

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



**ESTUDO LONGITUDINAL SOBRE A CONTINUIDADE DO CUIDADO APÓS O
DIAGNÓSTICO DE HIV EM PORTO ALEGRE: CONTRIBUIÇÕES PARA REDUZIR AS
DESIGUALDADES DE GÊNERO**

BÁRBARA KAYSER FASSINA

**PORTO ALEGRE
2021**

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



**ESTUDO LONGITUDINAL SOBRE A CONTINUIDADE DO CUIDADO APÓS O
DIAGNÓSTICO DE HIV EM PORTO ALEGRE: CONTRIBUIÇÕES PARA REDUZIR AS
DESIGUALDADES DE GÊNERO**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Graduanda: Bárbara Kayser Fassina

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira

PORTO ALEGRE

2021

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CD4 – *Cluster of differentiation 4*
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CV – Carga viral
HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida
VIH - vírus da Imunodeficiência Humana
PVHIV – Pessoas Vivendo com HIV/Aids
SAE – Serviço de atendimento especializado
SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
TARV – Terapia Antirretroviral
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNAIDS – United Nations Program on HIV/Aids
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

Introdução: Após o diagnóstico da infecção pelo HIV/Aids, o tratamento antirretroviral deve ser iniciado e o cuidado deve passar a ser contínuo na rede de saúde. Contudo, existem barreiras sociais, econômicas, raciais e de gênero geradoras que contribuem para a epidemia. Monitorar as diferenças pode ser útil na redução de desigualdades.

Objetivo: Apresentar o monitoramento clínico em 6 e 12 meses após o diagnóstico, na perspectiva da continuidade do cuidado, identificando possíveis desigualdades de gênero.

Métodos: Trata-se de um estudo longitudinal, no período de 2018 a 2020 que acompanhou diagnosticados por 6 e 12 meses. Foram coletadas informações sociodemográficas e de saúde e comparados homens e mulheres em relação a este perfil. Foi verificada a data da primeira retirada da terapia antirretroviral (TARV) e os exames clínicos de CD4 e carga viral, que foram categorizados. Os dados foram coletados em um SAE, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no Sistema de Informação de Exames Laboratoriais e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos. Foi utilizada estatística descritiva e comparações entre o perfil de homens e mulheres foi realizada por meio do teste de qui-quadrado de Pearson ou Fisher. **Resultados:** Foram acompanhadas 259 pessoas por 6 e 12 meses. Destas, 74,9% do sexo masculino e a média de idade foi de $36,35 \pm 12,17$ anos. Somente 17% conseguiu realizar a primeira retirada de TARV em até 30 dias após o diagnóstico. Havia um maior percentual de mulheres com maior CD4. As variáveis que diferiram estatisticamente entre homens e mulheres foram escolaridade ($p=0,026$), uso de drogas ($p=0,05$) e tipo de parceiro ($p=0,012$), evidenciando maior percentual de pessoas com ensino superior nos homens. O percentual de pessoas com $CD4 \geq 350$ células/mm³ foi maior entre as mulheres no diagnóstico, aos 6 e 12 meses. **Conclusão:** Foi identificado diferenças no perfil de homens e mulheres que podem influenciar o cuidado contínuo em HIV, especialmente em relação à escolaridade. Contudo, as mulheres apresentaram maiores percentuais de CD4 em todos os tempos, indicando melhor perfil de cuidado.

Palavras-chaves: HIV/Aids; monitoramento; gênero.

ABSTRACT

Introduction: After the diagnosis of HIV/Aids infection, antiretroviral treatment must be started and care must be continuous in the health network. However, there are social, economic, racial and gender-generating barriers that contribute to the epidemic. Monitoring differences can be helpful in reducing inequalities. **Objective:** To present clinical monitoring at 6 and 12 months after diagnosis, from the perspective of continuity of care, identifying possible gender inequalities. **Methods:** This is a longitudinal study, from 2018 to 2020, which followed diagnosed patients for 6 and 12 months. Sociodemographic and health information was collected and men and women were compared in relation to this profile. The date of the first withdrawal of antiretroviral therapy (ART) and the clinical tests for CD4 and viral load were verified, which were categorized. Data were collected in a SAE, in the Information System for Notifiable Diseases, in the Information System for Laboratory Tests and in the Drug Logistics Control System. Descriptive statistics were used and comparisons between the profile of men and women were performed using the chi-square test of Pearson or Fisher. **Results:** 259 people were followed for 6 and 12 months. Of these, 74.9% were male and the mean age was 36.35 ± 12.17 years. Only 17% managed to perform the first withdrawal of ART within 30 days after diagnosis. There was a higher percentage of women with higher CD4. The variables that differed statistically between men and women were education ($p=0.026$), drug use ($p=0.05$) and type of partner ($p=0.012$), showing a higher percentage of people with higher education among men. The percentage of people with $CD4 \geq 350$ cells/mm³ was higher among women at diagnosis, at 6 and 12 months. **Conclusion:** Differences in the profile of men and women were identified that can influence ongoing care for HIV, especially in relation to education. However, women had higher percentages of CD4 at all times, indicating a better care profile.

Keywords: HIV/AIDS; monitoring; genre.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVOS	09
2.1. Objetivo Geral	09
2.2. Objetivos específicos	09
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1. Epidemiologia e diferenças entre homens e mulheres	10
3.2. O cuidado contínuo em HIV e o monitoramento	12
4 METODOLOGIA	16
4.1. Problema de pesquisa	16
4.2. Tipo de estudo	16
4.3. População e amostra	16
4.4. Campo do estudo	16
4.5. Coleta de dados e variáveis	17
4.6. Processamento e análises dos dados	18
4.7. Considerações éticas	19
5 RESULTADOS	20
5.1 Resultados da amostra geral	20
5.2 Resultados por subgrupo	24
6 DISCUSSÃO	28
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS E APÊNDICES	37
ANEXO 1 – Ficha de notificação AIDS	37
APÊNDICE 1 – Termo de compromisso para utilização de dados	39
ANEXO 2 – Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa	40

1 INTRODUÇÃO

A epidemia de Aids caracteriza um significativo problema de saúde pública mundial. Estatísticas globais contabilizaram 77,5 milhões [56 milhões - 110 milhões] de pessoas infectadas pelo HIV até o final de 2019 (UNAIDS, 2021). No Brasil, registrou-se 1.011.617 casos de Aids, de 1980 a junho de 2020, com uma média anual de 39 mil novos casos nos últimos cinco anos. De 2007 a junho de 2020, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 342.459 casos de infecção pelo HIV no Brasil. Porto Alegre se destacam em termos de taxa de detecção de Aids e coeficiente de mortalidade. Em 2019 essa taxa em Porto Alegre foi de 58,5 casos/100 mil habitantes, uma taxa 3,3 vezes maior que a taxa do Brasil, e apresentou o maior coeficiente de mortalidade, com 22 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2020).

O HIV/Aids tem aspectos muito singulares, pois é um problema infeccioso que se cronifica ao longo do tempo, exigindo necessidade de tratamento e cuidado contínuo. O acesso aos medicamentos evita desfechos negativos como doenças oportunistas, permite melhor qualidade de vida e impacta sobre a mortalidade. No entanto, um dado atual mostrou que até o final de 2020, somente 27,4 milhões [26,5 milhões-27,7 milhões] de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral (TARV) (UNAIDS, 2021). Além do acesso aos medicamentos, outros aspectos importantes são o acesso aos serviços de saúde, e a continuidade de cuidados nos serviços. Em relação ao tratamento, o abandono parece ser um problema frequente (MELLO et al, 2020). Esses aspectos justificam a necessidade de um monitoramento de pessoas diagnosticadas, pois sem um monitoramento, fica difícil que o serviço de saúde possa identificar flutuações em relação ao tratamento, como por exemplo, ciclos de abandono e retomada da TARV.

Este trabalho apresenta um monitoramento de cuidado, a partir da identificação de um resultado de teste anti-HIV positivo e se estende por até 12 meses após o diagnóstico. Como marcadores de cuidado são apresentados: (i) o tempo entre diagnóstico e a primeira retirada de medicamentos, e (ii) indicadores clínicos relacionados aos processos de cuidado, que são os exames de controle de carga viral (CV) e *Cluster of differentiation* 4 (CD4) (BRASIL, 2018a; 2018b). Os dados são apresentados com recorte por sexo. A intenção, é que o estudo possa contribuir

identificando diferenças e semelhanças entre homens e mulheres, para que, em consonância com a proposta da UNAIDS, se consiga reconhecer e enfrentar as desigualdades, visando acabar com a Aids até 2030. Essa proposta baseia-se no reconhecimento de que existem barreiras sociais, econômicas, raciais e de gênero — que incluem leis punitivas, políticas e práticas, estigma e discriminação com base na sorologia para o HIV, orientação sexual e identidade de gênero, e outras violações dos direitos humanos — que criam e aprofundam as desigualdades que colaboram com a pandemia de HIV (UNAIDS, 2021).

