



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ANGÉLICA DA MATA ROSSI

**INFECÇÃO PELO HIV EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA
DO SUL DO BRASIL**

Londrina
2016

ANGÉLICA DA MATA ROSSI

**INFECÇÃO PELO HIV EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA
DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elma Mathias Dessunti

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Rossi, Angélica da Mata.

Infecção pelo HIV em um centro de referência do sul do Brasil / Angélica da Mata Rossi. – Londrina, 2016.

95 f : il.

Orientador: Elma Mathias Dessunti.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

Inclui bibliografia.

1. HIV – Teses. 2. Fatores sociodemográficos e comportamentais – Teses. 3. Diagnóstico da aids – Teses. I. Dessunti, Elma Mathias. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

ANGÉLICA DA MATA ROSSI

**INFECÇÃO PELO HIV EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO SUL
DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elma Mathias Dessunti
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dr^a. Aline Aparecida Monroe
Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo – SP

Prof^a. Dr^a. Flávia Meneguetti Pieri
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 15 de dezembro de 2016.

Dedicatória

*Às mulheres da minha vida:
minha mãe, Elisabete, e minha filha, Laura.*

Agradecimentos

*Agradeço a Deus
por ter me guiado até aqui, com saúde e fortaleza.*

*Agradeço a minha orientadora, Elma Mathias Dessunti,
por ter me apoiado e incentivado. Por todo conhecimento
compartilhado, dedicação e acima de tudo pela
pessoa humana, com real vocação para ensinar, que foi
fundamental e presente em todo o processo.
Faltam-me palavras para agradecer.*

*As professoras Silvia Paulino e Flavia Meneguetti
pela ajuda inestimável na coleta de dados, sendo
apoiadoras sempre que necessário.*

*A colega de iniciação científica Jennifer Paiola
pela ajuda e disposição na coleta de dados.*

*Ao parceiro Renne Rodrigues
pela assessoria nas análises estatísticas.*

*Ao programa de Mestrado em Enfermagem da
Universidade Estadual de Londrina,
pela oportunidade.*

Gostaria de agradecer também algumas pessoas
que contribuíram para meu ingresso no
mestrado, entre elas, minha amiga e companheira
desde a residência,
Marcia Aparecida dos Santos Silva,
sem seu incentivo eu não teria nem tentado o mestrado,
foi um sonho que contagiou, serei eternamente
grata por mostrar que era possível e que eu era capaz.

E minha mãe, Eliabete da Mata Rossi,
que sempre me incentivou a buscar
mais e ir além, apoiando-me em todos os momentos
com sabedoria e carinho.

*A vida é curta,
O conhecimento é vasto
As oportunidades passageiras,
A experiência enganosa
O julgamento difícil*

HIPÓCRATES

ROSSI, Angélica da Mata. **Infecção pelo HIV em um centro de referência do sul do Brasil**. 2016. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

Objetivo: Analisar os casos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento e ambulatório de IST/HIV/Aids de um município do Sul do Brasil em relação a infecção pelo HIV. **Método:** Estudo transversal, analítico, realizado com dados secundários dos 5.229 usuários que realizaram o teste rápido para HIV no período de junho de 2012 a junho de 2015. Utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informação do CTA (SI-CTA), convertido para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. As análises bivariadas e multivariadas foram realizadas por meio de regressão logística binária, com apresentação do *Odds Ratio* (OR), intervalo de confiança (IC) de 95% e p-valor <0,05. **Resultados:** A prevalência de infecção pelo HIV foi de 5,0% (259), com maior acometimento da população mais jovem ($p=0,010$) e do sexo masculino ($p<0,001$), não se observando diferença em relação à escolaridade e situação conjugal. A prevalência em gestantes foi de 26,7% ($p<0,001$). No recorte populacional, ressaltam-se as pessoas vivendo com HIV/Aids confirmadas (91,3%; $p<0,001$) e homens que fazem sexo com homens (20%; $p<0,001$). Em relação ao comportamento sexual destacaram-se com maior chance ao HIV: HSH (OR 6,47; IC 4,97-8,14; $p<0,001$), relato de IST no último ano (OR 3,52; IC 2,57-4,81; $p<0,001$); uso irregular ou não uso do preservativo com parceiro fixo nos últimos doze meses (OR 2,44; IC 1,43-4,16; $p=0,001$) e parceiro soropositivo para HIV (OR 3,59; IC 1,65-7,79; $p=0,001$). Nas análises multivariadas verificou-se maior associação à infecção pelo HIV no modelo 2 que inclui, as variáveis sociodemográficas (Modelo 1) e mais as comportamentais. Assim, os comportamentos com maior vulnerabilidade ao HIV encontrados foram: o recorte populacional de HSH, o compartilhamento de seringas, a prática sexual HSH, ter IST nos últimos 12 meses, uso irregular ou não uso do preservativo nos últimos 12 meses com parceiro fixo e parceiro soropositivo para HIV. Os dados clínicos e laboratoriais foram investigados em 226 prontuários, visto que 33 não foram encontrados. A contagem de linfócitos T CD4+ não mostrou diferença entre os sexos, variando de quatro a 1.373 células/mm³ de sangue, com média de 495,77 (DP331,61) para os homens e de 463,29 (DP 268,51) para as mulheres. A carga viral variou de indetectável a 5.793.753 vírus/mL de sangue, com média de 243.193,66 (DP 677.807,55) para os homens e de 258.139,94 (DP 651.409,95) para as mulheres ($p=0,756$). Analisando-se conjuntamente T CD4+ e carga viral, conclui-se que 56,1% dos usuários se encontravam em fase avançada da infecção. Muitos pacientes apresentavam sorologias positivas para Citomegalovirus, Toxoplasmose, sífilis e hepatites A, B e C. Foram encontradas anotações de presença de sintomas relacionados ao HIV, assim como co-infecções e outras IST. **Conclusão:** A vulnerabilidade ao HIV foi mais associada a fatores comportamentais. As características clínicas e laboratoriais levantadas sugerem que o diagnóstico da infecção pelo HIV está ocorrendo tardiamente no CTA, contrariando as políticas de prevenção e diagnóstico precoce propostas para esse serviço.

Palavras-chaves: HIV. Soroprevalência de HIV. Testes sorológicos. Comportamento sexual. Sorodiagnóstico da Aids.

ROSSI, Angelica da Mata. **HIV infection in a reference center in southern Brazil.** Londrina, Paraná, 2016. 95p. Dissertation (Master Degree in Nursing), State University of Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

Objective: Analyzing cases treated at a Testing and Counseling Center and outpatient clinic of STI/HIV/AIDS in a city in the South of Brazil referring to HIV infection. **Method:** Cross-sectional, analytical study was done with secondary data from 5,229 users who performed the HIV rapid test from June 2012 to June 2015. The CTA Information System (SI-CTA), converted to the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 20.0 was used. Bivariate and multivariate analyzes were performed using binary logistic regression, with Odds Ratio (OR), 95% confidence interval (CI) and p-value <0.05. **Outcome:** HIV infection prevalence was 5.0% (259), with higher incidence of the younger population ($p = 0.010$) and males ($p < 0.001$). No difference was observed in relation to education and marital status. The prevalence in pregnant women was 26.7% ($p = < 0.001$). Among the cut population, people living with confirmed HIV / AIDS (91.3%, $p < 0.001$) and men who had sex with men (20%, $p < 0.001$) are highlighted. In relation to sexual behavior, they were more likely to have HIV: MSM (OR 6.47, CI 4.97-8.14, $p < 0.001$), reported STI in the last year (OR 3.52, CI 2, 57-4.81, $p < 0.001$); (OR 2.44, CI 1.43-4.16, $p = 0.001$), and HIV-positive partner (OR 3.59, CI 1.65-7, 79, $p = 0.001$). In multivariate analyzes, there was higher association with HIV infection in model 2, which includes sociodemographic variables (Model 1) and behavioral variables. Therefore, the behaviors with the greatest vulnerability to HIV were: the population cut of MSM, the sharing of syringes, the MSM sexual practice, having STIs in the last 12 months, irregular use or non-use of the condom in the last 12 months with the same partner. The clinical and laboratory data were investigated in 226 medical records, since 33 were not found. The CD4 + T lymphocyte count showed no difference between the genders, ranging from four to 1,373 cells / mm^3 of blood, with a mean of 495.77 (SD 331.61) for men and 463.29 (SD 268.51) for the women. The viral load varied from undetectable to 5,793,753 virus / mL of blood, with a mean of 243,193.66 (SD 677,807,55) for men and 258,139.94 (SD 651,409,95) for women ($p = 0.756$). By analyzing CD4 + T and viral load together, it was concluded that 56.1% of the users were at an advanced stage of infection. Many patients had positive serologies for Cytomegalovirus, Toxoplasmosis, Syphilis and Hepatitis A, B, and C. There were notes of presence of HIV-related symptoms, as well as co-infections and other STIs. **Conclusion:** Vulnerability to HIV was more commonly associated with behavioral factors. The clinical and laboratorial characteristics raised suggest that the diagnosis of HIV infection is occurring late in the ATC, opposed to the policies of prevention and early diagnosis proposed for such service provided.

Keywords: HIV. HIV seroprevalence. Serological tests. Sexual behavior. AIDS serodiagnosis.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

- Tabela 1-** Positividade para HIV de indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento no período de 2012 a 2015, segundo variáveis sociodemográficas e de recorte populacional em um município do Sul do Brasil, 201630
- Tabela 2-** Positividade para HIV dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento no período de 2012 a 2015, segundo variáveis relacionadas ao uso de drogas e ao comportamento sexual em um município do Sul do Brasil, 201633
- Tabela 3 -** Análise multivariada do resultado do teste rápido para HIV dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento no período de 2012 a 2015, segundo variáveis sociodemográficas e de recorte populacional em um município do Sul do Brasil, 201635
- Tabela 4 -** Análise multivariada em relação aos resultados do teste rápido para HIV dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento no período de 2012 a 2015, segundo variáveis relacionadas ao uso de drogas em um município do Sul do Brasil, 201636
- Tabela 5 -** Análise multivariada em relação aos resultados do teste rápido para HIV dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento no período de 2012 a 2015, segundo variáveis relacionadas ao comportamento em um município do Sul do Brasil, 201638

ARTIGO 2

- Tabela 1 -** Distribuição de indivíduos com resultado positivo para o HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento no período de 2012

	a 2015, segundo sexo e variáveis sociodemográfica em um município do Sul do Brasil, 2016.....	61
Tabela 2 -	Distribuição de indivíduos com resultado positivo para o HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento, atendidos no período de 2012 a 2015, segundo resultados de linfócitos TCD4+ e Carga Viral em um município do Sul do Brasil, 2016.....	62
Tabela 3 -	Distribuição de indivíduos com resultado positivo para o HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento, atendidos no período de 2012 a 2015, segundo sexo e exames laboratoriais com resultados positivos em um município do Sul do Brasil, 2016.....	63
Tabela 4 -	Distribuição de indivíduos com resultado positivo para o HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento, atendidos no período de 2012 a 2015, segundo sexo e situação clínica em um município do Sul do Brasil, 2016.....	64
Tabela 5 -	Distribuição de indivíduos com resultado positivo para o HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento, atendidos no período de 2012 a 2015, segundo vinculação do usuário à primeira consulta no ambulatório de referência em um município do Sul do Brasil, 2016.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COAS	Centros de Orientação e Apoio Sorológico
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga Viral
FTA-abs	Teste de Absorção de Anticorpos Treponêmico Fluorescente
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/aids
SI-CTA	Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TR	Teste Rápido
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

1	<i>Contextualização</i>	14
1.1	A EPIDEMIA DO HIV	15
1.2	A HISTÓRIA DA INFECÇÃO PELO HIV / AIDS	16
1.3	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO.....	17
1.4	A INFECÇÃO PELO HIV / AIDS	19
2	<i>Positividade ao Hiv e Fatores Associados em um Centro de Testagem e Aconselhamento</i>	21
2.1	INTRODUÇÃO	24
2.2	MATERIAL E MÉTODOS	26
2.3	RESULTADOS.....	28
2.4	DISCUSSÃO	39
2.5	CONCLUSÕES	48
2.6	REFERÊNCIAS.....	49
3	<i>Situação Clínica e Laboratorial de Casos Positivos para HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento: Diagnóstico Precoce?</i>	54
3.1	INTRODUÇÃO	57
3.2	MATERIAL E MÉTODOS	58
3.3	RESULTADOS.....	59
3.4	DISCUSSÃO	65
3.5	CONCLUSÕES	71
3.6	REFERÊNCIAS	72
4	<i>Conclusões</i>	77
	<i>Referências</i>	80

<i>Apêndices</i>	83
APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NO AMBULATÓRIO DST/HIV/Aids.....	84
<i>Anexos</i>	87
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	88
ANEXO B – FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA	91

1 Contextualização



1.1 A EPIDEMIA DO HIV

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ainda é considerada uma pandemia impactante na saúde pública (BRASIL, 2015a).

O relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS — UNAIDS (2016) estimou que em 2015 haviam 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, com 2,1 milhões de novas infecções. Esses números constituem um desafio em atender o compromisso de erradicar a epidemia de aids em 2030. Entretanto, alguns avanços indicam otimismo nesse cenário, como o aumento de pessoas em uso de terapia antirretroviral (TARV), somados 17 milhões, superando a meta estabelecida pela Assembleia Geral das Nações Unidas, além da redução anual de 43% das mortes relacionadas à aids.

Com o objetivo de erradicação da aids, propôs-se a meta 90-90-90, que estabelece que até 2020, 90% das pessoas que vivem com HIV tenha conhecimento do seu estado sorológico, 90% das pessoas diagnosticadas recebam TARV sustentada e 90% das pessoas em uso de TARV tenham carga viral (CV) indetectável (UNAIDS, 2015). No Brasil, em 2014, 83% das pessoas que viviam com HIV foram diagnosticadas, 52% estavam em tratamento e 46% apresentavam CV indetectável (BRASIL, 2015b).

Atualmente, a epidemia no Brasil está estabilizada, com 798.366 casos de aids registrados de 1980 até junho de 2015, com taxa de detecção de 19,7 casos a cada 100 mil habitantes, correspondendo a cerca de 40 mil casos novos ao ano (BRASIL, 2016a).

A epidemia tem se concentrado, principalmente, entre populações mais vulneráveis, incluindo os mais jovens, grupo que apresenta aumento no número de casos. Comparando os anos de 2004 e 2014, a taxa de detecção entre jovens de 15 a 24 anos, passou de 9,5 para 13,4 casos por 100 mil habitantes, respectivamente (BRASIL, 2015c).

A testagem para HIV no Brasil em 2014 aponta que nos quatro primeiros meses, foram realizados 1,9 milhão de testes no país, sendo que, em 2015, no mesmo período, foram 2,1 milhões (BRASIL, 2015b).

O município sede do CTA pesquisado possuía uma população total de 548.249 habitantes, com taxa de detecção para aids de 21,4 casos por 100 mil habitantes em 2014 e razão entre sexos de 2,6 homens para cada mulher. A taxa de detecção na faixa etária de 15 a 24 anos é de 5,7 por 100 mil habitantes, em gestantes de 1,9 por 1000 nascidos vivos e a taxa bruta de mortalidade por aids de 7,0 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016b).

1.2 A HISTÓRIA DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

Historicamente, acredita-se que a aids teve sua origem na África por meio de retrovírus não patogênicos que acometiam primatas denominados macacos-verdes. De 1960 até meados de 1970, haitianos moravam na África e imigravam para os Estados Unidos, Haiti e Europa, provavelmente disseminando a infecção (SOUZA, 2004). Porém, os primeiros casos foram reconhecidos em 1981, nos Estados Unidos, em homossexuais masculinos, seguidos mais tarde por relatos em hemofílicos, hemotransfundidos, usuários de drogas, crianças nascidas de mães infectadas e parceiros sexuais de indivíduos infectados (SABINO; BARRETO; SANABANE, 2015).

No Brasil o primeiro caso de HIV ocorreu em 1982, em São Paulo, marcado por forte estigma, insegurança e discriminação (BRASIL, 2013a). Nesse momento, o país passava por transformações, decorrentes da reforma no sistema de saúde e declínio do regime militar em 1980. As demandas populares favoreceu a atuação de movimentos sociais de grupos militantes pelos direitos dos gays junto ao governo, exigindo ação frente à nova doença, o que possibilitou a criação de um grupo de pesquisa com médicos do Hospital Emilio Ribas e, em 1984 estabeleceu-se o primeiro programa de controle da aids no Brasil, ambos da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (MENDONÇA; ALVES; CAMPOS, 2010; RAMOS, 2004).

