

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



**MONITORAMENTO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS QUE INGRESSAM NA  
REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA COM CONTAGEM DE CD4 INICIAL  
ABAIXO DE 350 CÉLULAS/MM<sup>3</sup>**

**DANIELA SANTOS ALVES**

**PORTO ALEGRE  
2021**

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



**MONITORAMENTO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/ AIDS QUE INGRESSAM  
NA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA COM CONTAGEM DE CD4 INICIAL  
ABAIXO DE 350 CÉLULAS/MM<sup>3</sup>**

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: Daniela Santos Alves  
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

EFC – Ensino Fundamental Completo

EFI – Ensino Fundamental Incompleto

EMC – Ensino Médio Completo

EMI – Ensino Médio Incompleto

ESC – Ensino Superior Completo

ESI – Ensino Superior Incompleto

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/Aids

PVHIV – Pessoas Vivendo com HIV

RS – Rio Grande do Sul

SAE – Serviço de assistência especializada

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:** O monitoramento em HIV permite que os serviços de saúde possam acompanhar o processo de cuidado contínuo, realizando intervenções como buscas ativas, em prol da saúde das pessoas vivendo com HIV (PVHIV), quando necessário. A realização de monitoramento não é prática comum nos serviços. E a descontinuidade de cuidado é uma realidade para as PVHIV. **Objetivo:** Apresentar o monitoramento de pessoas diagnosticadas com HIV/Aids em um serviço de atenção especializada (SAE) em Porto Alegre, com ênfase naquelas que apresentaram contagem de  $CD4 < 350$  células/ $mm^3$ . **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, data da primeira retirada da terapia antirretroviral (TARV) e exames clínicos de CD4 e carga viral. 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. **Resultados:** Foram acompanhadas 259 pessoas por 6 e 12 meses. Destas, 63,8% eram bancas, 74,9% do sexo masculino e a média de idade foi de  $36,35 \pm 12,17$  anos. Encontramos 38,4% que conseguiu realizar a primeira retirada de TARV após 90 dias transcorridos do diagnóstico. Havia um grande percentual de pessoas cujos exames não foram localizados (sem informação). De 177 pessoas com diagnóstico no momento, 20,9% apresentaram  $CD4 \leq 200$  células/ $mm^3$  e 17,3% apresentaram CD4 entre 201 e 349 células/ $mm^3$  no diagnóstico. **Conclusão:** O monitoramento se mostrou possível em 6 e 12 meses e foram observadas oscilações em exames que indicam possíveis problemas de adesão ou abandono de TARV. Um expressivo percentual de pessoas teve diagnóstico tardio, já com comprometimento do sistema imunológico e também foi encontrado um elevado percentual que não conseguiu iniciar a TARV em momento oportuno.

**Palavras-chaves:** HIV/Aids; monitoramento; células CD4.

## ABSTRACT

**Introduction:** HIV monitoring allows monitoring of health services or the ongoing care process, performing interventions such as active searches, health promotion for people living with HIV (PLHIV), when necessary. To carry out monitoring and practice common to us. And a discontinuity of care is a reality for PLHIV. **Objective:** To present or monitor people diagnosed with HIV / AIDS in a specialized care service (SAE) in Porto Alegre, with nachelas presenting CD4 infection  $<350$  cells / mm<sup>3</sup>. **Methods:** It is a longitudinal study, not a period from 2018 to 2020 that follows those diagnosed 6 and 12 months ago. Sociodemographic and health information, date of first withdrawal of antiretroviral therapy (ART) and clinical tests for CD4 and viral load were collected. The data are collected in a SAE, not in the Information System for Notifiable Diseases, not in the Information System for Laboratory Tests and not in the Drug Logistics Control System. Descriptive statistics were used. **Results:** 259 people were followed for 6 and 12 months. Of these, 63.8% were banks, 74.9% were male and were  $36.35 \pm 12.17$  years old in the middle of the year. We found 38.4% who managed to perform the first suspension of ART 90 days after diagnosis. There was a large percentage of people whose exams were not located (no information). Of 177 patients with no diagnosis of time, 20.9% had  $CD4 \leq 200$  cells / mm<sup>3</sup> and 17.3% had CD4 between 201 and 349 cells/mm<sup>3</sup> without diagnosis. **Conclusion:** Monitoring proved to be possible in 6 and 12 months and due to fluctuations observed in exams that indicate possible problems with adsorption or abandonment of ART. A significant percentage of people had a late diagnosis, still with compromised immune system, and a high percentage who did not start ART at the right time was also found.

**Keywords:** HIV / AIDS; monitoring; CD4 cells.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>09</b>
2.1. Objetivo Geral .....	09
2.2. Objetivos específicos .....	09
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
3.1. Dados epidemiológicos.....	10
3.2. O monitoramento do cuidado contínuo em HIV.....	11
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
4.1. Problema de pesquisa.....	13
4.2. Tipo de estudo .....	13
4.3. População e amostra.....	13
4.4. Coleta de dados, variáveis e procedimentos .....	13
4.5. Processamento e análises dos dados .....	15
4.6. Considerações éticas .....	15
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>17</b>
5.1. Amostra geral.....	17
5.2. Subgrupos conforme exame CD4 inicial .....	22
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS E APÊNDICES .....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO 1 – Ficha de notificação SINAN AIDS .....</b>	<b>31</b>
<b>APÊNDICE 1 – Termo de compromisso para utilização de dados .....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO 2 – Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A epidemia de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) caracteriza um significativo problema de saúde pública mundial. Segundo estatísticas globais da “*United Nations Program on HIV/Aids*” (UNAIDS), desde o início da epidemia até o final de 2020, ocorreram 77,5 milhões [54,6 milhões - 110 milhões] de pessoas infectadas pelo vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e 34,7 milhões [26 milhões-45,8 milhões] de pessoas morreram de doenças relacionadas à Aids neste mesmo período (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. Esta tendência oscila conforme a região do país. No caso de Porto Alegre, em 2019 a taxa foi de 58,5 casos/100 mil habitantes, em 2019, o que representa mais do que o dobro da taxa do Rio Grande do Sul (RS) e 3,3 vezes maior que a taxa do Brasil. Entre as capitais, o maior coeficiente de mortalidade foi em Porto Alegre, com 22 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2020).

O HIV/Aids representa uma das maiores epidemias mundiais de saúde pública, com aspectos muito singulares devido ao caráter de doença infecciosa que se cronicizou ao longo do tempo. Infelizmente, até o final de 2019, somente 25,4 milhões [24,5 milhões - 25,6 milhões] de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral (TARV). É possível que, com a pandemia de Covid-19, os dados atuais de acesso a medicação sejam ainda piores. O acesso a medicação tem sido um dos nós críticos do cuidado às pessoas vivendo com HIV (PVHIV) desde a sua descoberta, contribuindo para os desfechos negativos como internações e morte dentre as PVHIV, por isso a importância do monitoramento do cuidado, com ênfase nos exames clínicos de carga viral (CV) e células *Cluster of differentiation 4* (CD4), especialmente às pessoas que ingressam na rede de atenção com baixa contagem de células CD4, por serem pessoas com algum comprometimento do sistema imunológico (BRASIL 2018a; BRASIL 2018b).

Estas pessoas, podem apresentar um conjunto de vulnerabilidades que dificultam a realização de um cuidado integral, daí a importância de investigar este grupo e compreender melhor a trajetória assistencial da rede de saúde.