Para este trabalho, é importante resgatar os conceitos de “sexo” e “gênero”, onde, de uma forma muito operacional, “sexo” se refere às categorias inatas do ponto de vista biológico, ou seja, algo relacionado com feminino e masculino; o “gênero” diz respeito aos papéis sociais relacionados com a mulher e o homem (NOHARA, 2016). Consideramos importante registrar que esta é uma definição muito operacional, pois sabemos que existe uma vasta literatura sobre o tema, e que Butler (2000), apresenta uma grande argumentação de que o sexo não é natural, mas é ele também discursivo e cultural como o gênero. Como este é um trabalho epidemiológico, uma definição operacional precisou ser utilizada, e será resgatada na metodologia. Nesta perspectiva, destacamos que na ausência de informações sobre gênero, este estudo utilizou informações sobre sexo para discutir a equidade de gênero relacionada ao HIV/Aids, pois o gênero pode interferir sobre os cuidados em saúde visto que as relações que se estabelecem entre masculino e feminino no âmbito social apresentam repercussões para o estado de saúde e para o acesso e utilização dos serviços de saúde. Além disso, as expectativas de gênero variam de uma cultura para outra e podem mudar ao longo do tempo. Assim, o conceito de gênero pode ser empregado também como uma categoria política para analisar a questão da igualdade e da diferença, apontando para uma nova perspectiva de interpretação e transformação da realidade social (OPAS, 2021).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apresentar o monitoramento clínico em 6 e 12 meses após o diagnóstico, na perspectiva da continuidade do cuidado, identificando possíveis desigualdades de gênero.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Comparar o perfil sociodemográfico e de saúde das pessoas com diagnóstico de HIV conforme o sexo;
- ✓ Identificar e comparar o percentual de homens e mulheres que já sabiam do diagnóstico previamente;
- ✓ Apresentar os diferentes tempos entre diagnóstico e primeira retirada de medicamento, para homens e mulheres;
- ✓ Descrever o perfil clínico (CD4 e CV) aos 6 e 12 meses para homens e mulheres;
- ✓ Contribuir para a discussão sobre redução de desigualdades de gênero relacionadas aos cuidados para pessoas vivendo com HIV.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Epidemiologia e diferenças entre homens e mulheres

Em 2019, foi estimado 1,7 milhão [1,2 milhão - 2,2 milhões] de novas infecções por HIV. Cerca de 5 mil jovens mulheres entre 15 e 24 anos de idade são infectadas por HIV semanalmente. Na África subsaariana, seis em cada sete novas infecções entre adolescentes de 15 a 19 anos estão entre meninas. As mulheres jovens entre 15 e 24 anos têm o dobro da probabilidade de estarem vivendo com o HIV do que os homens jovens. Em 2020, mulheres e meninas foram responsáveis por aproximadamente 50% de todas as novas infecções por HIV em 2020. Na África subsaariana, as mulheres e meninas foram responsáveis por 63% de todas as novas infecções por HIV (UNAIDS, 2021).

No Brasil, de 1980 a junho de 2020, registrou-se 1.011.617 casos de Aids, com uma média anual de 39 mil novos casos nos últimos cinco anos. De 2007 a junho de 2020, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 342.459 casos de infecção pelo HIV no Brasil. Em relação à taxa nacional de detecção de Aids nos últimos anos, observa-se queda. Em 2011, essa taxa foi de 22,2 casos por 100 mil habitantes, e em 2019, chegou a 17,8 casos por 100 mil habitantes. No caso de Porto Alegre, em 2019 a taxa foi de 58,5 casos/100 mil habitantes, o que representa mais do que o dobro da taxa do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2020).

Quanto à mortalidade padronizada, ocorreram 4,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2019 no Brasil e, neste mesmo ano, 11 Unidades Federativas apresentaram coeficiente superior à nacional, estando o RS entre elas. Entre as capitais, o maior coeficiente de mortalidade foi em Porto Alegre, com 22 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2020). Uma elevada taxa de mortalidade, indiretamente, nos remete a pensar em falhas dos processos de cuidado, uma vez que temos comprovação científica dos benefícios da TARV em melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e reduzir taxas de mortalidade.

Em relação ao sexo, algumas questões precisam ser consideradas, como por exemplo, a diminuição da razão de sexos ao longo dos anos, que fez com que observássemos um aumento da vulnerabilidade das mulheres ao HIV nas relações

heterossexuais. Essa vulnerabilidade aumentada tem sido documentada em diferentes estudos, e na dinâmica dos relacionamentos heterossexuais, ela se deve, em grande parte, em mulheres aceitarem as condições relacionadas à vida sexual, impostas pelos parceiros, apresentando dificuldade em negociar o uso do preservativo, especialmente quando dependem financeiramente destes parceiros. Ou seja, a vulnerabilidade feminina ao HIV remete às formas como homens e mulheres se relacionam em nossa sociedade e como as mulheres são vistas em relação aos papéis de gênero. Assim, enxergamos que a vulnerabilidade feminina é multifatorial, pois afeta o campo biológico e campo estrutural, pois há dimensões no âmbito individual que se refere ao comportamento que a deixa suscetível ao adoecimento e a sua capacidade de controlá-lo (MNCP, 2019). Podemos analisar diante desta realidade que no período de 2007 a junho de 2020, foi notificado no SINAN um total de 237.551 (69,4%) casos de infecção pelo HIV em homens e 104.824 (30,6%) casos de infecção pelo HIV em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2019 foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez mulheres (BRASIL, 2020).

Em relação aos casos de Aids no Brasil, no período de 2002 a 2009, a razão de sexos, manteve-se em 15 casos em homens para cada dez casos em mulheres, em média. No entanto, a partir de 2010, observa-se um aumento na razão de sexos, que chegou a 23 casos de Aids em homens para cada dez casos em mulheres em 2017, razão que se manteve em 2018 e em 2019. A razão de sexos apresenta diferenças importantes por regiões, apesar de, em todas elas, haver um predomínio de casos em homens. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, a razão de sexos, em 2019, foi de 26 e 27 casos em homens para cada dez casos em mulheres, respectivamente. Por sua vez, nas regiões Norte e Nordeste, no mesmo ano, a razão de sexos foi de 23 casos em homens para cada dez casos em mulheres, enquanto na região Sul houve uma maior proporção de mulheres no total de casos de Aids: a razão de sexos foi de 18 homens para cada dez mulheres (BRASIL, 2020). Ou seja, apesar de haver uma velocidade de crescimento maior entre as mulheres, na razão de sexos, os homens permanecem como os mais atingidos.

Contudo, como a vulnerabilidade feminina é acentuada, ela precisa ser discutida e considerada nos processos de cuidados. Em relação a esta questão, têm-se também

o aumento na taxa de detecção de HIV em gestantes, pois em função da recomendação de teste HIV no pré-natal, essa passa a ser um importante momento de diagnóstico para muitas mulheres. Em um período de dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2009, registraram-se 2,3 casos/mil nascidos vivos e, em 2019, essa taxa passou para 2,8/mil nascidos vivos. Porto Alegre é a capital com a maior taxa de detecção, atingindo em 2019 a taxa de 17,6 casos/mil nascidos vivos, uma taxa seis vezes maior que a taxa nacional e quase duas vezes maior que a taxa do estado do Rio Grande do Sul (9,0) (BRASIL, 2020).

Apesar da vulnerabilidade feminina, em termos de mortalidade, os homens permanecem sendo a maioria, o que também é um ponto importante a ser investigado em termos de cuidados. Há evidências de que os homens vão aos estabelecimentos de saúde com menos frequência do que as mulheres, fazem menos exames e são diagnosticados mais tardiamente que as mulheres em condições que já representam risco de vida (GOMES et. al, 2007). Uma das possíveis explicações para esta questão é o estigma, que pode trazer uma série de consequências comportamentais, refletindo negativamente na vida dos indivíduos, e pode ser traduzido em barreiras para o acesso aos serviços públicos de saúde. Conforme o Ministério da Saúde, do total de óbitos por Aids registrados no Brasil no período entre 1980 e 2019 (n=349.784), 70,4% ocorreram entre homens (n=246.091) e 29,6% entre mulheres (n=103.558). A razão de sexos observada em 2019 foi de dois óbitos entre homens para cada óbito entre mulheres, taxa que vem apresentando comportamento linear desde 2003 (BRASIL, 2020). É provável, portanto, que os homens apresentem menor adesão ao tratamento, com menores percentuais de taxas de supressão viral e carga viral indetectável. Estas questões foram exploradas em nosso trabalho.

3.2 O cuidado contínuo em HIV e o monitoramento

O cuidado contínuo em HIV se inicia no diagnóstico. Toda a pessoa que apresenta comportamento de risco deve se testar com regularidade. O diagnóstico precoce, o tratamento no tempo certo e a adesão ao tratamento e recomendações de saúde, previnem o surgimento de doenças oportunistas e permitem maior qualidade de vida. O diagnóstico da infecção pelo HIV é realizado a partir da coleta de sangue ou por

fluido oral. No Brasil, há exames laboratoriais e testes rápidos, que detectam os anticorpos contra o HIV em cerca de 30 minutos. Em todos os casos, a infecção pelo HIV pode ser detectada em, pelo menos, 30 dias a contar da situação de risco (período de janela imunológica). Esses testes são realizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) (UNAIDS, 2021).

Nesses centros, além da coleta e da execução dos testes, há um processo de aconselhamento, para facilitar a correta interpretação do resultado pelo(a) usuário(a). Os exames podem ser realizados de forma anônima e em Porto Alegre há Serviços de Atendimento Especializado (SAE), que buscam promover a equidade e o acesso ao aconselhamento, testagem, diagnóstico, tratamento, informação e prevenção de doenças transmissíveis junto à população. Esses serviços têm como objetivo oferecer atendimento médico com resolutividade diagnóstica, tratamento e acompanhamento aos diagnosticados, além de assistência psicossocial aos pacientes e familiares após o diagnóstico.

Sabemos que, infelizmente, o Sistema de Informação de Mortalidade também é fonte de notificação (BRASIL, 2020). Neste sentido, precisaríamos de mais campanhas que sensibilizassem as pessoas para o diagnóstico. E, assim, a articulação das ações de vigilância em saúde com a atenção à saúde, produziria de um sistema de saúde organizado em rede e pautado nos princípios que regem o SUS: a universalidade, a integralidade e equidade. Doenças como HIV/Aids, Sífilis, Hepatites Virais e Tuberculose são mais prevalentes em grupos específicos, que muitas vezes, estão excluídos de políticas públicas e políticas de saúde, ou apresentam dificuldade de acesso ao sistema de saúde. O desconhecimento do diagnóstico impossibilita o cuidado contínuo nos serviços de saúde.

Desde o surgimento do tratamento antirretroviral (TARV), a Aids tem sido considerada uma doença crônica, em função da melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde das pessoas que vivem com HIV em uso de TARV. O uso correto dessas medicações tem possibilitado suprimir a replicação do vírus e restaurar parcialmente o sistema imunológico das pessoas que vivem com HIV, levando à redução das complicações relacionadas à Aids (BRASIL, 2021).

