de uma atenção especial nas políticas a serem elaboradas e a proposta de ações capazes de abordar as especificidades das populações-chave e do restante. O panorama da Aids requer a identificação dos fatores que estão intimamente ligados a vulnerabilidade dos indivíduos e eu o reconhecimento das características possam ampliar as estratégias de enfrentamento ao HIV.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar os fatores associados à infecção por HIV, entre usuários que se submeteram ao teste rápido anti-HIV, em um serviço de referência na cidade de Porto Alegre.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar a prevalência de resultados positivos entre os usuários que se submeteram ao teste rápido anti-HIV;
- b) Verificar o número de usuários que já haviam realizado o exame anteriormente;
- c) Descrever o perfil dos usuários com resultado do teste rápido anti-HIV positivo;
- d) Descrever o perfil dos usuários com resultado do teste rápido anti-HIV negativo.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, analítico e transversal.

Estudos epidemiológicos, observacionais e analíticos procuram testar hipóteses ou relações entre variáveis de exposição e variáveis de desfecho. São apropriados para doenças de alta prevalência e de média ou longa duração (Santana e Cunha, 2014).

Os estudos transversais tratam de um tipo de investigação que produzem “instantâneos” de uma situação de saúde de um grupo, com base na avaliação individual de saúde de cada um dos membros deste grupo. Tem sido o desenho de pesquisa mais empregado na prática concreta de investigações no campo da saúde coletiva (Almeida Filho e Barreto, 2014).

4.2 População e Amostra

Hulley (2003) define que população ou universo é o conjunto de unidades sobre o qual desejamos obter informação, e que amostra é todo o subconjunto de unidades retiradas de uma população para obter a informação desejada.

Neste estudo, a população é formada por todos os usuários que frequentam os serviços de testagem rápida anti-HIV vinculados a serviços especializados, na cidade de Porto Alegre. A amostra foi constituída por usuários que realizaram o teste rápido anti-HIV no Serviço de testagem rápida, localizado no Centro de Especialidades Santa Marta da Gerência Distrital Centro, em Porto Alegre, de janeiro de 2012 a janeiro de 2014.

4.3 Cálculo Amostral

O cálculo amostral foi realizado no Software Winpepi® V 11.32. Para estimar a prevalência de resultados positivos de teste rápido anti-HIV, com uma proporção variável de 10 a 30%, um erro aceitável de 5%, e intervalo de confiança de 95%, seria necessária a inclusão de 323 até 369 sujeitos no estudo. Os critérios de inclusão contemplam aqueles critérios estabelecidos pelo serviço de saúde, ou seja, realização de teste Anti-HIV e preenchimento de ficha de informações de saúde no serviço. Os critérios de exclusão estabelecidos para este estudo são: idade inferior a 18 anos, devido às questões éticas e legais

referentes à faixa etária citada; e ser gestante, devido ao número pequeno de encaminhamentos ao serviço, pela proposta de descentralização do diagnóstico que ocorre no município de Porto Alegre.

4.4 Logística do Campo de estudo

O serviço de testagem rápida atende da seguinte forma: primeiramente, os usuários recebem uma seção de aconselhamento pré-teste, que é realizado de forma coletiva. Neste momento, são fornecidas informações gerais referentes ao teste ao qual irão se submeter, sobre as formas de exposição ao HIV, as principais formas de contágio, a janela imunológica, e os conceitos de HIV/Aids. Em um segundo momento, os usuários recebem o formulário de atendimento do serviço (ANEXO A) o qual deverão preencher com a devida explicação da importância das informações colhidas para o serviço de saúde. Neste mesmo documento encontra-se a autorização para coleta do teste rápido anti-HIV e das informações do formulário de atendimento do serviço de testagem rápida (ANEXO B).

Após a aplicação do formulário e a assinatura da autorização realiza-se o teste rápido. O usuário aguarda na sala de esperar por 20 minutos e após é chamado para o recebimento do resultado com o acompanhamento do aconselhamento pós-teste. Este será realizado com base nas informações disponibilizadas na ficha de atendimento. Os documentos são recolhidos semanalmente, passam por um processo de digitação e de arquivamento por um profissional administrativo, sendo ele imparcial ao atendimento dos usuários.

O preenchimento do formulário do serviço é realizado pelo usuário que deseja se testar, e, posteriormente, é revisado pelo profissional de saúde no momento da entrega do resultado. As informações contidas neste documento norteiam a execução do aconselhamento e este por sua vez faz parte do processo de realização do exame. O formulário utilizado é uma adaptação do documento oferecido pelo Ministério da Saúde usado para alimentar o Sistema de Informação para os Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA), que se encontra em anexo (ANEXO C).

4.5 Coleta de Dados

Este estudo utilizou os dados secundários, oriundos do banco de dados do serviço descrito acima. O banco de dados é alimentado com todas as questões que constam no formulário de atendimento dos pacientes.

O banco de dados do serviço de saúde é um banco que foi estruturado no Programa Excel[®]. Para o presente estudo esse banco de dados foi transportado para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS[®]) versão 20. Para a minimização de erros metodológicos de digitação referente às informações disponibilizadas no banco de dados do serviço, 20% dos formulários do serviço foram conferidos por um pesquisador, essa conferência visou verificar se as informações assinaladas nos formulários pelos usuários do serviço correspondem ao conteúdo digitado no banco de dados. Para essa atividade, os formulários foram alocados de forma aleatória.

4.6 Variáveis do Estudo

A variável de desfecho do estudo é o resultado do teste anti-HIV, que pode ser reagente ou não reagente, apontando a presença ou ausência de infecção pelo HIV. As variáveis de exposição do formulário foram utilizadas para descrição do perfil dos usuários do serviço. Essas informações do formulário permitem descrever e analisar as características sociodemográficas, de saúde, comportamentais e sexuais dos indivíduos. Entre elas observam-se variáveis como idade, sexo, cor, opção sexual, ocupação, escolaridade, presença de infecções sexualmente transmissíveis, ocorrência de doação de sangue, uso de drogas, número de testes anti-HIV realizados durante a vida e principais motivos para a realização da testagem. No caso dos resultados positivos, outras variáveis exploratórias (informações clínicas) são digitadas no banco de dados, como contagem de células CD4, carga viral e uso de terapia antirretroviral.

4.7 Análise dos Dados

As análises estatísticas foram conduzidas no software SPSS. Para a estatística descritiva, as variáveis categóricas foram expressas em número absoluto e percentual. Em relação às variáveis contínuas, foi avaliada a distribuição por meio de histograma e dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk; as variáveis com distribuição normal foram expressas como média \pm desvio padrão. Variáveis com distribuição assimétrica não foram utilizadas (JACQUES, 2003).

Comparações entre os grupos de desfecho foram conduzidas por meio do teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de Qui-quadrado de Pearson (ou teste exato de Fischer) para variáveis categóricas e do teste T-student para amostras independentes (JACQUES, 2003).

Modelo de regressão de Poisson com estimador robusto foi utilizado para estimar razões de prevalência (RP) para cada categoria das variáveis exploratórias, tendo como referência a categoria de menor risco esperado. Para inclusão na modelagem, foram consideradas aquelas variáveis cuja razão de prevalência bruta apresentou valor p menor que 0,20 (HOSMER, LEMESHOW, 2000). A modelagem estimou as razões de prevalência para cada variável exploratória em um modelo de regressão que incluiu simultaneamente todas as variáveis, para se obter o ajuste simultâneo (AMORIM, DE OLIVEIRA, FIACCONE, 2014). Esse modelo foi utilizado para examinar o efeito independente de cada variável exploratória sobre o desfecho e, dessa forma, identificar os principais preditores do desfecho. Para as RP brutas e ajustadas, a estatística de Wald foi utilizada, considerando-se a significância estatística de 5% para considerar que a variável estava associada ao desfecho no modelo final (HOSMER, LEMESHOW, 2000).

4.8 Considerações Éticas

O acesso aos dados para fins de pesquisa científica foi autorizado pela chefia do serviço, com uso do Termo de ciência e autorização do chefe do serviço onde foi realizada a pesquisa (ANEXO D). Trata-se de um estudo observacional, que utilizou dados já registrados de usuários em um serviço de saúde pública de Porto Alegre, e que não interferiu, sob nenhum aspecto, na rotina assistencial atualmente prestada.

O estudo trouxe a exposição dos usuários a riscos mínimos. Devido a impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos, por ser uma pesquisa com dados secundários oriundos de um serviço de saúde com autorização prévia dos usuários para uso das informações para fins de pesquisa, as autoras comprometeram-se a garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, assinando o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (APÊNDICE A); preservando integralmente o anonimato dos indivíduos e garantindo a divulgação de informações somente para fins científicos.

O presente estudo foi planejado respeitando os preceitos éticos da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares (BRASIL, 2013e). Este estudo foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ANEXO E) e do Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO F). Foi designado posteriormente pela Plataforma Brasil e ao Comitê

de Ética em Pesquisa da prefeitura Municipal de Porto Alegre (ANEXO F). Possui parecer de aprovação dos anexos citados anteriormente sob o número de protocolo 34601914.5.3001.5338.

5 RESULTADOS

O total de indivíduos que procuraram o serviço de referência para testagem rápida e diagnóstico do HIV foram 3.183 indivíduos, desses 486 (15,3%) apresentaram resultado reagente, indicando infecção pelo HIV no exame de teste rápido.

As características sociodemográficas dos usuários que buscaram o teste anti- HIV estão descritas na Tabela 1. A média de idade dos participantes do estudo foi de $36,72 \pm 12,97$ anos e 2.216 (73,5%) indivíduos se declararam da cor branca. Na amostra estudada 1.921 (60,5%) eram do sexo masculino. Em relação à escolaridade, 1.653 usuários (59,2%) apresentaram mais de doze anos de estudo, o que representa o quantitativo de usuários com ensino superior incompleto ou completo, também foi verificado que 1,3% dos usuários não possuíam alfabetização, 5,1% possuía de 1 a 3 anos, 14,2% de 4 a 7 anos e 20,3% de 8 a 11 anos de estudo. O total de usuários exercendo trabalho remunerado foi de 3.072 (97,1%). Em relação à procedência, 2.468 sujeitos eram de Porto Alegre (81,7%), 514 pertenciam a outras cidades (17%) e 40 estavam em situação de rua (3,1%).

As características sociodemográficas dos usuários conforme o resultado do diagnóstico do HIV (reagente ou não) e as comparações estão descritas na Tabela 1. Não houve diferença de idade entre os grupos, a média de idade foi de $36,42 \pm 10,90$ anos nos reagentes e $36,78 \pm 13,30$ anos nos não reagentes para o HIV ($p=0,570$). Observou-se diferença estatisticamente significativa entre as proporções de brancos e não brancos; entre os reagentes havia 32,4% de não brancos e nos não reagentes o total de não brancos foi de 25,4% ($p=0,002$). Diferenças também foram observadas nas demais variáveis sociodemográficas. O sexo masculino representou 68,3% dos reagentes e 59,1% dos não reagentes ($p<0,001$). Quanto à escolaridade, as categorias de 12 a 14 anos ou acima de 14 anos de estudo, representaram nos reagentes 20,1% e 21,3%, e nos não reagentes 30,8% e 31,3% respectivamente ($p<0,001$). Entre os reagentes, 4,5% não exerciam atividade remunerada, já entre os não reagentes esse percentual era de 2,6% ($p<0,027$). Em relação à procedência, diferenças de proporções entre reagente e não reagentes foram observadas em relação ao quantitativo de usuários de fora de Porto Alegre (9,4% versus 18,4%) ($p<0,001$).

As variáveis comportamentais e sexuais dos usuários que buscaram o diagnóstico do HIV estão descritas na Tabela 2. Em relação à orientação sexual 382 (13,3%) eram homossexuais masculinos, 23 (0,8%) homossexuais femininos, 2386 (83,3%) heterossexuais e 72 (2,5%) bissexuais. O uso de drogas ilícitas foi referido por 517 (17%) dos participantes e a

ocorrência de doença sexualmente transmissível foi referida por 487 usuários (16,6%). Em termos de tipo de relação, 917 (30,2%) mantinham relação fixa, 1017 (33,5 %) relações eventuais e 1.068 (35,1%) possuíam relações fixa e eventual. A prática de sexo por via anal foi verificada em 901 participantes (33,4%). Referente ao preservativo, 1.474 (77,5%) participantes não utilizavam preservativos com parceiros fixos e 1.073 não utilizavam preservativos com parceiro eventual (77,5%). Na amostra estudada, a procura pelo teste rápido ocorreu por: exposição sexual (55,7%); conhecimento da sorologia (34%); identificação de sintomas causados pelo vírus HIV (7,3%); exposição sanguínea (1,5%) e exames de rotina (1,5%).

As características comportamentais e sexuais dos usuários conforme o resultado do teste anti-HIV (reagente ou não) e as comparações estão descritas na Tabela 2. Comparando reagentes com não reagentes, houve diferença nas proporções de homossexuais masculinos (28,5% versus 10,9%) e de bissexuais (20,3% versus 2,4%) ($p < 0,001$). O uso de drogas ocorreu em 31,2% dos reagentes e 14,7% dos não reagentes ($p < 0,001$). A ocorrência de IST foi de 36,4% entre reagentes e 13,4% entre os não reagentes ($p < 0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao tipo de relação existente ($p = 0,518$). No momento do diagnóstico, 51,9% dos reagentes praticavam sexo anal e 30,4% dos não reagentes realizavam a mesma prática ($p < 0,001$). O uso de preservativo com parceiro fixo foi relatado por 28,8% dos reagentes e 21,5% dos não reagentes ($p = 0,008$). O uso de preservativo com parceiro eventual foi relatado por 37,7% dos reagentes e 43,7% dos não reagentes ($p = 0,80$). Em relação ao motivo de procura pelo teste rápido, comparando reagentes e não reagentes, a exposição sexual representou, 43,6% e 57,8%, e a identificação de sintomas causados pelo vírus HIV, 13,7% e 6,2%, respectivamente ($p < 0,001$).

As características referentes à realização de outros exames estão descritas na Tabela 3. Na amostra estudada, 25 pacientes apresentaram sorologia reagente para hepatite B (0,9%), 95 apresentaram sorologia reagente para hepatite C (3,5%) e 280 apresentaram sorologia reagente para sífilis (9,6%); testes anti-HIV prévios foram realizados por 1.241 usuários (40,4%) e 2.622 sujeitos realizaram o teste rápido anti-HIV pela primeira vez (87,3%).

As características referentes à realização de outros exames conforme o resultado do teste anti-HIV (reagente ou não) e as comparações estão descritas na tabela 3. Sorologia reagente para hepatite B foi mais frequente entre reagentes (2,6%) do que entre não reagentes (0,7%) ($p = 0,009$). Da mesma forma, sorologia reagente para hepatite C foi mais frequente entre reagentes (6,7%) do que entre não reagentes (3,1%) ($p = 0,005$). A ocorrência de sífilis foi quatro vezes maior entre reagentes do que entre não reagentes (30,1% versus 7,3%) ($p <$

0,001). Testes anti-HIV prévios foi realizado por 20,1% dos reagentes (20,1%) e por 43,9% dos não reagentes ($p < 0,001$). O teste rápido anti-HIV foi realizado pela primeira vez por 79,1% dos reagentes e 88,7% dos não reagentes ($p < 0,001$).

Neste estudo foram analisadas variáveis que se referem ao estado clínico dos indivíduos que apresentaram resultado reagente para o HIV, as descrições destas variáveis encontram-se na Tabela 4. Para a contagem de células CD4, 209 participantes apresentavam nível igual ou inferior a 500 células/mm³ (60,3%) e 131 apresentavam nível superior a 500 células/mm³ (40,7%). Em relação à carga viral plasmática, 60 sujeitos apresentavam valor igual ou inferior a 50 cópias (18,9%), 201 apresentavam valor entre 51 até 100 mil (63,4%) e 56 apresentavam valor acima de 100 mil cópias.

Dos 486 indivíduos que apresentaram resultados reagentes para o HIV, foi verificado neste estudo que 303 (62,3%) já sabia do seu diagnóstico previamente e 172 (35,4%) já fazia tratamento com antirretroviral (dados não apresentados em tabela).

Os modelos de Regressão de Poisson brutos e ajustado são apresentados na Tabela 5. A infecção pelo HIV foi 33% maior em não brancos (RP=1,33; IC95%: 1,03 – 1,73) e 35% maior no sexo masculino (RP=1,35; IC95%: 1,02 – 1,80). Em relação à escolaridade, maior número de anos de estudo foi utilizado como categoria de referência e, nesse sentido, quanto menos anos de estudo maior foi a prevalência de infecção pelo HIV ($p < 0,001$).

O efeito das seguintes variáveis sobre o desfecho, não se manteve estatisticamente significante: trabalho remunerado ($p=0,212$), uso de drogas ($p = 0,108$) e teste reagente para hepatite C ($p=0,248$).

A prática de sexo anal conferiu um risco de 1,63 vezes para a ocorrência de infecção pelo HIV ($p < 0,001$). A infecção pelo HIV foi 49% maior em indivíduos que apresentaram IST ao longo da vida (RP=1,49; IC95%: 1,12 – 2,01); 164% maior em indivíduos com hepatite B diagnóstica no mesmo momento (RP=2,64; IC95%: 1,43 – 4,88) e 141% maior em indivíduos com teste reagente para sífilis no mesmo momento (RP=2,41; IC95%: 1,79 – 3,25).

O artigo que também é resultado da dissertação encontra-se como APÊNDICE B.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de usuários da testagem rápida anti-HIV, conforme resultado do teste, em Porto Alegre, 2012-2014.