Reconhecendo a epidemia de HIV/Aids como um significativo problema de saúde pública, um conjunto de medidas vem sendo propostas através da política pública de enfrentamento da Aids. Destas iniciativas, têm-se diferentes propostas de monitoramento de PVHIV (ABUELEZAM et al, 2019). As ferramentas de monitoramento são discutidas e utilizadas pela gestão das políticas públicas, mas os serviços de saúde têm dificuldade em monitorar as PVHIV (FISCH, 2017). Uma importante ferramenta de monitoramento de cuidado é a “cascata do cuidado contínuo em HIV”, que se tornou amplamente conhecida, em função de que existia uma meta internacional para 2020, proposta pela UNAIDS, chamada 90-90-90. O monitoramento através da cascata permitiria que conhecêssemos o quão próximo ou distantes estaríamos de atingir esta meta (BRASIL, 2018b).

Neste projeto, nós entendemos que o monitoramento de cuidado contínuo para o HIV se inicia quando um usuário tem acesso ao teste anti-HIV, e apresenta resultado positivo. A partir do diagnóstico, haverá processos de cuidado contínuo, como as consultas, as retiradas periódicas de medicamentos, e a realização de exames laboratoriais rotineiros, que deverão ser realizados, visando alcançar a supressão viral e, posteriormente uma CV indetectável, para melhor qualidade de vida. A partir deste entendimento, o trabalho apresenta um recorte de monitoramento, analisando em especial o tempo entre o diagnóstico e a primeira retirada de medicamentos, e a realização de exames de controle da CV e contagem de CD4, em uma coorte de diagnosticados com HIV/Aids em um serviço de referência para PVHA em Porto Alegre.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Apresentar o monitoramento de pessoas diagnosticadas com HIV/Aids em um serviço de atenção especializada em Porto Alegre no período de 2018 a 2020, com ênfase naquelas que apresentaram contagem de CD4 < 350 células/mm<sup>3</sup>.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde de pessoas que foram diagnosticadas com HIV/Aids em um serviço de atenção especializada, com ênfase naquelas com CD4 < 350 células/mm<sup>3</sup>.
- Investigar o tempo entre diagnóstico e a primeira retirada de TARV para pessoas que foram diagnosticadas com HIV/Aids em um serviço de atenção especializada, com ênfase naquelas que ingressaram na rede de saúde com CD4 < 350 células/mm<sup>3</sup>.
- Descrever o perfil clínico de pessoas que foram diagnosticadas com HIV/Aids em um serviço de atenção especializada, com ênfase naquelas com CD4 < 350 células/mm<sup>3</sup>, no momento do diagnóstico, aos 6 e 12 meses.
- Contribuir para a discussão sobre o monitoramento do cuidado contínuo para as PVHIV, em especial àquelas que ingressam na rede de saúde com CD4 <350 células/mm<sup>3</sup>.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Dados epidemiológicos

Globalmente, desde o início da epidemia do HIV/Aids até o final de 2020, 77,5 milhões [54,6 milhões - 110 milhões] de pessoas foram infectadas pelo HIV. Em 2019, foi estimado 1,7 milhão [1,2 milhão - 2,2 milhões] de novas infecções. Até o final de 2019, somente 25,4 milhões [24,5 milhões - 25,6 milhões] de pessoas tiveram acesso à TARV (UNAIDS, 2018; UNAIDS, 2019; UNAIDS, 2021). Esses dados demonstram o quanto ainda hoje, a medicação, que o único tratamento disponível capaz de conter a replicação viral do HIV, e que produz expressiva capacidade de melhorar a qualidade de vida das PVHIV, ainda não é de acesso universal.

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 a 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. Esta tendência oscila conforme a região do país. No caso de Porto Alegre, em 2019 a taxa foi de 58,5 casos/100 mil habitantes, em 2019, o que representa mais do que o dobro da taxa do Rio Grande do Sul (RS) e 3,3 vezes maior que a taxa do Brasil (BRASIL, 2020).

Quanto à mortalidade padronizada, ocorreram 4,1 óbitos por 100 mil habitantes em 2019 no Brasil e, neste mesmo ano, onze Unidades Federativas apresentaram coeficiente superior a 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).

No Brasil, as fontes usadas para a obtenção dos dados são: (1) o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), (2) o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), (3) o Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL) e (4) os Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Métodos probabilísticos revelaram diferenças do percentual de casos notificados por estas bases de dados. Desta forma, o Ministério da saúde apresenta um esforço nos cruzamentos e

extração destas informações, com a finalidade de que a notificação do evento expresse a realidade deste problema de saúde, na perspectiva da epidemiologia (BRASIL, 2018a). Segundo Loch, Ana Paula et al. (2020): “É importante notar que o acompanhamento sistemático dos usuários por meio de dados disponíveis em prontuários e dados clínicos originários de sistemas de informação é uma estratégia globalmente recomendada para aumentar a retenção do serviço, a adesão à TARV e a supressão viral.”

### **3.2 O monitoramento do cuidado contínuo em HIV**

O UNAIDS anunciou as metas 90-90-90, com o objetivo de pôr fim a epidemia de AIDS no planeta, em 2014, na XX Conferência Internacional de AIDS, em Melbourne, Austrália. Estas metas preconizavam que 90% de todas PVHA soubessem seu status sorológico, 90% das pessoas diagnosticadas recebessem TARV de forma contínua e aderente, e que 90% destas pessoas atingissem CV indetectável até 2020. Quando essa meta tríplice fosse atingida, estimava-se que mundialmente, 73% das PVHA atingiriam a supressão viral (UNAIDS, 2014; UNAIDS, 2015). Para atingir estas metas, criou-se uma estratégia de monitoramento, que é um gráfico chamado de cascata do cuidado contínuo em HIV, e que visa medir pontos ou momentos de cuidado na rede assistencial. Internacionalmente, as metas não foram atingidas, mas a ferramenta de cascata do cuidado, passou a ser difundida e utilizada como uma forma de monitorar PVHIV, permitindo a compreensão do que acontece com um determinado grupo de pessoas diagnosticadas para o HIV, que ingressam os cuidados na rede de saúde (BRASIL, 2018a). A ferramenta envolve etapas desde o diagnóstico, com ênfase em verificar os percentuais de PVHIV que conseguem estar em CV suprimida ou indetectável. Contudo, a ferramenta apresenta limitações, por exemplo, não sabemos o percentual de pessoas com os diferentes tempos de retirada de medicamentos após o diagnóstico. E essa é uma informação essencial para um processo de monitoramento. A ferramenta então se tornou conhecida, mas na prática os gestores e coordenadores de políticas adaptam formas de monitorar os cuidados.

No Brasil e em muitos países, observa-se, nos últimos anos, que apesar da ampliação do cuidado às PVHIV, ocorreu uma desaceleração dos resultados obtidos,

por isso a importância de monitorar os cuidados. Há certo esgotamento das possibilidades de respostas das populações envolvidas, devido a diferentes questões individuais, coletivas e de gestão política da epidemia. Assim como para países de alta renda quanto para países em diferentes estágios de desenvolvimento, dois importantes estudos evidenciam atrasos na utilização dos serviços disponíveis, como o aconselhamento sobre o HIV, testes, tratamento e adesão aos cuidados. Atrasos estes que implicam em resultados piores ao tratamento e a perda de oportunidades de prevenção da transmissão do HIV (GARDNER et al, 2011).