O início de TARV de forma precoce logo após o diagnóstico, independentemente de condições clínicas, tem se mostrado benéfico para a saúde das pessoas que vivem com HIV. Entretanto, a adesão à medicação antirretroviral tem sido um dos principais desafios no cuidado de pessoas vivendo com HIV no mundo e no Brasil. Especificamente, entre as mulheres, há evidência de que a adesão à TARV e as taxas de continuidade do tratamento diminuem (MEDEIROS et al, 2021).

Em 2014, o UNAIDS anunciou as metas 90-90-90 com o objetivo de pôr fim a epidemia de Aids no planeta. Estas metas preconizavam que 90% de todas as pessoas vivendo com HIV soubessem seu status sorológico, 90% das pessoas diagnosticadas recebessem TARV de forma contínua e aderente, e que 90% destas pessoas atingissem carga viral (CV) indetectável até 2020. Quando essa meta fosse atingida, estimava-se que mundialmente, 73% das pessoas vivendo com HIV atingiriam a supressão viral (UNAIDS, 2014; 2015). Para atingir estas metas, criou-se uma ferramenta de monitoramento, que consiste em um gráfico chamado de cascata do cuidado contínuo em HIV. A cascata visa medir pontos ou momentos de cuidado na rede assistencial, para monitorar se é possível ou não atingir estas metas. Nós não atingimos as metas, mas a ferramenta cascata do cuidado passou a ser mais utilizada como uma forma de monitorar e compreender o que acontece com um determinado grupo de pessoas que ingressam os cuidados na rede de saúde (BRASIL, 2018a).

Atualmente, o UNAIDS apresenta outra estratégia para acabar com a Aids até 2030, que é o enfrentamento das desigualdades (UNAIDS, 2021). Este estudo utilizou estes dois conceitos do UNAIDS, pois se entende que é a partir de dados do monitoramento do cuidado a determinados grupos, que um serviço de saúde pode propor melhorias assistenciais aos seus usuários, de forma a reduzir desigualdades de acesso e de cuidado em saúde. No entanto, a ferramenta da cascata não foi utilizada, e sim um monitoramento de 6 e 12 meses para avaliar continuidade de cuidado.

Tem se evidenciado que a descontinuidade do tratamento de HIV leva ao aumento significativo de CV e diminuição da contagem de linfócito CD4, aumentando o risco de mortalidade das pessoas que vivem com HIV. Assim, tem-se buscado avaliar e compreender fatores que favorecem a descontinuidade do tratamento de HIV. E geralmente, está relacionada ao estigma já vivido ao revelar o diagnóstico. Por isso, ao

não expor sua sorologia para pessoas da família, geralmente a rede de apoio social das mulheres é bastante limitada, dificultando que possam ser auxiliadas nas diversas tarefas, que incluem trabalho, escola, cuidados com sua saúde e a do bebê. A literatura tem apontado também que o uso de álcool, a depressão pós-parto, o baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade, além das questões sociodemográficas como idade e raça, podem impor barreiras de acesso aos serviços de saúde, impossibilitando ou dificultando a adesão dessas mulheres (MEDEIROS et al, 2021).

Em Porto Alegre, Mocellin (2016) destaca que dentre os parâmetros que podem estar associados a alta taxa de mortalidade relacionada à Aids têm-se o acesso tardio ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV, e as desigualdades na oferta e na qualidade da prestação de serviços. Em 2012, Júnior e colaboradores já destacavam que os significados sociais da masculinidade e da feminilidade que influenciavam estruturalmente o plano das relações afetivo sexuais, em geral, e a prevenção do HIV/Aids, em específico, evidenciando que no modelo de masculinidade hegemônica - que tem como marcas identitárias à heterossexualidade compulsória, as relações hierárquicas e opressoras de gênero - os homens heterossexuais historicamente concebidos como não vulneráveis ao HIV tornam-se suscetíveis à contaminação a partir da incorporação desse modelo (JÚNIOR et al, 2012).

A partir do que foi apresentado sobre diferenças de cuidados entre homens e mulheres desde o diagnóstico até a adesão aos cuidados, este estudo utilizou a variável sexo para compreender possíveis diferenças ou similaridades de cuidado relacionadas ao gênero, pois a desigualdade de gênero limita o acesso aos serviços de saúde de qualidade e contribui para taxas de morbidade e mortalidade que são evitáveis em mulheres e homens ao longo da vida. Além disso, os papéis de gênero também afetam os resultados de obtenção da saúde, do bem-estar físico, mental e social das pessoas (OPAS, 2021).

4 METODOLOGIA

4.1 Problema de pesquisa

Este é um trabalho de conclusão que está aninhado a uma pesquisa de maior amplitude, em que a descontinuidade do cuidado às PVHIV se constituiu como um problema de pesquisa (WINKLER, 2021). Para este trabalho, a variável sexo foi utilizada como um *proxy* para a discussão de gênero.

4.2 Tipo de Estudo

Neste estudo foi utilizada uma abordagem quantitativa, onde o tipo de estudo foi epidemiológico, observacional, longitudinal e analítico, caracterizado como uma coorte retrospectiva (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2013).

4.3 População e Amostra

População é um conjunto completo de pessoas que apresentam um determinado universo de características, e a amostra é um subconjunto da população, sendo essencial definir os critérios de inclusão e exclusão dessa amostra. A população desse estudo foram os usuários da rede pública de saúde que realizaram o teste rápido anti-HIV com resultado positivo, na cidade de Porto Alegre. A amostra foi composta por usuários que realizaram o teste rápido anti-HIV com resultado positivo, em um Serviço de Atenção Especializada da cidade de Porto Alegre, no período de 2018 a 2020.

Os critérios de inclusão compreenderam os critérios estabelecidos pelo serviço de saúde, isto é, realização de teste anti-HIV e o preenchimento de ficha de informações de saúde no serviço. O critério de exclusão estabelecido para este estudo é idade inferior a 18 anos, por questões éticas e legais referentes à faixa etária.

4.4 Campo do estudo

O estudo foi desenvolvido em um Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) que integra a rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Este serviço de saúde iniciou o processo de testagem rápida anti-HIV no ano de 2010.

4.5 Coleta dos dados e variáveis

Neste trabalho foi utilizado a metodologia de linkage de bases de dados. Logo, a logística do estudo não envolveu nenhum contato com usuários do serviço de saúde. As etapas de busca de dados estão sintetizadas no quadro 1.

A etapa 1 foi a limpeza da base inicial de investigação, que contém o registro de usuários que realizaram o teste rápido no serviço (identificação dos testes com resultado positivo). A etapa 2 competiu pela busca destes usuários no SINAN HIV/Aids para extração das informações sociodemográficas e clínicas do momento do diagnóstico. A etapa 3 envolveu a extração de valores dos exames clínicos de acompanhamento no SISCEL. A etapa 4 envolveu a identificação da primeira retirada de medicamentos ao longo do período no SICLOM. A etapa 5 envolveu a verificação do óbito.

Quadro 1 – Etapas do Estudo, bases de dados utilizadas e extração de informações.

Etapa	Bancos de Dados e período	Extração de informações
1	Dados do serviço	Identificação dos testes com resultado positivo.
2	SINAN HIV/AIDS	Extração de informações sociodemográficas (ANEXO 1).
3	SISCEL	Extração de resultados de exames clínicos (CD4 e carga viral).
4	SICLOM	Localização de data da primeira retirada de medicamentos.
5	SIM	Extração de dados de óbitos.

Fonte: a autora.

Variáveis do estudo

As variáveis do estudo correspondem aos dados para o perfil sociodemográfico, obtidos pelos registros do serviço de saúde e da ficha de notificação (ANEXO 1). Em relação a estas variáveis, parceiro sexual, contou com 3 categorias (parceiro fixo, eventual e sem parceiro); orientação sexual que contou com 3 categorias (heterossexual, homossexual e bissexual); e a variável escolaridade contou com 6 categorias - ensino fundamental incompleto (EFI), ensino fundamental completo (EFC),

ensino médio incompleto (EMI), ensino médio completo (EMC), ensino superior incompleto (ESI) e ensino superior completo (ESC). A variável raça/cor foi categorizada em branca, preta ou parda, amarela ou indígena.

Em relação aos exames clínicos, temos CD4 e carga viral coletados logo após o diagnóstico, 6 e 12 meses após. As células CD4 são as células mais importantes do sistema imunitário. O nosso sistema imunitário protege nosso organismo de infecções e doenças. A contagem dessas células CD4 representa quantas células estão presentes no organismo. Assim, quanto maior o número dessas células em nosso organismo, melhor (BRASIL, 2018b). A contagem de CD4 foi categorizada em 3 grupos: ≤ 200 células/mm³, entre 201 e 349 células/mm³ e ≥ 350 células/mm³. Já a carga viral mede a quantidade de vírus da imunodeficiência humana (VIH) e o ideal é ter o menor número possível, para chegar ao estágio de indetectável, quando a pessoa é considerada intransmissível. A carga viral foi categorizada em CV indetectável (<50 cópias/mL), CV suprimida (51-1.000 cópias/ml), CV baixa (1.001-10.000 cópias/mL) e CV alta (≥ 10001 cópias/mL).

A data da primeira dispensação de TARV foi obtida no SICLOM, e, posteriormente foi calculada a diferença de tempo em dias, a partir da data da testagem. E com isso, foram definimos os intervalos de até 15 dias, entre 16 e 30 dias, entre 31 e 60 dias, entre 61 e 90 dias e acima de 90 dias.

4.6 Processamento e análise dos dados

O banco de dados do serviço de saúde é um banco que foi estruturado no Programa Excel®. Para este estudo esse banco de dados foi transportado para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 20 para a confecção da base de dados do estudo. As análises estatísticas foram realizadas no SPSS. Estatística descritiva foi utilizada para apresentar o perfil da amostra geral e por sexo. As variáveis CD4, CV e tempo entre diagnóstico e primeira retirada de medicamentos são variáveis contínuas que foram categorizadas. A variável idade foi a única que permaneceu como contínua, e apresentou distribuição normal, portanto, é apresentada por média \pm desvio padrão. Comparações de homens e mulheres ocorreram por meio do teste de qui-quadrado de Pearson ou Fisher (variáveis

categóricas), com nível de significância de 5%.