Características	Todos	Resultado reagente para o HIV	Resultado não reagente para o HIV	P
Idade (anos)	36,72 ± 12,97	36,42 ± 10,90	36,78 ± 13,30	0,570 ^{***}
Cor da pele				0,002 ^{**}
Branca	2.216 (73,5%)	311 (67,5%)	1.905 (74,6%)	
Não branca	799 (26,5%)	149 (32,4%)	650 (25,4%)	
Sexo				<0,001 ^{**}
Masculino	1.921 (60,5%)	330 (68,3%)	1.589 (59,1%)	
Feminino	1.255 (39,5%)	154 (31,7%)	1.101 (40,9%)	
Escolaridade (anos)				<0,001 ^{**}
Nenhuma	36 (1,30%)	11 (2,70%)	25 (1,00%)	
1 a 3	142 (5,10%)	29 (7,10%)	113 (4,70%)	
4 a 7	398 (14,2%)	90 (22,1%)	308 (12,9%)	
8 a 11	567 (20,3%)	10 (26,7%)	458 (19,2%)	
12 a 14	818 (29,3%)	82 (20,1%)	736 (30,8%)	
Superior	835 (29,9%)	87 (21,3%)	748 (31,3%)	
Atividade remunerada				<0,027 ^{**}
Sim	3.072 (97,1%)	462 (95,5%)	2.210 (97,4%)	
Não	92 (2,9%)	22 (4,5%)	70 (2,6%)	
Procedência				<0,001 ^{**}
Porto Alegre	2.468 (81,7%)	415 (88,7%)	2.053 (80,4%)	
Fora de Porto Alegre	514 (17%)	44 (9,4%)	470 (18,4%)	
Situação de rua	40 (3,1%)	9 (1,9%)	31 (1,2%)	
Total	3.183 (100%)	486 (15,3%)	2.690 (84,7%)	

* Valor p associado ao teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de Qui-quadrado de Pearson.

** Teste Exato de Fischer.

*** Teste T-student.

Tabela 2 - Características comportamentais e sexuais de usuários da testagem rápida anti-HIV, conforme resultado do teste, em Porto Alegre, 2012-2014.

Características	Todos	Resultado reagente para o HIV	Resultado não reagente para o HIV	P
Orientação sexual				<0,001 ^{**}
Homossexual masculino	382(13,3%)	114 (28,5%)	268(10,9%)	
Homossexual feminino	23 (0,80%)	5 (1,20%)	18 (0,70%)	
Bissexual	72(2,5%)	567 (20,3%)	60 (2,4%)	
Heterossexual	2.386 (83,3%)	269 (67,2%)	2.117 (86,0%)	
Drogas				<0,001 ^{**}
Sim	517(17,0%)	134 (31,2%)	383(14,7%)	
Não	2.517 (83,0%)	296 (68,8%)	2.221 (85,3%)	
IST				<0,001 ^{**}
Sim	487(16,6%)	148 (36,4%)	339(13,4%)	
Não	2.453 (83,4%)	259 (63,6%)	2.194 (86,6%)	
Tipo de relação				0,518 [*]
Fixa	917(30,2%)	141 (30,9%)	776 (30%)	
Eventual	1.068 (35,1%)	167 (36,5%)	901 (34,9%)	
Fixo e eventual	1.017 (33,5%)	146 (30,9%)	872(33,7%)	
Nenhum	38(1,2%)	3 (0,7%)	35 (1,4%)	
Prática de sexo anal				<0,001
Sim	901(33,4%)	195 (51,9 %)	706(30,4%)	
Não	1795 (66,6%)	181 (48,1%)	1.614 (69,3%)	
Uso de preservativo com parceiro fixo				0,008 ^{**}
Sim	428(22,5%)	75 (28,8%)	353(21,5%)	
Não	1.474 (77,5%)	185 (71,2%)	1.289 (78,5%)	
Uso de preservativo com parceiro eventual				0,080 [*]
Sim	806(42,9%)	93 (37,7%)	713(43,7%)	
Não	1.073 (57,1%)	154 (62,3%)	919(56,3%)	
Motivo da procura pelo teste rápido				<0,001 ^{**}
Exposição sexual	1.715 (55,7%)	198 (43,6%)	1.512 (57,8%)	
Exposição por sangue	47(1,5%)	7 (1,5%)	40 (1,5%)	
Conhecimento da sorologia	1.045(34%)	180 (39,0%)	863(33,0%)	
Exame de rotina	45(1,5%)	7 (1,5%)	38(1,5%)	
Sintomas de HV+	225 (7,3)	62 (13,7%)	163 (6,2%)	
Total	3.183 (100%)	486 (15,3%)	2.690 (84,7%)	

* Valor p associado ao teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de Qui-quadrado de Pearson. ** Teste Exato de Fischer.

Tabela 3 - Características de exames de usuários da testagem rápida anti-HIV, conforme resultado do teste, em Porto Alegre, 2012-2014.

Características	Todos	Resultado reagente para o HIV	Resultado não reagente para o HIV	P*
Resultado Teste Rápido de Hepatite B				0,009
Reagente	25 (0,9%)	7(2,6%)	18(0,7%)	
Não reagente	2.697 (99,1%)	267 (97,4%)	2.430 (99,3%)	
Resultado Teste Rápido de Hepatite C				0,005
Reagente	95 (3,5%)	19 (6,7%)	76(3,1%)	
Não reagente	2.639 (96,5%)	265 (93,3%)	2.374 (99,3%)	
Resultado Teste Rápido de Sífilis				<0,001
Reagente	280 (9,6%)	89 (30,1%)	191 (7,3%)	
Não reagente	2.631 (90,4%)	207(69,9%)	2.424 (92,7%)	
Testes anti-HIV prévios				<0,001
Sim	1.241 (40,4%)	91 (20,1%)	150(43,9%)	
Não	1.831 (59,6%)	361 (79,9%)	1.470 (56,1%)	
Teste anti-HIV realizado pela 1ªvez				<0,001
Sim	2.622 (87,3%)	336 (79,1%)	2.286 (88,7%)	
Não	381 (12,7%)	89 (20,9%)	292(11,3%)	
Total	3183 (100%)	486 (15,3%)	2690 (84,7%)	

* Valor p associado ao teste de Exato de Fischer.

Tabela 4 - Exames laboratoriais de usuários da testagem rápida anti-HIV, com resultado de teste rápido anti-HIV reagente em Porto Alegre, 2012-2014.

Exames	N (%)
Contagem de CD4	
≤ 200	54 (16,8%)
≤350	59 (18,3%)
≤500	78 (24,5%)
>500	131 (40,7%)
Carga viral	
≤ 50	60 (18,9%)
≤10.000	110 (34,7%)
≤100.000	91 (28,7%)
>100.000	56 (17,7%)
Total da amostra	486 (100%)

Tabela 5 - Fatores associados à infecção pelo HIV, em Porto Alegre, 2012-2014.

Características	RP Bruta (IC95%)*	RP Ajustada (IC95%)*
Cor da pele (autodeclarada)	0,002	0,031
Branca	Referência	Referência
Não branca	1,33 (1,11 – 1,58)	1,33 (1,03 – 1,73)
Escolaridade (anos)	<0,001	<0,001
> 14	Referência	Referência
Nenhuma	2,93 (1,72 – 4,98)	2,55 (1,14 – 5,68)
1 a 3	1,96 (1,33 – 2,86)	2,30 (1,42 – 3,73)
4 a 7	2,17 (1,65 – 2,84)	2,16 (1,46 – 3,21)
8 a 11	1,84 (1,42 – 2,39)	1,79 (1,24 – 2,59)
12 a 14	0,96 (0,72 – 1,28)	0,97 (0,65 – 1,45)
Sexo	<0,001	0,041
Feminino	Referência	Referência
Masculino	1,41 (1,18 – 1,68)	1,35 (1,02 – 1,80)
Trabalho remunerado	0,015	0,212
Não	Referência	Referência
Sim	0,63 (0,43 – 0,91)	0,71 (0,41 – 1,22)
Uso de droga	<0,001	0,108
Não	Referência	Referência
Sim	2,20 (1,84 – 2,64)	1,28 (0,95 – 1,73)
Prática de sexo anal	<0,001	<0,001
Não	Referência	Referência
Sim	2,16 (1,81 – 2,58)	1,63 (1,26 – 2,14)
Ocorrência de IST	<0,001	0,007
Não	Referência	Referência
Sim	2,87 (2,41 – 3,43)	1,49 (1,12 – 2,01)
Resultado teste rápido Hepatite B	<0,001	0,002
Negativo	Referência	Referência
Positivo	2,83 (1,49 – 5,35)	2,64 (1,43 – 4,87)
Resultado teste rápido Hepatite C	0,001	0,248
Negativo	Referência	Referência
Positivo	1,99 (1,31 – 3,02)	1,60 (0,88 – 2,92)
Resultado teste rápido Sífilis	<0,001	<0,001
Negativo	Referência	Referência
Positivo	4,04 (3,25 – 5,01)	2,41 (1,79 – 3,25)

*Estimação pelo modelo de Regressão de Poisson com variação robusta e utilização do valor p pela estatística de Wald, com nível de significância de 5%.

6 DISCUSSÃO

Atualmente 718 mil pessoas vivem com HIV/Aids no Brasil, a taxa de prevalência de HIV na população em geral encontra-se em 0,4 %. Nesse estudo foi encontrada uma prevalência elevada de resultados reagentes para o HIV. Mesmo sendo uma prevalência superior às taxas encontradas para a população geral, aproxima-se dos valores previstos para as populações-chave reconhecidas como mais vulneráveis. Considerando os possíveis contextos de vulnerabilidade e prevalências específicas, estima-se que na população de usuários de drogas injetáveis essa prevalência chegue a 5,9%, para homens que fazem sexo com outros homens seja de 10,5% e para os profissionais do sexo seja de 4,9% (BRASIL, 2013a). Considerando-se que (1) o serviço onde ocorreu a pesquisa situa-se em local estratégico da cidade de Porto Alegre, (2) trata-se de um serviço de referência para grupos específicos como população de rua, (3) o serviço possibilita a vinculação ao tratamento imediatamente após o resultado e (4) há uma amostra em que os contextos de vulnerabilidade supracitados se sobrepõem, uma elevada prevalência de resultados anti-HIV positivos era esperada.

Em relação às variáveis sociodemográficas, embora nesta pesquisa não tenha ocorrido diferença estatisticamente significativa entre a idade e os grupos de resultado (reagente e não reagente), a média de idade dos sujeitos acessando o teste no estudo é compatível com achados de outras pesquisas desenvolvidas no país (REIS *et al.*, 2011), em que evidencia-se uma população de adultos jovens realizando o exame anti-HIV nos serviços de saúde pública. A epidemia entre aqueles que apresentam mais de 30 anos segue em crescimento constante, principalmente nos homens que ocupam essa faixa etária (GARCIA, DE SOUZA; 2010).

Este estudo identifica as variáveis associadas com a infecção pelo HIV. A razão de prevalência da cor não branca, sexo masculino e faixas mais baixas de escolaridade mostram o perfil já documentado em relação à Aids (SILVA, 2010).

A variável cor da pele é bastante criticada no Brasil, por sua inclusão recente nos grandes bancos de dados nacionais, pela não completude desse dado em pesquisas e maneira como é feita a classificação (FRY *et al.*, 2007). Apesar disso, nesse estudo a classificação foi realizada pelo próprio usuário que procurava o serviço, e foi encontrado um excesso de prevalência de 33% maior de infecção pelo HIV em não brancos. Em consonância com outros achados (MARTINS, *et al.*, 2014b; BERTONI *et al.*, 2010; GRUNER, SILVA, 2005), foi identificado que quanto menos anos de estudo maior foi a razão de prevalências para a

infecção pelo HIV. Esses dados evidenciam as desigualdades sociais em saúde (BARATA, 2001) no país e o fenômeno conhecido como pauperização da epidemia da Aids (FRY *et al.*, 2007).

Verificou-se uma razão de prevalência de 1,35 vezes no sexo masculino para o resultado positivo. Apesar da feminização da epidemia, que é o fenômeno em que observa-se aumento do número de casos de mulheres em relação ao homens (razão por sexos), os estudos nacionais documentam que a maioria dos casos de HIV ocorre no sexo masculino REIS *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2002). Em relação ao trabalho, foi mais comum encontrar indivíduos sem trabalho no grupo de reagentes do que no grupo de não reagentes. Nesse estudo, o trabalho foi considerado um fator de proteção, por ser um ambiente social em que podem ser fornecidas informações acerca da prevenção do HIV. Apesar disso, este efeito não manteve a significância estatística na modelagem final.

Em relação às drogas ilícitas, o abuso de tais substâncias pode trazer consequências nocivas devido às alterações comportamentais as quais o usuário fica envolvido, aumentando a vulnerabilidade, seja pelas práticas de sexo sem proteção ou pelo compartilhamento de instrumentos como inalatórios e seringas. Apesar do uso de drogas não se manter associado com a infecção pelo HIV na modelagem deste estudo, o percentual de uso de drogas entre os indivíduos com resultado reagente para o HIV foi o dobro do que entre os não reagentes. Outros estudos documentam essa associação (SCIVOLETTO *et al.*, 1999; ANDRADE, DUARTE, OLIVEIRA, 2010). No Brasil, a prevalência de HIV entre usuários de drogas é superior a 5%, e por isso, são considerados integrantes da população-chave vista como mais vulnerável a infecção (BRASIL, 2013a).

Já está claramente estabelecido o risco da infecção pelo HIV em cada via sexual, sendo a via anal a de maior risco, por apresentar uma mucosa mais frágil (BRASIL, 2012b). Nesse estudo, a prevalência de infecção pelo HIV foi 62% maior em indivíduos com prática de sexo anal do que nos que não apresentaram esta prática. Embora a prática de sexo anal seja a forma predominante de via sexual entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH), esta prática também é realizada por heterossexuais. Nesse sentido, cabe ressaltar que a amostra deste estudo se constituiu predominantemente por indivíduos que se declararam heterossexual. Estes resultados apontam para a necessidade de uma intensificação nas recomendações da prática de sexo seguro independente da via (BERRY; SHEA, 1997).

Apesar de a amostra ser majoritariamente de heterossexuais, observam-se quase três vezes mais HSH buscando conhecimento da sorologia do que na população geral. A Aids teve esse público como os principais afetados no início da epidemia e por um período devido a

heterossexualização e feminização passam a sair do foco no cenário estabelecido. Atualmente retornam com uma curva acentuada de crescimento, apresentando, no Brasil uma prevalência superior a 10% (BRASIL, 2013a; SZWARCOWALD *et al.*, 2011). Nos Estados Unidos, ocorrem 56.000 casos novos de HIV ao ano, sendo que 53% estão relacionados a HSH. Frente a estes indicadores sugerem-se ações de controle como a expansão do teste rápido, intervenções individuais e em grupos entre HSH, promoção do uso do preservativo, detecção e tratamento de IST precocemente, oferta de tratamento nos casos de uso de álcool ou outras drogas ilícitas. Essas estratégias têm sido trabalhadas tanto no âmbito nacional como internacional para o enfretamento do HIV (SMITH, D. *et al.*, 2011; UNAIDS, 2013; KERR *et al.*, 2012). Estudos reforçam a vulnerabilidade da população HSH frente a prática de sexo anal não seguro (SZWARCOWALD, C. L. *et al.*, 2011; GUIMARES *et al.*, 2013), e nesse contexto alguns estudos internacionais ressaltam a importância da profilaxia pré-exposição sexual nesta população (BERRY, SHEA, 1997). O Brasil, recentemente, busca a implantação dessa nova tecnologia, a partir do desenvolvimento de pesquisas locais que subsidiam o uso dessa nova ferramenta de prevenção em todo o território nacional. A estratégia consiste na aplicação, de forma profilática, de um esquema antirretroviral que proteja o indivíduo contra o HIV. Essa ação não visa a eliminação do uso do preservativo, mas a combinação dos dois modelos. No entanto, mesmo diante de propostas inovadoras, é importante ressaltar que sexo com proteção segue como a forma mais fácil e segura de prevenção, independentemente da via sexual.

Entre as vias de transmissão do vírus HIV, a via sexual é notoriamente a principal forma de infecção pelo vírus, responsável por mais de 75% dos casos de disseminação tanto no Brasil como nos Estados Unidos (VERGARA, BARROSO, 2006; BRASIL, 2013a). Diante desse fato, torna-se relevante considerar que a presença de infecção sexualmente transmissível aumenta a suscetibilidade ao HIV (VERGARA, BARROSO, 2006; SCHACKER *et al.*, 1998), assim como aponta para a prática de sexo não segura ao longo da vida. Nesse estudo, a infecção pelo HIV foi 49% maior em indivíduos que apresentaram a ocorrência de IST em algum momento da vida, do que naqueles que não apresentaram este problema de saúde, o que sustenta a hipótese de que a prática de sexo não seguro é um comportamento que se mantém durante a vida.

Neste estudo foi avaliado também os resultados de outros exames de testes rápido como hepatite B, C e sífilis, realizados simultaneamente ao teste anti-HIV. Embora a ocorrência de hepatite C não tenha se mantido no modelo final como variável preditora para a ocorrência de infecção pelo HIV, os indivíduos com resultado positivo para o exame de hepatite B apresentaram 2,64 vezes mais prevalência de infecção pelo HIV do que aqueles

com resultado negativo de hepatite B. Vale ressaltar que a principal via de transmissão da hepatite B é o contato sexual (BRASIL, 2007), portanto, tendo em vista a prevalência de infecção pelo HIV encontrada neste estudo, uma razão de prevalências bastante superior de infecção pelo HIV entre sujeitos com resultado positivo para hepatite B já era esperada.