Importante destacar que muitas barreiras de vinculação ao tratamento devem ser consideradas na formação das lacunas ou nas perdas da continuidade do cuidado. Essas barreiras podem estar associadas a diversos fatores tais como: gênero, raça/cor, condições socioeconômicas, orientação sexual entre outros.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Problema de pesquisa**

Neste estudo, a descontinuidade do cuidado às PVHIV se constitui como problema de pesquisa. Para investigar esta questão, este estudo foi planejado, a partir de uma pesquisa de maior amplitude (WINKLER, 2021).

### **4.2 Tipo de Estudo**

Neste estudo se utilizou uma abordagem quantitativa, onde o tipo de estudo é epidemiológico, observacional, analítico, e qualificado 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 amostra é um subconjunto da população. A população desse estudo é composta por usuários da rede pública de saúde que realizaram o teste rápido anti-HIV com resultado positivo, na cidade de Porto Alegre.

A amostra é composta por usuários diagnosticados com HIV/Aids, em um Serviço de Atenção Especializada da cidade de Porto Alegre, no período de 2018 a 2020.

Os critérios de inclusão compreendem 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.

Os critérios de exclusão estabelecidos para este estudo são: idade inferior a 18 anos, por questões éticas e legais referentes à faixa etária citada; e gestantes, por se tratar de um cuidado mais específico que inclui a saúde dela e do bebê.

### **4.4 Coleta dos dados, variáveis e procedimentos**

Neste trabalho se utilizou a metodologia de linkage de bases de dados. Logo, não ocorreu 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 se deu através da busca destes usuários no SINAN HIV/Aids para extração das informações sociodemográficas, clínicas do momento do diagnóstico e óbitos. 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.

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

<b>Etapa</b>	<b>Bancos de Dados e período</b>	<b>Extração de informações</b>
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.

Fonte: a autora, 2021.

#### Variáveis do estudo

As variáveis do estudo correspondem aos dados necessários para a análise do cuidado contínuo em HIV focando no desfecho de melhora ou piora do usuário e outras variáveis exploratórias necessárias para o desenho proposto.

As variáveis exploratórias que foram utilizadas para descrição da amostra são aquelas contidas na ficha de notificação (ANEXO 1). A variável raça/cor foi classificada: branca, preta, parda, amarela e indígena. A variável sexo possui 2 categorias: feminino e masculino. A variável escolaridade foi classificada conforme as seguintes 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 parceiro sexual possui 3 categorias: parceiro fixo, parceiro eventual e sem parceiro. A variável orientação sexual foi dividida em 3 categorias: heterossexual, homossexual e bissexual.

Para a variável da primeira dispensação de medicamento, consideramos a data da primeira retirada de TARV no SICLOM. Categorizamos os seguintes intervalos: Até 15 dias, entre 16 e 30 dias, entre 31 e 60 dias, entre 61 e 90 dias e acima de 90 dias.

As variáveis CV e CD4 estão representadas através dos valores encontrados nos exames, e foram extraídas as informações no momento do diagnóstico, em 6 e 12 meses após. A variável CD4 foi sistematizada em 3 categorias:  $CD4 \leq 200$  células/mm<sup>3</sup>,  $CD4$  entre 201-349 células/mm<sup>3</sup>,  $CD4 \geq 350$  células/mm<sup>3</sup>. Posteriormente, para dar ênfase no grupo pretendido, conforme apresentado nos objetivos do trabalho, foi criada uma nova variável em que as PVHIV foram divididas em  $CD4 < 350$  células/mm<sup>3</sup> e  $CD4 \geq 350$  células/mm<sup>3</sup>.

Em relação à CV, foi realizada a seguinte classificação: CV indetectável (<50 cópias/mL), CV suprimida (51-1.000 cópias/ml), CV baixa (1.001-10.000 cópias/mL), CV alta ( $\geq 10001$  cópias/mL).

A busca referente aos valores de CD4 e CV foi realizada registrando os valores encontrados no primeiro exame após o diagnóstico, e após seis e doze meses da primeira coleta com uma margem de aceitação de dois meses para mais ou menos da data prevista.

#### **4.5 Processamento e análise dos dados**

O banco de dados do serviço de saúde é um banco 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 mesmo software. Estatística descritiva foi utilizada para apresentar o perfil das pessoas que constituem o alvo de estudo. Para a estatística descritiva, as variáveis categóricas foram expressas em número absoluto e percentual. A variável idade é contínua, e é apresentada por média  $\pm$  desvio padrão. Os resultados são apresentados em gráficos e tabela.

#### **4.6 Considerações éticas**

Este estudo foi planejado respeitando os preceitos éticos da Resolução nº 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 que a exposição dos usuários seria a riscos mínimos. Devido a impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos, por ser uma pesquisa com dados secundários em que se fez necessário a identificação dos sujeitos para a técnica de linkage de bases de dados, 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); preservando integralmente o anonimato dos indivíduos e garantindo a divulgação de informações somente para fins científicos. Após o uso das informações das bases de dados necessárias, os dados de identificação dos usuários foram excluídos da base de dados final.

Destacamos os benefícios indiretos desta pesquisa aos usuários do serviço, pois ao pesquisar fatores relacionados a um problema de saúde pública de grande importância, em que há dificuldades na continuidade do cuidado, os resultados devem contribuir para a discussão de melhorias assistenciais que possam impactar sobre a qualidade de vida dos indivíduos.

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).



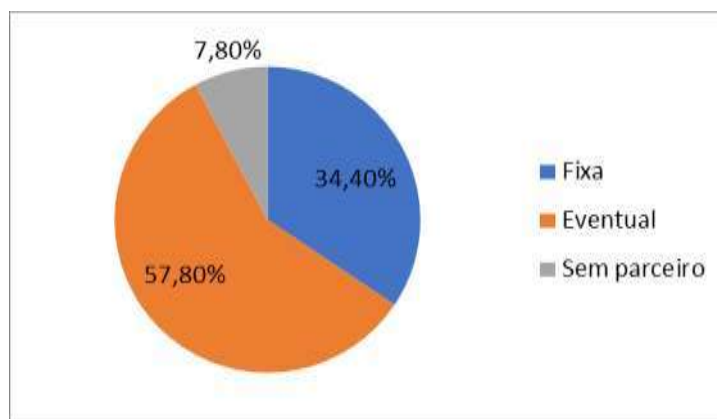
## 5 RESULTADOS

Os resultados deste trabalho se dividem em dois tópicos apresentados a seguir. O primeiro apresenta a caracterização da amostra geral por meio de gráficos. O segundo tópico apresenta a amostra conforme divisão de subgrupos por CD4 inicial.