4.7 Considerações éticas

Este estudo foi planejado respeitando os preceitos éticos da Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares, que estabelece normas para pesquisa com seres humanos, e determina o anonimato e a privacidade dos pesquisados (BRASIL, 2013).

O estudo previu a exposição dos usuários a riscos mínimos. Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as autoras comprometeram-se a garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, assinando o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (APÊNDICE 1).

O projeto de maior amplitude foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (ANEXO 2).

5 RESULTADOS

Os resultados deste trabalho estão divididos em dois tópicos apresentados a seguir. O primeiro apresenta a caracterização da amostra geral através de gráficos. O segundo tópico apresenta uma caracterização e comparação mais detalhada por sexo, visando atingir os objetivos do trabalho.

5.1 Resultados da amostra geral

A amostra deste estudo foi composta por 259 pessoas que estiveram em um SAE de Porto Alegre para testagem do HIV e que tiveram resultado positivo entre 2018 e 2020. Deste total, foram encontradas nos sistemas de registro (SINAN, SISCEL ou SICLOM) 82 pessoas que já tinham o diagnóstico prévio. No entanto, destas 82, quando perguntado antes da testagem se já havia realizado algum tipo de teste anti-HIV, foram 59,7% que responderam que sim. A média de idade do grupo foi de $36,35 \pm 12,17$ anos, com variação de 18 até 71 anos e ocorreram 3 óbitos (estes dados não estão apresentados nos gráficos ou tabelas).

O gráfico 1 apresenta a descrição da amostra por raça-cor ($n = 254$). Observa-se que a amostra foi composta de 63,8% de pessoas que se autodeclararam branca, 32,7% de pessoas que se autodeclararam preta ou parda e 3,5% de pessoas que se autodeclararam amarela ou indígena.

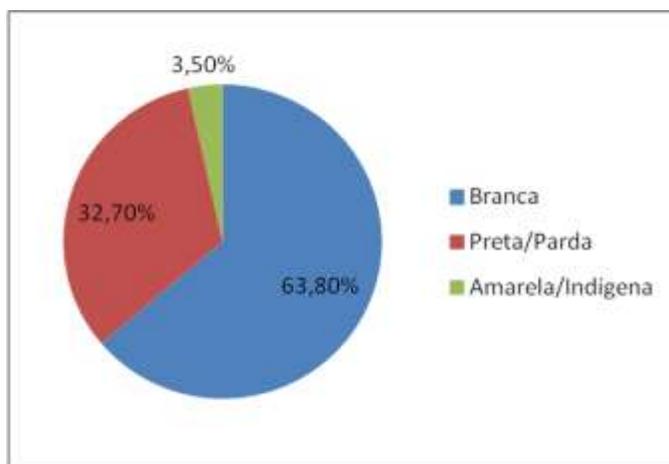


Gráfico 1 – Caracterização da amostra por raça-cor, Porto Alegre, 2018 a 2020.

O gráfico 2 apresenta a descrição da amostra por escolaridade (n = 177). Observa-se que a amostra foi composta de 17,60% que se autodeclararam com ensino fundamental incompleto, 5,1% que se autodeclararam com ensino fundamental completo, 12,4% que se autodeclararam com ensino médio incompleto, 11,3% que se autodeclararam com ensino médio completo, 11,3% que se autodeclararam com ensino superior incompleto e 26% que se declararam com ensino superior completo.

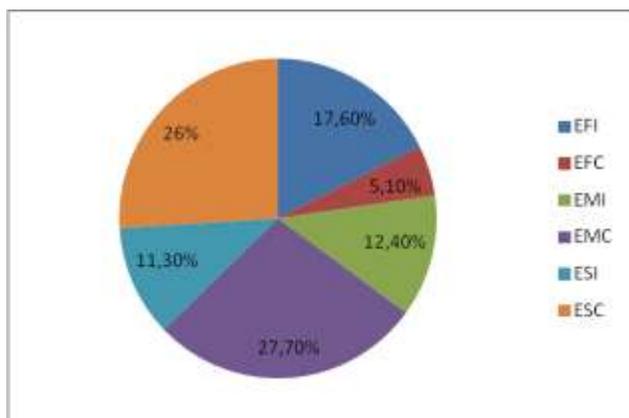


Gráfico 2 – Caracterização da amostra por escolaridade, Porto Alegre, 2018 a 2020.

O gráfico 3 apresenta a descrição da amostra por orientação sexual (n = 250). Observa-se que a amostra foi composta de 10% que se autodeclararam bissexual, 47,6% que se autodeclararam heterossexual e 42,4% que se autodeclararam homossexual.

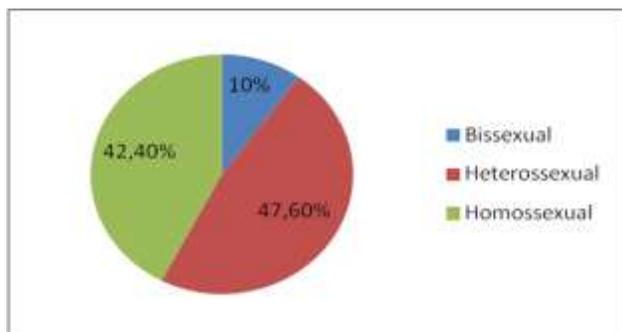


Gráfico 3 – Caracterização da amostra por orientação sexual, Porto Alegre, 2018 a 2020.

O gráfico 4 apresenta a descrição da amostra por classificação de parceria (n = 154). Observa-se que a amostra foi composta de 34,4% que se autodeclararam com parceria fixa, 57,8% que se autodeclararam com parceria eventual e 7,8% que se autodeclararam sem parceria.

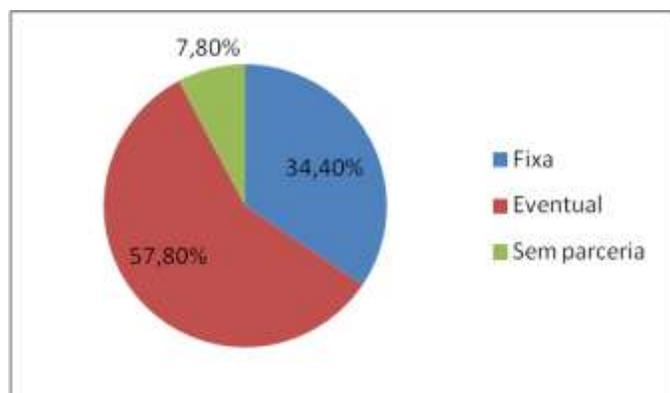


Gráfico 4 – Caracterização da amostra por classificação de parceria, Porto Alegre, 2018 a 2020.

O gráfico 5 apresenta a descrição da amostra por classificação de sexo (n = 255). Observa-se que a amostra foi composta de 74,9% representados pelo sexo masculino e 25,1% pelo sexo feminino.

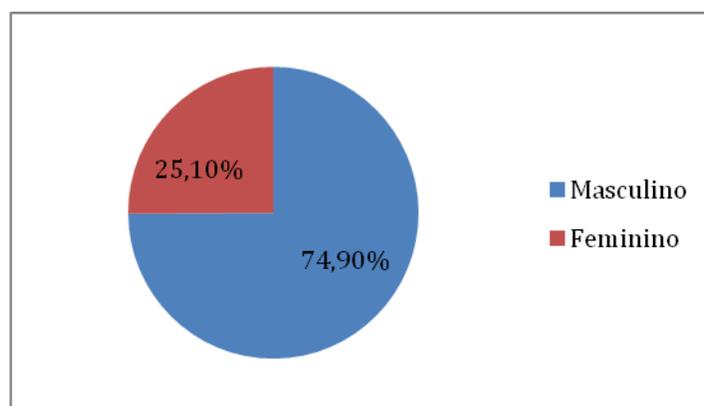


Gráfico 5 – Caracterização da amostra por classificação de sexo, Porto Alegre, 2018 a 2020.

O gráfico 6 apresenta o percentual de pessoas vivendo com HIV conforme a

classificação de CD4 inicial, aos 6 e 12 meses após o diagnóstico (n = 177). Nesta análise foram excluídas as 82 pessoas com diagnóstico prévio, confirmado por notificação. Observa-se que após o diagnóstico havia 20,9% das pessoas com $CD4 \leq 200$ células/mm³, após 6 meses esse percentual foi para 6,2% e depois de 12 meses o número de pessoas passou a ser 2,8%. Podemos analisar que após diagnóstico inicial havia 17,5% das pessoas com CD4 entre 201 à 349 células/mm³. Após 6 meses, esse percentual foi para 6,8% e depois de 12 meses foi para 6,2%. O percentual de pessoas com $CD4 \geq 350$ células/mm³ no início é de 37,9%, passando para 33,9% em 6m e para 25,4% em 12 meses. E, por fim, apresentamos ainda o percentual sem informação, que no início é de 23,7%, passando para 53,1% aos 6 meses e para 65,4% aos 12 meses.

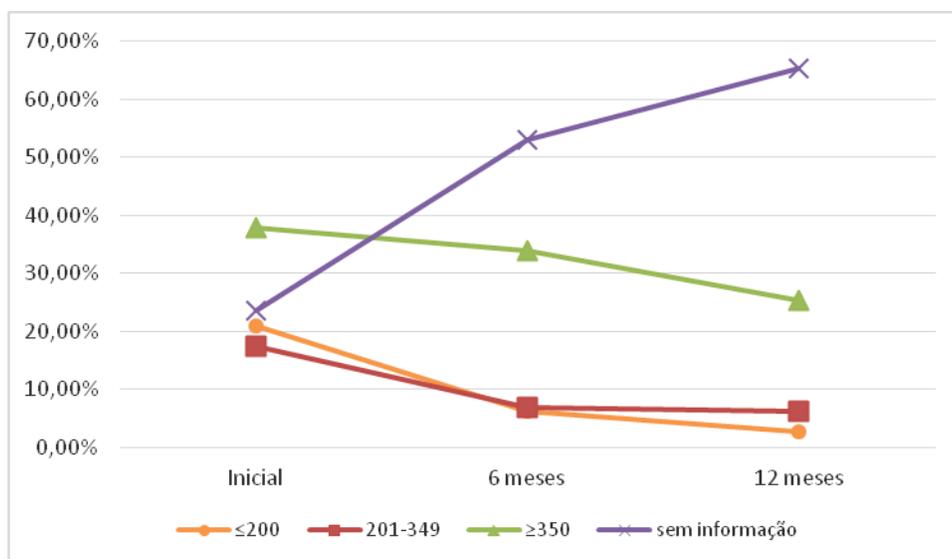


Gráfico 6 – Percentual de pessoas vivendo com HIV conforme a classificação de CD4 inicial, aos 6 e 12 meses após o diagnóstico.