Indivíduos com resultado positivo no exame de sífilis apresentaram 2,41 vezes mais prevalência de infecção pelo HIV do que aqueles com resultado negativo para a sífilis. Apesar de ser esperada uma razão de prevalência maior de infecção pelo HIV entre sujeitos com teste rápido positivo para a sífilis (GUIMARÃES *et al.*, 2013), é relevante contextualizar que os testes rápidos utilizados para detectar a ocorrência de sífilis foram instituídos no Brasil, em 2011, devido aos elevados índices de transmissão vertical e morbimortalidade associados, e considerando-se ainda que se trata de uma doença com tratamento gratuito, de baixo custo e curável. Entretanto, estes testes utilizam metodologias treponêmicas, ou seja, são métodos de triagem que identificam a marcação sorológica, podendo indicar infecção previa ou atual. Para uma análise mais precisa, é necessária uma coleta venosa para a pesquisa laboratorial de sífilis com utilização de metodologias não treponêmicas (BRASIL, 2012d).

As políticas de saúde voltadas para o HIV/Aids investem cada vez mais no diagnóstico precoce e apontam os testes rápidos como o grande dispositivo de alcance desta meta (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008). No que se refere à abrangência da testagem esse estudo apontou que mais de 80% da amostra realizaram o teste rápido pela primeira vez; comparando-se reagentes e não reagente para o HIV, observou-se que no grupo de reagentes havia maior percentual de indivíduos que já haviam realizado testes rápidos, o que possivelmente ocorra pela identificação de comportamentos de risco que ocasionam a infecção pelo HIV (TEIXEIRA, 2012). Estimativas apontam que 80% dos indivíduos com HIV sabem sua sorologia no país, existindo ainda um percentual de indivíduos que necessitam de rastreamento (BRASIL, 2013a), em nosso estudo, encontramos que 62,3% já conhecia a sorologia positiva para o HIV.

Observou-se neste estudo o estado clínico, através dos principais marcadores da doença, representados pelas células CD4 e a contagem de carga viral. Existe uma vasta literatura discutindo marcadores sintomáticos e/ou contagem de células CD4 para início de tratamento. Um estudo internacional que analisou a exame realizados de 2003 a 2006, observou que 41% dos indivíduos iniciavam tratamento em estágios avançados de doença, ou seja, com níveis de CD4 inferiores a 200 células por m^3 ou sintomáticos (BRANSON, 2006; CDC, 2003; CDC, 200; MARTINS *et al.*, 2014b), em nosso estudo, 16,8% dos indivíduos apresentavam CD4 menor ou igual a 200 células por m^3 no momento da testagem, ou seja, já

se encontrava em estágio grave da doença. Isso reforça a importância da divulgação do teste rápido para o diagnóstico precoce. Nesse sentido, os veículos de comunicação podem se constituir como parceiros do governo para o enfrentamento da epidemia, divulgando os serviços de testagem (RANDOLP, VISWANATH, 2004). Outra questão a ser discutida, é que mais de 80% dos sujeitos com resultado de teste anti-HIV positivo não se encontravam em estágio grave da doença. Já é reconhecido que pacientes com supressão viral considerável possam reduzir o seu potencial de transmissão, sendo este o principal fator para início da terapia antirretroviral precocemente, assim que descobre o diagnóstico ou quando a contagem de células CD4 é inferior a 500 células / ml. Outros motivos para início imediato de tratamento é a diminuição da morbidade e mortalidade, a prevenção da deterioração severa do sistema imunológico e diminuição dos custos com o tratamento de alta complexidade (SEWELL *et al.*, 2014; BRASIL, 2013c)

As principais situações para o não uso de preservativo durante as práticas sexuais são: relações com um único parceiro, uso de outros métodos contraceptivos, uso de álcool antes da relação sexual, não ter o preservativo disponível no momento. De acordo com estudos desenvolvidos no Brasil, com jovens de 19 a 24 anos, o preservativo é utilizado em 80 % das relações com parceiros eventuais e 49% das relações com parceiros fixos (RIBEIRO, SILVA, SALDANHA, 2011; PINHEIRO, CALAZANS, AYRES, 2013; VIEIRA *et al.*, 2000). Nossos achados são bastante inferiores a estes índices. Nesse estudo, 68,6% dos indivíduos relataram práticas sexuais com parceiros eventuais (35,1% só mantinham relações eventuais e 33,5% mantinham relação fixa e relações eventuais). Quando questionado sobre o uso do preservativo, apenas 22,5% utilizavam preservativo nas relações fixas. Esse fato nos leva entender que existe uma imunidade imaginária representada nas relações que sugerem a presença de apenas um parceiro (COSTA; ROSA; BATTISTI, 2009). O percentual de uso de preservativo nas relações fixas entre os infectados pelo HIV foi de 28,8%, o que possivelmente pode ser explicado pelo fato de muitos já saberem o diagnóstico previamente ao resultado do teste rápido (63%). O uso de preservativo com parceiro eventual atingiu a 42,9%. Consideram-se baixos estes percentuais, tendo em vista o discurso prescritivo que recebem nos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2012). Esses resultados quanto ao não uso do preservativo aponta um perfil de cuidado com a saúde e corroboram com as evidências mundiais quanto ao perfil da epidemia, de transmissão predominantemente sexual.

Um fato interessante foi verificar a presença de muitos indivíduos já conhecedores da sua sorologia (62,3%) ou em tratamento (35,5%). Supõe-se que a busca desses indivíduos pelo teste se remete a busca por acesso a um novo serviço ou pela tentativa de se obter

fantasiosamente um resultado não reagente sugestivo de cura. Encontra-se na literatura relatos de busca de cura física ou espiritual da doença, mesmo na possibilidade de inexistência, pois essas crenças fornecem capacidade para seguir a rotina diária e trazem sentimento de esperança de resolver algo impossível para ciência (GOMES *et al.*, 2011). Atribui-se também, a realização do exame de teste rápido anti-HIV por pessoas conhecedoras do seu diagnóstico pela oportunidade de acesso ao serviço de referência e o recebimento de um tratamento especializado.

O Centers for Disease Control Prevention (CDC), aponta que em 2008, foi observado, que as taxas de cobertura de testagem no Brasil estavam semelhantes à dos países Europeus e Estado Unidos. Estas taxas eram, no entanto, quase 37%, abaixo do necessário frente a magnitude da epidemia (BRANSON, 2006). Existe uma disparidade de cobertura no rastreamento do HIV nas diferentes regiões do país com taxas de 24% no Nordeste e 72% na região Sul. Diferenças também são observadas quando se considera as populações-chaves. Verifica-se no Brasil o pré-natal como um dos momentos de rastreamento da sorologia (MARTINS *et al.*, 2014b).

Frente às questões discutidas, tornam-se evidente a estratégia do teste rápido anti-HIV como indispensável e eficaz no enfrentamento da epidemia do HIV no Brasil e no mundo. Espera-se que o diagnóstico precoce permita o tratamento oportuno e futuramente a interrupção na cadeia de transmissão. Para a expansão do acesso ao teste anti-HIV, torna-se necessário a instituição da testagem em todos os níveis de atenção (BRANSON *et al.*, 2006; CDC, 2003; CDC, 2006; MARTINS *et al.*, 2014b).

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora seja reconhecida a importância dos achados deste trabalho, torna-se relevante apontar as limitações do estudo, tendo em vista, que todo o trabalho de cunho científico possui limitações.

Há limitações inerentes ao método, sendo essas (1) o fato dos estudos transversais não medirem incidência e (2) o fato de não são os mais apropriados para o estudo de associações causais, mesmo quando há certeza de que a exposição tenha ocorrido antes da doença (SANTANA E CUNHA, 2014).

Outra limitação refere-se ao local do estudo. Em geral, os testes anti-HIV sempre foram realizados em centros de testagem, que só ofereciam este serviço à população (BRASIL, 2008). Mais recentemente, no Brasil, tem se trabalhado na perspectiva da descentralização, sendo oferecido o teste em unidade de atenção primária à saúde. O Santa Marta, local de realização deste estudo, é um prédio que se constitui como centro de saúde, com equipe de atenção primária, mas também com diversos serviços especializados, como o serviço de atendimento especializado (SAE) em HIV/Aids. A testagem é oferecida dentro do SAE, por este motivo, há a possibilidade de que indivíduos com exposição frequente aos riscos possam ter procurado a testagem no Centro de Saúde Santa Marta, devido a possibilidade de vinculação ao tratamento.

8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas conclusões foram possíveis com a condução deste estudo original, de traz contribuições para o enfrentamento da Aids. Observou-se, que o teste rápido anti-HIV é uma estratégia em expansão e em substituição ao modelo de testagem tradicional.

Foram identificadas diferenças de perfil entre usuários com teste reagente (infectados pelo HIV) e usuários com teste não reagente. Os fatores associados à infecção pelo HIV identificados neste estudo foram os seguintes: cor não branca, sexo masculino, baixa escolaridade, prática de sexo anal, ocorrência de IST durante a vida, resultado de teste rápido reagente para hepatite B e sífilis. O uso de drogas não se mostrou associado com a infecção pelo HIV na amostra estudada, embora esta prática tenha ocorrido duas vezes mais no grupo de sujeitos com diagnóstico da infecção pelo HIV.

O não uso de preservativo foi uma prática comum entre sujeitos com resultado reagente e não reagente, o que possibilita fomentar a discussão de que o grupo de não reagentes pode passar a ser reagente em qualquer tempo, no curso da epidemia, tendo em vista a quantidade expressiva de pessoas que possuem parceiros sexuais eventuais ou fixos e eventuais. Soma-se a este fator a ocorrência de outras IST, e resultado reagente de hepatite B e sífilis, apontando para um perfil de falha de cuidado com a saúde sexual, que possivelmente se mantém ao longo da vida.

Observa-se o teste rápido como um dispositivo construtor de uma nova abordagem ao enfrentamento do HIV. Ele se coloca como uma ferramenta que facilita o acesso ao serviço de saúde seja em um serviço de referência ou de atenção primária à saúde. A realização do teste permite a comunicação entre paciente e profissional de saúde, criando um espaço de educação e estímulo à prevenção.

Recomenda-se a continuidade de estudos transversais como este, especialmente na atenção primária à saúde, pois permite a investigação dos fatores de exposição à infecção pelo HIV, também favorece o reconhecimento das populações vulneráveis, possibilitando a aplicação de um plano específico de prevenção que respeite as suas especificidades, pois as estratégias convencionais de prevenção disseminadas pelos órgãos da saúde não tem se mostrado eficazes.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, Fátima Maria da Silva et al. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/aids na cidade de Recife. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 1, p.140-154, jan./mar. 2014.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 165-74.
- AMORIM, L. D. A.; OLIVEIRA, N. F.; FIACCONE R. L. Modelos de regressão em epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 265-72.
- ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. A. C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. **Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.
- ANDREOLLI, Arlete. **As pessoas que vivem com HIV/Aids: uma revisão da literatura científica**. 2008. 43 f. Monografia (Especialização) - Curso de Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- ARAÚJO, Carla Luzia França et al. Oferta do teste rápido para HIV em maternidades: a visão das mulheres. **Revista Enfermagem Profissional**, [s.l.], v. 1, n. 1, p.20-36, 2014.
- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface (botucatu)**, [s.l.], v. 6, n. 11, p.11-24, 2002.
- BAPTISTA, C. J. et al. Prevalência de fatores de vulnerabilidade juvenil às DST/HIV/AIDS: Estudo com enfoque de gênero no Norte de Minas Gerais, Brasil, 2008-2009. **Motricidade**, Vila Real, v. 8, supl. 2, p. 177-86, 2012.
- BARATA, Rita Barradas. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 138-45, set/nov. 2001.
- BASTOS, Francisco I. **Feminização da Epidemia de Aids no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento**. Coleção Abia Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2001.
- BELLENZANI, Renata; NEMES, Maria Ines Baptistella; PAIVA, Vera. Comunicação profissional-paciente e cuidado: avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/Aids. **Interface (Botucatu)**, [online], v.17, n.47, p. 803-834, out./dez. 2013.
- BERREY, M. M.; SHEA, T. Preventing the Sexual Transmission of HIV, the Virus that Causes AIDS. What you should Know about Oral Sex. **JAIDS**, v.14. n.5, p.475-475, 1997.

BERTONI, R. F. et al. Socioeconomic and demographic profile of patients With HIV/AIDS of Ambulatório de DST/AIDS of São José, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, n.4, p. 75-79, 2010.

BOZON, M. **Sociologia da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BRAGA, Patrícia Emilia; CARDOSO, Maria Regina Alves; SEGURADO, Aluisio Cotrim. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 11, p.2653-2662, 2007.

BRANSON, B. M. Rapid tests for HIV antibody. **Aids Reviews**, n. 2, p. 76-83, 2000.

BRANSON, B. M. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.55, n.14, p.1-17, 22 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids – DST**. Ano III, nº 01-01 à 26^a semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2006. Brasília: PN DST/AIDS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Teste Rápido, Por Que não?** Brasília: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços**. Brasília: PN DST/AIDS, 2008.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 151**, de 14 de outubro de 2009. Diário Oficial União, 16 out 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids – DST**. Ano VIII n.01 até semana epidemiológica 52^a, Brasília: PN DST/AIDS, 2010a.

BRASIL. Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8^oed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. p. 169-172.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids – DST**. Ano I, n.01 até semana epidemiológica 52^a, Brasília: PN DST/AIDS, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Aids no Brasil**. Brasília: 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. **Realização do Teste Rápido para HIV e Sífilis na Atenção Básica e Aconselhamento em DST/Aids**. Brasília: 2012c.

BRASIL. **Portaria nº 3.242**, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. DOU Nº 1 de 02 de janeiro de 2012d. p. 50-52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids – DST**. Ano II, n.01 até semana epidemiológica 26^a, Brasília: dezembro de 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. 1^a Edição. Brasília: MS, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Manejo Da Infecção Pelo HIV em Adultos**. Brasília: 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: dezembro de 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids – DST**. Ano I, n. 01 até semana epidemiológica 52^a, Brasília: PN DST/AIDS, 2014.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.34, n.2, p.207-217, 2000.

CARACIOLO, J. M. M. **Aspectos gerenciais relacionados à adesão aos anti-retrovirais e estratégias de intervenção**. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2007. 289p.

CARVALHO, R. L. et al. Teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV em parturientes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.26, n.4, p. 325-328, 2004.

CASE, K. K. et al. Development and future directions for the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS estimates. **AIDS**, London, v. 28, n. 4, p. 411-414, nov. 2014.

CDC. Centers Disease Control and Prevention. The Global HIV/AIDS Pandemic. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.55, n.31, p.841-844, 2006.

CDC. Late versus early testing of HIV-16 Sites, United States, 2000-2003. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.52, n.25, p.581, 2003.

COHEN, Myron S. et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. **New England Journal Of Medicine**,[s.l.], v. 365, n. 6, p.493-505, 11 ago. 2011.

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. M.; FIGUEIREDO, R. M. Adesão a la terapia anti-retroviral parágrafo el vih/sida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.4, p. 576-581, 2006.

CONSTANTINE, N. T. et al. Diagnostic usefulness of five screening assays for HIV in an east African city where prevalence of infection is low. **Aids**, v.3, n.5, p.313-318, 1989.

COSTA, Luciana Carvalho; ROSA, Maria Inês da; BATTISTI, Iara Denise Endruweit. Prevalence of condom use and associated factors in a sample of university students in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 25, n. 6, p.1245-1250, 2009.

FELIX, G.; CLEOLIM, M. F. O. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.4, p884-91, 2012.

FERNANDES, J. R. M. et al. Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.6, p.1369-80, 2009.

FIGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, supl.2, p.121-31, 1999.

FRANÇA JUNIOR, Ivan; CALAZANS, Gabriela; ZUCCHI, Eliana Miura. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 42, suppl.1, p.84-97, 2008.

FRY, P. H.; MONTEIRO, S.; MAIO, M.C.; BASTOS, F.I.; SANTOS, R.V. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.3, p.497-507, 2007.

GABRIEL, R.; BARBOSA, D. A.; VIANNA, L. A. C. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/Aids da unidade a ambulatorial de hospital escola de grande porte: município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.4, p.509-13, 2005.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e sociedade**, v.19, supl.2, p.9-20, 2010.

GIR, E., VAICHULONIS, C. G.; OLIVEIRA, M. D. D. Adhesion to anti-retroviral therapy by individuals with HIV/AIDS attended at an institution in the interior of Sao Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.5, p.634-641, 2005.

GODOY, Fernanda S. D. P. et al. Estudo de adesão ao tratamento e presença de mutações em portadores de HIV. **Cadernos das Escolas de Saúde**, v.2, n.10, p.21-33, 2013.

GOMES, A. M. T. et al. As facetas do convívio com o HIV: Formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Escola Anna Nery**, v.16, n. 1, p.111-20, 2011.

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da Aids para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.3, p.8, 2011.

GONÇALVES, E. H.; VARANDAS, R. O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.229-35, 2005.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos antirretrovirais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p.60-69, 2006.

GRUNER, M. F.; SILVA, R. M. Perfil epidemiológico de pacientes com HIV/AIDS em um hospital de referência: análise comparativa entre os anos de 1997 e 2001. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.34, n.3, p.63-79, 2005.

GUERRO, A. C. et al. Causas de admissão hospitalar de pacientes com AIDS no sul do Brasil, de 2007 a 2012. Revista da **Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.47, n.5, p.632-636, 2014.

GUIMARÃES, M. D. C. et al. Vulnerabilidade e fatores associados com HIV e sífilis em homens que fazem sexo com homens, Belo Horizonte, MG. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.23, n.4, p.412-26, 2013.

GUIMARAES, M. D. C. Temporal trends in AIDS-associated opportunistic infections in Brazil, 1980-1999. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, supl. 1, p. 21-36, 2007.

HALLAL R. et al. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Revista Tempus Actas em saúde coletiva**, v.4, n.2, p.53-65, 2010.