Inicialmente, a epidemia do HIV/aids se restringiu às regiões metropolitanas do Sudeste e Sul do país, elevado nível escolar, atingindo principalmente homens que faziam sexo com homens (HSH). As principais vias de transmissão eram a sexual, a sanguínea, por transfusão de sangue e hemoderivados, e pelo compartilhamento de seringas devido ao uso de drogas injetáveis, com elevadas taxas de incidência e mortalidade. Esse perfil foi se alterando ao longo do tempo, se caracterizando pela infecção heterossexual, com destaque para as mulheres nesse processo, interiorização e pauperização da epidemia (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Federal de Controle da Aids em 1985 e, em 1986, o Programa Nacional de DST e aids (BRASIL, 2013a). O Brasil conquistava um novo modelo de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), com garantias a universalidade da assistência, equidade, integralidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2011). Simultaneamente em 1988 foi iniciada a implantação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), visando à detecção precoce, aconselhamento e a prevenção do HIV (BRASIL, 2013a), que foi rebatizado em 1997 como Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) (LONDRINA, 2016).

1.3 CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

Atualmente as diretrizes que regem os 515 CTA no Brasil, objetivam estimular a adoção de medidas de prevenção; reduzir o impacto emocional e ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C (BRASIL, 2010; BRASIL 2012).

Para o diagnóstico de HIV, os CTA devem disponibilizar o teste rápido, regulamentado pela portaria nº 34, de 28 julho de 2005, devendo ser realizado exclusivamente por profissional da saúde devidamente treinado. Os Testes Rápidos (TR) são imunoenaios (IE) simples, cujos resultados podem ser obtidos em até 30 minutos. Esse método auxilia na prevenção e interrupção da cadeia de transmissão do HIV (BRASIL, 2015a).

As recomendações definidas pela Portaria nº 29/2013 para diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando TR, orienta a testagem com TR (T1), caso seja não reagente, considera-se esse resultado; se o T1 for reagente, repete-se o TR (T2) com marca diferente. Se persistir reagente, será esse o resultado final, devendo a pessoa ser encaminhada para realização do exame CV do HIV, complementando o diagnóstico. Porém, se o T2 for não reagente, o resultado será discordante, deve-se repetir o fluxograma, caso discordante novamente, uma amostra por punção venosa deve ser colhida e enviada para o laboratório (BRASIL, 2013b).

O Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) foi implantado pelo Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais em 2002. As informações do formulário aplicado aos usuários do CTA, que alimentam esse sistema, geram embasamento para o direcionamento das ações de atendimento, vigilância epidemiológica e gestão do serviço (BRASIL, 2012).

No município de estudo o CTA foi implantado em novembro de 1995, com atendimento por demanda espontânea. Atualmente oferece teste rápido para o HIV, sífilis, hepatites B e C. O usuário é atendido por uma equipe multiprofissional, com aconselhamento individual ou coletivo, sigiloso, com objetivo de prevenir e informar sobre IST/HIV/aids, além de encaminhar para o tratamento aqueles com resultado positivo junto aos Serviços de Atenção Especializada em Aids (SAE). Os TR são descentralizados para várias unidades básicas de saúde do município que, quando positivos, os pacientes são encaminhados para o serviço de referência (LONDRINA, 2016).

Em 1996, um marco nas políticas públicas contribuiu sobremaneira para a redução da mortalidade por aids no Brasil e melhoria da qualidade de vida, tal fato ocorreu com a garantia de distribuição gratuita e universal de TARV aos indivíduos com HIV/aids (BRASIL, 2013a).

1.4 A INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

Atualmente, sabe-se que uma pessoa ao se infectar pelo HIV pode apresentar dentro do período de até quatro semanas os sintomas da fase aguda (hipertermia, sudorese, cefaleia, fadiga, faringite, exantemas, gânglios linfáticos aumentados e um leve prurido). Esses sintomas desaparecem, e o indivíduo pode permanecer em média de oito a dez anos na fase assintomática ou de latência clínica. Entretanto, o HIV continua se multiplicando no organismo, atingindo o sistema imunológico, destruindo os linfócitos T CD4+, uma das principais células-alvo do vírus, acarretando na perda da capacidade do organismo se defender até culminar na fase sintomática da infecção. Nesta fase aparecem sinais e sintomas relacionados às infecções oportunistas (fadiga não habitual, perda de peso, suor noturno, inapetência, diarreia, alopecia, xerodermia, entre outros), constituindo a aids, que pode levar a morte (BRASIL, 2015a).

Embora não haja cura para o HIV/aids, o uso da TARV evita a progressão da infecção, propiciando melhora da qualidade de vida, semelhante a outras doenças crônicas em tratamento. O uso da TARV pode ser iniciado em qualquer fase da infecção, independente da contagem de linfócitos T CD4+ e CV. Ressalta-se a importância do diagnóstico precoce e início do tratamento, objetivando a redução da CV para maior controle da infecção e da transmissão (BRASIL, 2013c).

O esquema preferencial de primeira linha, que deve ser usado na maioria das pessoas que iniciam tratamento, é feito com a combinação de três medicamentos em um mesmo comprimido (três em um), sendo necessário apenas um comprimido por dia. Isso facilita a ingestão e permite a boa adesão ao tratamento (BRASIL, 2013c).

A transmissão do HIV ocorre pela relação sexual desprotegida, sem uso de preservativo, pela transmissão vertical durante a gravidez, parto, e amamentação sem as ações de profilaxia, e também pelo uso ou acidente com instrumentos/ materiais perfuro cortantes não esterilizados (BRASIL, 2015a).

Diante da relevância da infecção pelo HIV/aids na saúde da população, considera-se que a análise dos casos atendidos em um CTA justifica-se para conhecer a população atendida e direcionar as ações visando a prevenção e controle da doença. Em âmbito nacional os dados indicam que o diagnóstico está sendo realizado tardiamente, com conseqüente demora no início do tratamento e pior prognóstico (GRANGEIRO et al., 2009). Portanto, analisar a realidade local nos permite avaliar se as demandas específicas, como definição e prioridade das ações com as populações vulneráveis e diagnóstico precoce da infecção, estão sendo contempladas.

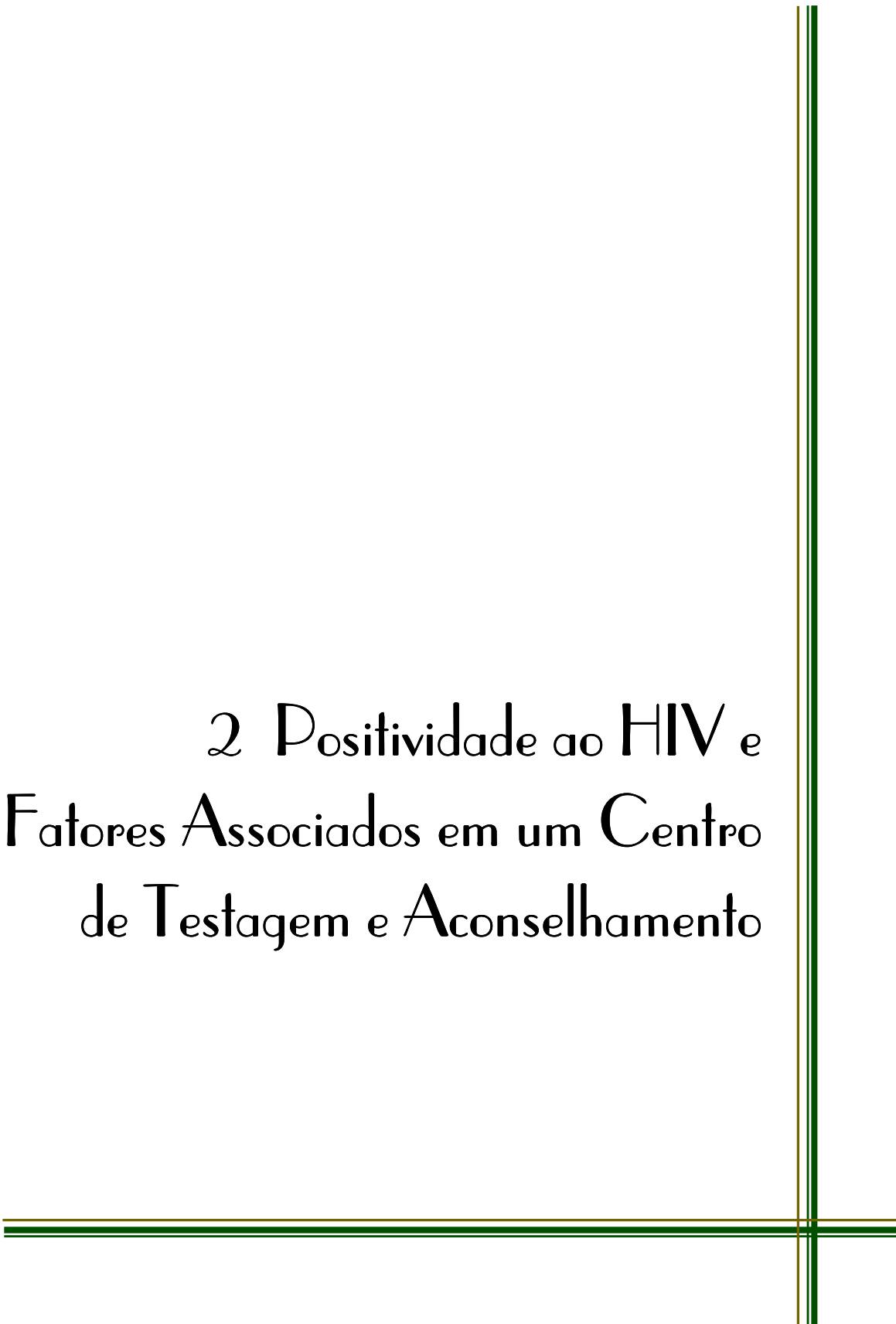
Considerando-se a importância de conhecer as características da população que procura o CTA em um município do Sul do Brasil, além do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV por meio do teste rápido e analisar os casos com diagnóstico positivo, pergunta-se: Quais fatores sociodemográficos e comportamentais estão associados à positividade do HIV em indivíduos que realizaram TR em um centro de referência de um município do Sul do Brasil? Quais as características clínicas e laboratoriais que os usuários apresentam no período do diagnóstico da infecção pelo HIV?

O objetivo geral deste estudo foi analisar os casos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento e ambulatório de IST/HIV/Aids de um município do Sul do Brasil em relação à infecção pelo HIV. Os objetivos específicos serão respondidos por meio da apresentação de dois artigos:

O primeiro intitulado “*Positividade ao HIV e Fatores Associados em um Centro de Testagem e Aconselhamento*” teve como objetivo analisar os fatores sociodemográficos e comportamentais associados à positividade do HIV em usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento do Sul do Brasil.

O segundo denominado “*Situação Clínica e Laboratorial de casos positivos para o HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento: diagnóstico precoce?*” apresentou como objetivo analisar as características clínicas e laboratoriais dos indivíduos com HIV positivo, bem como a fase da infecção em que ocorre o diagnóstico em um Centro de Testagem e Aconselhamento do Sul do Brasil.

2 Positividade ao HIV e
Fatores Associados em um Centro
de Testagem e Aconselhamento



RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores sociodemográficos e comportamentais associados à positividade do HIV em usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). **Método:** Estudo transversal, realizado com dados secundários dos 5.229 usuários que realizaram o teste rápido para HIV no período de junho de 2012 a junho de 2015. Utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informação do CTA, convertido para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. As análises bivariadas e multivariadas foram realizadas por meio de regressão logística binária, com apresentação do *Odds Ratio* (OR), intervalo de confiança (IC) de 95% e p-valor <0,05. **Resultados:** A prevalência de infecção pelo HIV foi de 5,0% (259), com maior acometimento da população mais jovem ($p=0,010$) e do sexo masculino ($p<0,001$), não se observando diferença em relação à escolaridade e situação conjugal. A prevalência em mulheres gestantes foi de 26,7% ($p<0,001$). Maior positividade foi observada entre os usuários que procuram o serviço para “conferir resultado anterior” e “encaminhamento por serviço de saúde”. No recorte populacional, ressaltam-se as pessoas vivendo com HIV/Aids confirmadas (91,3%; $p<0,001$) e homens que fazem sexo com homens (20%; $p<0,001$). Algumas situações de vulnerabilidade foram identificadas com maior chance de infecção como: compartilhamento de seringas, uso de drogas nos últimos doze meses e, especificamente o uso de cocaína aspirada e álcool. Em relação ao comportamento sexual destacaram-se com maior chance ao HIV: HSH (OR 6,47; IC 4,97-8,14; $p<0,001$), relato de IST no último ano (OR 3,52; IC 2,57-4,81; $p<0,001$); uso irregular ou não uso do preservativo com parceiro fixo nos últimos doze meses (OR 2,44; IC 1,43-4,16; $p=0,001$) e parceiro soropositivo para HIV (OR 3,59; IC 1,65-7,79; $p=0,001$). Nas análises multivariadas verificou-se maior associação à infecção pelo HIV no modelo 2 que inclui, as variáveis sociodemográficas (Modelo 1) e mais as comportamentais. Assim, os comportamentos com maior vulnerabilidade ao HIV encontrados foram: o recorte populacional de HSH, o compartilhamento de seringas, a prática sexual HSH, ter IST nos últimos 12 meses, uso irregular ou não uso do preservativo nos últimos 12 meses com parceiro fixo e parceiro soropositivo para HIV. **Conclusão:** A vulnerabilidade ao HIV foi mais associada a fatores relacionados ao comportamento sexual e ao compartilhamento de seringas.

DESCRITORES: HIV; Perfil de saúde; Soroprevalência de HIV; Testes sorológicos; Comportamento sexual.

Positivity and associated factors for HIV in a testing and counseling centre

ABSTRACT

Objective: Analyzing sociodemographic and behavioral factors linked to HIV positivity among users of a Testing and Counseling Center (CTA). **Method:** Cross-sectional study was done with secondary data from 5,229 users who performed the HIV rapid test from June 2012 to June 2015. The CTA Information System database was converted to the Statistical Package For the Social Sciences (SPSS), version 20.0 was used. Bivariate and multivariate analyzes were performed using binary logistic regression, with Odds Ratio (OR), 95% confidence interval (CI) and p-value <0.05. **Outcome:** Prevalence of HIV infection was 5.0% (259), with a higher incidence of the younger population ($p = 0.010$) and males ($p < 0.001$). No difference was observed in relation to education and marital status. Prevalence in pregnant women was 26.7% ($p = 0.001$). Higher positivity was observed among users seeking the service to "check previous result" and "referral by health service". In the cut population, people living with confirmed HIV/AIDS (91.3%, $p < 0.001$) and men who have sex with men (20%, $p < 0.001$) are highlighted. Some vulnerability situations were identified with higher chance of infection such as: syringe sharing, drug use in the last twelve months and, specifically, the use of aspirated cocaine and alcohol. In relation to sexual behavior, they were more likely to have HIV: MSM (OR 6.47, CI 4.97-8.14, $p < 0.001$), reported STI in the last year (OR 3.52, CI 2, 57-4.81, $p < 0.001$); (OR 2.44, CI 1.43-4.16, $p = 0.001$), and HIV-positive partner (OR 3.59, CI 1.65-7,79, $p = 0.001$). In multivariate analyzes, there was higher association with HIV infection in model 2, which includes sociodemographic variables (Model 1) and behavioral variables. Thus, the behaviors with the greatest vulnerability to HIV were: the population cut of MSM, the sharing of syringes, the MSM sexual practice, having STIs in the last 12 months, irregular use or non-use of the condom in the last 12 months with a fixed partner and Partner. **Conclusion:** Vulnerability to HIV was more commonly associated with factors related to sexual behavior and syringe sharing.

KEY-WORDS: HIV; Health profile; HIV seroprevalence; Serological tests; Sexual behavior.

2.1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) ainda é considerada uma infecção de grave impacto pandêmico, à despeito dos avanços nas políticas públicas. A identificação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) há mais de trinta anos foi acompanhada de constante aperfeiçoamento nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Entretanto, a mudança no perfil de vulnerabilidade dos indivíduos acometidos deve ser considerada nas estratégias de controle da infecção, especialmente no acesso aos exames diagnósticos.

A estimativa do número de pessoas vivendo com HIV no mundo era de 33,3 milhões em 2010, passando para 36,7 milhões em 2015. Entretanto, observa-se um declínio no número de novas infecções de 2,2 milhões em 2010 para 2,1 milhões em 2015 (UNAIDS, 2016a).