O gráfico 7 apresenta o percentual de pessoas vivendo com HIV conforme a classificação de CV inicial, aos 6 e 12 meses após o diagnóstico (n = 177). Nesta análise foram excluídas as 82 pessoas com diagnóstico prévio, confirmado por notificação. Observa-se que após o diagnóstico inicial havia 3,4% das pessoas com Carga viral indetectável (<50 cópias/mL), após 6 meses esse percentual passou a ser de 46,3% e depois de 12 meses o valor se manteve o mesmo com 46,3%. Já aqueles

com carga viral suprimida, havia 4,5% das pessoas no momento inicial, 6,8% depois de 6 meses e 1,7% em 12 meses. Para carga viral baixa, havia 14,7% das pessoas no diagnóstico, 1,15% em 6 meses e 1,7% em 1 meses. Com carga viral alta, havia 55,9% no momento do diagnóstico, 2,8% das pessoas em 6 meses e 1,5% em 12 meses. Quanto ao percentual de pessoas sem informação dos exames, havia 21,5% no momento do diagnóstico, 42,9% em 6 meses e 48,6% em 12 meses.

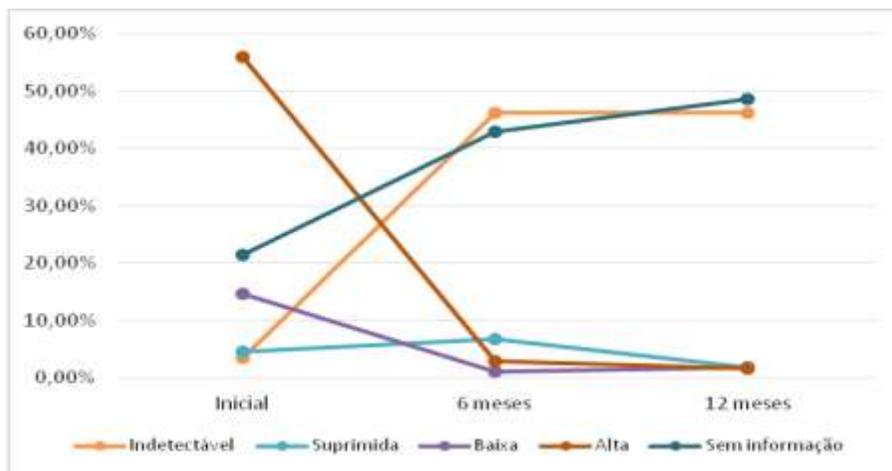


Gráfico 7 – Percentual de pessoas vivendo com HIV conforme a classificação de CV inicial, aos 6 e 12 meses após o diagnóstico.

5.2 Resultados por subgrupo

Neste tópico é apresentada uma caracterização mais detalhada, por sexo e também as comparações dos perfis. A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e de saúde da amostra total e por sexo. O teste de qui-quadrado de comparação foi realizado para todas as variáveis e os valores significativos de comparações ($p < 0,005$) são sinalizados na tabela.

Observa-se que diferença estatística em relação à escolaridade, com maior percentual de pessoas com mais escolaridade nos homens ($p = 0,026$); maior percentual de uso de drogas entre homens do que entre mulheres (36,8% versus 22,6%, $p = 0,05$) e diferença quanto ao tipo de parceria, com homens relatando com maior frequência o tipo de parceria eventual quando comparado às mulheres (63,8% versus 36,1% para parceria eventual, $p = 0,012$).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e de saúde da amostra total e por sexo, de pessoas com teste anti-HIV positivo em um SAE de Porto Alegre, 2018 a 2020.

Variável	Total N (%)	Masculino N (%)	Feminino N (%)
Diagnóstico prévio			
Sim	82 (32,2)	60 (31,4)	22 (34,4)
Não	173 (67,8)	131 (68,6)	42 (65,6)
Raça-cor			
Branca	159 (63,6)	117 (61,9)	42 (68,9)
Preta-Parda	82 (32,8)	64 (33,9)	18 (29,5)
Amarela-Indígena	9 (3,6)	8 (4,2)	1 (1,6)
Escolaridade*			
Ensino fundamental incompleto	31 (17,9)	19 (14,8)	12 (26,7)*
Ensino fundamental completo	9 (5,2)	6 (4,7)	3 (6,7)
Ensino médio incompleto	21 (12,1)	14 (10,9)	7 (15,6)
Ensino médio completo	48 (27,7)	32 (25)	16 (35,6)
Ensino superior incompleto	19 (11)	18 (14,1)*	1 (2,2)*
Ensino superior completo	45 (26)	39 (30,5)*	6 (13,3)*
Uso de drogas (atual ou prévio)**			
Sim	68 (33,2)	56 (36,8)*	12 (22,6)*
Não	137 (66,8)	96 (63,2)	41 (77,4)
Tipo de parceria***			
Fixa	53 (34,9)	35 (30,2)*	18 (50)*
Eventual	87 (57,2)	74 (63,8)*	13 (36,1)*
Sem parceria	12 (7,9)	7 (6)	5 (13,9)
Primeira retirada de ARV			
1 Até 15 dias	8 (5,4)	6 (5,6)	2 (5,9)
2 Entre 16 e 30 dias	17 (11,6)	13 (11,5)	4(11,8)
3 Entre 31 e 60 dias	43 (29,3)	35 (31)	8(23,5)
4 Entre 61 e 90 dias	25 (17)	18 (15,9)	7(20,6)
5 Acima de 90 dias	54 (147)	41 (36,3)	13(38,2)
TOTAL	250	61	189

Comparações estatísticas por teste de qui-quadrado de Pearson ou Fisher. *Valor p = 0,026, **p=0,05, *** p=0,012. As demais comparações não apresentaram diferença estatística significativa.

O gráfico 8 apresenta o monitoramento de CD4 ao longo do tempo para homens e o gráfico 9 para mulheres. Em relação aos homens observamos aumento expressivo daqueles sem informação que chega a 73,3%, e diminuição de todos os grupos de CD4, sendo a maior mudança no grupo ≥ 350 que cai de 40,8% para 27,7% e depois para 18,8%. No gráfico das mulheres o fenômeno é semelhante, porém há menos sem informação ao final (57,8%) e menor queda no grupo ≥ 350 que inicia com 50%, cai para 21,9% e depois aumenta para 29,70%.

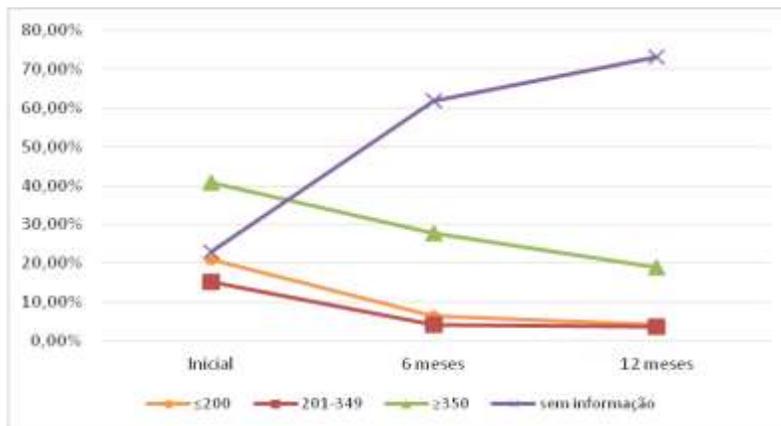


Gráfico 8 - Situação dos exames de CD4 inicial, aos 6 e 12 meses, de homens com teste anti-HIV positivo, em um SAE de Porto Alegre, 2018 a 2020.

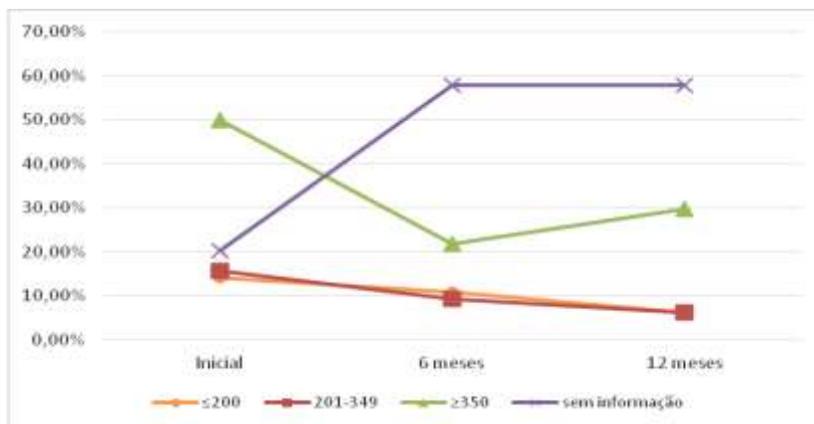


Gráfico 9 – Situação dos exames de CD4 inicial, aos 6 e 12 meses, de mulheres com teste anti-HIV positivo, em um SAE de Porto Alegre, 2018 a 2020.