HOSMER DW, Lemeshow S. **Applied logistic regression**. 2. ed. New York: Wiley, 2000.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JACQUES, Sídia Maria Callegari. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KASSLER, W. J. et al. Performance of a rapid, on-site human immunodeficiency virus antibody assay in a public health setting. **Journal of clinical Microbiology**, v.33, n.11, p.2899-2902, 1995.

KERR, L. R. et al. HIV among MSM in a large middle-income country. **AIDS**, v.27, n.3, p.427-35, 2013.

LEVI, G. C.; VITORIA, M. A. A. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. **AIDS**, v.16, n.18, p.2373-83, 2002.

MACHADO, A. C. J. C. Métodos Laboratoriais para o Diagnóstico da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). **Medicina**, Ribeirão Preto, v.32, n.2, p.138-146, 1999.

MARQUES, M. C. D. C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.9, suppl.0, p.41-65, 2002.

MARTINS, T. A. et al. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v.3, n.1, p.4-7, 2014a.

MARTINS, T. A. et al. Testagem para HIV: Estratégia Para a Prevenção e o Controle da Epidemia. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v.3, n.2, p.3-5, 2014b.

MEYER, D. E. E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1335-1342, 2006.

NOCE, Cesar Werneck. **O efeito da terapia antirretroviral na prevalência das manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV/aids**. 2006. 136 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Patologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

NOGUEIRA, J. D. A. et al. AIDS in adults 50 years of age and over: characteristics, trends and spatial distribution of the risk. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n.3, p.355-363, 2014.

OKAMURA, M. **Avaliação da Implantação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas**. 2006. 124f. Dissertação (mestrado) – Curso de Avaliação em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2007.

OKAMURA, M. et al. Avaliação da implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. **Revista Eletrônica Portas**, v.2, n.2, p.41-62, 2008.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Política sobre HIV/VIH/ AIDS/SIDA: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/VIH / AIDS/SIDA**. Resolução adotada pela Assembleia Geral em 10 de junho de 2011. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/biblioteca/Declara%E7%E3o%20Pol%EDtica%20sobre%20HHI%20VIH%20AIDS%20SIDA%202011%20PORTUGU%20CAS.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.40, suppl., p.109-119, 2006.

PATTANAPANYASAT, K.; THAKAR, M. R. CD4+ T cell count as a tool to monitor HIV progression & anti-retroviral therapy. **Indian Journal of Medical Research**, v.121, n.4, p.539-549, 2005.

PEQUENO, C. S.; MACÊDO, S. M.; MIRANDA, K. C. L. Aconselhamento em HIV/AIDS: pressupostos teóricos para uma prática clínica fundamentada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.3, p.437-441, 2013.

PEREIRA, Silvana Velho. **Assistência ambulatorial e farmacêutica de serviço especializado em HIV/AIDS em município do sul do Brasil**. 2012. 71 f. Monografia (Especialização) - Curso de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

PINHEIRO, T. F.; CALAZANS, G. J.; AYRES, J. R. C. M. Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids 2007-2011. **Temas em Psicologia**, v.21, n.3, p.815-836, 2013.

PUPO, Lígia Rivero. **Aconselhamento em DST/Aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica**. 2007. 247 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/Aids**. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

RANDOLPH, W.; VISWANATH, K. Lições aprendidas a partir de campanhas de mídia de massa de saúde pública: o marketing de saúde em um mundo de mídia cheia. **Saúde Annu Rev Public**, v.25, p.419-37, 2004.

REIS, A. C. S.; MOREIRA, E.; CRUZ, M. A Mortalidade por Aids no Brasil: um Estudo Exploratório de sua Evolução Temporal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, n.3, p.195-205, 2007.

REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.20, n.3, p.565-75, 2011.

REMÉDIOS, M. L. B. **Evolução longitudinal de sequências do gene nef em indivíduos infectados pelo vírus de imunodeficiência humana tipo 2**. 2009. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Biologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009.

RIBEIRO, K. C. S.; SILVA, J.; SALDANHA, A. A. W. Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.23, n.2, p.84-89, 2011.

ROCHA TJM, Avaliação de Teste Rápido para HIV, padronizado pelo Ministério da Saúde, utilizado em uma maternidade escola em Maceió-Al. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v.11, n.3, p.20-31, 2014.

RODRIGUES NETO, J. F. R. et al. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais. **Revista Médica De Minas Gerais-RMMG**, v.20, n.1, p.22-29, 2010.

RODRIGUES, C. S.; PERREAULT, M. A. Feminização do HIV/Aids sob a perspectiva de mulheres infectadas: uma questão de gênero. Grupo Enlace. Universidades Estaduais da Bahia, 2013.

SANTANA, V. S.; CUNHA, S. Estudos transversais. In: ALMEIDA FILHO N, BARRETO ML. **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p.186-193.

SANTOS, E. M. D. et al. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer": Implementation evaluation of Brazil's National vertical HIV transmission control program in maternity clinics

participating in the " Nascer" Project. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.19, n.3, p.257-269, 2010.

SANTOS, N. J. S. et al. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, n.3, p.286-310, 2002.

SCHACKER, T. et al. Frequent recovery of HIV-1 from genital herpes simplex virus lesions in HIV-1–infected men. **Jama**, v.280, n.1, p.61-66, 1998.

SCIVOLETTO, S. et al. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2o grau de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n.2, p.87-94, 1999.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. M.; TRÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/Aids: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.8, n.2, p.188-195, 2005.

SEPKOWITZ, K. A. AIDS – The first 20 years. **New England Journal of Medicine**, v.344, n.23, p.1764-1772, 2001.

SEWELL, J. et al. Expanded blood borne virus testing in a tuberculosis clinic. A cost and yield analysis. **Journal of Infection**, v.70, n.4, p.317-323, 2014.

SILVA, A. A. A. et al. Prevalência de má nutrição e doenças oportunistas em pacientes hiv/aids internados em um hospital referência em Porto Velho–Rondônia. **Saber Científico**, v.4, n.1, p. 80-88, 2015.

SILVA, F. R. et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **RBAC**, v.42, n.3, p. 209-212, 2010.

SILVA, N. E. K.; OLIVEIRA, L. A.; SANCHO, L. G. The HIV diagnosis: questions about the supply broadening from the perspectives of access and demand construction. **Saúde em Debate**, v.37, n.99, p.636-645, 2013.

SILVA, O.; TAVARES, L. H. L.; PAZ, L. C. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. **Enfermagem em Foco**, v.2, supl.,p.58-62, 2011.

SILVA, S. E. M. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.6, p.940-945, 2004.

SIMON, D. B. et al. Prevalência de subtipos do HIV-1 em Amostra de patients de um centro urbano no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.6, p.1094-1101, 2010.

SMITH, D. et al. Interim guidance: preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in men who have sex with men. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.60, n.3, p.8-65, 2011.

SOUSA, A. M. D. et al. A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. **Journal of Management and Primary Health Care**, v.3, n.1, p.62-66, 2012.

SOUZA, C. C. et al. Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: Um Estudo Epidemiológico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde/Revista de Atenção à Saúde**, v.11, n.35, p.25-30, 2013.

SOUZA, S. L. V; CZERESNIAIL, D. Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.3, p.441-447, 2010.

SZWARCWALD, C. L. et al. Analysis of Data Collected by RDS Among Sex Workers in 10 Brazilian Cities, 2009: Estimation of the Prevalence of HIV, Variance, and Design Effect. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v.53, suppl.3, p.129-35, 2011.

SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, suppl.1, p.4-5, 2011.

TEIXEIRA, L. B. **Saúde Sexual e Reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil**. 2012. 247 f. Tese (Doutorado) - Curso de Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

TEIXEIRA, L. B. et al. Saúde sexual e reprodutiva das mulheres vivendo com HIV no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.3, p.609-620, 2013.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **A Sida e a Infecção por vírus HIV: Informação Para Os Funcionários Das Nações Unidas E Suas Famílias**. 21:42, Genebra, Suíça, 1999.. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/biblioteca/O%20SIDA%20E%20A%20INFEC%C7%C3O%20POR%20V%20CDRUS%20HIV.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **World Aids Day Report**. 2012. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **A ONU e a resposta à AIDS no Brasil**. Brasília-DF: 2013b. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/documentos/A%20ONU%20e%20a%20resposta%20-%20PORTUGU%C3%8AS.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Global Report: Unaid Report on the Global AIDS Epidemic 2013**. Geneva: 2013a. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2012/novembe/20121120prresults>>. Acesso em: 20 Jan. 2015.

UNAIDS/ONUSIDA. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Chegando a zero. Estratégia do UNAIDS/ONUSIDA 2011- 2015**. Brasília-DF: UNAIDS; 2010. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_pt.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

VERGARA, T. R. C.; BARROSO, P. F. Transmissão sexual do HIV. **Tendências em HIV/AIDS**, v.1, n.4, p.17-24, 2006.


VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1997.

VIEIRA, A. C. D. S. et al. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Revista Katálisis**, v.17, n.2, p.196-206, 2014.

VIEIRA, E. M. et al. Alguns Aspectos do Comportamento e Prática Homens de sexo seguro EM sexuais do Município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n.4, p.997-1009, 2000.

WHO. World Health Organization. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/aids. **Aids epidemic update**. 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/epiupdate2007/en/>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

ANEXO A: Autorização para coleta do teste rápido Anti-HIV e de informações

PMPA-SMS	SERVIÇO DE TESTAGEM RÁPIDA	GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO 
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS DE HIV, SÍFILIS, HEPATITE B E C		
<p>Pelo presente documento, declaro que fui orientado de forma clara, detalhada e livre de qualquer constrangimento e coerção, sobre a importância de realizar os Testes Rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B e C. Assim como sobre o diagnóstico do HIV, os resultados dos exames e do benefício do acompanhamento indicado caso os resultados sejam REAGENTES.</p> <p>Fui igualmente informado que qualquer resultado será sigiloso, revelado somente aos profissionais responsáveis pelo meu atendimento. Foi esclarecido também, que se eu não aceitar realizar estes exames, não terei nenhum prejuízo no meu atendimento neste serviço de saúde.</p> <p>As informações obtidas através dessa entrevista serão confidenciais. Os dados não serão divulgados preservando a identificação do paciente, o profissional protegerá e assegurará a privacidade.</p> <p>Concordo que sejam realizados os Testes Rápidos de HIV, Sífilis, Hepatite B e C. Autorizo e permito que este serviço entre em contato comigo.</p>		
Assinatura do usuário ou impressão digital	Data do Atendimento / /2013	
Enfª Responsável pela Realização do Exame	Enfª Daila Raenck Responsável pelo Serviço	
Serviço de Testagem Rápida / Centro de Saúde Santa Marta. Rua Capitão Montanha, 27 - 5º Andar - Centro. Fone: 32285203		

ANEXO B: Formulário de Atendimento do Serviço de Testagem Rápida

PMPA-SMS		SERVIÇO DE TESTAGEM RÁPIDA		Nº de Atendimento				
GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO		FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO						
DADOS DO USUÁRIO	1 Data Atendimento	2 Nome Completo						
	3 Sexo [1] Masc. [2] Fem.	4 Gestante [1] Sim [2] Não [98] NA	5 Idade Gestacional [98] NA [99] NI	Idade:	6 Data Nascimento			
	7 Relacionamento [1] Casado/Companheiro(a) [2] Namorando [3] Viúvo [4] Relação eventual [98] NA [99] NI			8 Cor [1] Branca [2] Preta [3] Amarela [4] Parda [5] Indígena [99] NI				
	9 Escolaridade (anos estudos concluídos) [1] Nenhuma [2] De 1 a 3 [3] De 4 a 7 [4] De 8 a 11 [5] De 12 a 14 [6] Superior [99] NI			11 Ocupação [98] NA [99] NI				
10 Nome da Mãe								
DADOS RESIDENCIAIS	12 Endereço [98] NA [99] NI			13 Bairro [98] NA [99] NI				
	14 Município [1] Porto Alegre [2] Região Metropolitana Qual? _____			15 DDD) Telefone [98] NA [99] NI				
DADOS PRÉ-TESTE								
DADOS COMPLEMENTARES	17 Motivo da Procura [1] Exposição sexual (relação desprotegida) [9] Janela imunológica [2] Rompimento do preservativo [10] Diagnóstico de outra DST [3] Compartilhamento de seringas/cachimbos [11] Prevenção [4] Transfusão ou doação de sangue [12] Exame pré-nupcial [5] Encaminhamento de profissional da Saúde [13] Curiosidade [6] Sintomas relacionados a HIV/aids [14] Campanha [7] Conhecimento de status sorológico [15] Parceiro positivo ou investigando HIV [8] Exame pré-natal [97] Outros: _____			18 Origem do Usuário (como ficou sabendo do serviço) [1] Material de divulgação [7] ONG [2] Amigos/Usuários do Serviço [8] Internet [3] Jornais/Rádio/Televisão [9] Campanha [4] Banco de sangue [10] Escola [5] Serviço/Profissional de Saúde [97] Outros: [6] Serviços de informação telef. [99] Não informado				
	<table border="1"> <tr> <td>19 Realizou doação de Sangue? [1] Sim [2] Não</td> <td>20 Apresentou Doença Sexualmente Transmissível? [1] Sim Qual? [2] Não</td> <td>21 Usa ou Usou Drogas? [1] Sim Qual? [2] Não</td> </tr> </table>						19 Realizou doação de Sangue? [1] Sim [2] Não	20 Apresentou Doença Sexualmente Transmissível? [1] Sim Qual? [2] Não
19 Realizou doação de Sangue? [1] Sim [2] Não	20 Apresentou Doença Sexualmente Transmissível? [1] Sim Qual? [2] Não	21 Usa ou Usou Drogas? [1] Sim Qual? [2] Não						
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	22 Compartilhou Seringas/Agulhas /cachimbos? [1] Sim [2] Não [3] Não lembra [98] NA [99] NI							
	23 Tipo de Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses [1] Homens-Quantos? _____ [4] Travestis/Transexuais? Quantos _____ [99] NI [2] Mulheres-Quantas? _____ [98] Não se aplica							
	24 Tipo de Exposição [1] sexo vaginal [5] Compart. seingas/agulhas [98] NA [2] sexo Anal [6] Ocupacional (exp. mat. biologico) [99] NI [3] Sexo Oral [7] Transmissão vertical [97] Outros _____ [4] Transf. de sangue/hemod [8] Não relata risco Biolog.							
	25 Primeira vez que faz um teste para HIV? [1] Sim [2] Não Quantos? _____		26 Motivo da realização de teste passada: [1] Exposição sexual (relação desprotegida) [11] Diagnóstico de outra DST [2] Rompimento do preservativo [12] Prevenção [3] Compartilhamento de seringas/cachimbos [13] Exame pré-nupcial [4] Transfusão ou doação de sangue [14] Curiosidade [5] Encaminhamento de profissional da Saúde [15] Campanha [6] Sintomas relacionados a HIV/aids [16] Parceiro positivo ou investigando HIV [7] Conhecimento de status sorológico [97] Outros: _____ [8] Exame pré-natal [99] NI [10] Janela imunológica [98] NA					
27 Primeira vez que faz Teste Rápido? [1] Sim [2] Não Quantos? _____								

INFORMAÇÕES DE USO DO PRESERVATIVO	28 Uso do Preservativo c/ Parceiro Fixo (atual) [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [3] Usou menos da metade das vezes [99] Não informado	29 Uso do Preservativo c/ Parceiro(s) Eventual(is) [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da 1/2 das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [3] Usou menos da 1/2 das vezes [99] Não informado
	30 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Fixo [1] Não gosta [6] Confia no parceiro [98] NA [99] NI [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [4] Parceiro(a) não aceita [9] Achou que o outro não tinha HIV [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar	31 Motivo de Não Usar Preservativo c/ Parceiro(s) Eventual(is) [1] Não gosta [6] Confia no parceiro [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [4] Parceiro(a) não aceita [9] Achou que o outro não tinha HIV [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar [98] NA [99] NI
32 Risco do Parceiro Fixo [5] Soropositivo p/ HIV [1] Relações bissexuais [6] Tem ou teve DST [2] Transfusão de sangue/hemofílico [97] Outros: _____ [3] Usuário de drogas injetáveis [98] Não se aplica [4] Uso de outras drogas [99] Não informado	33 Risco do Parceiro Eventual [5] Soropositivo p/ HIV [1] Relações bissexuais [6] Tem ou teve DST [2] Transfusão de sangue/hemofílico [97] Outros: _____ [3] Usuário de drogas injetáveis [98] Não se aplica [4] Uso de outras drogas [99] Não informado	
34 Tipo de População que pertence (marque com X até 3 opções) [1] População em geral [5] Homem que faz sexo com homem [9] Portador de DST [13] Pessoa em exclusão social [2] População confinada [6] Usuário de drogas injetáveis [10] Hemofílico e politransfundido [14] Portador Hepetite B/C/D [3] Caminhoneiro [7] Usuário de outras drogas [11] Profissional de saúde [15] Estudante [4] Profissional do sexo [8] Pessoa vivendo com HIV/aids [12] Travesti/Transsexual [97] Outros: _____		

NÃO ESCREVER NO CAMPO ABAIXO (ESPAÇO DESTINADO AO PROFISSIONAL)

DADOS PÓS-TESTE

ENCAMINHAMENTOS	35 Encaminhamento(s) Pós-Teste [1] Prevenção [6] Referenciado p/ UBS/ESF por DST [11] Tratamento do HIV assintomático na TR [2] Repetir/Janela imunológica [7] SAE / HEPATITES [12] Referenciado para Município de origem [3] Tratamento no SAE/HIV [8] Tratamento de DST no Serviço de TR [97] Outros: _____ [4] Vacina Hepatite B [9] Confirmação de DST no Serviço de TR
	[5] Tratamento c/ convênio