No Brasil, foram notificados 798.366 casos até junho de 2015, com taxa de detecção de 19,7 casos/100.000 habitantes em 2014 (BRASIL, 2015a).

A implementação de políticas públicas no sistema de saúde brasileiro, considerada modelo para o mundo, conquistou avanços no controle da mortalidade por doenças relacionadas à aids, especialmente pela oferta gratuita da Terapia Antirretroviral (TARV). Contudo, observa-se que a epidemia apresenta aumento dos casos entre populações mais vulneráveis, incluindo os mais jovens (BRASIL, 2015a). Constitui-se um desafio cumprir a meta mundial de erradicação da epidemia da aids em 2030, proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (**UNAIDS, 2015**). Ainda, a meta 90-90-90, estabelece que até 2020, 90% das pessoas que vivem com HIV tenha conhecimento do seu diagnóstico, 90% dessas pessoas recebam TARV e 90% das pessoas em tratamento apresentem Carga Viral (CV) indetectável (UNAIDS, 2016a). Em 2014, no Brasil, 83% das pessoas que vivem com HIV foram diagnosticadas (BRASIL, 2015a).

Com intuito de oferecer sorologia para HIV gratuitamente, no final da década de 80 implantaram-se os Centros de Orientação e Apoio Sorológico

(COAS) que em 1997 passaram a ser chamados de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). A partir de 2011/2012 esses centros passaram a ofertar Teste Rápido (TR), não somente para HIV, mas também para sífilis e hepatites B e C, visando o diagnóstico precoce dessas infecções. Os TR não necessitam de suporte laboratorial, são de fácil execução e podem ter seu resultado interpretado em, no máximo, 30 minutos. Vários profissionais de nível superior da área da saúde podem ser capacitados para realizar e emitir o laudo final dos TR, cuja técnica deve vir acompanhada de aconselhamento e obedecer aos preceitos do acolhimento (BRASIL, 2010). A testagem para HIV no Brasil em 2014 aponta que nos quatro primeiros meses, foram realizados 1,9 milhão de testes no país, sendo que, em 2015, no mesmo período, foram 2,1 milhões de testagem (BRASIL, 2015a).

Estudos realizados em CTA brasileiros apontam o perfil dos usuários desses serviços (SOARES; BRANDÃO, 2013; SOUZA *et al.*, 2011; VILELA *et al.*, 2010; GRINBERG *et al.*, 2015; CANARIO *et al.*, 2013) e poucos analisam os fatores associados à positividade do HIV (PEREIRA *et al.*, 2014; CAMPOS *et al.*, 2014). Desta forma, ressalta-se a importância de conhecer não somente o perfil da população que é atendida pelo CTA, mas principalmente os fatores associados aos casos positivos, o que possibilita análise e readequação do planejamento das ações voltadas ao enfrentamento da epidemia do HIV.

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores sociodemográficos e comportamentais associados à positividade do HIV em usuários de um CTA do Sul do Brasil.

2.2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, analítico, realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento para IST/HIV/Aids de um município do Sul do Brasil.

O município de estudo tem uma população estimada de 548.249 habitantes (BRASIL, 2016), é o quarto mais populoso da região Sul do Brasil, sendo considerado referência em saúde para várias cidades da região e estados circunvizinhos, com hospitais de média e alta complexidade e ampla rede de atenção básica à saúde. O CTA está localizado na região central, onde são realizados os TR para HIV, sífilis e hepatites B e C, gratuitamente, por demanda espontânea ou encaminhamentos. Os casos positivos são encaminhados para o ambulatório de IST/HIV/aids localizado no mesmo prédio. A rede de serviços está estruturada com a inserção da testagem rápida na atenção primária; os indivíduos com resultados positivos são encaminhados para o serviço de referência. As gestantes também seguem esse fluxo de atendimento (LONDRINA, 2016).

A população de estudo foi composta pelos usuários que procuraram o CTA para a realização do TR para HIV, no período de junho de 2012 a junho de 2015. Utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informação do CTA (SI-CTA).

Foram considerados critérios de inclusão o atendimento mais recente do usuário, pela possibilidade do mesmo apresentar mais de um atendimento no serviço, bem como foram excluídos os casos com resultados inconclusivos e pacientes que não realizaram o teste para HIV.

As variáveis independentes trabalhadas neste estudo e contidas na ficha do CTA foram as sociodemográficas: sexo, idade, situação conjugal (considerados como não união estável os solteiros, divorciados, viúvos, separados e como união estável os casados e amasiados), raça/cor, escolaridade, gestante, município de origem; as relacionadas ao motivo da procura; a origem da clientela (forma pela qual o indivíduo obteve conhecimento sobre o serviço); o recorte populacional (características específicas relacionadas ao tipo de população); as comportamentais relacionadas ao uso de drogas lícitas e ilícitas: uso de drogas,

uso de álcool, maconha, cocaína aspirada, cocaína injetável, uso de crack, heroína; as comportamentais relacionadas a atividade sexual: prática sexual, tipo de exposição, IST no último ano, uso de preservativo nos últimos 12 meses com parceiro fixo e eventual, uso de preservativo na última relação sexual com parceiro fixo e eventual, motivo do não uso do preservativo com parceiro fixo e eventual, risco do parceiro fixo e os testes sorológicos (resultados dos TR para Sífilis e Hepatites B e C). Considerou-se como variável dependente o resultado do teste HIV: positivo e negativo.

As informações do banco foram convertidas para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 no qual foram executadas as análises dos dados. Para as variáveis categóricas foram apresentadas as frequências absolutas e relativas e, para as variáveis contínuas, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão). Como forma de comparar as variáveis contínuas, avaliou-se a normalidade da distribuição destas variáveis por meio do teste *Shapiro-Wilk*, sendo os resultados não paramétricos analisados pelo teste U de *Mann Whitney*. As análises bivariadas foram processadas pelo método de regressão logística binária, obtendo a razão de chances (RC) também denominada como *Odds Ratio* (OR), intervalo de confiança (IC) de 95% e p-valor <0,05. Com base nos resultados das análises bivariadas, as variáveis que apresentaram p-valor menor que 0,20 e/ou importância epidemiológica foram incluídas em modelo de regressão multivariado. Foram criados dois modelos. No primeiro (modelo 1) realizou-se o controle estatístico por meio de variáveis sócio-demográficas e, no segundo (modelo 2), o controle foi realizado pelas variáveis sociodemográficas (modelo 1) e pelas comportamentais.

Esse estudo é um recorte da pesquisa “Centro de Testagem e Aconselhamento: diagnóstico de infecção pelo HIV, sífilis, hepatites B e C”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, CAAE nº 35357914.0.0000.5231.

2.3 RESULTADOS

Dentre os 6.566 registros obtidos, foram excluídos 1256, referentes às entradas repetidas e 81 por apresentarem resultados inconclusivos ou não terem realizado teste para HIV, totalizando uma amostra final de 5.229 indivíduos.

Entre os elegíveis, a prevalência para a infecção pelo HIV foi de 5,0% (259), com média de idade de 33,50 anos (DP 11,61), idade mínima de 14 anos e máxima de 68 anos. Nos casos negativos a média de idade foi de 35,72 anos (DP 14,71), variando de zero a 90 anos. Não houve diferença estatística para essa variável entre os casos positivos e negativos ($p=0,154$).

A média de parceiros sexuais entre os indivíduos do sexo masculino positivos para o HIV foi de 18,40 (DP 66,57) entre os homossexuais e, de 5,68 (DP 18,10) entre os heterossexuais. Entre os HIV negativos, essa média foi de 23,25 (DP 229,70) e 4,30 (DP 10,50), respectivamente. Entre as mulheres heterossexuais, a média de parceiros foi de 12,43 (DP 132,45) para os casos positivos ao HIV e de 8,51 (DP 64,34) para os casos negativos.

O TR realizado no CTA para sífilis (treponêmico) e confirmado por meio do VDRL qualitativo (não treponêmico) mostrou maior positividade entre os usuários HIV positivos (14,3%) do que entre os negativos (4,2%) ($p<0,001$). O mesmo ocorreu com a hepatite B, no qual a positividade ao HBsAg foi maior entre os positivos (12,5%) em relação aos negativos (4,6%) ($p=0,044$). No que se refere à hepatite C a positividade foi de 9,3% e 5,4%, entre os casos HIV positivos e negativos, respectivamente, mas sem diferença significativa ($p=0,917$).

Observa-se na Tabela 1 que a população mais jovem foi a que apresentou maior positividade para o HIV ($p=0,010$). A maioria dos usuários era do sexo masculino, grupo com mais casos positivos para a infecção estudada ($p<0,001$).

A procura pelo CTA para realização do TR para HIV foi maior entre os indivíduos que não apresentavam união estável, entre os brancos e com

escolaridade de oito ou mais anos de estudo. Entretanto, não se observou diferença significativa entre os elementos dessas variáveis em relação ao resultado do HIV. Entre as mulheres gestantes que procuraram o serviço, a chance de positividade foi maior quando comparada às não gestantes (OR 14,13; $p < 0,001$). Indivíduos atendidos no CTA do presente estudo, provenientes de outros municípios apresentaram maior prevalência de casos positivos (7,1%), com diferença significativa ($p = 0,008$). O recorte populacional dos usuários do CTA mais referido foi população geral, entretanto, com mais casos positivos para HIV foram: pessoa vivendo com HIV/Aids (91,3%; $p < 0,001$) e homens que fazem sexo com homens (HSH) (20,0%; $p < 0,001$) (Tabela 1).

TABELA 1 – Positividade para HIV de indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento no período de 2012 a 2015, segundo variáveis sociodemográficas e de recorte populacional, em um município do Sul do Brasil, 2016 (n=5229).

VARIÁVEIS	HIV POSITIVO			OR	IC95%	p-valor
	TOTAL	n	%			
IDADE						
≤35	3043	171	5,6	1,42	1,09-1,84	0,010
>35	2186	88	4,0	1,00		
SEXO						
Feminino	2040	57	2,9	1,00		
Masculino	3246	202	6,2	2,24	1,62-3,02	<0,001
SITUAÇÃO CONJUGAL*						
União estável	1680	79	4,7	1,00		
Não união estável	3545	180	5,1	1,08	0,83-1,42	0,560
RAÇA/COR*						
Branco	4254	203	4,8	1,00		
Não branco	971	55	5,7	1,19	0,88-1,63	0,247
ESCOLARIDADE (anos de estudo)*						
0	77	3	3,9	0,79	0,21-2,58	0,697
1 a 3	321	12	3,7	0,76	0,40-1,42	0,389
4 a 7	1642	86	5,2	1,08	0,77-1,51	0,661
8 a 11	1919	94	4,9	1,01	0,72-1,39	0,977
12 ou mais	1251	61	4,9	1,00		
GESTANTE**						
Não	1953	49	2,5	1,00		
Sim	30	8	26,7	14,13	5,99-33,31	<0,001
MUNICÍPIO DE ORIGEM						
Londrina	4613	215	4,7	1,00		
Outro município	616	44	7,1	1,57	1,12-2,20	0,008
RECORTE POPULACIONAL*						
População em geral	3844	67	1,7	1,00		
Homens que fazem sexo com homens	660	132	20,0	14,09	10,36-19,17	<0,001
Pessoa vivendo com HIV/aids	46	42	91,3	591,92	206,38-1697,68	<0,001
Outros	679	18	2,7	1,53	0,91-2,60	0,111

Fonte: autores

*Excluídos os casos ignorados

**Para a análise de estar gestante sim ou não, foram consideradas apenas as mulheres.

Os motivos da procura pelo CTA mais referidos pelos usuários do CTA foram “exposição à situação de risco” (2477), “conhecer status sorológico” (1220) e “encaminhamento por serviços de saúde” (679). Entretanto, os motivos mais relacionados aos resultados reagentes para o HIV foram: “conferir resultado anterior” (44,7%; $p < 0,001$) e “encaminhamento por serviço de saúde” (7,8%; $p < 0,001$). O motivo da procura “conhecimento do status sorológico”, foi considerado fator de proteção para o HIV (OR 0,61; $p = 0,014$) (dado não apresentado em tabela).

A chance do indivíduo HIV positivo ter obtido conhecimento sobre o serviço por meio de profissionais de saúde foi 54%, maior em relação àqueles que conheceram o serviço por meio de materiais de divulgação ($p < 0,026$). Por outro lado, a chance da informação quanto a esse serviço ser advinda de outras fontes foi menor quando comparado àqueles que a tiveram por acesso a materiais de divulgação (OR=0,33; $p < 0,001$) (dados não apresentados em tabela).

Na Tabela 2 observa-se que a maioria dos usuários do CTA referiu não uso de drogas nos últimos 12 meses. Entretanto, entre os que relataram o seu uso, a prevalência de HIV foi maior em comparação aos não usuários ($p = 0,013$).

Analisando-se de forma isolada o uso de álcool e de algumas drogas ilícitas, os maiores percentuais de positividade foram observados entre os usuários que fizeram uso de cocaína injetável (12,0%), cocaína aspirada (7,5%; $p = 0,031$), crack (7,1%) e álcool (6,2%; $p = 0,011$) (Tabela 2). O uso de anfetaminas e de maconha não apresentou diferença significativa entre os casos positivos e negativos. Alguns indivíduos referiram o uso de heroína e de outras drogas, porém sem positividade para o HIV.

O compartilhamento de seringa foi referido por 27 usuários, com percentual de positividade de 37,0% ($p < 0,001$) (Tabela 2).

O tipo de exposição ao HIV mais relatado foi por meio da relação sexual, sendo também o tipo de exposição com maior positividade para o HIV

(5,1%). Ressalta-se que os indivíduos que não referiram situação de risco apresentaram considerável positividade para o HIV (4,2%).

A chance de ter diagnóstico positivo para HIV foi maior entre os HSH em relação aos indivíduos que se declararam heterossexuais, assim como entre os que relataram IST no último ano (Tabela 2).

O não uso do preservativo ou uso irregular com parceiro fixo nos últimos 12 meses foi mais frequente entre os casos positivos para o HIV (5,4%; $p=0,001$). Na variável risco do parceiro observa-se maior positividade entre os usuários com parceiros “soropositivos para HIV” (21,6%; $p=0,001$) e indivíduos com “outros” motivos (43,2%; $p<0,001$) (Tabela 2).

Os usuários com parceiro eventual que não usaram ou fizeram uso irregular do preservativo nos últimos 12 meses foram mais diagnosticados com HIV (5,9%), sem diferença significativa. Porém, na última relação sexual a positividade foi maior quando se referiu o uso do preservativo (11,9%; $p<0,001$) (Tabela 2).

Os motivos mais frequentes do não uso ou uso irregular do preservativo com parceiro fixo foram “confiar no parceiro” (1807) e “não gostar” (356), enquanto com parceiros eventuais foi justificado por “não ter no momento” (439) e “não gostar” (283).

TABELA 2 – Positividade para HIV dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento no período de 2012 a 2015, segundo variáveis relacionadas ao uso de drogas e ao comportamento sexual, em um município do Sul do Brasil, 2016 (n=5229).

VARIÁVEIS	HIV POSITIVO					P VALOR
	TOTAL	n	%	OR	IC 95%	
USO DE DROGAS NOS ÚLTIMOS DOZE MESES*						
Não	3677	163	4,4	1,00		
Sim	1550	94	6,1	1,39	1,07-1,81	0,013
USO DE ÁLCOOL*						
Nunca usou	3800	169	4,4	1,00		
Usa e/ou já usou	1427	88	6,2	1,41	1,08-1,84	0,011
USO DE COCAÍNA ASPIRADA*						
Nunca usou	4922	234	4,8	1,00		
Usa e/ou já usou	305	23	7,5	1,63	1,05-2,55	0,031
USO DE COCAÍNA INJETÁVEL*						
Nunca usou	5202	254	4,9	1,00		
Usa e/ou já usou	25	3	12,0	2,65	0,79-8,93	0,114
USO DE CRACK*						
Nunca usou	5045	244	4,8	1,00		
Usa e/ou já usou	182	13	7,1	1,51	0,85-2,69	0,160
COMPARTILHAMENTO DE SERINGAS*						
Não	3691	155	4,2	1,00		
Sim	27	10	37,0	13,41	6,04-29,79	<0,001
PRÁTICA SEXUAL*						
Heterossexual	3835	112	2,9	1,00		
Homem que faz sexo com homem (incluindo os bissexuais)	829	135	16,3	6,47	4,97-8,14	<0,001
Mulher que faz sexo com mulher	59	1	1,7	0,57	0,08-4,17	0,583
IST NOS ÚLTIMOS 12 MESES						
Não	4803	202	4,2	1,00		
Sim	426	57	13,4	3,52	2,57-4,81	<0,001

Continua...