Os gráficos 10 e 11 apresentam o monitoramento de CV para homens e mulheres, respectivamente. O gráfico dos homens evidencia queda naqueles com CV

alta (de 51,8% para 2,6%), e aumento dos sem informação (de 17,3% para 57,1%). Já para as mulheres, o percentual de início de CV alta é de 35,9% e finaliza em 3,10%. Os sem informação também apresentam aumento (de 18,8% para 45,3%). Destacamos os indetectáveis que nos homens inicia em 11,5% e chega a 37,7% e nas mulheres inicia em 15,6% e chega a 43,9%.

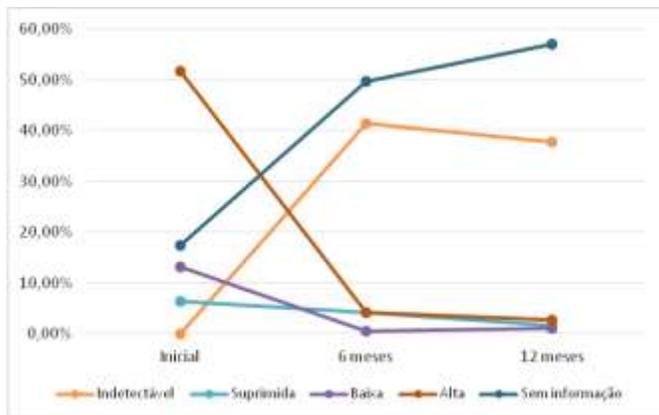


Gráfico 10 – Situação dos exames de carga viral inicial, aos 6 e 12 meses, de homens com teste anti-HIV positivo, em um SAE de Porto Alegre, 2018 a 2020.

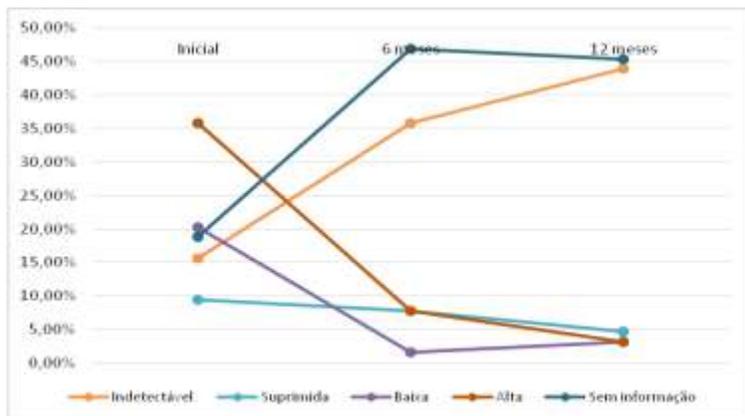


Gráfico 11 – Situação dos exames de carga viral inicial, aos 6 e 12 meses, de mulheres com teste anti-HIV positivo, em um SAE de Porto Alegre, 2018 a 2020.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo conta com uma amostra de 259 indivíduos que procuraram um SAE de Porto Alegre e que realizaram a testagem para o HIV. Realizamos um recorte dos indivíduos que obtiveram resultado de teste anti-HIV positivo no período de 2018 a 2020. Entretanto, encontramos 82 usuários que já sabiam previamente do seu diagnóstico, pois foram encontrados registros nos sistemas SINAN, SISCEL ou SICLOM. Porém, quando estes mesmos indivíduos foram questionados se já haviam realizado algum tipo de testagem anti-HIV no momento da testagem, apenas 59,7% responderam que sim.

Ao considerar os 82 casos que tinham diagnóstico prévio, observamos que 73,2% eram homens e 26,8% eram mulheres (dados não apresentados em tabela). Dentre as hipóteses explicativas que levantamos para esta questão, é a dificuldade de aceitação ou de compreensão do diagnóstico. Nós encontramos um estudo de revisão sobre mulheres vivendo com HIV que apontou que a dificuldade de aceitação é um fenômeno que pode ocorrer, em função do estigma, e que os grupos de apoio podem auxiliar neste sentido, permitindo melhor aceitação do diagnóstico (PAUDEL; BARAL, 2015). Encontramos mais homens do que mulheres com diagnóstico prévio comparecendo à testagem novamente. É possível que isso possa estar relacionado também à dificuldade de adesão ao tratamento, questão que não foi verificada neste estudo.

Em relação à idade, nossa média mostrou que as pessoas que procuram o SAE para testagem e tem resultado positivo são adultos jovens. Os dados da UNAIDS apontam que o número de casos de Aids entre jovens de 15 a 24 anos tem crescido nos últimos dez anos: as taxas de detecção de casos de Aids entre jovens do sexo masculino nesta faixa etária mais que dobraram em uma década: 3 para 7 casos por 100 mil habitantes (15 a 19 anos) e de 15,6 para 36,2 casos por 100 mil habitantes (20 a 24 anos), (UNAIDS, 2018). Assim, ao iniciar este trabalho, esperávamos encontrar uma média de idade menor do que a encontrada. Este dado pode ser um alerta para os serviços de saúde, de que pessoas mais jovens podem ter dificuldade para comparecer a um SAE ou a qualquer outro serviço para realizar o teste. Ainda, como nossos dados

são de um SAE, é possível que os mais jovens estejam sendo identificados em outros pontos da rede de atenção.

Em relação à escolaridade, podemos observar através do nosso estudo que o ensino médio completo foi mais frequente, isso implica diretamente no acesso às informações. Assim, avaliamos que quanto maior o nível de escolaridade, maior a demanda por conhecimentos específicos sobre a doença, facilitando o entendimento dos riscos de infecção, já que a escolaridade é um determinante social de saúde. Podemos ainda verificar que no caso das mulheres, havia um expressivo percentual de pessoa com baixa escolaridade. As mulheres constituem um segmento populacional vulnerável à infecção pelo HIV, principalmente, por serem tratadas desigualmente em termos políticos, culturais, socioeconômicos, com menor acesso a bens materiais, proteção social e, certamente, à educação. Isso mostra que o acesso restrito à educação dificulta a apreensão das mensagens educativas (BASTOS et al, 2002; TEIXEIRA et al, 2012). Essa é uma das discussões que consideramos muito relevante neste trabalho, aos propormos uma análise de continuidade de cuidado a partir do diagnóstico. Ou seja, não podemos desconsiderar essa diferença já no diagnóstico em termos de escolaridade para as mulheres, quando comparadas aos homens.

Quanto ao sexo, observamos maior percentual de homens na amostra. Em parte, esta questão pode ser explicada pela recomendação do teste de HIV para gestantes no acompanhamento pré-natal. Assim, o pré-natal já se constitui como uma oportunidade, especialmente para mulheres jovens, de diagnóstico do HIV (TEIXEIRA, 2012). Em contrapartida, o fato de as mulheres não serem priorizadas pelas políticas de prevenção ao HIV, que têm suas ações voltadas majoritariamente para as gestantes, em função da transmissão vertical, acaba por dificultar o acesso de não grávidas ao diagnóstico. Neste sentido, caberia destacar a importância das ações educativas para jovens (PEREIRA et al, 2014).

Dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (2016) enfatizam que, globalmente, doenças oportunistas relacionadas ao HIV são a terceira principal causa de morte entre jovens do sexo feminino de 15 a 29 anos e se caracteriza como a principal causa de óbitos de mulheres com idades entre 30 e 49 anos. No entanto, a percepção de vulnerabilidade ainda é velada pela imagem de doença dos

marginalizados, daqueles cujas práticas se distanciam das consideradas “normais” (OPAS, 2021).

Podemos ainda apontar que a negociação do uso do preservativo para as mulheres ainda é tida como problemática, visto que, em geral, é considerado um tema constrangedor para o casal e pode propiciar discórdia, principalmente quando se trata de relações duradouras. E, quanto aos preservativos femininos, pouco se é divulgado, o que dificulta o uso do mesmo (TEIXEIRA, 2012). Diante disso, enxergamos através do nosso estudo uma problemática que é a falta de políticas públicas de saúde que levem em consideração a vulnerabilidade feminina.

Verificamos também que a maioria dos usuários deste estudo possui um parceiro sexual eventual, ou seja, o risco de se exporem a vários parceiros sem método de proteção, aumenta as chances de contraírem alguma infecção sexualmente transmissível, visto que a ausência do uso de preservativo durante as relações sexuais pode ser uma prática comum. Ainda, Knauth et al (2020), afirmam que os homens são o principal grupo afetado pela infecção do HIV no Brasil, com tendência de crescimento nos últimos dez anos. Nos dados oficiais, os homens heterossexuais representam 49% dos casos, os homossexuais 38% e os bissexuais 9,1%, o que condiz com nosso estudo, visto que a havia 47,6% de heterossexuais, e 42,4% de homossexuais.

Evidenciamos também que existe um expressivo percentual de pessoas que realizam a primeira retirada de TARV cerca de 90 dias ou mais após o diagnóstico. Este é um dado preocupante, pois sabemos que quanto mais cedo iniciar o tratamento, maiores são as chances de sobrevivência. Assim, destacamos que a minoria realiza a retirada em até os 15 dias após o diagnóstico. Uma das hipóteses explicativas é que há entraves relacionados à realização de exames e marcação de consulta médica, para a retirada dos medicamentos. Também consideramos que as desigualdades sociais podem contribuir para esta questão.

Já em relação aos exames realizados pelos indivíduos, destacamos a CV. Podemos analisar que no momento do diagnosticado, um percentual expressivo possuía CV alta, entretanto, quando se é iniciado o tratamento, podemos verificar uma mudança de CV, onde um grande percentual dos indivíduos consegue chegar a CV indetectável após os seis meses.

Já no que se refere ao CD4, evidenciamos que após o diagnóstico inicial havia um percentual expressivo de pessoas que estavam com CD4 inicial < 350 células/mm³. A preocupação em relação a este dado é que pode significar diagnóstico tardio, pois o CD4 < 350 células/mm³ já é critério clínico para Aids. Neste sentido, nos questionamos que talvez o motivo para a procura do teste anti-HIV seja a ocorrência de sintomas. Não podemos desconsiderar o percentual importante de pessoas sem informações sobre CD4 e CV, acreditamos que algo que explica esta questão é a realização de exames em estabelecimento particulares, além de claro, o possível abandono de tratamento (MELLO et al, 2020).