### 5.1 Amostra geral

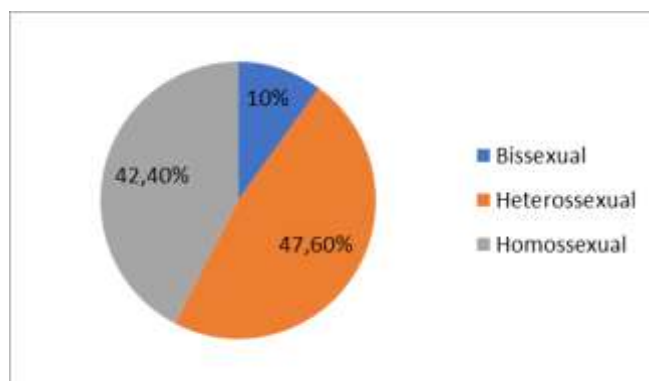
A amostra deste estudo foi composta por 259 usuários que procuraram um SAE de Porto Alegre para testagem do HIV e que obtiveram resultado positivo entre 2018 e 2020. Deste total, foram encontrados nos sistemas de registro (SINAN, SISCEL ou SICLOM) 82 usuários que já possuíam o diagnóstico prévio. Entretanto, destes 82, quando questionado antes da testagem se haviam realizado algum tipo de teste anti-HIV, apenas 59,7% responderam que sim. A média de idade do grupo foi de  $36,35 \pm 12,17$  anos, com variação de 18 até 71 anos (dados não representados nos gráficos ou tabelas).

O gráfico 1 apresenta a descrição da amostra por classificação de parceiro(a) sexual (n = 154). Observa-se que a amostra foi composta de 57,80% de usuários que possuem parceiro sexual eventual, 34,40% possuem um parceiro fixo e 7,80% não possuem parceiro sexual.



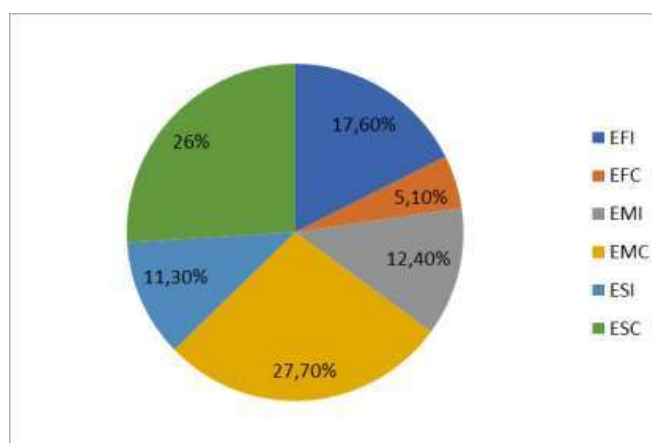
**Gráfico 1 – Caracterização da amostra por classificação de parceiro sexual, Porto Alegre, 2018 a 2020.**

O gráfico 2 apresenta a descrição da amostra por orientação sexual (n=250). A maioria compreende 47,60% e afirma ser heterossexual. Seguida por 42,40% composta por homossexual e 10% refere ser bissexual.



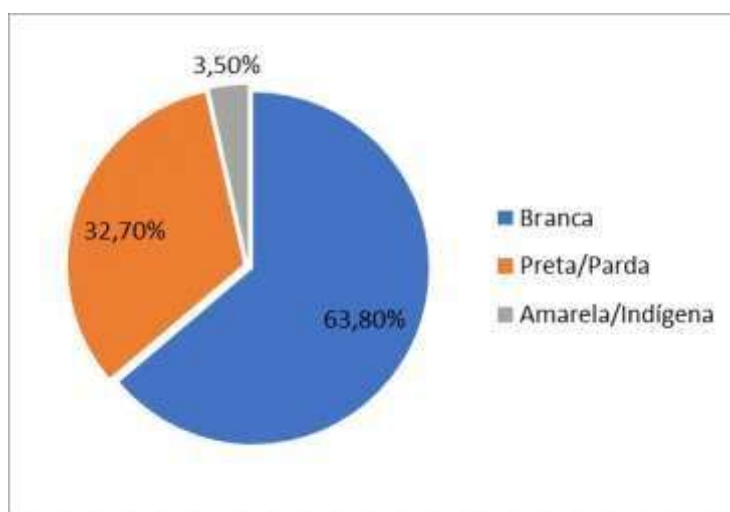
**Gráfico 2 – Caracterização da amostra por orientação sexual, Porto Alegre, 2018 a 2020.**

O gráfico 3 apresenta a descrição da amostra por escolaridade (n=177). Observa-se que a amostra foi constituída de 27,70% dos usuários que relatam ter o Ensino médio completo (EMC), 26% o Ensino superior completo (ESC), 17,60% possuem o Ensino fundamental incompleto (EFI), 12,40% possuem Ensino médio incompleto (EMI) e 11,30% o Ensino superior incompleto (ESI).



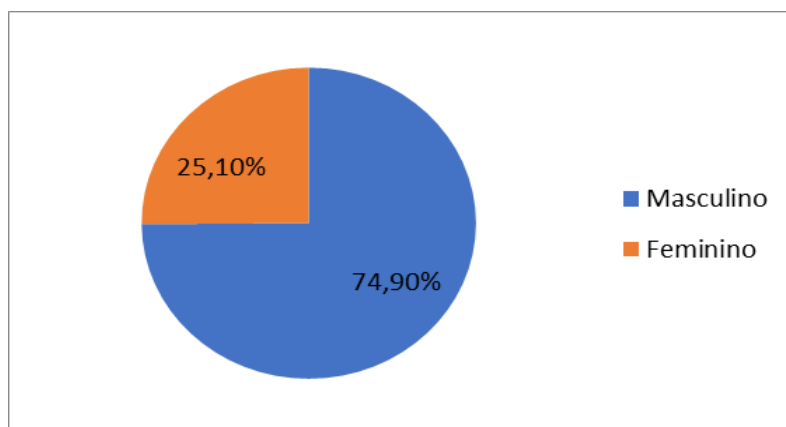
**Gráfico 3 – Caracterização da amostra por escolaridade, Porto Alegre, 2018 a 2020.**

O gráfico 4 apresenta a descrição da amostra por raça-cor (n=254). Constata-se que a amostra foi instituída de 63,8% usuários que se autodeclararam da raça/cor branca, 32,7% usuários que se autodeclararam da raça/cor preta ou parda e 3,5% usuários que se autodeclararam da raça/cor amarela ou indígena.



**Gráfico 4 – Caracterização da amostra por raça-cor, Porto Alegre, 2018 a 2020.**

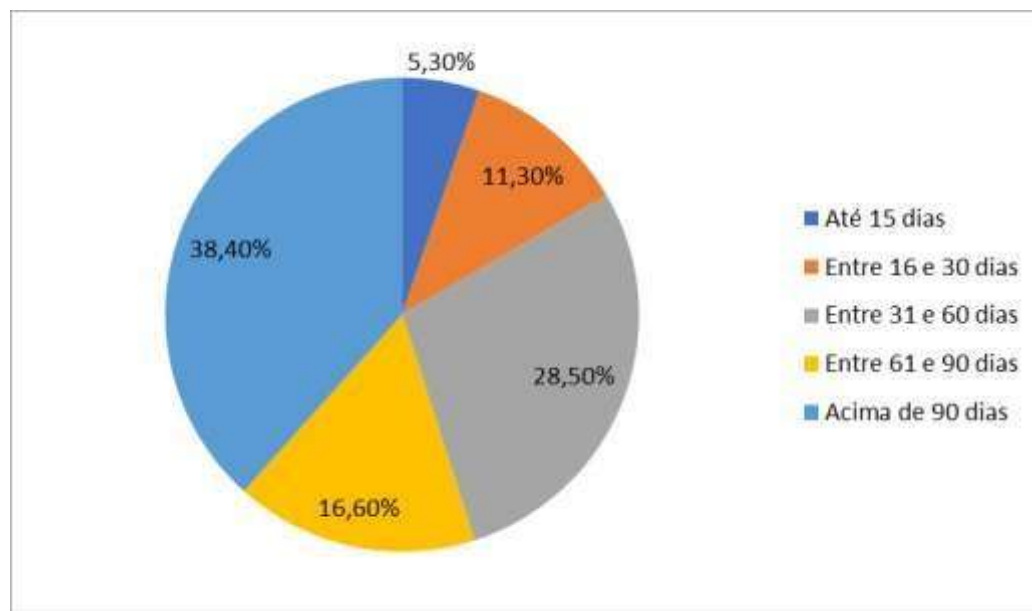
O gráfico 5 representa o percentual de usuários conforme o sexo (n=255), sendo 74,90% do sexo masculino e 25,10% do sexo feminino.