USO DE PRESERVATIVO NOS ÚLTIMOS 12 MESES COM PARCEIRO FIXO*						
Uso Regular	654	15	2,3	1,00		
Uso irregular/não uso	3067	166	5,4	2,44	1,43-4,16	0,001
RISCO DO PARCEIRO*						
Uso de drogas	112	8	7,1	1,00		
Soropositivo para HIV	268	58	21,6	3,59	1,65-7,79	0,001
Tem ou teve IST	160	5	3,1	0,42	0,13-1,32	0,137
Outros	74	32	43,2	9,90	4,22-23,26	<0,001
USO DO PRESERVATIVO NOS ÚLTIMOS 12 MESES COM PARCEIRO EVENTUAL*						
Uso Regular	612	30	4,9	1,00		
Uso Irregular/não uso	1805	106	5,9	1,21	0,79-1,83	0,369
USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO EVENTUAL*						
Uso Regular	370	44	11,9	1,00		
Não uso	1316	79	6,0	0,47	0,32-0,69	<0,001

Fonte: Autores

*Excluídos os casos em branco/ ignorados.

Na análise multivariada observou-se que os indivíduos do sexo masculino, gestante e residentes em outros municípios têm maiores chances para adquirir o HIV, independente da idade, situação conjugal, raça/cor e escolaridade. Entretanto, ajustando-se pelo modelo 2, essas variáveis perdem a significância, com maior vulnerabilidade relacionada as variáveis comportamentais. A idade não apresentou significância nos modelos multivariados (Tabela 3).

Observa-se que o recorte populacional HSH apresentou maior vulnerabilidade ao HIV em relação aos modelos 1 e 2. Ou seja, independente de características sociodemográficas, uso de drogas e uso do preservativo, indivíduos que se caracterizam como HSH possuem maior chance de ter resultado positivo para HIV (Tabela 3).

TABELA 3 – Análise multivariada do resultado do teste rápido para HIV dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento no período de 2012 a 2015, segundo variáveis sociodemográficas e de recorte populacional, em um município do Sul do Brasil, 2016.

VARIÁVEIS	ANÁLISE BRUTA			MODELO 1			MODELO 2		
	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
SEXO									
Feminino	1,00			1,00			1,00		
Masculino	2,24	1,62-3,02	<0,001	2,20	1,63-2,98	<0,001	1,25	0,44-3,55	0,680
IDADE									
≤35	1,42	1,09-1,84	0,010	1,31	0,98-1,74	0,065	0,98	0,43-2,23	0,961
>35	1,00			1,00			1,00		
GESTANTE									
Não	1,00			1,00			1,00		
Sim	14,13	5,99-33,31	<0,001	13,78	5,72-33,16	<0,001	2,64	0,16-44,46	0,500
LOCAL DE ORIGEM									
Londrina	1,00			1,00			1,00		
Outro município	1,57	1,12-2,20	0,008	1,55	1,09-2,19	0,013	1,51	0,61-3,74	0,371
RECORTE POPULACIONAL									
População	1,00			1,00			1,00		
HSH*	14,09	10,36-19,17	<0,001	17,59	11,83-26,17	<0,001	21,46	3,21-143,46	0,002
Outros	1,53	0,91-2,60	0,111	1,71	0,99-2,93	0,050	1,71	0,52-5,68	0,385

*HSH = homens que fazem sexo com homens.

Modelo 1: ajustado por sexo, idade (contínua), situação conjugal, raça/cor (branco ou não branco) e escolaridade. Quando a variável de interesse estava em análise, não se utilizou a mesma para controle. **Modelo 2:** ajustado pelo modelo 1, mais histórico de IST nos últimos 12 meses, prática sexual (heterossexual ou homossexual), motivo da procura, uso de álcool, maconha, cocaína aspirada, cocaína injetável, crack, tipo de exposição, uso de preservativos com parceiro fixo nos últimos 12 meses, uso de preservativos com parceiro eventual nos últimos 12 meses e uso de preservativos com parceiro eventual na última relação.

Nas análises ajustadas o uso de drogas nos últimos 12 meses apresentou um aumento nas chances de ter resultado positivo para HIV, entretanto a significância estatística não se mantém nos modelos controlados por questões sociodemográficas e comportamentais. O compartilhamento de seringas demonstrou associação com a positividade para o HIV após inserção das variáveis dos dois modelos (Tabela 4).

TABELA 4 – Análise multivariada em relação aos resultados do teste rápido para HIV dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento no período de 2012 a 2015, segundo variáveis relacionadas ao uso de drogas, em um município do Sul do Brasil, 2016.

VARIÁVEIS	ANÁLISE BRUTA			MODELO 1			MODELO 2		
	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
USO DE DROGAS NOS ÚLTIMOS DOZE MESES									
Não	1,00			1,00			1,00		
Sim	1,39	1,07-1,81	0,013	1,17	0,89-1,52	0,262	1,30	0,57-2,99	0,531
USO DE ÁLCOOL									
Não	1,00			1,00			1,00		
Sim	1,39	1,07-1,81	0,011	1,20	0,92-1,58	0,181	0,91	0,41-2,02	0,812
USO DE COCAÍNA ASPIRADA									
Não	1,00			1,00			1,00		
Sim	1,63	1,05-2,55	0,031	1,33	0,85-2,09	0,209	1,44	0,81-2,57	0,216
USO DE COCAÍNA INJETÁVEL									
Não	1,00			1,00			1,00		
Sim	2,65	0,79-8,93	0,114	2,29	0,67-7,74	0,182	1,99	0,51-7,73	0,318
USO DE CRACK									
Não	1,00			1,00			1,00		
Sim	1,51	0,85-2,69	0,160	1,31	0,73-2,33	0,367	1,16	0,58-2,32	0,664
COMPARTILHAMENTO DE SERINGAS									
Não	1,00			1,00			1,00		
Sim	13,42	6,05-29,79	<0,001	13,46	5,98-30,30	<0,001	19,24	6,68-55,41	<0,001

Modelo 1: ajustado por sexo e idade (contínua). **Modelo 2:** ajustado pelo modelo 1, mais histórico de IST nos últimos 12 meses, prática sexual (heterossexual ou homossexual), uso de álcool, maconha, crack, cocaína aspirada e injetável. Quando a variável de interesse estava em análise, não se utilizou a mesma para controle.

Apresenta-se na Tabela 5 a análise multivariada das variáveis comportamentais em relação ao modelo 1 (variáveis sociodemográficas) e modelo 2 (variáveis comportamentais).

A prática sexual HSH, ter IST nos últimos 12 meses, não uso do preservativo nos últimos 12 meses com parceiro fixo, risco do parceiro “soropositivo para HIV” apresentaram maior positividade para o HIV nos dois modelos. O não uso ou uso irregular do preservativo na última relação com parceiro eventual manteve-se associado apenas no modelo 1, perdendo associação quando inserido o modelo comportamental (Tabela 5).

TABELA 5 – Análise multivariada em relação aos resultados do teste rápido para HIV dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento no período de 2012 a 2015, segundo variáveis relacionadas ao comportamento, em um município do Sul do Brasil, 2016.

VARIÁVEIS	ANÁLISE BRUTA			MODELO 1			MODELO 2		
	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
PRÁTICA SEXUAL									
Heterossexual	1,00			1,00			1,00		
HSH	6,47	4,97-8,14	<0,001	6,80	4,94-9,37	<0,001	13,97	7,05-27,64	<0,001
IST NOS ÚLTIMOS 12 MESES									
Não	1,00			1,00			1,00		
Sim	3,52	2,57-4,81	<0,001	3,53	2,57-4,85	<0,001	2,38	1,18-4,84	0,016
USO DE PRESERVATIVO NOS ÚLTIMOS 12 MESES COM PARCEIRO FIXO									
Uso Regular	1,00			1,00			1,00		
Uso irregular/não uso	2,44	1,43-4,16	0,001	2,65	1,55-4,54	<0,001	2,55	1,03-6,31	0,043
RISCO DO PARCEIRO									
Uso de drogas	1,00			1,00			1,00		
Soropositivo para HIV	3,59	1,65-7,79	0,001	3,17	1,43-7,03	0,004	79,55	5,55-1140,92	0,001
Tem ou teve IST	0,42	0,13-1,32	0,419	0,37	0,12-1,16	0,088	1,46	0,07-29,57	0,804
Outros	9,90	4,22-23,26	<0,001	7,16	2,97-17,26	<0,001	35,76	3,19-401,38	0,004
USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO EVENTUAL									
Uso Regular	1,00			1,00			1,00		
Não uso	0,47	0,32-0,69	<0,001	0,49	0,34-0,74	<0,001	0,60	0,33-1,10	0,101

* HSH= homens que fazem sexo com homem.

Modelo 1: ajustado por sexo e idade (contínua). Modelo 2: ajustado pelo modelo 1, mais histórico de IST nos últimos 12 meses, histórico de uso de drogas, prática sexual (heterossexual ou homossexual), uso de preservativos com parceiro fixo nos últimos 12 meses e uso de preservativos com parceiro eventual na última relação. Quando a variável de interesse estava em análise, não se utilizou a mesma para controle.

2.4 DISCUSSÃO

Os usuários do CTA pesquisado apresentaram taxa de prevalência de 5,0% para a infecção pelo HIV, superior a média para população geral nacional em 2014, que se encontrava entre 0,4% e 0,7% (BRASIL, 2015a). Porém, abaixo das taxas encontradas em estudos realizados em outros CTA brasileiros que variou de 6,0% a 7,62% (SOARES; BRANDÃO, 2013; SOUZA *et al.*, 2011; GRINBERG *et al.*, 2015).

A média de parceiros sexuais foi mais elevada entre homens com relações homossexuais do que entre heterossexuais, com maior número entre os usuários HIV negativo. A multiplicidade de parceiros constitui-se como fator de risco para o HIV, porém, nesse estudo, não se observa esse delineamento em todos os seguimentos analisados. A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira (PCAP) apresentou a análise dos principais indicadores de monitoramento das práticas sexuais relacionadas ao HIV na população brasileira de 15 a 64 anos. Constatou-se que o sexo masculino relatou mais frequentemente múltiplas parcerias, tanto com parceiros do mesmo sexo como com parceiros do sexo oposto quando comparados às mulheres que referiram múltiplas parcerias sexuais. Entre os homens 13,2% tiveram mais de cinco parceiros casuais nos últimos doze meses e as mulheres tiveram índice três vezes menor, de 4,1% (BRASIL, 2011).

Os testes rápidos realizados para sífilis (FTA-abs, confirmado pelo VDRL) e hepatite B (HBsAg), apresentaram maior percentual de positividade para o HIV. Essa dinâmica de co-infecções se relaciona possivelmente ao modo semelhante de transmissão entre essas IST. A prevalência da sífilis em indivíduos infectados pelo HIV foi diversa entre grupos populacionais: gestantes (0,3%); mulheres (6,2%), em ambulatório especializado (5,3%) e em HSH (39,6%) (MANYAHI *et al.*, 2015; PINTO *et al.*, 2014; CALLEGARI *et al.*, 2014; JANSEN *et al.*, 2015). Em um estudo com 1291 pacientes HIV positivo a prevalência de hepatite B anterior foi de 23%, e co-infectados de 3,7% (TAVORA *et al.*, 2013).

A população masculina apresentou maior procura pelo serviço do CTA para a realização do TR para HIV, esse comportamento contraria a cultura de

que a procura por serviço de saúde é mais frequente entre as mulheres, portanto, os homens superaram entraves como o horário de funcionamento das unidades de saúde e horário de trabalho (LEVORATO *et al.*, 2014). Fatores que podem ter contribuído para essa dinâmica é a agilidade do TR, que fica pronto em trinta minutos, além da auto percepção de exposição à condição de vulnerabilidade. Essa população também apresentou mais diagnósticos positivos para o HIV, mostrando significância na análise bivariada (Tabela 1), porém, não permaneceu associada ao modelo comportamental, na análise multivariada (Tabela 3). Estudo de um CTA brasileiro analisou um total de 20.332 atendimentos, dos quais 558 apresentaram HIV positivo, observando-se maior prevalência no sexo masculino (321) do que no sexo feminino (237), embora com menor proporção homem/mulher (PEREIRA *et al.*, 2014). Dados do Ministério da Saúde apontam para uma tendência ao crescimento das taxas de detecção de aids em homens nos últimos 10 anos, com aumento de 10,8% em 2014. Entretanto, observa-se diminuição da proporção homem/mulher no decorrer dos anos, variando de 5,5:1 em 1990 a 1,5:1 em 2003, mantendo essa relação até 2008. A partir de 2009 essa proporção começa subir novamente, atingindo 1,9 casos em homens para cada mulher em 2014, mas ainda prevalecendo no sexo masculino (BRASIL, 2015a). O aumento dos casos entre as mulheres está relacionado à vulnerabilidade social vivenciada por elas, à baixa escolaridade, à exposição ao vírus por meio de relações estáveis e heterossexuais, violência baseada em gênero, expectativa em relação à maternidade e pobreza (TAQUETTE, 2009).

Os indivíduos com idade menor ou igual a 35 anos apresentaram significância na análise bivariada (Tabela 1) para a positividade ao HIV, mas na análise multivariada (Tabela 3), não apresentou associação a outras variáveis dos modelos sociodemográficos e comportamentais. Portanto, ao analisar isoladamente a idade não é aceitável afirmar como possibilidade sua propensão ao HIV; entretanto, a literatura aponta esse grupo com comportamento mais vulnerável. Esse perfil de maior vulnerabilidade entre os jovens é justificado pela cultura e comportamento praticados, que os colocam expostos à infecção pelo HIV, destacando-se a pouca adesão aos métodos de prevenção, baixa

escolaridade, a variabilidade ou multiplicidade de parceiros e imaturidade psicossocial (COSTA *et al.*, 2011).

Ressalta-se, também, que a percepção distorcida de que a epidemia esteja controlada, dificulta o processo de discussão sobre a prevenção e diagnóstico, principalmente com os jovens que não vivenciaram o início da epidemia (GRECO, 2016).

Usuários com união não estável e indivíduos não brancos apresentaram maior percentual de casos reagentes para o HIV, semelhante ao estudo realizado com Pessoa Vivendo com HIV e aids em um hospital de referencia (SILVA *et al.*, 2016). Destaca-se que no município pesquisado há um predomínio da população branca.

Em relação às mulheres que procuraram o CTA para realização do TR para HIV, observou-se que as gestantes apresentaram maior chance de positividade ao teste (Tabela 1). Na análise multivariada (Tabela 3) manteve associação quando ajustada as variáveis sociodemográficas, contudo, perdeu a significância no modelo 2. Essa análise aponta para a possibilidade do comportamento ser mais determinante para o HIV do que o fato de ser gestante. A positividade maior entre as mulheres gestantes pode indicar atendimento em outro serviço, como no pré-natal realizado na atenção primária, e que foram direcionadas para acompanhamento no Centro de Referência com conhecimento prévio da infecção. Entretanto, o mais provável é a possibilidade de terem realizado o teste por demanda espontânea, considerando-se que o acesso ao exame é livre e gratuito.

A transmissão vertical do HIV tem sido estudada exaustivamente e, a recomendação atual no âmbito da Rede Cegonha proposto pelo Ministério da Saúde brasileiro é de que toda gestante deve realizar o TR para HIV no primeiro e terceiro trimestre da gestação, repetindo-se na admissão para o parto e, em algumas situações, até mesmo no puerpério. A realização dos testes durante o pré-natal propicia a adoção de medidas terapêuticas durante a gestação e o parto, além de atenção ao recém-nascido, que reduzem drasticamente a incidência de infecção pelo HIV em crianças (BRASIL, 2015b).

Analisando-se a escolaridade constata-se que a maioria (60,8%) dos usuários que procurou pelo teste HIV apresentava oito ou mais anos de estudo. Entretanto, a positividade foi semelhante entre os diversos níveis educacionais pesquisados. Considerando-se que a localização do CTA fica na região central do município, deve-se refletir sobre a dificuldade de acesso dos usuários das demais regiões, especialmente dos bairros periféricos de maior vulnerabilidade social. Destaca-se que os TR para HIV foram descentralizados para todas as regiões do município, com a realização do TR na atenção primária, contudo, a procura por locais próximos as residências pode levar ao temor de quebra do sigilo. Sabe-se que a baixa escolaridade interfere no nível de conhecimento/informação sobre a infecção, o que pode prejudicar a procura pelo CTA para investigação do diagnóstico, reforçando o contexto de pauperização da epidemia (COSTA *et al.*, 2011).