RESULTADOS

RESULTADOS	36 HIV RAPID-CHECK Resultado [1] Reagente [2] Não Reagente	37 Hepatite C WAMA Resultado [1] Reagente [2] Não Reagente	38 Hepatite B VIKIA Resultado [1] Reagente [2] Não Reagente
	39 SÍFILIS BIOEASY Resultado [1] Reagente [2] Não Reagente	40 CONFIRMATÓRIO DO HIV - BIOMANGUINHOS Resultado [1] Reagente [2] Não Reagente	42 Prova Tuberculínica Contato de TB: () Sim () Não Cicatriz de BCG: () Sim () Não Lote: Val: Data da aplicação: Data da Leitura: Resultado:
CPF: _____		DATA DE EMISSÃO DO RG: _____	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[41] Preservativo [1] Sim [2] Não

ANEXO C: Formulário de Atendimento do SI-CTA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde PN-DST/AIDS		CTA - CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA		Nº Requisição						
Dados de Orientação	1	Local (instituição) de Origem / Encaminhamento	2	Data Atendimento	3	Tipo de Orientação (Pré-Teste) [1] Individual [3] Nenhuma [2] Coletiva [4] Individual e Coletiva				
	4	Orientador(es)/Profissional	5	1º Atendimento no CTA [1] Sim [2] Não	6	Vai Fazer Coleta [1] Sim [2] Não	7	1ª Amostra [1] Sim [2] Não		
	8	Nº Requisição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)	9	Teste Nominal [1] Sim [2] Não	10	Mostra Nome Etiqueta [1] Sim [2] Não				
Dados do Usuário	11	Nº do Prontuário/Protocolo	12			Nome do Usuário ou Senha				
	13	Sexo [1] Masc. [2] Fem.	14	Gestante [1] Sim [2] Não	15	Idade Gestacional (Meses)	16	Data Nascimento	17	Estado Civil (Situação conjugal) [1] Casado/Amigado [3] Separado [2] Solteiro(a) [4] Viúvo [99] Não infor
	18	Raça/Cor [1] Branca [3] Amarela [5] Indígena [2] Preta [4] Parda [99] Ignorado	19	Escolaridade (anos estudos concluídos) [1] Nenhuma [3] De 4 a 7 [5] De 12 a mais [2] De 1 a 3 [4] De 8 a 11 [99]-Ignorado	20			Ocupação		
	21	Número do Cartão SUS	22				Nome da mãe			
	23	Permite Contato * [1] Sim [2] Não	24	Tipo de Contato [1] Telefone [3] e-mail [5] Outros: [2] Correio [4] Visita Domiciliar	Assinatura do Usuário					
* Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações.										
Dados de Residência	25	Logradouro (rua, avenida...)	26	Complemento (apto, casa ...)	27		Número			
	28	Município	29	Bairro	30			UF		
	31	CEP	32	(DDD) Telefone	33	Zona [1] Urbana [2] Rural	34	Pais (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares									
Dados da Requisição	35	Motivo da Procura [1] Exposição a situação de risco [10] Janela imunológica [2] Encaminhado por serviço de saúde [11] Suspeita de DST [3] Encaminhado por banco de sangue [12] Prevenção [4] Encaminhado por clínicas de recuperação [13] Exame pré-nupcial [5] Sintomas relacionados a AIDS [14] Testagem para hepatite [6] Admissão em emprego/Forças Armadas [15] Contato domicil. p/ hepatites [7] Conhecimento de status sorológico [16] Oficina em escola [8] Exame pré-natal [97] Outros: [9] Conferir resultado anterior [99] Não Informado	36	Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço) [1] Material de divulgação [7] ONG [2] Amigos/Usuários do serviço [8] Internet [3] Jornais/Rádio/Televisão [9] Campanha [4] Banco de sangue [10] Escola [5] Serviço/Profissional de Saúde [97] Outros: [6] Serviços de informação telef. [99] Não informado						
	37	Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções) [1] Nenhum [6] Tratamento de DST [11] Realizar hepatite C [2] Repeti Exame/Inconclusivo [7] Orientações Gerais [12] Realizar hepatite D [3] Repeti Ex./Janela imunológica [8] Realizar ex. HIV [13] Realizar todos os Exames [4] Repeti Exame /2ª amostra [9] Realizar Ex. Sífilis [97] Outros [5] Assistência Psicossocial [10] Realizar hepatite B	38	Local Encaminhamento						
Notas da Orientação	39							Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:		
								Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:		

Continuação da Requisição -Página 2																				
Antecedentes Epidemiológicos	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"> 40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não </td> <td style="width:33%;"> 41 Apresentou DST nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não </td> <td style="width:33%;"> 42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou <input type="checkbox"/> 1 Serviço de saúde <input type="checkbox"/> 3 Auto-medicação <input type="checkbox"/> 5 Não tratou <input type="checkbox"/> 99 Não informado <input type="checkbox"/> 2 Farmácia <input type="checkbox"/> 4 Não lembra <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica </td> </tr> </table>	40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	41 Apresentou DST nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou <input type="checkbox"/> 1 Serviço de saúde <input type="checkbox"/> 3 Auto-medicação <input type="checkbox"/> 5 Não tratou <input type="checkbox"/> 99 Não informado <input type="checkbox"/> 2 Farmácia <input type="checkbox"/> 4 Não lembra <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica																
	40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	41 Apresentou DST nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou <input type="checkbox"/> 1 Serviço de saúde <input type="checkbox"/> 3 Auto-medicação <input type="checkbox"/> 5 Não tratou <input type="checkbox"/> 99 Não informado <input type="checkbox"/> 2 Farmácia <input type="checkbox"/> 4 Não lembra <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica																	
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"> 43 Usou Drogas nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não </td> <td style="width:33%;"> 44 Se Fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências <input type="checkbox"/> 1 Alcool <input type="checkbox"/> 3 Cocaina Aspirada <input type="checkbox"/> 5 Crack <input type="checkbox"/> 7 Anfetaminas <input type="checkbox"/> 2 Maconha <input type="checkbox"/> 4 Cocaina Injetavel <input type="checkbox"/> 6 Heroína <input type="checkbox"/> 8 Outras </td> <td style="width:33%;"> Legendas p/ frequência de uso de drogas: 1- Nunca usou 2- Já usou, mas não usa mais 3- Usa vez em quando 4- Usa frequentemente </td> </tr> </table>	43 Usou Drogas nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	44 Se Fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências <input type="checkbox"/> 1 Alcool <input type="checkbox"/> 3 Cocaina Aspirada <input type="checkbox"/> 5 Crack <input type="checkbox"/> 7 Anfetaminas <input type="checkbox"/> 2 Maconha <input type="checkbox"/> 4 Cocaina Injetavel <input type="checkbox"/> 6 Heroína <input type="checkbox"/> 8 Outras	Legendas p/ frequência de uso de drogas: 1- Nunca usou 2- Já usou, mas não usa mais 3- Usa vez em quando 4- Usa frequentemente																
	43 Usou Drogas nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não	44 Se Fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências <input type="checkbox"/> 1 Alcool <input type="checkbox"/> 3 Cocaina Aspirada <input type="checkbox"/> 5 Crack <input type="checkbox"/> 7 Anfetaminas <input type="checkbox"/> 2 Maconha <input type="checkbox"/> 4 Cocaina Injetavel <input type="checkbox"/> 6 Heroína <input type="checkbox"/> 8 Outras	Legendas p/ frequência de uso de drogas: 1- Nunca usou 2- Já usou, mas não usa mais 3- Usa vez em quando 4- Usa frequentemente																	
	45 Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Não lembra <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica <input type="checkbox"/> 99 Não informado																			
	46 Tipo de Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1 Homens <input type="checkbox"/> 4 Travestis/Transsexuais <input type="checkbox"/> 99 Não informado <input type="checkbox"/> 2 Mulheres <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica																			
	47 Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta) <input type="checkbox"/> 1 Relação Sexual <input type="checkbox"/> 3 Compart. seingas/agulhas <input type="checkbox"/> 5 Ocupacional (exp. mat. biológico) <input type="checkbox"/> 7 Não relata risco Biolog. <input type="checkbox"/> 99 Não informado <input type="checkbox"/> 2 Transf. de sangue/hemod. <input type="checkbox"/> 4 Hemofilia <input type="checkbox"/> 6 Transmissão vertical <input type="checkbox"/> 97 Outros																			

Informações de Uso de Preservativos	48 Uso do Preservativo c/ Parceiro Fixo (atual) nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1 Usou todas as vezes <input type="checkbox"/> 4 Usou mais da metade das vezes <input type="checkbox"/> 2 Não usou <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica <input type="checkbox"/> 3 Usou menos da metade das vezes <input type="checkbox"/> 99 Não informado																			
	49 Uso do Preservativo na Última Relação com Parceiro Fixo <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 4 Sim, mas rompeu <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica <input type="checkbox"/> 3 Não lembra <input type="checkbox"/> 99 Não informado																			
	50 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Fixo <input type="checkbox"/> 1 Não gosta <input type="checkbox"/> 6 Confia no parceiro <input type="checkbox"/> 11 Negociou não usar <input type="checkbox"/> 17 Distunção sexual <input type="checkbox"/> 2 Não acredita na eficácia <input type="checkbox"/> 7 Sob efeito de drogas/alcool <input type="checkbox"/> 12 Não tinha informação <input type="checkbox"/> 18 Violencia sexual <input type="checkbox"/> 3 Não sabe usar <input type="checkbox"/> 8 Não consegue negociar <input type="checkbox"/> 13 Não tem condições de comprar <input type="checkbox"/> 19 Alergia ao Produto <input type="checkbox"/> 4 Parceiro(a) não aceita <input type="checkbox"/> 9 Achou que o outro não tinha HIV <input type="checkbox"/> 14 Não deu tempo/tesão <input type="checkbox"/> 97 Outros <input type="checkbox"/> 5 Não dispunha no momento <input type="checkbox"/> 10 Acha que não vai pegar <input type="checkbox"/> 15 Desejo de ter filho <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica <input type="checkbox"/> 16 Tamanho do preservativo pq/gd <input type="checkbox"/> 99 Não informado																			
	51 Risco do Parceiro Fixo <input type="checkbox"/> 1 Relações bissexuais <input type="checkbox"/> 3 Usuário de drogas injetáveis <input type="checkbox"/> 5 Soropositivo p/ HIV <input type="checkbox"/> 7 Outros <input type="checkbox"/> 99 Não informado <input type="checkbox"/> 2 Transfusão de sangue/hemofílico <input type="checkbox"/> 4 Uso de outras drogas <input type="checkbox"/> 6 Tem ou teve DST <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica																			
	52 Uso do Preservativo c/ Parceiro(s) Eventual(is) nos últ. 12 meses <input type="checkbox"/> 1 Usou todas as vezes <input type="checkbox"/> 4 Usou mais da metade das vezes <input type="checkbox"/> 2 Não usou <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica <input type="checkbox"/> 3 Usou menos da metade das vezes <input type="checkbox"/> 99 Não informado																			
53 Uso do Preservativo na Última Relação c/ Parceiro Eventual <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 4 Sim, mas rompeu <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica <input type="checkbox"/> 3 Não lembra <input type="checkbox"/> 99 Não informado																				
54 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Eventual <input type="checkbox"/> 1 Não gosta <input type="checkbox"/> 6 Confia no parceiro <input type="checkbox"/> 11 Negociou não usar <input type="checkbox"/> 17 Distunção sexual <input type="checkbox"/> 2 Não acredita na eficácia <input type="checkbox"/> 7 Sob efeito de drogas/alcool <input type="checkbox"/> 12 Não tinha informação <input type="checkbox"/> 18 Violencia sexual <input type="checkbox"/> 3 Não sabe usar <input type="checkbox"/> 8 Não consegue negociar <input type="checkbox"/> 13 Não tem condições de comprar <input type="checkbox"/> 19 Alergia ao Produto <input type="checkbox"/> 4 Parceiro(a) não aceita <input type="checkbox"/> 9 Achou que o outro não tinha HIV <input type="checkbox"/> 14 Não deu tempo/tesão <input type="checkbox"/> 97 Outros <input type="checkbox"/> 5 Não dispunha no momento <input type="checkbox"/> 10 Acha que não vai pegar <input type="checkbox"/> 15 Desejo de ter filho <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica <input type="checkbox"/> 16 Tamanho do preservativo pq/gd <input type="checkbox"/> 99 Não informado																				
Recorte	55 Recorte Populacional (marque com X até 3 opções de resposta) <input type="checkbox"/> 1 População em geral <input type="checkbox"/> 4 Profissional do sexo <input type="checkbox"/> 7 Usuário de outras drogas <input type="checkbox"/> 12 Travesti/Transsexual <input type="checkbox"/> 2 População confinada <input type="checkbox"/> 5 Homem que faz sexo com homem <input type="checkbox"/> 8 Pessoa vivendo com HIV/aids <input type="checkbox"/> 13 Pessoa em exclusão social <input type="checkbox"/> 3 Caminhoneiro <input type="checkbox"/> 6 Usuário de drogas injetáveis <input type="checkbox"/> 9 Portador de DST <input type="checkbox"/> 10 Hemofílico e politransfundido <input type="checkbox"/> 14 Portador Hepatite B/C/D <input type="checkbox"/> 11 Profissional de saúde <input type="checkbox"/> 15 Estudante <input type="checkbox"/> 97 Outros:																			

Encaminhamentos Pos-Teste	56 Encaminhamento(s) Pos-Teste (até 3 opções) <input type="checkbox"/> 1 Nenhum <input type="checkbox"/> 7 Tratamento para hepatites <input type="checkbox"/> 2 Repetir exame HIV/Inconclusivo <input type="checkbox"/> 8 Tratamento para HIV <input type="checkbox"/> 3 Repetir/Janela imunologica <input type="checkbox"/> 9 Repetir ex. Hepatite/incon. <input type="checkbox"/> 4 Repetir exame/2ª amostra <input type="checkbox"/> 10 Tratamento de Sífilis <input type="checkbox"/> 5 Assistência psicossocial <input type="checkbox"/> 11 Vacina Hepatite B <input type="checkbox"/> 6 Tratamento de DST <input type="checkbox"/> 97 Outros:																			
	57 Local (is) de Encaminhamento (s) Pos-Teste _____ _____ 58 Orientador da Entrega _____ _____																			
59 Materiais / Preser. fornecidos: _____ _____																				

Dados de Resultado																				
Resultado Laboratorial	60 HIV <input type="checkbox"/> 61 Tipo da Amostra: <input type="checkbox"/> 62 Data Entrega: <input type="checkbox"/>																			
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">63 Hepatite</td> <td>B</td> <td>64 Sífilis</td> </tr> <tr> <td>C Anti-HCV <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>HBsAg <input type="checkbox"/></td> <td>VDRL <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D Anti-HDV <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Anti-HBc total <input type="checkbox"/></td> <td>Titulação:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ANTI-HBs <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Doença Ativa</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Cicatriz Sorolog.</td> </tr> </table>	63 Hepatite		B	64 Sífilis	C Anti-HCV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HBsAg <input type="checkbox"/>	VDRL <input type="checkbox"/>	D Anti-HDV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-HBc total <input type="checkbox"/>	Titulação:			ANTI-HBs <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Doença Ativa			
63 Hepatite		B	64 Sífilis																	
C Anti-HCV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HBsAg <input type="checkbox"/>	VDRL <input type="checkbox"/>																	
D Anti-HDV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-HBc total <input type="checkbox"/>	Titulação:																	
		ANTI-HBs <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Doença Ativa																	
			<input type="checkbox"/> Cicatriz Sorolog.																	
65 Outras Doenças e Seus Resultados _____ _____ _____																				
Legendas de Resultados: 1- Não Reagente/Negativo 2-Reagente/Positivo 3-Indeterminado 4-Ignorado 5-Não realizado Pág. 2																				

**ANEXO D: Termo de ciência e autorização do chefe do serviço onde será realizada a
pesquisa**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO
ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu Karen Oliveira Furlanetto, matrícula 1087320-01

Coordenador do/a () Coordenadoria da Rede de Atenção Primária em Saúde e
Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos (CGAPSES)

() Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências

() Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)

() Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)

() Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa
(COMESP) do Hospital de Pronto Socorro

() Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)

(x) Outra área/secretaria: Coordenação do Centro de Saúde Santa

Marta

Conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado **FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR
HIV ENTRE USUÁRIOS DA TESTAGEM RÁPIDA ANTI-HIV EM PORTO ALEGRE, RS,**
tendo como Pesquisador Responsável: Daila Alena Raenck da Silva e Luciana Barcellos Teixeira

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de
Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta
pesquisa.

Porto Alegre, 02/09/14.

Karen Furlanetto

Assinatura e carimbo

Karen Furlanetto
Coordenadora CESM
Matr. 1087320
PMPA/SMS/GDC

*Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de
Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área
tem ciência e autoriza a realiza do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação
ética.*

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040

☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep_sms@hotmail.com

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – CEP SMSPA

ANEXO E: Parecer Consubstanciado da Escola de Enfermagem da UFRGS

Projeto Nº:	27737	Título:	FATORES ASSOCIADOS A INFECÇÃO POR HIV ENTRE USUÁRIOS DA TESTAGEM RÁPIDA ANTI-HIV EM PORTO ALEGRE, RS.
-------------	-------	---------	---

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 28/07/2014

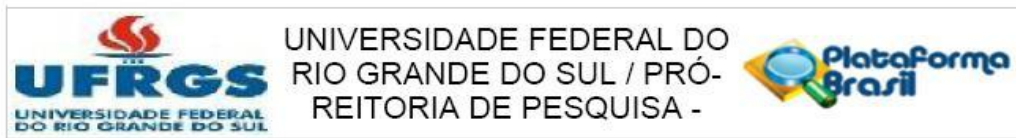
O conhecimento da prevalência de HIV e fatores associados a partir da testagem rápida auxiliará na identificação de especificidades nos grupos de indivíduos para a formulação de estratégias de prevenção em saúde.