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

O gráfico 6 apresenta o percentual de usuários levando em consideração o número de dias até a realização da primeira retirada da TARV (n=151). Encontramos um total de 5,30% de usuários que realizaram a primeira retirada em até 15 dias,

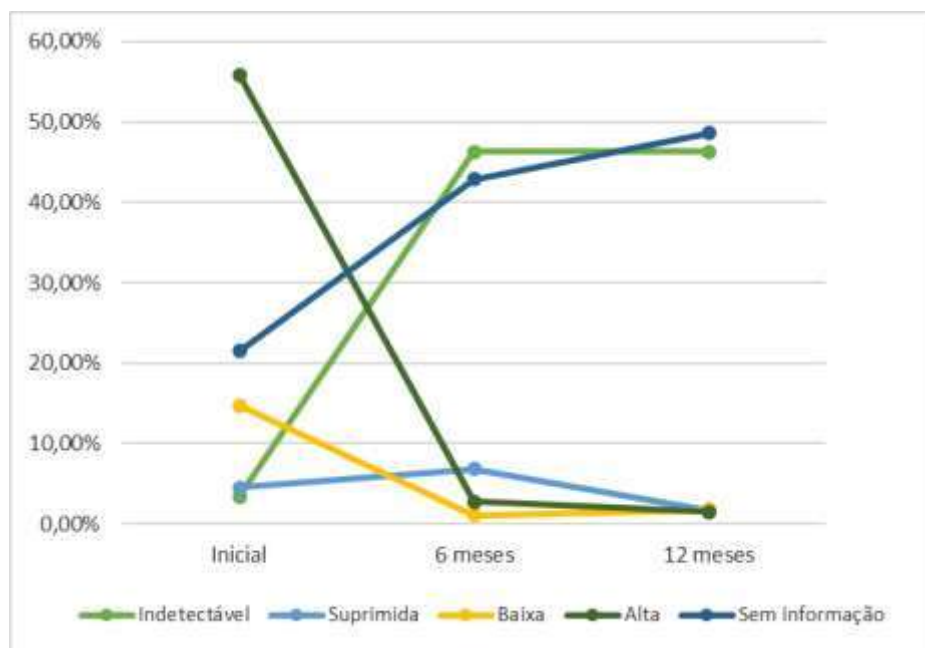
11,30% levaram entre 16 e 30 dias, 28,50% retiraram entre 31 e 60 dias, 16,60% retiraram entre 61 e 90 dias, e os que levaram acima de 90 dias compreende 38,40%.



**Gráfico 6 – Caracterização da amostra por primeira dispensação de medicamento, Porto Alegre, 2018 a 2020.**

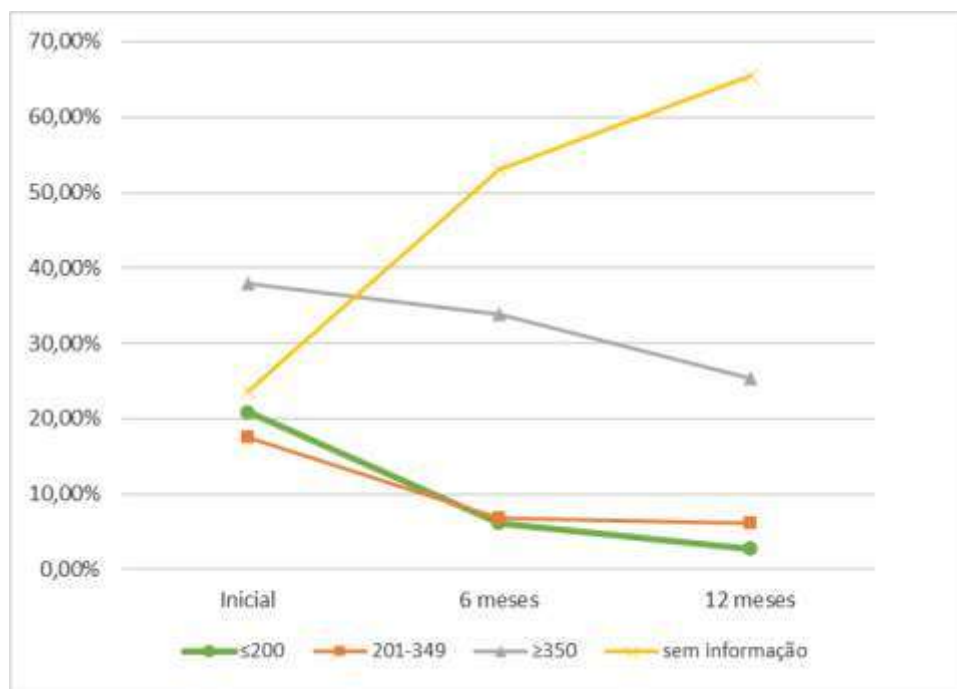
O gráfico 7 apresenta o percentual de pessoas vivendo com HIV conforme a classificação de CV inicial, aos 6 e 12 meses após o diagnóstico (n=177). Nesta análise foram excluídas as 82 pessoas com diagnóstico prévio, confirmado por notificação.

Podemos constatar que no momento logo após o diagnóstico existiam 3,40% usuários com CV indetectável, 4,50% com CV suprimida, 14,70% com CV baixa, 55,90% com CV alta e 21,50% não apresentaram exames CV inicial (sem informação). Após 6 meses 46,30% apresentam CV indetectável, 6,80% CV suprimida, 1,10% CV baixa, 2,80% CV alta e 42,90% sem informação referente aos exames CV. Em 12 meses após o diagnóstico se mantém 46,30% com CV indetectável, 1,70% com CV suprimida, 1,70% com CV baixa, 1,50% com CV alta e 48,60% sem informação de exames CV.



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

O gráfico 8 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. Consideramos que 20,90% dos usuários no momento logo após o diagnóstico apresentavam  $CD4 \leq 200$  células/mm<sup>3</sup>, 17,50% com CD4 entre 201-349 células/mm<sup>3</sup>, 37,90% apresentavam  $CD4 \geq 350$  células/mm<sup>3</sup> e 23,70% não possuíam esta informação. Após 6 meses do diagnóstico, 6,20% apresentavam  $CD4 \leq 200$  células/mm<sup>3</sup>, 6,80% com CD4 entre 201-349 células/mm<sup>3</sup>, 33,90% apresentavam  $CD4 \geq 350$  células/mm<sup>3</sup> e 53,10% não possuíam esta informação. Passados 12 meses, 2,80% apresentavam  $CD4 \leq 200$  células/mm<sup>3</sup>, 6,20% com CD4 entre 201-349 células/mm<sup>3</sup>, 25,40% apresentavam  $CD4 \geq 350$  células/mm<sup>3</sup> e 65,40% não possuíam esta informação.