As pessoas atendidas no CTA provenientes de outros municípios apresentaram maior prevalência para o HIV (Tabela 1), porém essa variável perdeu a associação nos modelos sociodemográficos e comportamentais (Tabela 3), indicando que ser de outro município não aumenta as chances para o HIV. Analisa-se que os motivos da elevada positividade nesse grupo decorrem da maior possibilidade em apresentar diagnóstico positivo, considerando os motivos de procura pelo serviço. Esse fato pode sugerir temor em realizar o exame no município de origem, por questões de sigilo num local onde a rede de pessoas conhecidas é maior (TOKANO; DESSUNTI, 2015). Esse comportamento, possivelmente, esta permeado pelo preconceito que ainda acompanha a infecção pelo HIV/aids. A UNAIDS (2008) aponta que o estigma e a discriminação interferem muito negativamente no enfrentamento da epidemia do HIV, tornando um obstáculo no momento de procurar por informações, serviços, métodos diagnósticos e comportamentos mais seguros. Essas dificuldades estão relacionadas ao receio de que sejam levantadas suspeitas em relação ao seu estado sorológico. Podem permear, ainda, atitudes negativas como não revelar sua sorologia para parceiros e familiares, falta de acesso e adesão ao tratamento.

O motivo da procura pelo CTA mais citado foi “exposição à situação de risco”, corroborando com achados de estudo realizado em CTA

brasileiro (VILELA *et al.*, 2010). Esse fato pode indicar que os usuários utilizam esse serviço não para prevenção, mas principalmente devido a alguma situação de vulnerabilidade. Os motivos com maior positividade para o HIV foi “conferir resultado de exame” e “encaminhamento por serviço de saúde”, que reforça o argumento de usuários procurarem o serviço tendo conhecimento prévio do resultado do exame. A procura para “conhecer a sorologia” foi considerada como fator de proteção para o HIV, apontando que, provavelmente, esses usuários estão valorizando o diagnóstico precoce com intuito à prevenção.

Destaca-se a atuação do profissional da saúde como agente transformador em detectar situação de vulnerabilidade para HIV e realizar os encaminhamentos ao CTA, sendo esses os mais citados em relação à origem da clientela.

O recorte populacional com mais casos positivos para HIV foi pessoa vivendo com HIV/Aids e HSH, apresentando significância na análise bruta (Tabela 1), sendo que esse último manteve associação nos dois modelos ajustados na Tabela 3. Portanto, esse recorte populacional indica maior chance para a positividade ao HIV. Pessoas vivendo com HIV/Aids não foram ajustadas na análise multivariada devido a inconsistência apresentada, ou seja, esses indivíduos já apresentavam a infecção pelo HIV quando procuraram o serviço para a realização do TR. Considera-se que os casos negativos sejam decorrentes da dificuldade de entendimento entre ser uma pessoa vivendo com HIV/Aids ou estar convivendo com alguém com a infecção.

Estudo aponta alta prevalência de HIV em homens que fazem sexo com homens, analisando que a exposição à infecção pelo HIV é identificada pela influência de fatores biológicos, aspectos da vida social, saúde mental, experiências afetivas, discriminações sofridas, aspectos como percepções e expectativas (BRIGNOL *et al.*, 2015)

O relatório da UNAIDS apresenta o Brasil com o maior número de pessoa vivendo com HIV/Aids na América Latina, é um dos 15 países de renda média que correspondem por três quartos da pandemia do HIV. A epidemia no país ainda é concentrada em populações-chave, como usuários de drogas

injetáveis, profissionais do sexo, homossexuais, bissexuais e outros HSH (UNAIDS, 2014a).

Em relação ao uso de drogas, embora a maioria da população pesquisada do CTA referisse não fazer uso, ressalta-se que a chance de positividade ao HIV foi maior entre os que relataram o seu uso (Tabela 2). Estudo mostra que a vulnerabilidade ao HIV é maior entre os usuários de drogas por se relacionar ao comportamento sexual de risco (MEDHI, 2012). Os achados da análise multivariada indicam que o uso de drogas não apresentou mais chances para HIV quando ajustados às variáveis sociodemográficas e comportamentais (Tabela 4).

O compartilhamento de seringas nas análises principais permaneceu associado à positividade ao HIV, independente das variáveis dos modelos de ajuste. Ressalta-se que dados nacionais mostram redução de usuários de drogas injetáveis ao longo dos anos, embora, a região Sul tenha apresentado em 2014, o maior percentual de usuários (BRASIL, 2015a). Segundo relatório da UNAIDS (2015) existe cerca de 12 milhões de pessoas que injetam drogas no mundo, sendo que 1 em cada 10 vivem com HIV. Considera-se que houve baixa cobertura dos programas de redução de danos, não apresentando diminuição no número anual de novas infecções pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis. A redução de danos consiste em minimizar as consequências do uso de drogas, visando à promoção da saúde, com distribuição de seringas e opióides como terapias de substituição. Incluem também o fornecimento de informações em relação ao acesso de serviços como tratamento de dependência de drogas, cuidados de saúde, jurídica e serviços sociais.

Estudo realizado em 10 cidades brasileiras com usuários de drogas mostrou que o uso de álcool e drogas influencia na vulnerabilidade e exposição ao HIV e outras IST, destacando a importância na dinâmica de disseminação da epidemia. Aponta-se a necessidade da implementação de programas de redução de danos de apoio individual e coletivo (OLIVEIRA, 2012).

O tipo de exposição ao HIV mais citado e com mais casos positivos foi a relação sexual, considerado como a forma de maior transmissão do

vírus no Brasil (UNAIDS, 2014b). Os indivíduos que não referiram situação de risco apresentaram considerável positividade para o HIV, apontando para a dificuldade do usuário em reconhecer as vulnerabilidades a que se sujeitaram, e ainda, na recusa em expor e/ou reconhecer o tipo de exposição. A não percepção da própria vulnerabilidade ao HIV/aids é fator que contribui para a não adoção de práticas preventivas, além das representações sociais que considera a aids como “doença do outro” (BEZERRA, 2015).

A maioria da população atendida no CTA era heterossexual, porém os HSH foram mais infectados pelo HIV (Tabela 2), mantendo a associação nos modelos de ajuste analisados (Tabela 5) e corroborando com dados nacionais que indicam essa população como uma das mais acometidas no país, delineando o tipo de epidemia (BRASIL, 2015a). HSH são mais expostos ao HIV devido, em grande parte, a alta probabilidade de transmissão por ato e por parceiro no sexo anal receptivo (BEYRER *et al.*, 2012).

Os indivíduos que apresentaram IST no último ano foram mais diagnosticados com HIV, permanecendo associada a maior possibilidade de positividade do HIV quando ajustados aos dois modelos (Tabela 5). Observou-se em estudos que as associações entre IST e uso de drogas, separadamente ou conjuntamente, está fortemente associado à vulnerabilidade pelo HIV (OLIVEIRA, 2012; MEDHI, 2012). As IST também estão relacionadas às relações sexuais desprotegidas e a maior transmissão pelo HIV.

Em relação ao uso do preservativo nos últimos doze meses com parceiro eventual e fixo, os usuários que relataram não usar ou usar irregularmente o preservativo apresentaram mais casos positivos para HIV, mostrando significância com parceiro fixo (Tabela 2), e com associação nas análises principais (Tabela 5), apontando para maior chance a positividade ao HIV entre os indivíduos que não usaram o preservativo continuamente.

O não uso de preservativo durante o ato sexual é um fator que aumenta o risco de transmissão do HIV. A conscientização da população sobre essa prerrogativa é fundamental, para que com o uso contínuo se reduza o risco para o HIV e também outras IST, independente da sorologia do indivíduo (SILVA,

2016). Entretanto, mesmo com a ampla difusão de conhecimento sobre os métodos de prevenção ao HIV, sendo as práticas sexuais desprotegidas a principal forma de transmissão, alguns fatores interferem nesse comportamento, como questões culturais, morais e afetivas, presentes no autocuidado do indivíduo (GRIEP; ARAUJO, 2005). Dados divulgados pelo Ministério da Saúde indicam (94%) que os brasileiros estão conscientizados de que o uso do preservativo é a melhor maneira de prevenir IST/HIV/Aids, entretanto, menos da metade da população sexualmente ativa (45%), não fez uso do preservativo nas relações casuais (BRASIL, 2011). Nesse contexto, a UNAIDS propõe a prevenção combinada, ou seja, novas maneiras para a prevenção da transmissão do HIV como o uso do tratamento como prevenção, a profilaxia pós-exposição e a profilaxia pré-exposição (UNAIDS, 2016b). Entretanto, sua eficácia potencial é limitada por fatores estruturais, e podem contribuir para uma redução da busca de comportamentos saudáveis (BEYRER, 2012).

Os indivíduos que referiram usar o preservativo na última relação com parceiro fixo e eventual apresentaram maior positividade para o HIV, embora entre parceiro eventual com diferença estatística para o não uso. Esse fato aponta que o uso na última relação sexual, não reflete o uso contínuo do preservativo, considera-se ainda, os achados do não uso ou uso irregular do preservativo nos últimos 12 meses ser maior entre os usuários com HIV positivo.

O resultado encontrado na análise bivariada de que o não uso do preservativo nas relações eventuais seria fator de proteção para o HIV, foi rejeitado, quando se considera a análise multivariada, em que essa variável perde significância em relação ao modelo comportamental (Tabela 5). Esta análise é sustentada com a ampla divulgação de pesquisas científicas, nacionais e internacionais, que apontam o uso do preservativo como fator de proteção para o HIV. Salienta-se que preservativos masculinos e femininos são os únicos dispositivos que impactam na redução da transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, além de prevenir gravidez indesejada (UNAIDS, 2014a).

A variável “uso do preservativo na última relação sexual” pode não se apresentar como bom indicador para análises, por se mostrar controverso e pouco sustentado em análises mais refinadas.

Considera-se, alguns fatores que podem justificar os resultados encontrados na análise bivariada, em relação ao uso do preservativo, no momento da coleta das informações no CTA, como o entendimento da terminologia usada (parceiros eventuais e fixo), a percepção individual de quando um parceiro é fixo e eventual, o modo como é questionado no momento da entrevista no serviço, assim como a maneira de se preencher o formulário.

O risco do parceiro com mais casos diagnosticados foi ser soropositivo para o HIV, mantendo a significância nas análises multivariadas (Tabela 5). Semelhantemente, em estudo com pessoas vivendo com HIV/Aids com parceiros sorodiscordantes atendidas em um serviço ambulatorial de referência, foi identificado nos depoimentos a percepção de que a infecção pelo HIV/Aids é controlada por medicamentos, constituindo o uso de TARV e a CV indetectável como impeditivos da transmissão viral, além do convívio entre o casal que com o tempo pode estabelecer a sensação de invencibilidade. Essas configurações interferem no comportamento de prevenção, especificamente no uso do preservativo, e tornam vulnerável o parceiro soronegativo ao HIV (REIS; GIR, 2009).

O risco do parceiro em indivíduos categorizados em “outros motivos” apresentou associação para o HIV. A partir desses achados procedeu-se a busca no banco de dados para verificar a prática sexual desses sujeitos, constando-se que nos 32 casos positivos os usuários se declararam HSH ou bissexuais, possivelmente contribuindo para a maior chance de HIV que se manteve nas análises ajustadas (Tabela 5).

Os motivos que mais emergiram, para justificar o não uso ou uso irregular do preservativo nas relações consideradas fixas, foi confiança. Em relação às mulheres adultas, estudo mostra que, principalmente entre as idosas, há dificuldade em negociar o uso do preservativo nas relações estáveis, pelo fato

do casamento ser visto como fator de proteção às IST (SILVA; LOPES; VARGENS, 2010).

O motivo de não gostar do uso do preservativo foi bastante mencionado entre as relações fixas e eventuais, indicando pouca afinidade dos usuários com a utilização desse item. Fato que pode ser devido à percepção de que o uso do preservativo interfere no prazer sexual, assim como por, muitas vezes, o indivíduo não ter esse insumo disponível no momento da relação.

As limitações desse estudo são inerentes às encontradas em pesquisas com dados secundários, como a ausência de informações por falha no preenchimento na entrevista com usuário, possível dificuldade de entendimento dos termos utilizados entre os usuários e falta de padronização dos mesmos entre os profissionais e, ainda, divergências na digitação dos dados no banco SI-CTA. Essas limitações corroboram com as de outros estudos realizados em CTA com dados secundários (SOUZA; CARDOSO; NAHASS, 2011; SOUZA, CZERESINA, 2010). Entretanto, os dados apresentados mostram fatores associados à positividade para o HIV, o que pode subsidiar as políticas públicas para ações mais impactantes visando o controle da infecção.

2.5 CONCLUSÕES

Na análise bivariada, os principais fatores associados à positividade para o HIV, foram: ser do sexo masculino, população mais jovens, HSH, pessoas que vivem com HIV/Aids, uso de drogas nos últimos 12 meses, compartilhamento de seringas, pessoas que apresentaram IST nos últimos 12 meses, pessoas que não usam ou usam irregularmente o preservativo nos últimos 12 meses.

Na análise multivariada, controlada por modelos sociodemográficos e comportamentais, manteve associação: HSH, compartilhamento de seringas, IST nos últimos 12 meses, uso irregular ou não uso do preservativo com parceiro fixo nos últimos 12 meses e ter parceiro soropositivo para o HIV.

Conclui-se, portanto, que a maior chance de adquirir a infecção pelo HIV provém de questões relacionadas ao comportamento sexual e ao compartilhamento de seringas. Nesse sentido, ações voltadas a essas temáticas reduzirão as chances do indivíduo contrair o HIV, ou seja, o estabelecimento de ações para a adesão ao comportamento sexual seguro, com o uso do preservativo e programas de redução de danos ao uso de drogas intravenosas. Embora no Brasil sejam recomendadas essas estratégias como prevenção, considera-se que essa atuação deve ser mais impactante.

2.6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos do HIV/aids do município de Londrina/PR**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/aids/>> Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST** Ano IV - nº 1 - da 27ª à 53ª semana epidemiológica – julho a dezembro de 2014, Ano IV - nº 1 - da 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015. Brasília, 2015a. Disponível em:<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf> Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, **Aids e Hepatites Virais**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 126 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/cta2010-01-web.pdf>> Acesso em: 29 set. 2016.

BEYRER, C. BARAL, S.D. GRIENSVEN, F.V. GOODREAU, S.M.

CHERIYALERTSAK, S. WIRTZ, A.L. BROOKMEYER, R. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. **The Lancet**, v380, n9839, p367-377, July 2012. Disponível em: <

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60821-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60821-6/abstract)> Acesso em: 02 out. 2016.

BRIGNOL, S. DOURADO, I. AMORIM, L.D. KERR, L.R.F.S. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1035-1048, May 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000500015&lng=en&nrm=iso> Acesso: 12 out. 2016.

BEZERRA, V. P. SERRA, M. A. P. CABRAL, I. P. P. MOREIRA, M. A. S. P. ALMEIDA, S. P. F. PATRICIO, A. C. F. A. 2015. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Rev Gaúcha Enferm**, 36(4), 70-6.

CANÁRIO, D.D.R.C. SANTOS, K.J.S. DAVOGLIO, R.S. ARAÚJO, J.S. SEGUNDO, F.L.F. GOMES, A.V.T.M. NASCIMENTO, A.A.J. CONCEIÇÃO, K.B. ARAUJO, J.S. NEVES, L.K.O. Condom use with random partners by users of testing and counseling center in STD/AIDS. DST- **J bras Doenças Sex Transm**, 2013.25(2), 93-98.

CAMPOS, C.G.A.P. ESTIMA, S.L. SANTOS, V.S. LAZZAROTTO, A.R. Factors associated with HIV/AIDS infection among adolescents and young adults enrolled in a Counseling and Testing Center in the State of Bahia, Brazil. **Rev Min Enferm**. 2014. DOI: 10.5935/1415-2762.20140024 br/jun; 18(2): 310-314.

COSTA, M.C.O. SANTOS, B.C. SOUZA, K.E.P. CRUZ, N.L.A. SANTANA, M.C. NASCIMENTO, O.C. HIV/AIDS e Sífilis em Gestantes Adolescentes e Adultos Jovens: Fatores de Exposição e Risco dos Atendimentos de um Programa em DST/HIV/AIDS na Rede Pública de Saúde/SUS, Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública** 2011; 35(Supl. 1):179-185.

CALLEGARI, F.M.; PINTO-NETO, L.F.S.; MEDEIROS, C.J.; SCOPEL, C.B.; MIRANDA, A.E. Syphilis and HIV co-infection in patients Who attend an AIDS outpatient clinic in Vitoria, Brazil. **AIDS Behavior**. Vol. 18, Pg. 104-09, 2014.