Objetivo: Identificar os fatores associados à infecção por HIV, entre usuários que se submeteram ao teste rápido anti-HIV, em um serviço de referência na cidade de Porto Alegre.

Metodologia: estudo epidemiológico, observacional, analítico, transversal. A população desse estudo são os usuários da rede pública de saúde que realizaram o teste rápido anti-HIV, espontaneamente ou encaminhados, na cidade de Porto Alegre. A amostra será constituída por usuários que realizaram o teste rápido anti-HIV no serviço de de Testagem rápida, localizado no Centro de Especialidades Santa Marta da Gerência Distrital Centro, em Porto Alegre, de janeiro de 2012 a janeiro de 2014.

O cálculo amostral foi realizado no Software Winpepi® V 11.32. Para estimar a prevalência de resultados positivos de teste rápido anti-HIV, com uma proporção variável de 10 a 30%, um erro aceitável de 5%, e intervalo de confiança de 95%, será necessária a inclusão de 323 até 369 sujeitos no estudo. O estudo será desenvolvido no Centro de Especialidades Santa Marta, serviço da Gerência Distrital Centro, que integra a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e utilizará dados secundários, oriundos do banco de dados do serviço. O banco de dados será transportado para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 20. Será realizada análise descritiva e testes de associação entre variáveis. O projeto respeita os preceitos éticos da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. O acesso aos dados para fins de pesquisa científica será autorizado pela chefia do serviço, com uso do Termo de ciência e autorização do chefe do serviço onde será realizada a pesquisa. Tem término revisto para o primeiro semestre de 2015. Foi aprovado em exame de qualificação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS em 10 de julho de 2014.

ANEXO F: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR HIV ENTRE USUÁRIOS DA TESTAGEM RÁPIDA ANTI-HIV EM PORTO ALEGRE, RS.

Pesquisador: Luciana Barcellos Teixeira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 34601914.5.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

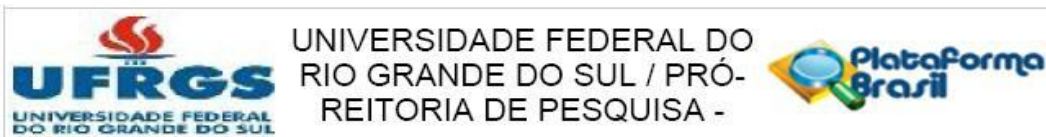
Número do Parecer: 787.362

Data da Relatoria: 11/09/2014

Apresentação do Projeto:

A mortalidade por Aids é relevante no nosso país, principalmente no município de Porto Alegre; mesmo com o advento da terapia antirretroviral, a doença ainda deixa muitas pessoas incapacitadas, expostas a doenças oportunistas e a múltiplas internações hospitalares. Observa-se na literatura a descrição de diferentes estratégias para o enfrentamento da epidemia. Dentre esses, destaca-se a testagem rápida anti-HIV, que surge dentro das políticas do Ministério da Saúde em diferentes eixos de ação, sendo implementada como uma alternativa de diagnóstico precoce e medida de contenção do aumento da incidência dos casos. Trata-se de uma nova estratégia de saúde pública, facilitadora dos processos de rastreamento da doença e com potencial disseminador de práticas de prevenção. Os testes rápidos anti-HIV, previamente, eram utilizados como um método de triagem em centros obstétricos do todo o país, no entanto após os esforços do Ministério da Saúde para a sua implantação como diagnóstico, surge essa nova ferramenta que facilita a detecção da sorologia para HIV. Ele possibilita a testagem em uma única consulta, eliminando a possibilidade de perda do usuário, facilitando também o acompanhamento dos casos de exames positivos não necessitando de grande infraestrutura para a sua realização. Diante do contexto da epidemia do HIV/Aids na cidade de Porto Alegre, com base nos dados descritos acima, e na introdução do teste

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 787.362

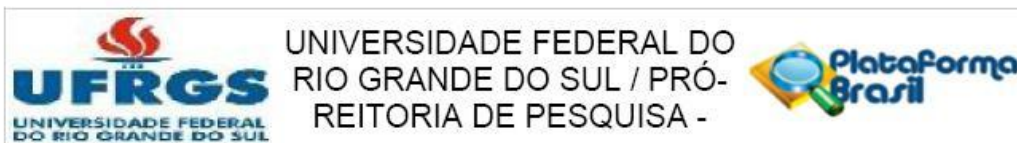
rápido como estratégia de detecção precoce, será realizado um estudo com o objetivo de identificar a prevalência de HIV e fatores associados em usuários que procuraram o serviço de referência em teste rápido da rede pública de saúde em Porto Alegre. O conhecimento da prevalência de HIV e fatores associados a partir da testagem rápida auxiliará na identificação de especificidades nos grupos de indivíduos para a formulação de estratégias de prevenção em saúde. Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, analítico, transversal. A população desse estudo são os usuários da rede pública de saúde que realizaram o teste rápido anti-HIV, espontaneamente ou encaminhados, na cidade de Porto Alegre. A amostra será constituída

por usuários que realizaram o teste rápido anti-HIV no serviço de de Testagem rápida, localizado no Centro de Especialidades Santa Marta da Gerência Distrital Centro, em Porto Alegre, de janeiro de 2012 a janeiro de 2014. O cálculo amostral foi realizado no Software Winpepi® V 11.32. Para estimar a prevalência de resultados positivos de teste rápido anti-HIV, com uma proporção variável de 10 a 30%, um erro aceitável de 5%, e intervalo de confiança de 95%, será necessária a inclusão de 323 até 369 sujeitos no estudo. Os critérios de inclusão contemplam aqueles critérios estabelecidos pelo serviço de saúde, ou seja, realização de teste anti-HIV e preenchimento de ficha de informações de saúde no serviço. Os critérios de exclusão estabelecidos para este estudo são: idade inferior a 18 anos, devido às questões éticas e legais referentes à faixa etária citada; e ser gestante, devido ao número pequeno de encaminhamentos ao serviço, pela proposta de descentralização do diagnóstico que ocorre no município de Porto Alegre.

Objetivo da Pesquisa:

estratégia de detecção precoce, será realizado um estudo com o objetivo de identificar a prevalência de HIV e fatores associados em usuários que procuraram o serviço de referência em teste rápido da rede pública de saúde em Porto Alegre. O conhecimento da prevalência de HIV e fatores associados a partir da testagem rápida auxiliará na identificação de especificidades nos grupos de indivíduos para a formulação de estratégias de prevenção em saúde. Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, analítico, transversal. A população desse estudo são os usuários da rede pública de saúde que realizaram o teste rápido anti-HIV, espontaneamente ou encaminhados, na cidade de Porto Alegre. A amostra será constituída por usuários que realizaram o teste rápido anti-HIV no serviço de de Testagem rápida, localizado no Centro de Especialidades Santa Marta da Gerência Distrital Centro, em Porto Alegre, de janeiro de 2012 a janeiro de 2014. O cálculo amostral foi realizado no Software Winpepi® V 11.32. Para estimar a prevalência de resultados positivos de teste rápido anti-HIV, com uma

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 787.362

proporção variável de 10 a 30%, um erro aceitável de 5%, e intervalo de confiança de 95%, será necessária a inclusão de 323 até 369 sujeitos no estudo. Os critérios de inclusão contemplam aqueles critérios estabelecidos pelo serviço de saúde, ou seja, realização de teste anti-HIV e preenchimento de ficha de informações de saúde no serviço. Os critérios de exclusão estabelecidos para este estudo são: idade inferior a 18 anos, devido às questões éticas e legais referentes à faixa etária citada; e ser gestante, devido ao número pequeno de encaminhamentos ao serviço, pela proposta de descentralização do diagnóstico que ocorre no município de Porto Alegre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo prevê a exposição dos usuários a riscos mínimos. Devido a impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos, por ser uma pesquisa com dados secundários oriundos de um serviço de saúde com autorização prévia dos usuários para uso das informações para fins de pesquisa, as autoras comprometem-se a garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, assinando o Termo de Compromisso para Utilização de Dados, preservando integralmente o anonimato dos indivíduos e garantindo a divulgação de informações somente para fins científicos. Em relação aos benefícios, cabe destacar, os benefícios indiretos aos usuários do serviço, pois se trata de um estudo potencialmente relevante para a sociedade, ao pesquisar fatores associados a um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, cuja testagem rápida é nova no país, assim, os resultados encontrados contribuirão para novos conhecimentos na temática estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo baseado em dados secundários, com delineamento adequado e que pode trazer conhecimento para a identificação e tratamento de indivíduos infectados pelo HIV.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram os termos obrigatórios, de acordo com a resolução 466/12: TCUD e Termo de concordância / autorização do responsável pelo local de realização do estudo (Termo de Ciência e Autorização da Coordenação do Centro de Especialidades Santa Marta da Gerência Distrital Centro).

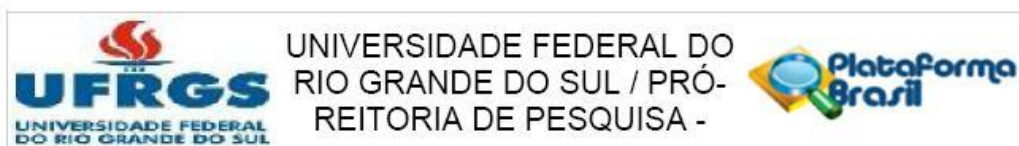
Recomendações:

Recomendações já atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pronto para aprovação.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 787.362

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovação.

PORTO ALEGRE, 11 de Setembro de 2014

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

ANEXO G: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



PARECER DO COLEGIADO

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR HIV ENTRE USUÁRIOS DA TESTAGEM RÁPIDA ANTI-HIV EM PORTO ALEGRE, RS.

Pesquisador: Luciana Barcellos Teixeira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34601914.5.3001.5338

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 896.746

Data da Relatoria: 10/11/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo epidemiológico, observacional, analítico, transversal, que utilizará dados secundários, oriundos do banco de dados do serviço de testagem rápida do SAE Santa Marta. O banco de dados é alimentado com todas as questões que constam no

formulário de atendimento dos pacientes. O formulário utilizado é uma adaptação do

documento oferecido pelo Ministério da Saúde usado para alimentar o Sistema de Informação para os Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA). A população do estudo serão os usuários da rede pública de saúde que realizaram o teste rápido anti-HIV, espontaneamente ou encaminhados, na cidade de Porto Alegre. A amostra será constituída por usuários que realizaram o teste rápido anti-HIV no serviço de Testagem rápida, localizado no Centro de Especialidades Santa Marta da Gerência Distrital Centro, em Porto Alegre, de janeiro de 2012 a janeiro de 2014. O cálculo amostral foi realizado no Software Winpepi® V 11.32. Para estimar a prevalência de resultados positivos de teste rápido anti-HIV, com uma proporção variável de 10 a 30%, um erro aceitável de 5%, e intervalo de confiança de 95%, será necessária a inclusão de 323 até 369 sujeitos no estudo. Os critérios de inclusão contemplam aqueles critérios estabelecidos pelo serviço de saúde, ou seja, realização de teste anti-HIV e preenchimento de ficha de informações de saúde no serviço. Os critérios de exclusão estabelecidos para este estudo são: idade inferior a 18 anos, devido às questões éticas e legais referentes à faixa etária citada; e ser gestante, devido ao número pequeno

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 896.746

de encaminhamentos ao serviço, pela proposta de descentralização do diagnóstico que ocorre no município de Porto Alegre.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Identificar os fatores associados à infecção por HIV, entre usuários que se submeteram ao teste rápido anti-HIV, em um serviço de referência na cidade de Porto Alegre.

Objetivos Específicos:

1. Verificar a prevalência de resultados positivos entre os usuários que se submeteram ao teste rápido anti-HIV;
2. Verificar o número de usuários que já haviam realizado o exame anteriormente;
3. Descrever o perfil dos usuários com resultado do teste rápido anti-HIV positivo;
4. Descrever o perfil dos usuários com resultado do teste rápido anti-HIV negativo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo prevê a exposição dos usuários a riscos mínimos por utilizar dados secundários. Em relação aos benefícios, o pesquisador informa que são indiretos aos usuários do serviço, pois se trata de um estudo potencialmente relevante para a sociedade, ao pesquisar fatores associados a um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, cuja testagem rápida é nova no país, assim, os resultados encontrados contribuirão para novos conhecimentos na temática estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição: UFRGS

Área: Saúde Coletiva

Nível: Mestrado

Aluna: Daila Raenck da Silva

Local de realização do estudo: SAE Santa Marta

Número de participantes: 369 usuários (período de 2012 a 2014)

Uso de dados secundários. Solicita dispensa de TCLE.

Término previsto para primeiro semestre de 2015.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Como se trata de um estudo transversal, o objetivo de conhecer a prevalência do HIV nos casos testados pelo teste rápido parece ser mais adequado como objetivo principal, sendo o objetivo

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 896.746

secundario conhecer os fatores associados. Recomenda-se ao pesquisador e seu orientador avaliar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o parecer de aprovação do CEP SMSPA no local de realização do estudo.

Deverá ser enviado relatório semestral e final ao término do estudo, para o CEP SMSPA.

PORTO ALEGRE, 03 de Dezembro de 2014

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
(Coordenador)

APÊNDICE A: Termo de Compromisso para utilização de dados



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR HIV ENTRE USUÁRIOS DA TESTAGEM RÁPIDA ANTI-HIV EM PORTO ALEGRE, RS

Pesquisador (a) Responsável: Daila Alena Raenck da Silva, Luciana Barcellos Teixeira

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Telefone e e-mail de contato: dailalena@gmail.com- 32892931

luciana.bteixeira@gmail.com

Eu, pesquisador responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** e em suas complementares.

Assumo o compromisso de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações coletados no(s) prontuário(s) do(s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Assumo ainda neste termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam.

Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA)**, pelo que assino o presente termo.

Porto Alegre, 01/09/14.

Daila Raenck / Luciana
Pesquisador responsável

Profa. Luciana Barcellos Teixeira
Coordenadora Substituta COMGRAD/ Saúde Coletiva

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040
☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep_sms@hotmail.com

APÊNDICE B: Artigo Original

Fatores associados à infecção pelo HIV entre usuários que realizaram testagem rápida anti-hiv em Porto Alegre, Brasil.

Daila Alena Raenck da Silva

Luciana Barcellos Teixeira

RESUMO

Introdução: Mundialmente, 34 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV. No Brasil, havia mais de 600 mil casos até o final de 2012. Porto Alegre é a cidade brasileira com maior taxa de incidência e como estratégia de enfrentamento, o teste rápido anti-HIV tem sido ofertado na rede pública de saúde. **Objetivos:** Descrever o perfil dos usuários que se submeteram ao teste rápido anti-HIV, em um serviço de referência na cidade de Porto Alegre, que oferece o teste por livre demanda, conforme recomendações do Ministério da Saúde.

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal. A amostra foi constituída por usuários que realizaram o teste rápido anti-HIV, em um serviço de referência na cidade de Porto Alegre, de janeiro de 2012 a janeiro de 2014. O cálculo amostral estimou uma amostra mínima de 323 sujeitos no estudo (erro aceitável de 5%). Modelo de regressão de Poisson com variação robusta foi utilizado para investigar fatores associados à infecção pelo HIV. Foi utilizado o nível de significância de 5%. **Resultados:** A amostra foi constituída por 3.183 usuários, dos quais Foram identificadas diferenças de perfil entre usuários infectados e não infectados pelo HIV. Os fatores associados à infecção pelo HIV identificados neste estudo foram os seguintes: cor não branca ($p=0,031$), sexo masculino ($p=0,041$), baixa escolaridade ($p<0,001$), prática de sexo anal ($p<0,001$), ocorrência de IST durante a vida ($p=0,007$), resultado de teste rápido positivo para hepatite B ($p=0,002$) e sífilis ($p<0,001$). O uso de drogas não se mostrou associado com a infecção pelo HIV, embora esta prática tenha ocorrido duas vezes mais no grupo de indivíduos com diagnóstico da infecção pelo HIV. **Conclusões:** Foi encontrada uma prevalência elevada de infecção pelo HIV. A prática de sexo anal foi bastante elevada, constituindo-se como um fator de risco para a infecção pelo HIV. Também foi observado que ter um teste reagente para hepatite B e sífilis, aumentou em 20 e 30%, respectivamente, a prevalência de infecção pelo HIV. O estudo evidencia que os usuários do teste rápido apresentam um perfil de práticas sexuais não seguras ao longo da vida, pois são indivíduos

que frequentemente apresentaram ocorrência de IST durante a vida, e muitos com teste reagente para hepatite B e sífilis junto com o diagnóstico da infecção pelo HIV.

Palavra-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Vírus da imunodeficiência Humana, Teste Rápido anti-HIV.

INTRODUÇÃO

A Aids encontra-se na terceira década de existência. Nesse período ocorreram muitas transformações na trajetória da epidemia, que implicam em desafios para os sistemas de saúde quanto às estratégias de enfrentamento (1,2). Trata-se uma doença que afeta 35 milhões de pessoas mundo, sendo identificados 1,5 milhões de óbitos e 2,5 milhões de novos casos ao ano (3,4). No Brasil observa-se um acúmulo de 734.000 casos de Aids, gerando uma prevalência na população geral de 0,4%. Verifica-se que na faixa etária de 15 a 49 anos a prevalência é de 0,6% (5). O maior número de casos encontra-se nas regiões Sul e Sudeste do país e a capital Porto Alegre apresenta-se como a cidade com a maior incidência de Aids, com 96,2 casos para 100 mil habitantes (5,6).