**Gráfico 8 – Percentual de pessoas vivendo com HIV conforme a classificação de CD4 inicial, aos 6 e 12 meses após o diagnóstico.**

## 5.2 Subgrupos conforme exame CD4 inicial

Neste tópico é apresentada uma caracterização mais detalhada, por classificação de CD4, com ênfase no grupo CD4 inicial <math>< 350</math> células/mm<sup>3</sup>.

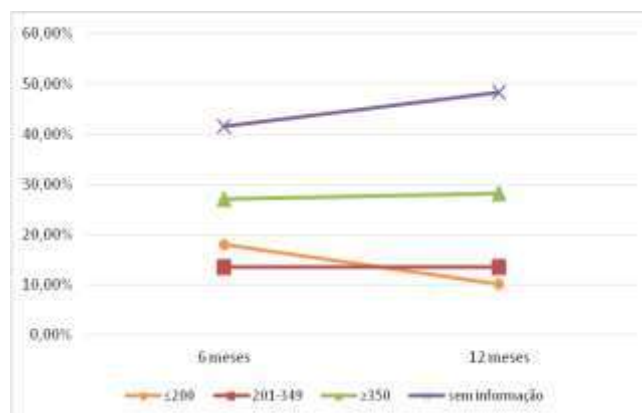
A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e de saúde da amostra total e por classificação de CD4. Deste total de usuários (n=202), 55,94% apresentaram exames CD4  $\geq 350$  células/mm<sup>3</sup> e 44,06% estavam com exames CD4 <math>< 350</math> células/mm<sup>3</sup>. Em relação ao diagnóstico prévio, 33,2% já possuíam. No grupo CD4 inicial <math>< 350</math> células/mm<sup>3</sup> o percentual de pessoas com diagnóstico prévio foi de 23,6% (versus 40,7% no outro grupo). Evidencia-se que o grupo CD4 inicial <math>< 350</math> células/mm<sup>3</sup> é composto majoritariamente por brancos (59,3%), e a escolaridade predominante é o EMC (33,9%), seguido por EFI (20,3%) e ESC (20,3%). Já no outro grupo, há predomínio de pessoas com ESC (27,9%). Em relação ao uso de drogas, verificou-se que no grupo CD4 inicial <math>< 350</math> células/mm<sup>3</sup> 28,9% utilizavam ou utilizaram alguma vez na vida. A parceria sexual predominante foi a eventual (55,8%), e foi mais comum a primeira retirada de medicamentos acima de 90 dias após o diagnóstico (38,2%).

**Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e de saúde da amostra total e conforme classificação de CD4 inicial, de pessoas diagnosticadas com HIV/Aids em um SAE de Porto Alegre, 2018 a 2020.**

Variável	Total N(%)*	CD4 < 350 N (%)	CD4 ≥ 350 N (%)
<b>Diagnóstico prévio</b>			
Sim	67 (33,2)	21 (23,6)*	46 (40,7)*
Não	135 (66,8)	68 (76,4)	67 (59,3)
<b>Raça-cor</b>			
Branca	118 (59,3)	53 (60,2)	65 (58,6)
Preta-Parda	74 (37,2)	34 (38,6)	40 (36)
Amarela-Indígena	7 (3,5)	1 (1,1)	6 (5,4)
<b>Escolaridade</b>			
Ensino fundamental incompleto	26 (17,9)	12 (20,3)	14 (16,3)
Ensino fundamental completo	8 (5,5)	3 (5,1)	5 (5,8)
Ensino médio incompleto	17 (11,7)	7 (11,9)	10 (11,6)
Ensino médio completo	42 (29)	20 (33,9)	22 (25,6)
Ensino superior incompleto	16 (11)	5 (8,5)	11 (12,8)
Ensino superior completo	36 (24,8)	12 (20,3)	24 (27,9)
<b>Uso de drogas (atual ou prévio)</b>			
Sim	53 (32,3)	22 (28,9)	31 (35,2)
Não	111 (67,7)	54 (71,1)	57 (64,8)
<b>Tipo de parceria</b>			
Fixa	42 (36,5)	14 (32,6)	28 (38,9)
Eventual	64 (55,7)	24 (55,8)	40 (55,6)
Sem parceria	9 (7,8)	5 (11,6)	4 (5,6)
<b>Primeira retirada de TARV</b>			
Até 15 dias	8 (5,6)	5 (7,4)	3 (4)
Entre 16 e 30 dias	16 (11,2)	5 (7,4)	11 (14,7)
Entre 31 e 60 dias	42 (29,4)	15 (22,1)	27 (36)
Entre 61 e 90 dias	25 (17,5)	17 (25)	8 (10,7)
Acima de 90 dias	52 (36,4)	26 (38,2)*	26 (34,7)
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>	<b>89 (44,1)</b>	<b>113 (55,9)</b>

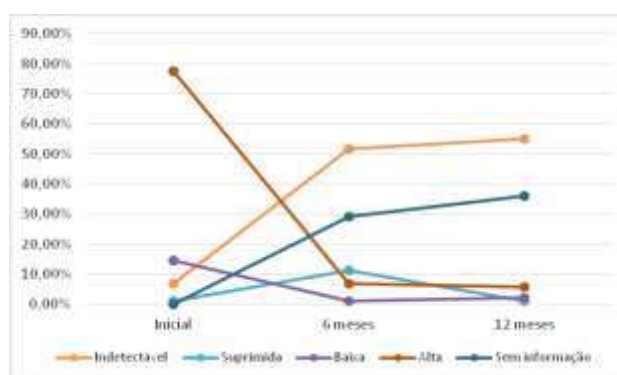
O gráfico 9 apresenta o grupo CD4 <350 células/mm<sup>3</sup> e o que ocorre em termos de distribuição faixas de CD4 aos 6 e 12 meses. Há aumento dos sem informação (41,6

para 48,3%), aumento discreto daqueles com  $CD4 \geq 350$  células/mm<sup>3</sup> (de 27 para 28,10%) e diminuição expressiva daqueles com  $CD4 \leq 200$  células/mm<sup>3</sup> (18 para 10,10%).



**Gráfico 9 – Situação dos exames de CD4 aos 6 e 12 meses, do grupo com CD4 inicial  $CD4 < 350$  células/mm<sup>3</sup>.**

O gráfico 10 apresenta o grupo  $CD4 < 350$  células/mm<sup>3</sup> e o que ocorre em termos de distribuição faixas de CV inicial, aos 6 e 12 meses. Observa-se queda expressiva no grupo CV alta (77,5 para 5,6%), aumento do grupo indetectável (6,7%, 51,70% e 55,10%) e aumento dos sem informação (0%, 29,2% e 36%).