Nós investigamos diferenças de perfil em relação aos homens e mulheres, pois entendemos que estas variáveis poderiam influenciar de alguma forma o cuidado contínuo, e era nosso interesse discutir possíveis desigualdades de gênero. A diferença encontrada entre homens e mulheres foi nas variáveis de perfil – escolaridade, parceria sexual e uso de drogas. Nós acreditamos que são justamente as variáveis - parceria sexual e uso de drogas, que faz com que tenhamos mais homens do que mulheres nos serviços, pois é possível que estas pessoas identifiquem os comportamentos de risco e isso faz com que elas procurem o serviço para testagem. Como os homens apresentaram maiores percentuais de ensino superior, esperaríamos melhores padrões de cuidados evidenciados pelos exames de CV e CD4. Contudo, não podemos deixar de citar que o uso de drogas pode de alguma forma influenciar o cuidado, fazendo com que talvez os homens tenham menos adesão ou mais abandono de tratamento (MELLO et al, 2020).

A partir das informações sobre retirada de medicamentos e padrão de CD4 e CV, os resultados são similares entre homens e mulheres, com discreto padrão melhor de cuidado contínuo entre as mulheres, mesmo sendo minoria e com maior percentual de escolaridade mais baixa. Nós identificamos que o monitoramento é uma ferramenta útil que permite identificar oscilações de cuidados pelos parâmetros clínicos, e observamos que o perfil de homens e mulheres difere quanto ao CD4 e CV ao longo do tempo. No momento do diagnóstico as mulheres apresentam maior percentual de CD4 ≥ 350 células/mm³ (50% *versus* 40,8%). Uma hipótese explicativa que levantamos é que é possível que a maioria dos homens procurem a testagem quando já apresentam

sintomas, e que isso possa estar relacionado ao perfil de escolaridade. Em relação a CV, destacamos os indetectáveis que nos homens inicia em 11,5% e chega em 37,7% e nas mulheres inicia em 15,6% e chega em 43,9%, mostrando possível melhor padrão de cuidado entre as mulheres.

Consideramos que ainda é necessário aprimoramento quanto ao estudo para identificarmos oscilações que são observadas nos exames e que podem estar relacionadas ao abandono à TARV, especialmente entre os homens. Gostaríamos de destacar, que o presente estudo foi realizado em um serviço que realiza os acompanhamentos, diagnósticos e tratamentos, e possui uma boa estrutura física para recebimento dos indivíduos, assim como uma equipe multidisciplinar muito qualificada para dar todo o atendimento necessário. No contexto do sistema público de saúde brasileiro, todos os exames e a TARV são gratuitos, então, é importante destacar que a gratuidade não garante adesão e ausência de abandono ao tratamento, por isso a importância de seguirmos investigando as desigualdades, de forma a superá-las e contribuir para o fim da epidemia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; BARETTO, M. L. Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

BASTOS, F.; SZWARCOWALD, C.; FONSECA, M. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997, 2002. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/is_digital/is_0103/IS23\(1\)027.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/is_digital/is_0103/IS23(1)027.pdf). Acesso em: 25 de novembro de 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 23 outubro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV e Aids – 2020. <http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivAids-2020> Acesso em: 27 outubro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais. – Boletim Epidemiológico – HIV AIDS 2018: Volume 49 - nº 53 - julho de 2017 a junho de 2018. Editorial, 2018a. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivAIDS-2018> Acesso em: 10 outubro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. (2018). 2018b. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2018/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2018>. Acesso em: 28 outubro 2021.

BRASIL. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis do Ministério da Saúde. Tratar todas as pessoas vivendo com HIV/Aids, 2021. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hiv/tratar-todas-pessoas-vivendo-com-hivAids>. Acesso em: 09 novembro 2021.

JÚNIOR, J. S. M.; GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Ciênc. saúde coletiva* 17 (2) • Fev 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000200024>. Acesso em: 18 outubro 2021.

KNAUTH, D.; HENTGES, B.; MACEDO, J.; PILECCO, F.; TEIXEIRA, L. B.; LEAL, A. O diagnóstico do HIV/Aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xDFFhtkF89JM65GDhWwTHPj/?lang=pt>. Acesso em: 28 de novembro de 2021.

MELLO, C.; AMARAL, J.; COSTA, M.; CAVALCANTE, M.; RÊGO, N.; SILVA, L.; AMARAL, R. *et al. Terapia Antirretroviral: principais causas de abandono no estado do Amapá*, 2020. 10f. Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Macapá – AP, 2020.

MEDEIROS, F.; FARIA, E.; PICCININI, C. *et al. Maternidade e HIV: Continuidade do Tratamento e Adesão em Mulheres após Parto*, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/BBzjtpNnZJ4gcdgSLyzC7jk/>. Acesso em: 10 de maio de 2021.

NOHARA, Irene. Qual a diferença entre gênero e sexo? *Fundamentos de Direito Público*. São Paulo: Atlas, 2016. p. 206-209. Disponível em: <https://direitoadm.com.br/qual-a-diferenca-entre-genero-e-sexo/>. Acesso em: 5 de novembro de 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Equidade de gênero em saúde. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/equidade-genero-em-saude>. Acesso em: 09 novembro 2021.

PEREIRA, B.; COSTA, M.; AMARAL, M.; COSTA, H.; SILVA, C.; SAMPAIO, V. *et al.* Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZjjptLFLbSLhgHDkZHdJChM/?lang=pt>. Acesso em: 25 de novembro de 2021.

PAUDEL V., BARAL K. P. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. *Reprod Health*. 2015 Jun 2;12:53. doi: 10.1186/s12978-015-0032-9.

TEIXEIRA, Luciana Barcellos. *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/AIDS no sul do Brasil*, 2012. 248f. Tese Doutorado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, 2012.

UNAIDS. 90-90-90- Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS, 2015. Disponível em: https://unAIDS.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf. Acesso em 04 novembro 2021.

UNAIDS. Ambitious treatment targets: writing the final. Chapter of the Aids epidemic. 2014. Disponível em: http://www.unAIDS.org/sites/default/files/media_asset/JC2670_UNAIDS_Treatm - Targets_en.pdf. Acesso em: 05 novembro 2021.

UNAIDS. Relatório informativo – dia mundial contra a AIDS 2018 - Estatísticas globais sobre HIV, 2018. Disponível em: <https://unAIDS.org.br/wpcontent/uploads/2018/11/Fact-sheet-UNAIDS-novembro-2018-1.pdf>. Acesso em: 12 março 2021.

UNAIDS. Enfrentando as desigualdades para acabar com a AIDS: 10 anos para 2030, 2021. Disponível em: <https://unAids.org.br/2021/06/enfrentando-as-desigualdades-para-acabar-com-a-Aids-10-anos-para-2030/>. Acesso em: 09 novembro 2021.

UNAIDS. Informações básicas, 2021. Disponível em: <https://unAids.org.br/informacoes-basicas/>. Acesso em: 05 de maio de 2021.

WINKLER, G. B. *Monitoramento do Cuidado Contínuo do HIV: A Experiência de um Serviço Especializado de IST/AIDS de Porto Alegre*, 2021. 85F. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2021.

ANEXO 1 - Ficha de Notificação SINAN AIDS

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)					
Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravadoença		Código (CID-10)	3 Data da Notificação	
	4 UF		5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 9 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade				
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
Endereços Residência	17 UF		18 Município de Residência		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2		
	26 Fonte de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)
Dados Complementares do Caso					
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação				
	Provável modo de transmissão				
	32 Transmissão vertical		33 Sexo		
	34 Dengue		35 Uso de drogas injetáveis		
	36 Informações sobre transfusão/acidente		37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente		
Dados de Laboratório	39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?				
	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV				

Aids em pacientes com 13 anos ou mais Sinan NET SVS 08/06/2006

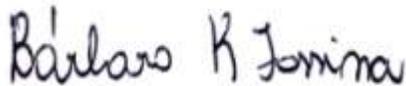
Critérios de definição de casos de aids	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Diarreia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*		<input type="checkbox"/> Caquaxia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1 cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) *Excluída a tuberculose como causa	
	42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês <input type="checkbox"/> Histoplasmoze disseminada <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês		<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) <input type="checkbox"/> Toxoplasmoze cerebral <input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm ³		
43 Critério óbito - Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada a imunodeficiência sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-ignorado <input type="checkbox"/>				
Trat.	44 UF	45 Município onde se realiza o tratamento Código (IBGE)	46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento Código	
Evolução	47 Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
Investigador	Nome		Função	
	Assinatura			
Aids em pacientes com 13 anos ou mais.		Sinan NET	SVS 08/05/2006	

APÊNDICE 1 - Termo de compromisso para utilização de dados

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos usuários que realizaram o teste rápido anti-HIV e estão cadastrados no banco de dados do serviço de saúde, no período do estudo.

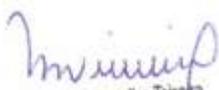
Declaram ainda, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 18 de outubro de 2021.



BÁRBARA KAYSER FASSINA

Graduanda em Saúde Coletiva - UFRGS



Prof. Dr. Luciana Barcellos Teixeira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Registro UFRGS: 993.579
SIAPE: 1.462.333

LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA

Docente na Graduação em Saúde Coletiva – UFRGS

ANEXO 2 – Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MONITORAMENTO ATRAVÉS DA CASCATA DO CUIDADO CONTÍNUO DO HIV: A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO ESPECIALIZADO DE IST/AIDS DE PORTO

Pesquisador: Luciana Barcellos Teixeira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14843219.5.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.559.861

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo quantitativo cuja base de dados vem dos atendimentos de um serviço de saúde especializado. Haverá a aplicação do conceito "cascata do cuidado" desenvolvido internacionalmente e adotado recentemente pelo Ministério da Saúde, que é uma estratégia de monitoramento do cuidado aos pacientes com HIV. A amostra do estudo serão pacientes atendidos entre 2012 e 2022 e o período de coleta de dados até 2023, sendo o estudo encerrado em 2024. É um estudo epidemiológico, observacional, analítico, e caracterizado como uma coorte retrospectiva. Os estudos observacionais são aqueles em que o investigador mede, mas não intervém no problema de saúde que está sendo avaliado. Coorte retrospectiva, também conhecida como

coorte não concorrente, remete ao fato de "olhar para trás", ou seja, o desenvolvimento da pesquisa e o tempo de registro dos eventos estudados são distintos (ALMEIDA FILHO, BARRETO, 2013).