No Brasil, a terapia antirretroviral (TARV) tem sido utilizada desde 1991 e a combinação incluindo inibidores da protease desde 1997 (7), o que mudou completamente o curso da Aids. Existem evidências que o início precoce do tratamento reduz a morbidade e a mortalidade, quanto mais elevados os níveis de linfócitos CD4 na introdução da terapêutica, melhores serão os indicadores de qualidade de vida (8-10). Para a efetivação de estratégias de tratamento precoce se preconiza o conhecimento do status sorológico o mais breve possível, no entanto, o que se observa é a dificuldade de acesso aos testes sorológicos anti-HIV. Há relatos de países pouco desenvolvidos apontando que 60% da população com exames reagentes para HIV desconhecendo a sua situação (11). O acesso fácil ao conhecimento da sorologia, através da testagem altamente eficaz, já é visto com imperativo, pois se trata de uma estratégia importante dentro da política pública de saúde no que diz respeito ao enfrentamento da epidemia (12). Para a interrupção da cadeia de transmissão, a população precisar estar testada e conscientizada sobre a prevenção da transmissão. Indivíduos que sabem da presença do HIV transmitem menos a doença, pois adotam um comportamento de prevenção, especialmente em relação às práticas sexuais, as evidências neste sentido já foram fortemente comprovadas por estudos de metanálises (13,14).

Os testes rápidos apresentam um alto desempenho e possuem sensibilidade e especificidade similar aos métodos tradicionalmente utilizados de investigação sorológica (15). O resultado é revelado através do método de imunocromatografia, tanto a execução e a interpretação do exame devem ser realizados por profissionais habilitados com o treinamento fornecido pelos responsáveis pelas políticas de saúde do país (16). Os testes rápidos favorecem o reconhecimento do HIV/Aids precocemente sendo uma importante ferramenta para a ampliação da cobertura do diagnóstico. Com uma tecnologia simples, de fácil execução e sem exigências de infraestrutura como uma área laboratorial, seus custos são notavelmente inferiores. Eles favorecem a aproximação entre profissional e paciente permitindo a realização da assistência de dos encaminhamentos necessário de imediato (17). No Brasil, a tecnologia vem sendo descentralizada desde de 2006, com início nos Centro de Testagem e aconselhamento. Atualmente já estão disseminadas na atenção básica (18). Por ser uma nova tecnologia, existe uma escassez de estudos que identifiquem o perfil dos usuários da testagem rápida.

Frente à epidemia da aids no Brasil, particularmente em Porto Alegre, que é a capital brasileira com maior número de casos, delineou-se o presente estudo, com o objetivo de identificar a prevalência de HIV em usuários da testagem rápida e fatores associados à infecção pelo HIV. Ainda existe uma escassez de estudos que apontem as populações que buscam esta nova tecnologia de diagnóstico.

MÉTODOS

Tipo de estudo, variáveis exploratória e desfecho

Trata-se de uma pesquisa quantitativa com delineamento transversal. As variáveis exploratórias medidas correspondem a questões sociodemográficas, categoria de exposição e tópicos sobre comportamento e sexualidade. O desfecho do estudo é o resultado do teste rápido anti-HIV reagente ou não reagente.

População do estudo

O estudo englobou participantes de ambos os sexos de 18 a 70 anos. O cálculo amostral foi realizado no Software Winpepi® V 11.32. Para estimar a prevalência de resultados positivos de teste rápido anti-HIV, com uma proporção variável de 10 a 30%, um erro aceitável de 5%, e intervalo de confiança de 95%, seria necessária a inclusão até 369 sujeitos no estudo. Os critérios de inclusão contemplam aqueles critérios estabelecidos pelo serviço de saúde, ou seja, realização de teste anti-HIV e preenchimento de ficha de

informações de saúde no serviço. Os critérios de exclusão estabelecidos para este estudo são: idade inferior a 18 anos, devido às questões éticas e legais referentes à faixa etária citada; e ser gestante, devido ao número pequeno de encaminhamentos ao serviço, pela proposta de descentralização do diagnóstico que ocorre no município de Porto Alegre.

Fonte dos dados

As fontes de informação correspondem ao formulário de atendimento preenchido pelos usuários e profissionais que realizam o atendimento. O formulário utilizado é uma adaptação do documento oferecido pelo Ministério da Saúde usado para alimentar o Sistema de Informação para os Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA). Este estudo utilizou os dados secundários, oriundos do banco de dados do serviço de saúde. O banco de dados é alimentado com todas as questões que constam no formulário de atendimento dos pacientes. O banco de dados do serviço de saúde é um banco que foi estruturado no Programa Excel[®]. Para o presente estudo esse banco de dados foi transportado para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS[®]) versão 20. Para a minimização de erros metodológicos de digitação referente às informações disponibilizadas no banco de dados do serviço, 20% dos formulários do serviço foram conferidos por um pesquisador, essa conferência visou verificar se as informações assinaladas nos formulários pelos usuários do serviço correspondiam ao conteúdo digitado no banco de dados. O período do estudo foi de janeiro de 2012 a janeiro de 2014. O desenvolvimento do estudo ocorreu conforme a resolução 466/2013 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (19). O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal da cidade.

Análises Estatísticas

Os dados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS[®]) versão 20. Para a estatística descritiva, as variáveis categóricas serão expressas em número absoluto e percentual e as variáveis contínuas em média \pm desvio padrão. Comparações entre os grupos de desfecho (com resultado positivo e negativo para o teste anti-HIV) foram conduzidas por meio de teste de associação de Qui-quadrado de Pearson (ou teste exato de Fischer) para variáveis categóricas e do teste T-student para amostras independentes. Modelo de regressão de Poisson com estimador robusto foi utilizado para investigar os fatores associados à infecção pelo HIV. As razões de prevalência (RP) para cada categoria das variáveis exploratórias foram estimadas, tendo como referencia a categoria de menor risco

esperado. Para inclusão na modelagem, foram consideradas aquelas variáveis cuja razão de prevalência bruta apresentou valor p menor que 0,20 (19). A modelagem estimou as razões de prevalência para cada variável exploratória em um modelo de regressão que incluiu simultaneamente todas as variáveis, para se obter o ajuste simultâneo. Esse modelo foi utilizado para examinar o efeito independente de cada variável exploratória sobre o desfecho e, dessa forma, identificar os principais preditores do desfecho. Para as RP brutas e ajustadas, a estatística de Wald foi utilizada, considerando-se a significância estatística de 5% para considerar que a variável estava associada ao desfecho no modelo final (20).

RESULTADOS

O total de indivíduos que procuraram o serviço de referência para o teste anti-HIV foram 3183 indivíduos, desses 486 (15,3%) apresentaram resultado reagente para HIV no exame de teste rápido.

As características sociodemográficas dos usuários que buscaram o teste anti- HIV e as comparações estão descritas na Tabela 1. A média de idade dos participantes do estudo foi de $36,72 \pm 12,97$ anos e 2.216 (73,5%) indivíduos se declararam da cor branca. Na amostra estudada 1.921 (60,5%) eram do sexo masculino. Em relação à escolaridade, 1.653 usuários (59,2%) apresentaram mais de doze anos de estudo, o que representa um quantitativo de usuários com ensino superior incompleto ou completo, também foi verificado que 1,3% dos usuários não possuíam alfabetização, 5,1% possuía de 1 a 3 anos, 14,2% de 4 a 7 anos e 20,3% de 8 a 11 anos de estudo.

Não houve diferença de idade entre os grupos, a média de idade foi de $36,42 \pm 10,90$ anos nos reagentes e $36,78 \pm 13,30$ anos nos não reagentes para o HIV ($p=0,570$). Observou-se diferença estatisticamente significativa entre as proporções de brancos e não brancos; entre os reagentes havia 32,4% de não brancos e nos não reagentes o total de não brancos foi de 25,4% ($p=0,002$). Diferenças também foram observadas nas demais variáveis sociodemográficas. O sexo masculino representou 68,3% dos reagentes e 59,1% dos não reagentes ($p<0,001$). Quanto à escolaridade, as categorias de 12 a 14 anos ou acima de 14 anos de estudo, representaram nos reagentes 20,1% e 21,3%, e nos não reagentes 30,8% e 31,3% respectivamente ($p<0,001$).

As variáveis comportamentais e sexuais dos usuários que buscaram o diagnóstico do HIV e as comparações estão descritas na Tabela 2. Em relação à orientação sexual 382 (13,3%) eram homossexuais masculinos, 23 (0,8%) homossexuais femininos, 2386 (83,3%)

heterossexuais e 72 (2,5%) bissexuais. O uso de drogas ilícitas foi referido por 517 (17%) dos participantes e a ocorrência de infecções sexualmente transmissível foi referida por 487 usuários (16,6%). Em termos de tipo de relação, 917 (30,2%) mantinham relação fixa, 1017 (33,5 %) relações eventuais e 1.068 (35,1%) possuíam relações fixa e eventual. A prática de sexo por via anal foi verificada em 901 participantes (33,4%). Referente ao preservativo, 1.474 (77,5%) participantes não utilizavam preservativos com parceiros fixos e 1.073 não utilizavam preservativos com parceiro eventual (77,5%). Na amostra estudada, a procura pelo teste rápido ocorreu por: exposição sexual (55,7%); conhecimento da sorologia (34%); identificação de sintomas causados pelo vírus HIV (7,3%); exposição sanguínea (1,5%) e exames de rotina (1,5%). Teste anti-HIV prévio foi realizado por 1.241 sujeitos (40,4%).

Comparando reagentes com não reagentes, houve diferença nas proporções de homossexuais masculinos (28,5% versus 10,9%) e de bissexuais (20,3% versus 2,4%) ($p < 0,001$). O uso de drogas ocorreu em 31,2% dos reagentes e 14,7% dos não reagentes ($p < 0,001$). A ocorrência de IST foi de 36,4% entre reagentes e 13,4% entre os não reagentes ($p < 0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao tipo de relação existente ($p = 0,518$). No momento do diagnóstico, 51,9% dos reagentes praticavam sexo anal e 30,4% dos não reagentes realizavam a mesma prática ($p < 0,001$). O uso de preservativo com parceiro fixo foi relatado por 28,8% dos reagentes e 21,5% dos não reagentes ($p = 0,008$). O uso de preservativo com parceiro eventual foi relatado por 37,7% dos reagentes e 43,7% dos não reagentes ($p = 0,80$).

As características referentes à realização de outros exames e as comparações estão descritas na Tabela 3. Na amostra estudada, 25 pacientes apresentaram sorologia reagente para hepatite B (0,9%), 95 apresentaram sorologia reagente para hepatite C (3,5%) e 280 apresentaram sorologia reagente para sífilis (9,6%); 1.241 usuários já haviam realizado testes anti-HIV prévios (40,45) e 2.622 sujeitos realizaram o teste rápido anti-HIV pela primeira vez (87,3%).

Sorologia reagente para hepatite B foi mais frequente entre reagentes (2,6%) do que entre não reagentes (0,7%) ($p = 0,009$). Da mesma forma, sorologia reagente para hepatite C foi mais frequente entre reagentes (6,7%) do que entre não reagentes (3,1%) ($p = 0,005$). A ocorrência de sífilis foi quatro vezes maior entre reagentes do que entre não reagentes (30,1% versus 7,3%) ($p < 0,001$). Testes anti-HIV prévios foi realizado por 20,1% dos reagentes (20,1%) e por 43,9% dos não reagentes ($p < 0,001$). O teste rápido anti-HIV foi realizado pela primeira vez por 79,1% dos reagentes e 88,7% dos não reagentes ($p < 0,001$).

Dos 486 indivíduos que apresentaram resultados reagentes para o HIV, foi verificado neste estudo que 303 (62,3%) já sabia do seu diagnóstico previamente e 172 (35,4%) já fazia tratamento com antirretroviral (dados não apresentados em tabela).

Os modelos de Regressão de Poisson brutos e ajustado são apresentados na Tabela 5. A infecção pelo HIV foi 33% maior em não brancos (RP=1,33; IC95%: 1,03 – 1,73) e 35% maior no sexo masculino (RP=1,35; IC95%: 1,02 – 1,80). Em relação à escolaridade, maior número de anos de estudo foi utilizado como categoria de referência e, nesse sentido, quanto menos anos de estudo maior foi a prevalência de infecção pelo HIV ($p < 0,001$).

O efeito das seguintes variáveis sobre o desfecho, não se manteve estatisticamente significante: trabalho remunerado ($p = 0,212$), uso de drogas ($p = 0,108$) e teste reagente para hepatite C ($p = 0,248$).

A prática de sexo anal conferiu um risco de 1,63 vezes para a ocorrência de infecção pelo HIV ($p < 0,001$). A infecção pelo HIV foi 49% maior em indivíduos que apresentaram IST ao longo da vida (RP=1,49; IC95%: 1,12 – 2,01); 164% maior em indivíduos com hepatite b diagnóstica no mesmo momento (RP=2,64; IC95%: 1,43 – 4,88) e 141% maior em indivíduos com sífilis diagnosticada no mesmo momento (RP=2,41; IC95%: 1,79 – 3,25).

DISCUSSÃO

Atualmente 718 mil pessoas vivem com HIV/Aids no Brasil, a taxa de prevalência de HIV na população em geral encontra-se em 0,4 %. Nesse estudo foi encontrada uma prevalência elevada de resultados reagentes para o HIV. Mesmo sendo uma prevalência superior às taxas encontradas para a população geral, aproxima-se dos valores previstos para as populações-chave reconhecidas como mais vulneráveis. Considerando os possíveis contextos de vulnerabilidade e prevalências específicas, estima-se que na população de usuários de drogas injetáveis essa prevalência chegue a 5,9%, para homens que fazem sexo com outros homens seja de 10,5% e para os profissionais do sexo seja de 4,9% (5). Considerando-se que (I) o serviço onde ocorreu a pesquisa situa-se em local estratégico da cidade de Porto Alegre, (II) trata-se de um serviço de referência para grupos específicos como população de rua, (III) o serviço possibilita a vinculação ao tratamento imediatamente após o resultado e (IV) há uma amostra em que os contextos de vulnerabilidade supracitados se sobrepõem, uma elevada prevalência de resultados anti-HIV positivos era esperada.

Em relação às variáveis sociodemográficas, embora nesta pesquisa não tenha ocorrido diferença estatisticamente significante entre a idade e os grupos de resultado sabe-se que a

epidemia entre aqueles que apresentam mais de 30 anos segue em crescimento constante, principalmente nos homens que ocupam essa faixa etária (21).

A variável cor da pele é bastante criticada no Brasil, por sua inclusão recente nos grandes bancos de dados nacionais, pela não completude desse dado em pesquisas e maneira como é feita a classificação (22). Apesar disso, nesse estudo a classificação foi realizada pelo próprio sujeito que procurava o serviço, e foi encontrado um excesso de prevalência de 33% maior de infecção pelo HIV em não brancos. Em consonância com outros achados (23-24), foi identificado que quanto menos anos de estudo maior foi a razão de prevalências para a infecção pelo HIV. Esses dados evidenciam as desigualdades sociais em saúde (25) no país e o fenômeno conhecido como pauperização da epidemia da Aids (22).

Verificou-se uma razão de prevalência de 1,35 vezes no sexo masculino para o resultado positivo, nesse sentido, estudos nacionais que documentam que a maioria dos casos de HIV ocorre no sexo masculino (26,27).

Apesar do uso de drogas não se manter associado com a infecção pelo HIV na modelagem deste estudo, o percentual de uso de drogas entre os indivíduos com resultado reagente para o HIV foi o dobro do que entre os não reagentes. Outros estudos documentam essa associação (28,29). No Brasil, a prevalência de HIV entre usuários de drogas é superior a 5%, e por isso, são considerados integrantes da população-chave vista como mais vulnerável a infecção (5).

Já está claramente estabelecido o risco da infecção pelo HIV em cada via sexual, sendo a via anal a de maior risco, por apresentar uma mucosa mais frágil (30). Nesse estudo, a prevalência de infecção pelo HIV foi 62% maior em indivíduos com prática de sexo anal do que nos que não apresentaram esta prática. Embora a prática de sexo anal seja a forma predominante de via sexual entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH), esta prática também é realizada por heterossexuais. Nesse sentido, cabe ressaltar que a amostra deste estudo se constituiu predominantemente por indivíduos que se declararam heterossexual. Estes resultados apontam para a necessidade de uma intensificação nas recomendações da prática de sexo seguro independente da via (30).

Entre as vias de transmissão do vírus HIV, a via sexual é notoriamente a principal forma de infecção pelo vírus, responsável por mais de 75% dos casos de disseminação tanto no Brasil como nos Estados Unidos (31). Diante desse fato, torna-se relevante considerar que a presença de infecção sexualmente transmissível aumenta a suscetibilidade ao HIV (30-32), assim como aponta para a prática de sexo não segura ao longo da vida. Nesse estudo, a infecção pelo HIV foi 49% maior em indivíduos que apresentaram a ocorrência de IST em

algum momento da vida dos que naqueles que não apresentaram este problema de saúde, o que sustenta a hipótese de que a prática de sexo não seguro é um comportamento que se mantém durante a vida.

Neste estudo foi avaliado também os resultados de outros exames de testes rápido como hepatite B, C e sífilis, realizados simultaneamente ao teste anti-HIV. Embora a ocorrência de hepatite C não se mantido no modelo final como variável preditora para a ocorrência de infecção pelo HIV, os indivíduos com resultado positivo para o exame de hepatite B apresentaram 2,64 vezes mais prevalência de infecção pelo HIV do que aqueles com resultado negativo de hepatite B. Nesse sentido, vale ressaltar que a principal via de transmissão da hepatite B é o contato sexual (30), portanto, tendo em vista a prevalência de infecção pelo HIV encontrada neste estudo, uma razão de prevalências bastante superior de infecção pelo HIV entre sujeitos com resultado positivo para hepatite B já era esperada.