**Gráfico 10 – Situação dos exames de CV inicial, aos 6 e 12 meses, de pessoas com teste anti-HIV positivo e com  $CD4 < 350$  células/mm<sup>3</sup>, em um SAE de Porto Alegre, 2018 a 2020.**



## 6 DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi composta por 259 usuários que procuraram um SAE de Porto Alegre para testagem anti-HIV e que obtiveram resultado positivo entre 2018 e 2020. Deste total, durante as pesquisas nos sistemas de registro (SINAN, SISCEL ou SICLOM) foram encontrados 82 usuários que já possuíam o diagnóstico prévio. Entretanto, destes 82, quando questionado antes da testagem se haviam realizado algum tipo de teste anti-HIV, apenas 59,7% responderam que sim. Esta informação nos remete a pensar no motivo que leva estes usuários, mesmo sabendo o diagnóstico, a retornar a um serviço de saúde para testagem, como se desconhecêssem o diagnóstico. Pela experiência prática no serviço, acreditamos que alguns podem precisar de mais tempo que outros para aceitar e iniciar o tratamento, devido a discriminação; outros podem acreditar em curas milagrosas; e ainda existem aqueles que querem retomar o tratamento e se sentem intimidados pelo julgamento por terem o abandonado, pois o abandono embora seja uma prática comum, não é algo muito discutido pelos profissionais de saúde (RODRIGUES; MAKSUD, 2017).

A média de idade do grupo demonstra que os usuários diagnosticados são adultos jovens, majoritariamente do sexo masculino e cuja escolaridade é EMC. Estes dados são similares aos encontrados em um estudo realizado em um SAE de Minas Gerais (PERDIGÃO et al, 2020). Neste sentido cabe um alerta que a educação é um determinante social da saúde, então, é provável que tenham pessoas com mais baixa escolaridade, com HIV e que não acessam serviços de testagem.

A maioria dos usuários deste estudo possui um parceiro sexual eventual. Neste contexto, devemos resgatar a problemática de comportamento, quanto ao não uso de preservativo, que incidiria sobre maior risco de exposição. O estudo realizado por Menezes et al (2018), encontrou uma maioria de usuários heterossexual, na nossa amostra, ao somarmos os usuários homossexuais e bissexuais, encontramos 52,40%.

Analisando o número de dias até a realização da primeira retirada da TARV, percebemos que uma minoria realizou a primeira retirada em até 15 ou 30 dias, e apesar da gratuidade da TARV, a maioria conseguiu realizar esta retirada após 90 dias do diagnóstico. Segundo estudo em um SAE de Minas Gerais (PERDIGÃO et al. 2020),

a vinculação ao serviço em tempo menor ou igual a 90 dias após o diagnóstico é considerada uma vinculação oportuna. Tendo em vista que a maioria realizou a retirada de TARV após 90 dias, precisamos descobrir os fatores que corroboram para esta demora. Neste estudo foi realizado o levantamento de duas hipóteses explicativas para este resultado. A primeira que pode estar relacionada a dificuldade de aceitação do diagnóstico, e necessidade de criação de uma rede de apoio para aceitação e retorno ao serviço. A segunda pode estar relacionada a dificuldade de acesso aos serviços propriamente, pois não há como fazer retirada de medicamentos sem a realização dos exames clínicos.

Quanto a CV dos usuários da amostra, a maioria apresentava uma CV inicial alta no momento do diagnóstico e após 6 meses já podemos perceber a diferença que a TARV traz para a vida destes usuários, pois a maioria passa a apresentar uma CV indetectável. Contudo, devemos levar em consideração que 42,90% não obtinham resultados de exames CV aos 6 meses, podendo indicar situações de abandono. Em 12 meses após o diagnóstico, se mantem os 46,30% com CV indetectável e aumenta em 6,30% os usuários sem informação de exames. Precisamos considerar que alguns usuários realizam os exames em instituição particular, e estes resultados de exames então não estariam dentro sistema pesquisado.

No que se refere aos exames de CD4, um total de 38,40% usuários apresentavam CD4 inicial menor que  $350 \text{ células/mm}^3$ , em um contexto de descrição da amostra que apresentou os sem exames. Após 6 meses do diagnóstico, este percentual diminui para 13% e após 12 meses diminui para 9%, mas devemos considerar que paralelamente o percentual de usuários sem esta informação subiu, chegando a 65,40% após os 12 meses. Uma questão não abordada por este trabalho, mas que deve ser considerada é a não adesão e abandono de tratamento. Este é um problema comum na área temática estudada, e que precisa ser discutido, pois tem impacto direto sobre a mortalidade. Além disso, é provável que a pandemia de Covid-19 tenha impactado sobre estes dados.

Com um olhar mais direcionado ao perfil de usuários quanto a contagem de CD4, encontramos nos resultados analisados de 202 usuários que apresentaram exames CD4 inicial e sem diagnóstico prévio, 68 usuários com  $\text{CD4} < 350 \text{ células/mm}^3$  (44,1%).

Ou seja, quase a metade das pessoas que tiveram o diagnóstico dentro do serviço já chegaram com uma contagem de células CD4 baixa, com critério clínico de Aids. Este dado pode apontar diagnóstico tardio e procura por testagem quando da ocorrência de sintomas.

Nosso estudo apresenta limitações. A principal é a incompletude dos dados. Havia dados na proposta inicial que não puderam ser utilizados. Observamos que há registros completos, mas também registros dos atendimentos dos usuários bastante incompletos. Talvez estratégias de educação permanente ajudassem a resolver este problema. Um achado importante desta pesquisa é que no formulário utilizado pelo serviço, havia uma questão se o usuário já realizou algum teste anti-HIV ou se era sua primeira coleta. Posteriormente, ao conferir no SICLOM a data de primeira retirada de medicamento, e no SISCEL os exames de CD4 e CV, identificamos usuários que já estavam registrados nestes sistemas, evidenciando que possuíam diagnóstico prévio.

Podemos afirmar que a TARV proporciona aumento de expectativa de vida e melhora a qualidade de vida das PVHIV. Neste sentido, apresentamos um monitoramento de 6 e 12 meses que permitiu observar flutuações em termos de acompanhamento clínico. Assim, concluímos que o monitoramento é uma ferramenta essencial que permite avaliar o cuidado na perspectiva da longitudinalidade, especialmente, porque a Aids é uma doença sem cura até hoje. Nós observamos neste trabalho que há muitos usuários com interrupção do cuidado, evidenciado pela ausência dos exames clínicos de acompanhamento. Em relação ao grupo com CD4 inicial  $<350$  células/  $\text{mm}^3$ , nós observamos que é um percentual expressivo de pessoas que chegam para o diagnóstico com este padrão clínico, evidenciando que muitas pessoas têm acesso tardio ao diagnóstico. Este é um dos principais achados do nosso estudo. Neste sentido, consideramos urgente o investimento em mais campanhas que estimulem a testagem frente a qualquer comportamento de risco, pois um diagnóstico precoce permitiria (i) tratamento oportuno, (ii) romper a cadeia de transmissão do HIV, (iii) melhorar a qualidade de vida, (iv) diminuir a ocorrência de infecções oportunistas, as taxas de internação e de mortalidade, (v) vinculação com serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

ABUELEZAM NN, MCCORMICK AW, SURFACE ED, FUSSELL T, FREEDBERG KA, LIPSITCH M, et al Modelling the epidemiologic impact of achieving UNAIDS fast-track 90-90-90 and 95-95-95 targets in South Africa. *Epidemiology and Infection*, v. 147, e122, 1–8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0950268818003497>. Acesso em 29 março 2021.

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

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 05 maio 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-hiv-aids-2020> Acesso em: 17 abril 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 abril 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-demonitoramento-clinico-do-hiv-2018> > Acesso em 28 março 2021.