GRINBERG A, G. GIRONA, L.B. KNOLLB, R.K. GALINSKASA, J. CAMARGO, M. ARIFA, M.S. SAMERA, S. JANINIA, L.M.R. SUCUPIRA, M.C.A. DIAZ, R.S. High prevalence and incidence of HIV-1 in a counseling and testing center in the city of Itajaí, Brazil. **Braz J Infect Dis**. 1 9(6):631-635, 2015.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. Ciênc. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, May 2016. Disponível em:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501553&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 03 Out. 2016.

GRIEP, R.H. ARAÚJO, C.L.F. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/AIDS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Epidemiol Serv Saúde** 2005;14:119-126.

JANSEN, K. High Prevalence and High Incidence of Coinfection with Hepatitis B, Hepatitis C, and Syphilis and Low Rate of Effective Vaccination against Hepatitis B in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men with Known Date of HIV Seroconversion in Germany. *PLOS ONE*. V.10, n. 11, 2015. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/metrics/info:doi/10.1371/journal.pone.0142515>> Acesso em: 3 nov. 2016.

LEVORATO, C.D. MELLO, L.M. SILVA, A.S. NUNES, A.A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(4):1263-1274, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01263.pdf>> Acesso em 01 jun 2016.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de referência. 2016. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13142&Itemid=1510> Acesso em: 30 set. 2016.

MEDHI, G.K. MAHANTA, J. KERMODE, M. PARANJAPE, R.S. ADHIKARY, R. PHUKAN, S.K. ET AL. Factors associated with history of drug use among female sex workers (FSW) in a high HIV prevalence state of India. **BMC Public Health**. 2012;12:273. DOI:10.1186/1471-2458-12-273.

MANYAHI, J. JULLU, B.S. ABUYA, M.I. JUMA, J. NDAYONGEJE, J. KILAMA, B. SAMBU, V. NONDI, J. RABIEL, B. SOMI, G. MATEE, M.I. Prevalence of HIV and syphilis infections among pregnant women attending antenatal clinics in Tanzania, 2011. **BMC Public Health**. V. 15. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25994129>> Acesso em: 4 nov. 2016.

OLIVEIRA, M.M. **Estudo das redes sociais entre usuários de drogas como fator de vulnerabilidade ou proteção às infecções sexualmente transmissíveis**. Dissertação (Mestrado) – 76 f. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2765> Acesso em: 1 nov. 2016.

PINTO, V.M.; TANCREDI, M.V.; BUCHALLA, C.M.; MIRANDA, A.E. History of syphilis in women living with AIDS and associated risk factors in São Paulo, Brazil. **Rev. Assoc. Med. Brasileira**. Vol. 4 Pg. 342-348, 2014.

PEREIRA, B.S. COSTA, M.C.O. AMARAL, M.T.R. COSTA, H.S. SILVA, C.A.L. SAMPAIO, V.S. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2014;19(3):747-58.

REIS, R. K. GIR, E. 2009. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 43(3),662-669.

SILVA, R.A.R. SILVA, R.T.S. NASCIMENTO, E.G.C. GONÇALVES, O.P. REIS, M.M. SILVA, B.C.O. Clinical-Epidemiological Profile Of HIV-Positive Adults Attended In a Hospital From Natal/RN. **Rev Fund Care Online**. 2016 JUL/SET; 8(3):4689-4696. DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.9789/2175-5361.2016.V8I3.4689-4696](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.V8I3.4689-4696)

SILVA, C. M.; LOPES, F. M. do V. M.; VARGENS, COSTA, O. M. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à AIDS. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. Vol. 31. N.3. Pg. 450-457. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300007> Acesso em: 04 Out. 2016.

SOUZA, V. CARDOSO, J.S.R. NAHASS, J.P. Sistema de informação dos centros de testagem e aconselhamento: dificuldades, divergências e padronização no preenchimento. Reme- **Revista Mineira de Enfermagem**. V.14, n. 4, p. 530-38, 2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/67>> Acesso em: 2 nov. 2016.

SOUZA, V.S.S. CZERESNIA, D. Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. **Revista Saúde Pública**. V. 44, n. 3, p. 1-7, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/AO1526.pdf>> Acesso em: 3 nov. 2016.

SOARES, P.S. BRANDÃO, E.R. Não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23(3): 703-721, 2013.

SOUZA, N.R. BERNARDES, E.H. CARMO, T.M.D. NASCIMENTO, E. SILVA, E.S. SOUZA, B.N.A. BENTO, P.F. Perfil da População Idosa que Procura o Centro de Referência em DST/Aids de Passos/MG. DST - **J bras Doenças Sex Transm**, 23(4):198-204, 2011.

TAQUETTE S. **Feminização da AIDS e Adolescência. Adolesc Saúde**. 2009;6(1):33-40. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=39#> Acesso em 10 de out 2016.

TAVORA, L.G.F. HYPOLITO, E.B. CRUZ, J.N.M. PORTELA, N.M.B. PEREIRA, S.M. VERAS, C.M. Hepatitis B, C and HIV Co-Infections Seroprevalence In A Northeast Brazilian Center. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo , v. 50, n. 4, p. 277-280, Dec. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032013000400277&lng=en&nrm=iso Acesso em: 02 Nov. 2016.

TOKANO, D.V. DESSUNTI, E.M. Centro de Testagem e Aconselhamento: características dos usuários e prevalência de infecção pelo HIV. **Cienc Cuid Saude** 2015 Out/Dez; 14(4):1537-1545. Disponível em: <file:///C:/Users/Angelica/Downloads/22441-141345-2-PB%20(1).pdf> Acesso em: 12 out 2016.

UNAIDS. **Global aids update 2016**. 2016a. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/global-AIDS-update2016_en.pdf> Acesso em: 8 set. 2016.

UNAIDS. **Prevention Gap Report. Genebra**, 2016b. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf> Acesso em: 02 nov. 2016.

UNAIDS. **90–90–90 – Uma meta ambiciosa de tratamento para ajudar a acabar com a epidemia de AIDS**. 2015. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf> Acesso em: 30 set. 2016.

UNAIDS. **The Gap Report: Beginning of the end of the AIDS epidemic**. Genebra: UNAIDS, 2014a. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf>. Acesso em: 17 set. 2016.

UNAIDS. **What will it take to eliminate sexual transmission of HIV by 2030?**. Genebra: UNAIDS, 2014b.

UNAIDS. **Criminalization of HIV Transmission**. Genebra: UNAIDS, 2008. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf> Acesso em: 8 set.. 2016.

VILELA, M.P. BRITO, T.R.P. GOYATÁ, S.L.T. ARANTES, C.I.S. Perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento de Alfenas, Minas Gerais. **Rev. Eletr. Enf.** 2010;12(2):326-30.

3 Situação Clínica e
Laboratorial de Casos Positivos
para o HIV em um Centro de
Testagem e Aconselhamento:
Diagnóstico Precoce?

RESUMO

Objetivo: Analisar as características clínicas e laboratoriais dos indivíduos com teste reagente para o HIV, bem como a fase da infecção em que ocorre o diagnóstico em um Centro de Testagem e Aconselhamento. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, realizado no CTA e ambulatório de DST/HIV/Aids de um município do Sul do Brasil. A população foi composta pelos usuários que procuraram o CTA para realização do teste rápido para HIV, no período de junho de 2012 a junho de 2015. Foram incluídos os casos confirmados de HIV, excluindo-se as duplicidades. Utilizaram-se dados do Sistema de Informação do CTA (SI-CTA) e dos prontuários. A análise ocorreu por meio programa SPSS® versão 20.0. Para comparação dos dados categorizados utilizou-se o teste Qui-quadrado de *Pearson* e, para as variáveis contínuas, o teste U de *Mann Whitney*, com nível de confiança de 95% e valor de $\alpha < 0,05$. **Resultados:** Dentre os 5.229 usuários atendidos no CTA, 259 (5%) apresentaram resultado positivo para o HIV, predominando o sexo masculino (78,0%). Na comparação entre os sexos, observou-se maior chance de adquirir o HIV entre os homens na faixa etária de 14 a 33 anos (OR 2,35; IC 1,28-4,29; $p=0,006$), com escolaridade de oito ou mais anos de estudo (OR 2,53; IC 1,38-4,63; $p=0,003$) e que não apresentavam união estável (OR 3,47; IC 1,88-6,39; $p=0,001$). Os dados clínicos e laboratoriais foram investigados em 226 prontuários. A contagem de linfócitos T CD4+ não mostrou diferença significativa entre os sexos. A carga viral entre os homens atingiu 5.793.753 vírus/mm³ de sangue, com média de 243.193,66 (DP 677.807,55) e entre as mulheres atingiu máximo de 4.232.486 cópias, com média de 258.139,94 (DP 651.409,95) ($p=0,756$). A análise conjunta do T CD4+ e carga viral, mostrou que 56,1% dos usuários se encontravam em fase avançada da infecção. A maioria dos pacientes apresentaram IgG positiva para citomegalovírus e toxoplasmose, com três e cinco casos de IgM positiva, respectivamente. Outras sorologias reagentes foram: sífilis e hepatites A, B e C. Foram encontradas anotações de presença de sintomas relacionados ao HIV, assim como coinfeções e outras DST. **Conclusão:** As características clínicas e laboratoriais encontradas sugerem que o diagnóstico da infecção pelo HIV está ocorrendo tardiamente no CTA investigado, contrariando as políticas de prevenção e diagnóstico precoce propostas para esse serviço.

DESCRITORES: HIV; Sorodiagnóstico da AIDS, Síndrome de imunodeficiência Adquirida; Infecções oportunistas relacionadas com aids.

Clinical and laboratorial status of HIV positive cases in a testing and counseling centre: early diagnosis?

ABSTRACT

Objective: Analyzing clinical and laboratory characteristics of individuals with HIV test, as well as the stage of the infection in which the diagnosis occurs in a Testing and Counseling Center. **Method:** Cross - sectional, quantitative study done with the CTA and outpatient clinic of STD/HIV/AIDS in a city in southern Brazil. The population was comprised of users who sought the CTA for the rapid HIV test from June 2012 to June 2015. Confirmed HIV cases were included, excluding duplicities. Data from the CTA Information System (SI-CTA) and the medical records were used. The analysis was performed using SPSS® software version 20.0. Pearson's Chi-square test was used to compare the categorical data, and the Mann Whitney U test was used for the continuous variables, with a confidence level of 95% and alpha value <0.05 . **Outcome:** Out of the 5,229 users seen in CTA, 259 (5%) presented a positive result for HIV, with a predominance of males (78.0%). In the comparison between the genders, there was a higher chance of acquiring HIV among men between the ages of 14 and 33 years (OR 2.35, CI 1.28-4.29, $p = 0.006$), with a schooling of eight Or more years of study (OR 2.53, CI 1.38-4.63, $p = 0.003$) and did not show stable union (OR 3.47, CI 1.88-6.39, $p = 0.001$). Clinical and laboratory data were also investigated in 226 medical records. The CD4 + T lymphocyte count showed no significant difference between the genders. The viral load among the men reached 5,793,753 virus / mm³ of blood, with an average of 243,193.66 (SD 677,807,55) and among the women reached a maximum of 4,232,486 copies, with an average of 258,139.94 (SD 651.409, 95) ($p = 0.756$). The combined analysis of CD4 + T and viral load showed that 56.1% of the users were at an advanced stage of infection. Most of the patients presented IgG positive for cytomegalovirus and toxoplasmosis, with three and five positive IgM cases, respectively. Other reactive serologies were: syphilis and hepatitis A, B and C. Signs of presence of HIV-related symptoms were found, as well as coinfections and other STDs. **Conclusion:** The clinical and laboratorial characteristics found suggest that the diagnosis of HIV infection is occurring late in the CTA investigated, opposed to the policies of prevention and early diagnosis proposed for such service provided.

Key-words: HIV; AIDS serodiagnosis, Acquired Immunodeficiency Syndrome; Opportunistic infections related to AIDS.

3.1 INTRODUÇÃO

O acesso à testagem e ao aconselhamento contribui para o diagnóstico e tratamento precoces da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e para o controle da sua transmissão. Com essa finalidade os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) foram implantados no Brasil em 1988, passando a ser denominados posteriormente de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Os testes, ofertados gratuitamente pelos serviços públicos de saúde, foram incorporando novas tecnologias, entre elas os testes rápidos (TR), quando se obtém os resultados em menos de trinta minutos, e na inclusão de TR para outras infecções como sífilis e hepatites B e C a partir de 2011/2012 (BRASIL, 2010).

A Agenda para o Desenvolvimento Sustentável 2030 proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/aids (UNAIDS) inclui o desafio mundial de erradicação da epidemia de aids até 2030 (UNAIDS, 2015, 2016). A meta 90-90-90 estabelece que até 2020, 90% das pessoas que vivem com HIV tenha conhecimento do seu estado sorológico, 90% das pessoas diagnosticadas recebam terapia antirretroviral (TARV) e 90% das pessoas em tratamento tenham carga viral (CV) indetectável (UNAIDS, 2016).

A oferta gratuita de TARV para os pacientes com HIV/aids, coloca o Brasil como modelo para o mundo. Apesar de 83% das pessoas que vivem com HIV terem sido diagnosticadas no país, apenas 52% estão em tratamento, e 46% apresentam supressão viral (BRASIL, 2015a). Este dado mostra que o acesso ao diagnóstico parece ser efetivo; entretanto, o estágio da infecção em que isto ocorre parece ser tardio, especialmente, nos grupos de maior vulnerabilidade da população. Entre os jovens brasileiros, por exemplo, o número de casos da infecção pelo HIV continua a aumentar (BRASIL, 2016b).

Estudos realizados em serviços de referência para o HIV/aids apontam que o diagnóstico da infecção pelo HIV está ocorrendo tardiamente (SILVA *et al.*, 2009; ABATI; SEGURADO, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016; AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

Desta forma, considera-se relevante, não somente o acesso ao diagnóstico, mas também a precocidade deste acesso, visando estabelecer as estratégias de controle da doença e sua prevenção.

O objetivo deste estudo foi analisar as características clínicas e laboratoriais dos indivíduos com HIV positivo, bem como a fase da infecção em que ocorre o diagnóstico em um Centro de Testagem e Aconselhamento da região Sul do Brasil.

3.2 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal, analítico, realizado em Centro de Referência para IST/HIV/Aids de um município do Sul do Brasil que inclui o Centro de Testagem e Aconselhamento e ambulatório de IST/HIV/Aids.

Esses serviços integram a rede de saúde de um município da região Sul do Brasil, inserido em uma região metropolitana, considerada uma cidade de grande porte, com uma população estimada de 548.249 habitantes (BRASIL, 2016; LONDRINA, 2016). O CTA oferta para a população que busca espontaneamente o serviço, os TR para HIV, sífilis e hepatites B e C. A testagem também é oferecida por grande parte das unidades básicas de saúde implantadas no município. Todos os casos positivos são encaminhados para o ambulatório de DST/HIV/aids, incluindo gestantes, para acompanhamento e dispensação da TARV. Entretanto, alguns indivíduos soropositivos optam por realizar o acompanhamento na rede privada.

A população de estudo foi composta pelos usuários que procuraram o CTA para a realização do TR para HIV, no período de junho de 2012 a junho de 2015. Utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informação do CTA (SI-CTA) que foi convertido para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Os critérios de inclusão foram os casos positivos para o HIV, a partir dos quais se procedeu busca complementar dos dados nos prontuários do ambulatório de referência. Foram excluídos da amostra os casos cujos prontuários não foram encontrados.

O instrumento de coleta de dados contemplou as seguintes variáveis independentes no período do diagnóstico: sociodemográficas (idade, situação conjugal, raça/cor, escolaridade, município de origem), situação clínica (sintomatologia, comorbidades, coinfeções, presença de outras IST), situação laboratorial (contagem de carga viral e de linfócitos T CD4+; sorologias para citomegalovírus, toxoplasma, sífilis e hepatites A, B e C), vinculação do usuário à primeira consulta no ambulatório de referência. A coleta dos dados foi realizada no período de dezembro de 2015 a junho de 2016.

O processamento dos dados foi realizado utilizando-se o programa SPSS. A análise dos dados ocorreu por meio de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e, para as contínuas, foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão). Como forma de comparar variáveis contínuas, avaliou-se a normalidade da distribuição dessas variáveis por meio do teste de *Shapiro-Wilk*, sendo os resultados não paramétricos analisados pelo teste U de *Mann Whitney*. Para comparação dos dados categorizados foi utilizado o teste Qui-quadrado de *Pearson*. As análises foram estratificadas por sexo, considerando-se nível de confiança de 95%, e valor de $\alpha < 0,05$.