Indivíduos com resultado positivo no exame de sífilis apresentaram 2,41 vezes mais prevalência de infecção pelo HIV do que aqueles com resultado negativo para a sífilis. Apesar de ser esperada uma razão de prevalência maior de infecção pelo HIV entre sujeitos com teste rápido positivo para a sífilis (30), é relevante contextualizar que os testes rápidos utilizados para detectar a ocorrência de sífilis foram instituídos no Brasil, em 2011, devido aos elevados índices de transmissão vertical e morbimortalidade associados, e considerando-se ainda que se trata de uma doença com tratamento gratuito, de baixo custo e curável. Entretanto, estes testes utilizam metodologias treponêmicas, ou seja, são métodos de triagem que identificam a marcação sorológica, podendo indicar infecção previa ou atual. Para uma análise mais precisa, é necessária uma coleta venosa para a pesquisa laboratorial de sífilis com utilização de metodologias não treponêmicas (33).

Órgãos internacionais orientam o diagnóstico precoce e apontam os testes rápidos como o grande dispositivo de alcance desta meta (11). No que se refere à abrangência da testagem esse estudo apontou que mais de 80% da amostra realizaram o teste rápido pela primeira vez; comparando-se reagentes e não reagente para o HIV, observou-se que no grupo de reagentes havia maior percentual de indivíduos que já haviam realizado testes rápidos, o que possivelmente ocorra pela identificação de comportamentos de risco que ocasionam a infecção pelo HIV (34). Estimativas apontam que 80 % dos indivíduos com HIV sabem sua sorologia no país, existindo ainda um percentual de indivíduos que necessitam de rastreamento (5), em nosso estudo, encontramos que 62,3% já conheciam a sorologia positiva para o HIV.

As principais situações para o não uso de preservativo durante as práticas sexuais são: relações com um único parceiro, uso de outros métodos contraceptivos, uso de álcool antes da relação sexual, não ter o preservativo disponível no momento. De acordo com estudos desenvolvidos no Brasil, com jovens de 19 a 24 anos, o preservativo é utilizado em 80 % das relações com parceiros eventuais e 49% das relações com parceiros fixos (35-37). Nossos achados são bastante inferiores a estes índices. Nesse estudo, 68,6% dos indivíduos relataram práticas sexuais com parceiros eventuais (35,1% só mantinham relações eventuais e 33,5% mantinham relação fixa e relações eventuais). Quando questionado sobre o uso do preservativo, apenas 22,5% utilizavam preservativo nas relações fixas. Esse fato nos leva entender que existe uma imunidade imaginária representada nas relações que sugerem a presença de apenas um parceiro (38). O percentual de uso de preservativo nas relações fixas entre os infectados pelo HIV foi de 28,8%, o que possivelmente pode ser explicado pelo fato de muitos já saberem o diagnóstico previamente ao resultado do teste rápido (63%). O uso de preservativo com parceiro eventual atingiu a 42,9%. Consideram-se baixos estes percentuais, tendo em vista o discurso prescritivo que recebem nos serviços de saúde (34). Esses resultados quanto ao não uso do preservativo aponta um perfil de cuidado com a saúde e corroboram com as evidências mundiais quanto ao perfil da epidemia, de transmissão predominantemente sexual.

Um fato interessante foi verificar a presença de muitos indivíduos já conhecedores da sua sorologia (62,3%). Atribui-se a realização do exame de teste rápido anti-HIV por pessoas conhecedoras do seu diagnóstico pela oportunidade de acesso ao serviço de referência e o recebimento de um tratamento especializado. Nesse sentido, cabe ressaltar que já é reconhecido que pacientes com supressão viral considerável possam reduzir o seu potencial de transmissão, sendo este o principal fator para início da terapia antirretroviral precocemente, assim que descobre o diagnóstico ou quando a contagem de células CD4 é inferior a 500 células / ml. Outros motivos para início imediato de tratamento é a diminuição da morbidade e mortalidade, a prevenção da deterioração severa do sistema imunológico e diminuição dos custos com o tratamento de alta complexidade (39).

CONCLUSÕES

Observou-se, que o teste rápido anti-HIV é uma estratégia em expansão e em substituição ao modelo de testagem tradicional.

Foi encontrada elevada prevalência de infecção pelo HIV entre usuários que procuram o teste rápido anti-HIV. Os fatores associados à infecção pelo HIV identificados neste estudo

foram os seguintes: cor não branca, sexo masculino, baixa escolaridade, prática de sexo anal, ocorrência de IST durante a vida, resultado de teste rápido reagente para hepatite B e sífilis. O uso de drogas não se mostrou associado com a infecção pelo HIV na amostra estudada, embora esta prática tenha ocorrido duas vezes mais no grupo de sujeitos com diagnóstico da infecção pelo HIV.

Frente às questões discutidas, tornam-se evidente a estratégia do teste rápido anti-HIV como indispensável e eficaz no enfrentamento da epidemia do HIV no Brasil e no mundo. Espera-se que o diagnóstico precoce permita o tratamento oportuno e futuramente a interrupção na cadeia de transmissão (40).

REFERÊNCIAS

1. Brookmeyer R. Measuring the HIV/AIDS epidemic: approaches and challenges. *Epidemiol Rev* 2010; 32(1): 26-37.
2. Hin J. *The AIDS Pandemic Epidemic: The Collision of Epidemiology With Political Correctness*. Oxford, United Kingdom: Radcliffe Publishing Ltd; 2007.
3. UNAIDS. *Global Report: Unaid Report on the Global AIDS Epidemic 2013*; Geneva: 148 p. 2013.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization. *AIDS Epidemic Update: December 2007*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico Aids – DST*. Ano I, n.01 até semana epidemiológica 52^a, Brasília: dezembro de 2014
6. Guerreiro AC, Andretta IB, Bello SL, et al. Causes of hospital admission of AIDS patients in southern Brazil, 2007 to 2012. *Rev. Soe. Bras. Med. Trop* 2014; 47 (5): 632-636.

7. Pacheco AG, Durovni B, Cavalcante SC, Lauria LM, Moore RD, Moulton LH, et al. AIDS-Related Tuberculosis in Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE* 2008; 3(9): e3132. doi:10.1371/journal.pone.0003132.
8. Sood N, Wagner Z, Jaycicks, et al . Test-and-Treat in Los Angeles: A Mathematical Model of the Effects of Test-and-Treat for the Population of Men Who Have Sex With Men in Los Angeles County. *Clin Infect Dis*. 2013; 56 (12):1789-1796
9. Palella FJ, Deloria-Knoll M, Chmiel JS, et al. Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4+ cell strata. *Ann Intern Med* 2003; 138: 620-6.
10. Smith MK, Rutstein SE, Powers KA, Fidler S, Miller WC, Eron JJ Jr, Cohen MS. The detection and management of early HIV infection: a clinical and public health emergency. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013; 63 Suppl 2: S187-99.
11. World Health Organization, United Nations Children's Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Geneva, Switzerland: WHO; 2011. Progress report 2010.
12. Mavedzenge, Sue Napierala, Rachel Baggaley, and Elizabeth L. Corbett. "A review of self-testing for HIV: research and policy priorities in a new era of HIV prevention." *Clinical infectious diseases*. 2013; 57(1): 126-138.
13. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*. 2006; 20: 1447-50
14. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *JAIDS*. 2005; 39: 446-53.

15. Delaney KP, Branson BM, Uniyal A, S Phillips, Candal D, Owen SM, Kerndt PR. Avaliação das características dos seis testes de anticorpos de HIV rápidos de desempenho. *Clin Infect Dis*. 2011; 52: 257-63.
16. Lemos LMD, Gurgel RQ, Fabbro ALD.. Prevalence of infection with in unified health care system maternities. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(1): 32-36.
17. Kakalou E, Papastamopoulos V, Ioannidis P et al. Early HIV diagnosis through use of rapid diagnosis test (RDT) in the community and direct link to HIV care: a pilot project for vulnerable populations in Athens, Greece. *J Int AIDS Soc*. 2014; 17(4 Suppl 3):19619.
18. Silva O, Tavares LHL et al. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública, 2011. *Enfermagem em Foco*, v. 2.
19. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
20. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2ed. New York:Wiley, 2000. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(1): 32-36.
21. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde e sociedade*. 2010; 19(supl 2): 9-20,
22. Fry PH, Monteiro S, Maio, MC, Bastos FI, Santos RV. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(3): 497-507.
23. Martins TA et al. Testagem para HIV: Estratégia Para a Prevenção e o Controle da Epidemia. *Fisioterapia & Saúde Funcional*. 2014; 3(20): 3-5.

24. Gruner MF, Silva RM. Perfil epidemiológico de pacientes com HIV/AIDS em um hospital de referência: análise comparativa entre os anos de 1997 e 2001. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2005; 34(3): 63-79.
25. WHO. What are social determinants of health? Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/. Acesso em 06 julho 2015.
26. Reis RK et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2011; 20(3): 565-75.
27. Santos NJS et al. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2002; 5(3): 286-310.
28. Scivoletto S et al. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2o grau de São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 1999; 21(2): 87-94.
29. Andrade AG, Duarte PACAV, Oliveira LG. Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.
30. Vergara TRC, Barroso PF. Transmissão sexual do HIV. *Tendências em HIV/AIDS*. 2006; 1(4): 17-24.
31. Berrey MM, Shea T. Preventing the Sexual Transmission of HIV, the Virus that Causes AIDS. What you should Know about Oral Sex. *JAIDS*. 1997; 14(5): 475.
32. Schacker T et al. Frequent recovery of HIV-1 from genital herpes simplex virus lesions in HIV-1-infected men. *JAMA*. 1998; 280(1): 61-6.
33. Brasil. Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em

- situações especiais e apresenta outras recomendações. DOU Nº 1 de 02 de janeiro de 2012d. p. 50-52.
34. Teixeira LB. Saúde Sexual e Reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil. 2012. 247 f. Tese (Doutorado) - Curso de Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
 35. Ribeiro KCS, Silva J, Saldanha AAW. Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. *DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2011; 23(2): 84-9.
 36. Pinheiro TF, Calazans GJ, Ayres JRMC. Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids 2007-2011. *Temas em Psicologia*. 2013; 21(3): 815-36.
 37. Vieira EM et al. Alguns Aspectos do Comportamento e Prática Homens de sexo seguro EM sexuais do Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000; 16(4): 997-1009.
 38. Costa L, Rosa MI, Battisti IDE. Prevalence of condom use and associated factors in a sample of university students in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(6): 1245-50.
 39. Sewell J et al. Expanded blood borne virus testing in a tuberculosis clinic. A cost and yield analysis. *Journal of Infection*. 2014; 70(4): 317-23.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de usuários da testagem rápida anti-HIV, conforme resultado do teste, em Porto Alegre, 2012-2014.

Características	Todos	Resultado reagente para o HIV	Resultado não reagente para o HIV	P
Idade (anos)	36,72 ± 12,97	36,42 ± 10,90	36,78 ± 13,30	0,570 ^{***}
Cor da pele				0,002 ^{**}
Branca	2.216 (73,5%)	311 (67,5%)	1.905 (74,6%)	
Não branca	799 (26,5%)	149 (32,4%)	650 (25,4%)	
Sexo				<0,001 ^{**}
Masculino	1.921 (60,5%)	330 (68,3%)	1.589 (59,1%)	
Feminino	1.255 (39,5%)	154 (31,7%)	1.101 (40,9%)	
Escolaridade (anos)				<0,001 [*]
Nenhuma	36 (1,30%)	11 (2,70%)	25 (1,00%)	
1 a 3	142 (5,10%)	29 (7,10%)	113 (4,70%)	
4 a 7	398 (14,2%)	90 (22,1%)	308 (12,9%)	
8 a 11	567 (20,3%)	10 (26,7%)	458 (19,2%)	
12 a 14	818 (29,3%)	82 (20,1%)	736 (30,8%)	
Superior	835 (29,9%)	87 (21,3%)	748 (31,3%)	
Total	3.183 (100%)	486 (15,3%)	2.690 (84,7%)	

*Valor p associado ao teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de Qui-quadrado de Pearson.

**Teste Exato de Fischer.

*** Teste T-student.

Tabela 2 - Características comportamentais e sexuais de usuários da testagem rápida anti-HIV, conforme resultado do teste, em Porto Alegre, 2012-2014.

Características	Todos	Resultado reagente para o HIV	Resultado não reagente para o HIV	P
Orientação sexual				<0,001*
Homossexual masculino	382 (13,3%)	114 (28,5%)	268 (10,9%)	
Homossexual feminino	23 (0,80%)	5 (1,20%)	18 (0,70%)	
Bissexual	72 (2,5%)	567 (20,3%)	60 (2,4%)	
Heterossexual	2.386 (83,3%)	269 (67,2%)	2.117 (86,0%)	
Drogas				<0,001**
Sim	517 (17,0%)	134 (31,2%)	383 (14,7%)	
Não	2.517 (83,0%)	296 (68,8%)	2.221 (85,3%)	
IST				<0,001**
Sim	487 (16,6%)	148 (36,4%)	339 (13,4%)	
Não	2.453 (83,4%)	259 (63,6%)	2.194 (86,6%)	
Tipo de relação				0,518*
Fixa	917 (30,2%)	141 (30,9%)	776 (30%)	
Eventual	1.068 (35,1%)	167 (36,5%)	901 (34,9%)	
Fixo e eventual	1.017 (33,5%)	146 (30,9%)	872 (33,7%)	
Nenhum	38 (1,2%)	3 (0,7%)	35 (1,4%)	
Prática de sexo anal				<0,001**
Sim	901 (33,4%)	195 (51,9%)	706 (30,4%)	
Não	1795 (66,6%)	181 (48,1%)	1.614 (69,3%)	
Uso de preservativo com parceiro fixo				0,008**
Sim	428 (22,5%)	75 (28,8%)	353 (21,5%)	
Não	1.474 (77,5%)	185 (71,2%)	1.289 (78,5%)	
Uso de preservativo com parceiro eventual				0,080**
Sim	806 (42,9%)	93 (37,7%)	713 (43,7%)	
Não	1.073 (57,1%)	154 (62,3%)	919 (56,3%)	
Total	3.183 (100%)	486 (15,3%)	2.690 (84,7%)	

* Valor p associado ao teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de Qui-quadrado de Pearson. ** Teste Exato de Fischer.

Tabela 3 - Características de exames de usuários da testagem rápida anti-HIV, conforme resultado do teste, em Porto Alegre, 2012-2014.

Características	Todos	Resultado reagente para o HIV	Resultado não reagente para o HIV	P*
Resultado Teste Rápido de Hepatite B				0,009
Reagente	25 (0,9%)	7 (2,6%)	18 (0,7%)	
Não reagente	2.697 (99,1%)	267(97,4%)	2.430 (99,3%)	
Resultado Teste Rápido de Hepatite C				0,005
Reagente	95 (3,5%)	19(6,7%)	76 (3,1%)	
Não reagente	2.639 (96,5%)	265 (93,3%)	2.374 (99,3%)	
Resultado Teste Rápido de Sífilis				<0,001
Reagente	280 (9,6%)	89 (30,1%)	191 (7,3%)	
Não reagente	2.631 (90,4%)	207(69,9%)	2.424 (92,7%)	
Testes anti-HIV prévios				<0,001
Sim	1.241 (40,4%)	91 (20,1%)	150 (43,9%)	
Não	1.831 (59,6%)	361 (79,9%)	1.470 (56,1%)	
Teste anti-HIV realizado pela 1ªvez				<0,001
Sim	2.622 (87,3%)	336(79,1%)	2.286 (88,7%)	
Não	381 (12,7%)	89 (20,9%)	292 (11,3%)	
Total	3.183 (100%)	486 (15,3%)	2.690 (84,7%)	

* Valor p associado ao teste de Exato de Fischer.

Tabela 4 - Fatores associados à infecção pelo HIV, em Porto Alegre, 2012-2014.

Características	RP Bruta (IC95%)*	RP Ajustada (IC95%)*
Cor da pele (autodeclarada)	0,002	0,031
Branca	Referência	Referência
Não branca	1,33 (1,11 – 1,58)	1,33 (1,03 – 1,73)
Escolaridade (anos)	<0,001	<0,001
> 14	Referência	Referência
Nenhuma	2,93 (1,72 – 4,98)	2,55 (1,14 – 5,68)
1 a 3	1,96 (1,33 – 2,86)	2,30 (1,42 – 3,73)
4 a 7	2,17 (1,65 – 2,84)	2,16 (1,46 – 3,21)
8 a 11	1,84 (1,42 – 2,39)	1,79 (1,24 – 2,59)
12 a 14	0,96 (0,72 – 1,28)	0,97 (0,65 – 1,45)
Sexo	<0,001	0,041
Feminino	Referência	Referência
Masculino	1,41 (1,18 – 1,68)	1,35 (1,02 – 1,80)
Uso de droga	<0,001	0,108
Não	Referência	Referência
Sim	2,20 (1,84 – 2,64)	1,28 (0,95 – 1,73)
Prática de sexo anal	<0,001	<0,001
Não	Referência	Referência
Sim	2,16 (1,81 – 2,58)	1,63 (1,26 – 2,14)
Ocorrência de IST	<0,001	0,007
Não	Referência	Referência
Sim	2,87 (2,41 – 3,43)	1,49 (1,12 – 2,01)
Resultado teste rápido Hepatite B	<0,001	0,002
Negativo	Referência	Referência
Positivo	2,83 (1,49 – 5,35)	2,64 (1,43 – 4,87)
Resultado teste rápido Hepatite C	0,001	0,248
Negativo	Referência	Referência
Positivo	1,99 (1,31 – 3,02)	1,60 (0,88 – 2,92)
Resultado teste rápido Sífilis	<0,001	<0,001
Negativo	Referência	Referência
Positivo	4,04 (3,25 – 5,01)	2,41 (1,79 – 3,25)

* Estimação pelo modelo de Regressão de Poisson com variação robusta e utilização do valor p pela estatística de Wald, com nível de significância de 5%.