Critério de Inclusão: A amostra será constituída por usuários que realizaram o teste rápido anti-HIV com resultado positivo, em um Serviço de Atenção Especializada da cidade de Porto Alegre, no período de 2012 a 2022, estimada em 1.070 pessoas. 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.

Critério de Exclusão: Os critérios de exclusão estabelecidos para este estudo são: idade inferior a

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º 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. 3.559.961

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 e encaminhamento ao pré-natal de alto risco.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar o monitoramento dos casos notificados de HIV/AIDS assistidos em um Serviço de Referência no município de Porto Alegre, a partir do conceito da cascata do cuidado contínuo em HIV.

Objetivo Secundário:

- Investigar o perfil dos usuários que buscam o serviço de referência para testagem;
- Investigar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos diagnosticados;
- Investigar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos vinculados;
- Investigar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos em tratamento;
- Investigar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos retidos;
- Investigar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos em supressão viral;
- Investigar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos com carga viral indetectável;
- Investigar a ocorrência de óbito nos diferentes momentos de cascata do cuidado contínuo em HIV;
- Identificar indivíduos que chegam até a supressão viral mas retrocedem ao longo do tempo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora:

Riscos:

O estudo prevê a exposição dos usuários a riscos mínimos - como a identificação dos usuários com teste anti-HIV positivo. Devido a impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos, por ser uma pesquisa com dados secundários em que será necessário a identificação dos sujeitos para a técnica de linkage de bases de dados, os autores 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.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º 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: 3.559.061

Benefícios:

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 relacionados a um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, em que há reconhecidamente dificuldades na continuidade do cuidado que podem impactar sobre a mortalidade dos indivíduos. O serviço de saúde que gerará

a base de dados deste estudo, tem interesse em receber os resultados para a discussão de melhorias no processo de cuidados dos seus pacientes, a partir da identificação das falhas no processo de cuidado e até mesmo dos casos de óbito.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Área: Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Mestrando: Gerson Barreto Winkler

Local de realização do estudo: Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) do Centro de Especialidades Santa Marta/GD Centro.

Acesso a informações do SINAN, SISCEL, SICLOM e SIM no período de 2012 a 2023.

Solicita dispensa de TCLE, justificando a impossibilidade de acesso aos participantes, por utilizar dados secundários gerados pelos serviços de saúde. Estudo que utiliza metodologia internacional recentemente adotada pelo Ministério da Saúde, com a proposta de cruzamento de bases de dados secundárias para o monitoramento das pessoas vivendo com HIV.

Número de participantes a serem incluídos: 1070 (estimativa)

Cronograma: dados serão coletados referentes ao período de 2012 a 2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Autorizações da CGVS e Coordenação de Atenção Primária.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências identificadas no parecer 3.522.576 foram respondidas pela pesquisadora:

1) Em relação ao projeto de pesquisa: no documento ProjGerson_CEPURGS_27062019.pdf", página 29, quadro 1, está apresentado o cronograma e etapas da pesquisa, onde se identifica coletas até 2023. No entanto, na página 27 o autor define seu estudo como "Coorte retrospectiva, também conhecida como coorte não concorrente, remete ao fato de "olhar para trás", ou seja, o

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º 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: 3.559.861

desenvolvimento da pesquisa e o tempo de registro dos eventos estudados são distintos". Ainda na página 27 é informado que "A amostra será constituída por usuários que realizaram o teste rápido anti-HIV com resultado positivo, em um Serviço de Atenção Especializada da cidade de Porto Alegre, no período de 2012 a 2022, estimada em 1.070 pessoas." Solicita-se esclarecer a discrepância das informações e justificar o período prospectivo informado coleta de dados.

Resposta: Apresentamos aqui uma melhor descrição dos eventos, na tentativa de elucidar os tempos de eventos que são distintos dos tempos da pesquisa. Do ponto de vista epidemiológico, a caracterização de um estudo quantitativo como estudo de prospecção ou retrospectivo está relacionada com o desenho metodológico do estudo, ou seja, a partir da observação dos tempos em que os eventos ocorrem e a relação do pesquisador e organização da sua coleta de informações em relação aos tempos. O estudo será realizado a partir de pacientes que ingressaram no SAE Santa Marta, entre 2012 a 2022. Os pacientes ingressam no serviço neste período e, prospectivamente,

eles realizarão as ações assistenciais, por exemplo, realização de consultas, realização de exames e retirada de medicamentos. Um percentual deste pacientes evoluirá para o óbito. Neste sentido, todos os eventos de saúde ocorrem sempre prospectivamente. Nos estudos concorrentes ou prospectivos, os pesquisadores acompanham os pacientes/eventos na ordem de tempo em que os eventos ocorrem (isso caracteriza uma coorte prospectiva). Neste trabalho, os pesquisadores estão se propondo a coletar as informações que já ocorreram ao longo do tempo e que já foram cadastradas nos sistemas que serão acessados (SISCEL, SICLOM, SINAN), por isso, este estudo se caracteriza como uma coorte não concorrente ou retrospectiva, pois quando da coleta de informações nos tempos da pesquisa, os eventos já ocorreram e já estarão registrados. Para a investigação do óbito, considerar-se-á o período de 1 ano, ou seja, pacientes que ingressaram até 2022 poderão evoluir para o óbito até 2023, por isso a coleta se encerrará neste ano, pois neste ano serão coletadas, de uma única vez, as informações dos pacientes que ingressaram em 2022.

Análise: As dúvidas foram esclarecidas. Pendência atendida.

2) Considerando que o estudo prevê a utilização de dados de pacientes, usuários dos serviços de saúde, solicita-se o atendimento ao Art. 10 parágrafo 2º da Resolução CNS 580/2018: "No caso de pesquisas com utilização de acervo da instituição, o pesquisador deverá informar os procedimentos que serão adotados para garantir o sigilo, a privacidade e a confidencialidade dos dados do participante da pesquisa." Solicita-se detalhar e especificar os cuidados que serão adotados, em todas as etapas da pesquisa.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º 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: 3.559.061

Resposta: No caso da metodologia adotada para este trabalho que inclui a técnica de linkage de dados, obrigatoriamente, será necessário a identificação do paciente para que os dados de ingresso de cada um no serviço sejam também extraídos de outras bases de dados que irão compor o banco de dados final do estudo. Para esta etapa os pesquisadores que terão acesso às informações necessárias para a condução da pesquisa são somente aqueles que se envolveram com a construção do projeto (orientadora e aluno de mestrado), que assinaram termo de compromisso estando ciente das questões éticas e necessidade de manter a confidencialidade dos dados. Após a realização da linkage, os dados de identificação dos pacientes serão excluídos (deletados) da base de dados final que será utilizada para geração das análises estatísticas, o que impossibilitará qualquer identificação. Estas informações foram inseridas na página 32.

Análise: Pendência atendida.

3) Em relação aos documentos de Anuência Institucional das coordenações da SMS, solicitamos que sejam anexados em separado do projeto detalhado.

Resposta: Conforme solicitado, os documentos foram inseridos na Plataforma separadamente.

Análise: Pendência atendida.

4) Também em relação ao termo de compromisso e de divulgação dos dados obtidos no serviço de saúde e na SMS, assim como o compromisso de que serão utilizados apenas para os fins da pesquisa descrita neste projeto, solicitamos que seja utilizado o padrão disponível no link http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=913. Favor anexar, em separado do projeto detalhado, conforme solicitado.

Resposta: É apresentado o novo documento em substituição ao anterior.

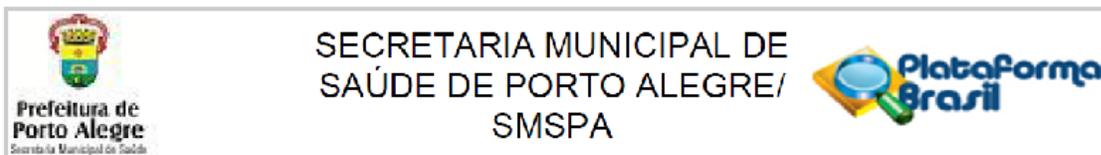
Análise: Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma. Os relatórios semestrais devem ser apresentados ao CEP SMSPA, através de submissão na Plataforma Brasil, como "Notificação".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º 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



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA

Continuação do Parecer: 3.559.861

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1389689.pdf	31/08/2019 10:02:03		Aceito
Outros	resposta_CEP_SMS_POA.pdf	31/08/2019 10:01:08	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjMestrado_GERSON_V3108_CEP_SMS.pdf	31/08/2019 09:59:45	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Outros	autoriz_assinada_coord_CGVs.pdf	29/08/2019 12:07:37	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Outros	AUTORIZ_assinada_Coord_DGAPS.pdf	29/08/2019 12:07:11	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_AGO2019.pdf	29/08/2019 12:01:31	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjGerson_CEPURFRGS_27062019.pdf	27/06/2019 11:13:41	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Outros	resposta_CEPURFRGS_projeto_Gerson.pdf	27/06/2019 11:12:20	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Parecer Anterior	Ata_Defesa_Qualif_aluno_GersonBWinkler.pdf	30/05/2019 18:54:09	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_consul_para_COMPESQ.pdf	30/05/2019 18:53:01	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Parecer Anterior	aprov_compesq.pdf	30/05/2019 18:52:43	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_plat_Brasil.pdf	30/05/2019 18:43:06	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA_DE_AUSENCIA_DE_TCLE.pdf	19/05/2019 20:34:29	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3299-5517 Fax: (51)3299-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.559.801

PORTO ALEGRE, 06 de Setembro de 2019

Assinado por:
Alexandre Luis da Silva Ritter
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º 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