Esse estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa local, atendendo as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, CAAE nº 35357914.0.0000.5231.

3.3 RESULTADOS

No período de estudo havia registro de 6.566 exames realizados, tendo sido excluídas as entradas repetidas (1.256), os resultados inconclusivos e os casos em que não foi realizado teste HIV (81), resultando na identificação de 5.229 indivíduos que apresentavam resultado definido do teste HIV. Destes, 4970 foram excluídos por apresentarem resultado negativo, obtendo-se uma amostra de 259 casos confirmados de HIV. Registrou-se 33 perdas de prontuários não localizados no ambulatório, possivelmente referentes a atendimentos em serviços

3 Situação Clínica e Laboratorial ...

públicos ou privados, em outros municípios ou estados. Desta forma, foram analisados 226 prontuários em relação aos aspectos clínicos e laboratoriais.

Observou-se que, entre os 5.229 usuários que realizaram TR para HIV no CTA, a prevalência de positividade foi de 5,0% (259), predominando no sexo masculino (78,0%).

A média de idade entre os homens foi de 32,65 anos (DP=11,326), com mínimo de 16 e máximo de 68. Entre as mulheres a idade variou de 14 a 67 anos, com média de 36,47 (DP= 12,243), com diferença significativa entre os sexos ($p=0,022$).

Na Tabela 1 observa-se que a chance de positividade ao HIV foi maior entre os homens com idade entre 14 e 33 anos e entre os que não apresentavam união estável e com maior escolaridade. Entre as mulheres prevaleceu a idade entre 34 e 68 anos, com maior chance para as menos escolarizadas e em união estável. A cor branca foi a de maior ocorrência em ambos os sexos, assim como entre os usuários residentes no próprio município.

TABELA 1 – Distribuição de indivíduos com resultado positivo para o HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento no período de 2012 a 2015, segundo sexo e variáveis sociodemográficas, em um município do Sul do Brasil, 2016. (n=259)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	SEXO						OR (IC95%)	p valor
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%		
FAIXA ETÁRIA*								
14 a 33 anos	127	63,2	27	47,4	154	59,7	2,35	0,006
34 a 68 anos	74	36,8	30	52,6	104	40,3	(1,28-4,29)	
ESCOLARIDADE EM ANOS*								
0 a 7	69	34,5	32	57,1	101	39,5	2,53	0,003
8 e mais	131	65,5	24	42,9	155	60,5	(1,38-4,63)	
RAÇA/COR*								
Branca	159	79,1	43	75,4	202	78,3	1,27	0,499
Não branca	42	20,9	14	24,6	56	21,7	(0,63-2,54)	
ESTADO CIVIL*								
União Estável	49	24,5	30	53,6	79	30,9	3,47	0,001
Não União Estável	151	75,5	26	46,4	177	69,1	(1,88-6,39)	
MUNICÍPIO DE ORIGEM*								
Próprio município	170	84,2	45	78,9	215	83,0	1,42	0,356
Outro Município	32	15,8	12	21,1	44	17,0	(0,67-2,97)	

Fonte: autor

*Excluído os casos ignorados/não se aplica

Para os homens (n=169) a contagem de linfócitos variou de 4 a 1.373 células/mm³ de sangue, com média de 495,77 (DP 331,61), enquanto que para as mulheres (n=48) variou de 12 a 1.107, com média de 463,29 (DP 268,51), não se observando diferença estatística entre os sexos (p=0,751).

A CV entre os homens atingiu o máximo de 5.793.753 vírus/mL de sangue, média de 243.193,66 (DP 677.807,55) e entre as mulheres atingiu

3 Situação Clínica e Laboratorial ...

máximo de 4.232.486 cópias, com média de 258.139,94 (DP 651.409,95), sem diferença significativa entre os sexos ($p=0,756$). Em ambos os sexos houve três casos com CV abaixo do limite mínimo de detecção.

A Tabela 2 mostra que 36,0% (77) dos indivíduos com resultado positivo ao teste HIV apresentavam contagem de linfócitos T CD4+ menor do que 350 células por mm^3 . Considerando-se os casos em que essa contagem era maior ou igual a 350 células, 20,1% (43) apresentavam CV acima de 100.000 cópias por mm^3 de sangue.

TABELA 2 – Distribuição de indivíduos com resultado positivo para o HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento, atendidos no período de 2012 a 2015, segundo resultados de linfócitos TCD4+ e Carga Viral, em um município do Sul do Brasil, 2016.

CARGA VIRAL TCD4+/mm ³	< 100.000		≥ 100.000		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
< 200	14	6,5	26	12,1	40	18,7
200 a 349	27	12,6	10	4,7	37	17,3
350 a 499	26	12,1	19	8,9	45	21,0
≥ 500	68	31,8	24	11,2	92	43,0
TOTAL	135	63,1	79	36,9	214	100,0

Fonte: autor

A Tabela 3 mostra os resultados dos exames realizados pelos indivíduos HIV positivos, por ocasião do atendimento no ambulatório especializado. As sorologias para citomegalovírus IgG e toxoplasmose IgG mostraram-se bem elevadas, com alguns casos de IgM positivo. Ainda, 28,6% (50) dos pacientes que realizaram teste treponêmico (FTA-Abs) apresentaram resultado positivo, tendo sido confirmado com VDRL em 39 casos. Em relação às hepatites, a sorologia com maior positividade foi a hepatite A, com maior percentual entre as mulheres. O teste HBsAg foi reagente em 2,2% dos casos.

TABELA 3 – Distribuição de indivíduos com resultado positivo para o HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento, atendidos no período de 2012 a 2015, segundo sexo e exames laboratoriais com resultados positivos, em um município do Sul do Brasil, 2016.

EXAMES	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		n	%
	n	%	n	%		
CITOMEGALOVIRUS						
IgG (123*)	85	96,6	34	97,1	119	96,7
IgM (112*)	03	3,6	-	-	03	2,7
TOXOPLASMOSE						
IgG (139*)	49	48,0	25	67,6	74	53,2
IgM (136*)	04	4,0	01	2,8	05	3,7
SÍFILIS						
FTA-Abs (175)	47	35,1	03	7,3	50	28,6
VDRL (166)	38	29,9	01	2,6	39	23,5
ANTI-HAV (115)	51	62,2	29	87,9	80	69,6
ANTI-HCV (181)	02	1,4	02	4,7	04	2,2
HEPATITE B						
HBsAg (186)	03	2,2	01	2,1	04	2,2

Fonte: autor

*Excluído os casos ignorados/não se aplica e quando não havia menção no prontuário

Parâmetros para avaliação da situação clínica dos indivíduos com HIV foram levantados dos 226 prontuários encontrados no ambulatório de HIV/aids. Quase metade dos pacientes apresentavam alguma sintomatologia que pudesse estar relacionada à aids (Tabela 4). As mais relatadas foram: fraqueza/lipotímia (15,7% de 197 casos), perda de peso (13,3% de 196), febre (9,2% de 197), tosse (8,7% de 196), dentre outras como candidíase oral e esofagiana, cefaleia e inapetência. A anotação de presença de coinfeções foi encontrada em 112 dos 177 prontuários que fizeram menção, mostrando que o

3 Situação Clínica e Laboratorial ...

percentual de casos foi maior entre os homens ($p=0,019$), entre elas: herpes zoster (9,3%), pneumonia (7,7%), HPV (7,0%) tuberculose (4,8%) e candidose oral (4,8%). A anotação de presença de outras IST foi identificada em 82,4% dos prontuários dos homens e 64,7% dos prontuários das mulheres. A presença de comorbidades foi referida tanto entre os homens (25,5%) quanto entre as mulheres (34,3%), sendo as mais frequentes o diabetes/pré-diabetes (12), a hipertensão arterial (11) e dislipidemia (6).

TABELA 4 – Distribuição de indivíduos com resultado positivo para o HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento, atendidos no período de 2012 a 2015, segundo sexo e situação clínica, em um município do Sul do Brasil, 2016.

SITUAÇÃO CLÍNICA	SEXO				TOTAL		p VALOR
	MASCULINO		FEMININO		n	%	
	n	%	n	%			
SINTOMATOLOGIA (n=200*)							
Sim	76	49,0	22	48,9	98	49,0	0,986**
Não	79	51,0	23	51,1	102	51,0	
COINFECÇÕES (177*)							
Sim	93	67,9	19	47,5	112	63,3	0,019**
Não	44	32,1	21	52,5	65	36,7	
OUTRAS IST (n=108*)							
Sim	75	82,4	11	64,7	86	79,6	0,095***
Não	16	17,6	6	35,3	22	20,4	
COMORBIDADES (n=145*)							
Sim	28	25,5	12	34,3	40	27,6	0,309**
Não	82	74,5	23	65,7	105	72,4	

Fonte: autor

*Excluído os casos ignorados/não se aplica e quando não havia menção no prontuário.

**Teste Qui-quadrado de Pearson.

***Teste Exato de Fisher.

O tempo para realização da primeira consulta após o diagnóstico da infecção pelo HIV foi investigado, observando-se que a maioria compareceu em um período de até trinta dias; entretanto, esse período foi maior para 31,5% dos homens e para 30,0% das mulheres (Tabela 5).

TABELA 5 – Distribuição de indivíduos com resultado positivo para o HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento, atendidos no período de 2012 a 2015, segundo vinculação do usuário à primeira consulta no ambulatório de referência, em um município do Sul do Brasil, 2016.

VINCULAÇÃO DO USUÁRIO À PRIMEIRA CONSULTA	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO			
	n	%	n	%	n	%
< 30 dias	115	68,5	35	70,0	150	68,8
≥ 30 dias	53	31,5	15	30,0	68	31,2
TOTAL	168	100,0	50	100,0	218	100,0

Fonte: autor

3.4 DISCUSSÃO

Na análise dos 259 casos reagentes ao HIV (5,0%), a comparação entre os sexos, mostrou que a chance de positividade ao HIV foi maior entre os homens, mais jovens, especialmente na faixa etária de 33 anos ou menos e nos mais escolarizados. O perfil da epidemia do HIV/Aids no Brasil mostra resultado semelhante em relação ao sexo, porém prevalece na faixa etária acima de 30 anos e em indivíduos com baixa escolaridade (UNAIDS, 2013).

Os homens apresentaram taxas mais elevadas para a infecção pelo HIV/Aids; entretanto, observa-se crescente incidência entre as mulheres, processo denominado como feminização da epidemia (UNAIDS, 2011), em que acontece a redução da proporção homem/mulher com infecção pelo HIV no

decorrer do anos (BRASIL, 2015a). As diferenças de gênero envolvem relações de poder, baseada na submissão feminina, em relação à tomada de decisão para adotar medidas preventivas (ESTAVELA; SEIDL, 2015), as mulheres apresentam dificuldade em negociar o uso do preservativo com seus parceiros (SILVA, 2015).

Estudo com a população feminina mostrou que elas consideram as outras mulheres vulneráveis ao HIV, entretanto, não se incluem nessa percepção de risco. Tal fato contribui para a não prevenção e para o diagnóstico tardio (SILVA; VARGENS, 2009).

Homens mais jovens foram os que mais buscaram pelo teste HIV e também os mais acometidos pela infecção. Entre as mulheres a positividade foi maior na faixa etária acima de 34 anos, embora a população feminina mais jovem tenha apresentado considerável porcentagem relacionada à infecção pelo HIV, semelhante a estudo com adultos HIV positivo que indica a tendência do acometimento da infecção entre os mais jovens (SILVA *et al.*, 2016).

Em relação à escolaridade aponta-se que os homens com HIV apresentaram mais anos de estudo quando comparados às mulheres. Possivelmente o maior grau de instrução esteja relacionado ao maior acesso ao exame diagnóstico. Entretanto, em alguns estudos o baixo nível educacional está associado a indivíduos com HIV (SILVA *et al.*, 2015; KRAMER *et al.*, 2016). Embora a educação permeie os fatores relacionados à epidemia, apontam-se nesse contexto as desigualdades econômicas, sociais e culturais, principalmente na população feminina (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Os homens em união não estável apresentaram mais chances de diagnóstico para HIV em relação às mulheres, embora elevada porcentagem da população feminina também apresentasse união não estável. Estudo com pessoas vivendo com HIV/Aids aponta que os solteiros apresentaram chances menores de usar o preservativo quando comparados aos indivíduos em união estável (SILVA *et al.*, 2015b). Entretanto, entre os casados o uso do preservativo muitas vezes é dispensado, pois os indivíduos, principalmente as mulheres, consideram a união estável como fator de proteção à infecção pelo HIV, envolvendo a confiança no parceiro (ANAND *et al.*, 2009).

3 Situação Clínica e Laboratorial ...

A raça/cor branca prevaleceu entre os casos positivos para o HIV; o que reflete o perfil da população do município de estudo.

O serviço pesquisado é referência para acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/Aids, identificando-se vários casos provenientes de outros municípios que realizaram o teste diagnóstico, mesmo sendo ofertado em todos os municípios da região. Essa procura pode estar relacionada com questões como sigilo, preconceito e medo. A UNAIDS (2008) aponta que o estigma e a discriminação interferem muito negativamente na dinâmica da epidemia, destacando-se essa influência na procura pelo diagnóstico.

Parâmetros, como contagem de linfócitos T CD4+ e CV, indicam que o diagnóstico foi realizado tardiamente para a maioria dos indivíduos pesquisados. Segundo o *Center for Diseases Control and Prevention* (CDC adaptado), o critério para evidência de imunodeficiência considera a contagem de linfócitos T CD4+ <350 células/mm³. Acima desses valores, os pacientes podem ser acometidos por doenças bacterianas, como as infecções respiratórias ou tuberculose. A progressão da infecção pelo HIV é agravada com a apresentação de infecções atípicas, resposta tardia à antibioticoterapia e/ou reativação de infecções latentes (BRASIL, 2015b).

Considerando-se as fases da infecção pelo HIV propostas pelo CDC (2008), tem-se que 43,0% dos usuários deste estudo se encontravam na fase 1 (TCD4+ ≥ a 500 células/mm³), 38,2% na fase 2 (TCD4+ = 200 a 499 células/mm³) e 18,7% na fase 3 (TCD4+ < 200 células/mm³). Esses parâmetros auxiliam nas condutas a serem seguidas para o controle da infecção e dos agravos associados; entretanto, o início da TARV deve ser estimulado, independente da contagem de T CD4+, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV (BRASIL, 2015b).

Estudo realizado em um centro de referência brasileiro apontou que na admissão ao serviço, mais da metade (52%) dos usuários HIV positivo apresentaram contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 200 células por mm³ e/ ou presença de pelo menos uma doença definidora de aids (ABATI; SEGURADO, 2015).

3 Situação Clínica e Laboratorial ...

O diagnóstico tardio e consequente tratamento postergado pode impactar o indivíduo e a sociedade. Indivíduos que iniciaram TARV com baixa contagem de células T CD4+ apresentaram maior morbidade e mortalidade, e ainda, responderam menos ao tratamento (ADLER; MOUNIER-JACK; COKER, 2009).

A contagem de CV também deve ser considerada, pois o seu aumento é proporcional à queda na contagem de linfócitos. Neste estudo, 20,1% apresentavam CV maior do que 100.000 cópias por mL de sangue, mesmo apresentando T CD4+ ainda acima de 350, o que indica alta possibilidade de progressão para a aids. Recomenda-se o uso de TARV nessa situação, mesmo com T CD4+ maior do que 500 células/mm³ (BRASIL, 2015b). Observou-se neste estudo resultados de exames extremos, tanto de linfócitos, com o mínimo de quatro, como de CV com o máximo de 5.793.753 cópias/mL, o que traduz diagnóstico muito tardio da infecção.

A CV inicial encontrava-se indetectável em três pacientes indicando que, provavelmente, esses indivíduos já haviam iniciado a TARV em outro serviço. No Centro de Referência do presente estudo, os pacientes admitidos por meio de transferências de outros municípios ou estados sem o exame de HIV, são encaminhados ao CTA para realização do TR para garantir a documentação do caso.

Elevado índice de indivíduos com sinais de imunodeficiência ou de infecção oportunista, com metade da população pesquisada apresentaram valores de linfócitos T CD4+ <200 células/mm³, sugerindo que há barreiras ao acesso diagnóstico e tratamento da aids em momento oportuno (SILVA *et. al.*, 2015).