FISCH, P. Qualificando a Cascata do HIV: Diferentes Tempos até a supressão viral a partir dos dados da coorte de Alvorada. Tese de Doutorado. Programa de PósGraduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2017.

GARDNER, E. M.; MCLEES, M. P.; STEINER, J. F.; DEL RIO, C.; BURMAN, W. J. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis.*, v. 52, n. 6, p, 793-800, 2011. Disponível em: doi: 10.1093/cid/ciq243. Acesso em 05 março 2021.

LOCH, Ana Paula et al. Intervenção para a implementação do monitoramento clínico em serviços especializados de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 5 [Acessado 30 novembro 2021], e00136219.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00136219>>. ISSN 1678-4464.  
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00136219>.

MENEZES, Elielza Guerreiro et al. Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2018, v. 31, n. 3 [Acessado 26 novembro 2021], pp. 299-304. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800042>>. ISSN 1982-0194.  
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800042>.

PERDIGÃO, Romara Elizeu Amaro et al. Oportunidade de vinculação de pessoas vivendo com HIV em um serviço especializado de saúde, Belo Horizonte (MG). *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2020, v. 23 [Acessado 26 novembro 2021], e200020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720200020>>. Epub 09 Mar 2020. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200020>.

RODRIGUES, Marilza; MAKSUD, Ivia. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO*, V. 41, N. 113, P. 526-538, ABR-JUN 2017

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](https://unAIDS.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf). Acesso em 03 maio 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\\_TreatmTargets\\_en.pdf](http://www.unAIDS.org/sites/default/files/media_asset/JC2670_UNAIDS_TreatmTargets_en.pdf). Acesso em 12 março 2021.

UNAIDS. Global AIDS Monitoring 2019: Indicators for monitoring the 2016. Political Declaration on Ending AIDS. Targets. *Glob AIDS Updat*, Disponível em: <http://www.unAIDS.org/en/resources/documents/2018/Global-AIDS-Monitoring>. Acesso em 12 março 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- Relatório informativo- estatísticas mundiais sobre o hiv. 2021. Disponível em: [https://unAIDS.org.br/wp-content/uploads/2021/06/2020\\_11\\_19\\_UNAIDS\\_FactSheet\\_PORT\\_Revisada-Final.pdf](https://unAIDS.org.br/wp-content/uploads/2021/06/2020_11_19_UNAIDS_FactSheet_PORT_Revisada-Final.pdf). Acesso em: 26 de novembro de 2021

WINKLER, G. B. Monitoramento do Cuidado Contínuo do HIV: A Experiência de um Serviço Especializado de IST/Aids de Porto Alegre. 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		<b>SINAN</b> SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº						
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO <b>AIDS</b> (Pacientes com 13 anos ou mais)										
<b>Definição de caso:</b> 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 ( <a href="http://www.aids.gov.br">www.aids.gov.br</a> ).										
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual						
	2	Agravado/doença	AIDS	Código (CID10) B 24						
	3	Data da Notificação								
	4	UP	5	Município de Notificação	Código (IBGE)					
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código						
	7	Data do Diagnóstico								
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento					
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor		
Dados de Residência	14	Escolaridade			15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe	
	17	UP	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito			
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1			
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP		
	28	(DDD) Telefone		29	Zona		30		Pais (se residente fora do Brasil)	
	<b>Dados Complementares do Caso</b>									
Antecedentes Epidemiológicos	31	Ocupação								
	Provável modo de transmissão									
	32	Transmissão vertical				33	Sexual			
	1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 3 - Ignorado				1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado					
	34	Sanguínea		Uso de drogas injetáveis		Transfusão sanguínea		Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses		
Informações sobre transfusão/acidente										
35	Data da transfusão/acidente		36	UP	37	Município onde ocorreu a transfusão/acidente		Código (IBGE)		
38	Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente							Código		
39	Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?									
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica										
Dados de Laboratório	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV									
	1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado									
	Teste de triagem		Data da coleta		Teste confirmatório		Data da coleta			
	Teste rápido 1		Teste rápido 2		Teste rápido 3		Data da coleta			

Critérios de definição de casos de aids	<b>41 Critério Rio de Janeiro/Caracas</b> 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"/> Caquexia 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 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)	
			*Excluída a tuberculose como causa	
	<b>42 Critério CDC adaptado</b> 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 (sepsis recorrente não-tifoide)	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral	<input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm <sup>3</sup>
	<b>43 Critério óbito -</b>			
	Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação			1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>
Trat.	<b>44</b> UF	<b>45</b> Município onde se realiza o tratamento	Código (IBGE)	<b>46</b> Unidade de saúde onde se realiza o tratamento
				Código
Evolução	<b>47</b> Evolução do caso			
	1 - Vivo    2 - Óbito por Aids    3 - Óbito por outras causas    9 - Ignorado			
Investigador	<input type="checkbox"/> <b>48</b> Data do Óbito			
	Nome		Função	
	Assinatura			
Aids em pacientes com 13 anos ou mais.				
SINAN NET				
S/S    08/06/2006				



## APÊNDICE 1 - Termo de compromisso para utilização de dados

**Título do Projeto: MONITORAMENTO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV QUE INGRESSAM NA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA COM BAIXA CONTAGEM DE CÉLULAS CD4.**

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

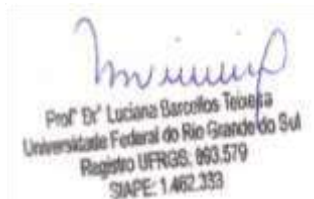
Declaram ainda, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 18 de maio de 2021.



---

**Daniela Santos Alves**  
**Graduanda em Saúde Coletiva - UFRGS**

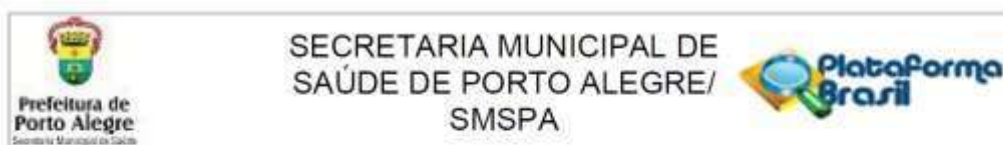


Prof. Dr. Luciana Barcellos Teixeira  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Registro UFRGS: 063.579  
SIAPE: 1.402.333

---

**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: 3.559/801

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.

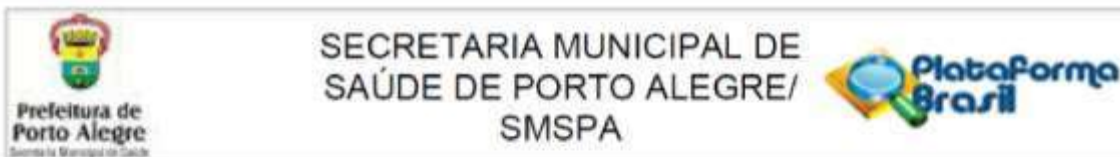
#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

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: 3.559.861

**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\_CEPUFRGS\_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 retrospectiva 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



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA



Continuação do Parecer: 3.559/861

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](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 - 8º 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

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_CEPUFRGS_27062019.pdf	27/06/2019 11:13:41	Luciana Barcellos Teixeira	Aceito
Outros	resposta_CEPUFRGS_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_consub_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)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com





Continuação do Parecer. 3.559.861

PORTO ALEGRE, 06 de Setembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Alexandre Luís 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