As sorologias para citomegalovírus IgG e toxoplasmose IgG mostraram-se elevadas. Nos casos de IgG positiva para toxoplasmose recomenda-se avaliar a contagem de células T CD4+ para realizar a medicação profilática, pois o risco de infecção oportunista está diretamente ligado ao nível dessas células de defesa. A profilaxia primária é uma estratégia que contribui para reduzir o desenvolvimento de infecção oportunista. A profilaxia secundária permite

evitar recidivas da doença. Para indivíduos com IgG positiva para citomegalovírus não é recomendado profilaxia primária, apenas secundária. Assim como nos casos em que ocorreu IgM positiva é importante o início do tratamento e controle (BRASIL, 2015b). As IgM foram positivas para citomegalovírus e toxoplasmose em três e cinco casos, respectivamente, quando há recomendação de início do tratamento e controle, uma vez que são consideradas doenças definidoras de aids (BRASIL, 2015b).

Em relação à toxoplasmose, um estudo realizado em Moçambique com pessoas infectadas pelo HIV/Aids, identificou prevalência menor de IgG anti-*Toxoplasma gondii* (46,0%) em relação a essa pesquisa. Entretanto, em relação ao sexo, os dois estudos mostraram as mulheres com percentual maior em relação aos homens (DOMINGOS, 2013).

A sífilis apresentou uma considerável positividade em relação aos testes, FTA-Abs e VDRL, principalmente entre os homens. Na análise dos prontuários, observou-se que em alguns casos, o diagnóstico para HIV ocorreu a partir da investigação e detecção inicial dessa IST. Não foi considerada nesse estudo a fase clínica da sífilis.

Estudo realizado em Belo Horizonte, a sífilis apresentou menor chance para o tratamento/ diagnóstico tardio do HIV (VALENTINI *et al.*, 2015). Embora, destaca-se que como o diagnóstico tardio ocorreu com considerável parcela da população pesquisada, pode-se atribuir esses casos de positividade à sífilis, a coinfeção da aids.

Em relação às hepatites, a sorologia com maior positividade foi a hepatite A. Os marcadores HBsAg e anti-HCV apresentaram resultado reagente em 2,2% dos casos. Não foram investigados outros marcadores sorológicos nesse estudo, portanto, não se define se o usuário apresentou infecção aguda ou crônica. Ressalta-se que pacientes com hepatites respondem mal ao tratamento com risco de progredir para doença hepática crônica complicada. Estudo brasileiro aponta a baixa testagem de sorologias para as hepatites virais em indivíduos HIV positivos no primeiro ano de acompanhamento médico (TÁVORA *et al.*, 2013).

3 Situação Clínica e Laboratorial ...

Aproximadamente metade dos usuários que iniciaram acompanhamento ambulatorial apresentaram alguma sintomatologia que pudesse estar relacionada à aids, o que pode denotar evolução da doença. Estudo no norte do país mostrou que o motivo de testagem mais frequente entre homens e mulheres foi a apresentação de sinais e sintomas relacionados à infecção pelo HIV. Entretanto, entre as mulheres emergiu outro motivo, a descoberta do status sorológico do parceiro (ABATI; SEGURADO, 2015). Estabelecer como medida de prevenção a testagem para o HIV contribui para o diagnóstico precoce.

As coinfeções estiveram mais presentes entre os homens. Porém, a presença de outras IST e comorbidades foram semelhantes para ambos os sexos. As comorbidades mais frequentes foram diabetes/ pré-diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias. Pesquisa realizada com pessoas vivendo com HIV/Aids aponta prevalência de comorbidades bem maior do que as apresentadas nesse estudo; entre elas, destaca-se dislipidemia, IST, hepatite C. A infecção pelo HIV/Aids e o uso da TARV predispõe a algumas comorbidades. Destaca-se a importância do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, com início imediato da TARV, com a finalidade de melhorar o sistema imunológico, culminando possivelmente no controle das coinfeções. Ressalta-se a importância do tratamento das IST, que facilitam a transmissão do vírus por meio das úlceras e inflamação na genitália (RIGHETTO *et al.*, 2015).

A vinculação do usuário à primeira consulta no ambulatório ocorreu, em sua maioria, com menos de 30 dias entre o diagnóstico e o início do acompanhamento, porém uma elevada percentagem de usuários iniciou o acompanhamento ambulatorial após um mês do diagnóstico. Segundo o manual Qualiaids — Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em aids no SUS — a pessoa diagnosticada com HIV deve ser encaminhada prontamente para o serviço de referência para consulta médica. Entretanto, na impossibilidade de ocorrer esse atendimento no mesmo dia do diagnóstico, a consulta deve ser agendada o mais precocemente e outro profissional deve fazer o acolhimento e solicitação dos exames CV e linfócito T CD4+; semelhante ao processo realizado pelo serviço estudado (BRASIL, 2008). Possivelmente, devido

a isso o tempo transcorrido entre o diagnóstico e o resultado desses marcadores é relativamente curto, para a maioria dos usuários, assim como entre o diagnóstico e a primeira consulta ambulatorial. Portanto, parece não haver interferência do tempo de atendimento no serviço em relação aos parâmetros de evolução da doença, que se encontrava, em sua maioria, avançada já nos primeiros exames. Reforça-se a análise de que o diagnóstico não foi realizado precocemente para a maioria dos usuários. Contudo, em relação aos indivíduos que demoraram mais para iniciar o acompanhamento, propõem-se estratégias que melhorem o acesso.

Após o diagnóstico, os portadores da infecção pelo HIV/Aids devem iniciar o acompanhamento. O tratamento pode ser inserido independente dos valores de CV e T CD4+, ou seja, os TARV devem ser ofertados o mais precocemente possível, pois contribui para a supressão da viremia e para a redução dos riscos de transmissão (UNAIDS, 2016).

As limitações desse estudo provêm de dificuldades encontradas em pesquisas realizadas por meio de fontes secundárias, essas são passíveis de não complementariedade das informações investigadas. Nos prontuários analisados observou-se fragilidade das anotações, o que ocasionou a perda de informações de algumas variáveis.

3.5 CONCLUSÕES

As características clínicas e laboratoriais encontradas sugerem que o diagnóstico da infecção pelo HIV está ocorrendo tardiamente para muitos indivíduos no serviço pesquisado. Mesmo com todos os avanços para sua detecção, como teste rápido para HIV, campanhas de incentivo a testagem, acesso e gratuidade aos serviços e ao tratamento.

Medidas de maior impacto devem ser analisadas e incrementadas, especialmente em populações de maior vulnerabilidade, pois o diagnóstico precoce contribui para reduzir as taxas de morbimortalidade relacionadas à aids,

possibilita uma melhora na qualidade e expectativa de vida das pessoas, bem como contribui para a redução da transmissão do HIV.

3.6 REFERÊNCIAS

ABATI, P.A.M. SEGURADO, A.C. Testagem anti-HIV e estadió clínico na admissão de indivíduos em serviço de saúde especializado. Pará, Brasil. **Rev Saúde Pública** 2015;49:16

ANAND A, SHIRAISHI RW, BUNNELL RE, JACOBS K, SOLEHDIN N, et al. Knowledge of HIV status, sexual risk behaviors and contraceptive need among people living with HIV in Kenya and Malawi. **AIDS**. 2009; 23(12):1565-73.

ADLER, A. MOUNIER-JACK, S. COKER, R.J. O diagnóstico tardio de HIV na Europa: desafios da saúde de definição e públicas. **AIDS Care**. 2009; 21:284-93.

AFFELDT, ÂNGELA BEATRIZ; SILVEIRA, MARIÂNGELA FREITAS DA AND BARCELOS, RAQUEL SIQUEIRA. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2015, vol.24, n.1 [cited 2016-11-28], pp.79-86. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000100079&lng=en&nrm=iso>. ISSN 2237-9622. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000100009>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos do HIV/aids do município de Londrina/PR**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/aids/>> Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano IV - nº 1 - da 27ª à 53ª semana epidemiológica – julho a dezembro de 2014, Ano IV - nº 1 - da 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015**. Brasília, 2015a. Disponível em:<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf> Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, HIV e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, 2015b (atualizado de 2013).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/cta2010-01-web.pdf>> Acesso em: 29 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Qualiaids**: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em aids no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 100 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CDC. Center for Diseases Control and Prevention. Revised Surveillance Case Definitions for HIV Infection Among Adults, Adolescents, and Children Aged. December 5, 2008 / Vol. 57 / No. RR-10. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5710.pdf>> Acesso em: 8 nov. 2016.

DOMINGOS, A. ITO, L.S. COELHO, E. LUCIO, J.M. MATIDA, L.H. RAMOS JR, A.N. Seroprevalence of Toxoplasma gondii IgG antibody in HIV/Aids- infected individuals in Maputo, Mozambique. **Rev Saúde Pública** 2013; 47(5):890-6.

ESTAVELA, A. J; SEIDL, E.M.F. Vulnerabilidades de gênero, práticas culturais e infecção pelo HIV em Maputo. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 569-578, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000300569&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 08 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p569>.

FERREIRA, R.F.G., DO PRADO NETO, S.C., SANTANA, N.C., GUIMARÃES, D.A., OLIVEIRA, C.D.L. Gender Differences in Risk Factors for Delayed Diagnosis of HIV/AIDS in a Midsized City of Brazil. **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)**, 15(2), 135-140, 2016.

GRINBERG A, G. GIRONA, L.B. KNOLLB, R.K. GALINSKASA, J. CAMARGO, M. ARIFA, M.S. SAMERA, S. JANINIA, L.M.R. SUCUPIRA, M.C.A. DIAZ, R.S. High prevalence and incidence of HIV-1 in a counseling and testing center in the city of Itajaí, Brazil. **Braz J Infect Dis**. 1 9(6):631–635, 2015.

KRAMER, S.C. SCHMIDT, A.J. BERG, R.C. FUREGATO M. HOSPERS, H. FOLCH, C. MARCUS U. Factors associated with unprotected anal sex with multiple non-steady partners in the past 12 months: results from the European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS 2010). **BMC public health**, v. 16, n. 1, p. 1, 2016.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de referência. 2016. Disponível em:
<http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13142&Itemid=1510> Acesso em: 30 set. 2016.

RIGHETTO, R.C. REIS, R.K. REINATO, L.A.F. GIR, E. Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/Aids. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. **Rev Rene**, v. 15, n. 6, 2015. Disponível em:
<http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11267/1/2014_art_rcrighetto.pdf>
Acesso em: 7 nov 2016.

SILVA, R.A.R. SILVA, R.T.S. NASCIMENTO, E.G.C. GONÇALVES, O.P. REIS, M.M. SILVA, B.C.O. Perfil clínico-epidemiológico de adultos HIV-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online); **8(3): 4689-4696, jul.-set. 2016. Disponível em:**
<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4294>>
Acesso em: 05 nov. 2016.

SILVA, W.S. OLIVEIRA, F.J. SERRA, M.A. ROSA, C.R. FERREIRA A.G. Fatores associados ao uso de preservativo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 6, p. 587-592, Dec. 2015b. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000600587&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 08 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500096>.

SOARES, P.S. BRANDÃO, E.R. Não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23(3): 703-721, 2013.

SOUZA, N.R. BERNARDES, E.H. CARMO, T.M.D. NASCIMENTO, E. SILVA, E.S. SOUZA, B.N.A. BENTO, P.F. Perfil da População Idosa que Procura o Centro de Referência em DST/Aids de Passos/MG. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, 23(4):198-204, 2011.

SILVA, C.M. VARGENS, O.M.C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Rev. esc. enferm. USP**. 2009;43(2):401-6.

SILVA, J.A.G. DOURADO, I. BRITO, A.M. SILVA, C.A.L. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(6):1188-1198, jun, 2015.

SILVA, L.C.S. SANTOS, E.M. SILVA NETO, A.L. MIRANDA, A.E. TALHARI, S. TOLEDO, L.M. Padrão da infecção pelo HIV Aids em Manaus, Estado do Amazonas, no período de 1986 a 2000. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2009;42(5):543-50. DOI:10.1590/S0037-86822009000500012

TAVORA, L.G.F. HYPOLITO, E.B. CRUZ, J.N.M. PORTELA, N.M.B. PEREIRA, S.M. VERAS, C.M. Hepatitis B, C and HIV Co-Infections Seroprevalence In A Northeast Brazilian Center. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo , v. 50, n. 4, p. 277-280, Dec. 2013 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032013000400277&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 02 Nov. 2016.

TEIXEIRA, L.B. PILECCO, F.B. VIGO, A. KNAUTH, D.R. Sexual and reproductive health of women living with HIV in Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 29, n. 3, p. 609-620, Mar. 2013 . Disponível em:
<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700018&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 08 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700018>.

UNAIDS. **Global AIDS Update** 2016. 2016. Disponível em:
<http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/global-AIDS-update2016_en.pdf> Acesso em: 30 set. 2016.

UNAIDS. 90–90–90 – **Uma meta ambiciosa de tratamento para ajudar a acabar com a epidemia de AIDS**. 2015. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf> Acesso em: 30 set. 2016.

UNAIDS. **Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS**. Global Report. AIDS by the numbers. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2013. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_en.pdf> Acesso em: 02 nov. 2016.

UNAIDS. **Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV / AIDS**. Resposta global HIV / AIDS. Epidemic Update e do progresso do sector da saúde para o Acesso Universal. Relatório do programa de 2011. Disponível em:
<http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_UA_Report_en.pdf> Acesso em: 8 nov. 2016.

UNAIDS. **Criminalization of HIV Transmission**. Genebra: UNAIDS, 2008. Disponível em:
<http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf> Acesso em: 8 set.. 2016.

3 Situação Clínica e Laboratorial ...

VALENTINI, M.B. TOLEDO, M.L.G. FONSECA, M.O. THIERSCH, L.M.S. TOLEDO, I.S.B.T. MACHADO, F.C.J. TUPINAMBÁS, U. Evaluation of late presentation for HIV treatment in a reference center in Belo Horizonte, Southeastern Brazil, from 2008 to 2010. **Braz J Infect Dis**, Salvador , v. 19, n. 3, p. 253-262, June 2015 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702015000300253&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 07 nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2015.01.005>.

4 Conclusões



Os 5.229 usuários que procuraram o CTA para realização do teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV eram, em sua maioria, do sexo masculino, idade \leq a 35 anos, com quatro anos ou mais de escolaridade e que não apresentavam união estável. Nas análises multivariadas verificou-se maior associação à infecção pelo HIV no modelo 2 que inclui, além das variáveis sociodemográficas (Modelo 1), as comportamentais, indicando que a maior chance para adquirir HIV provém do comportamento. Assim, os fatores associados à vulnerabilidade ao HIV foram: o recorte populacional de HSH, o compartilhamento de seringas, a orientação sexual HSH, ter IST nos últimos 12 meses, uso irregular ou não uso do preservativo nos últimos 12 meses com parceiro fixo e parceiro soropositivo para HIV.

A prevalência de infecção pelo HIV na população de estudo foi de 5,0% (259) predominando no sexo masculino (78,0%). Os dados clínicos e laboratoriais foram investigados em 226 prontuários. Analisando-se a contagem de linfócitos TCD4+ e de carga viral, conclui-se que 56,1% dos usuários se encontravam em fase avançada da infecção. Além disso, as sorologias se mostraram reagentes para muitos agentes responsáveis por infecções oportunistas, o que remete à necessidade de acompanhamento desses indivíduos para identificar a fase em que essas infecções se encontram e propor profilaxia medicamentosa ou tratamento específico. Anotações de presença de sintomas relacionados ao HIV, assim como a presença de co-infecções e outras IST, corroboram com a necessidade de atenção imediata a esses usuários.

As características clínicas e laboratoriais encontradas sugerem que o diagnóstico da infecção pelo HIV está ocorrendo tardiamente nos CTA, contrariando as políticas de prevenção e diagnóstico precoce propostas para esse serviço. Conhecer os fatores associados à infecção pelo HIV contribui para o estabelecimento de medidas diretas que auxiliarão no cumprimento das metas internacionais. Ações voltadas para a adesão ao comportamento sexual seguro, com uso do preservativo, é condição prioritária para controle dessa infecção. Da mesma forma, a ampliação do acesso aos testes rápidos para o HIV deve ser estimulada visando o alcance de populações de maior vulnerabilidade. Embora no

Brasil seja utilizada essa estratégia como prevenção, ressalta-se que essa atuação deve ser mais impactante. O diagnóstico precoce contribui para a inserção de estratégias de prevenção combinada, como o uso de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco para Infecção pelo HIV (PEP), redução das taxas de morbimortalidade relacionadas a aids, possibilita melhora na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos positivos sob tratamento, além de reduzir a transmissão do HIV.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil bate recorde de pessoas em tratamento contra o HIV e aids**, Brasília, 2016a. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21907-brasil-bate-recorde-de-pessoas-em-tratamento-contra-o-hiv-e-aids>>
Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos do HIV/aids do município de Londrina/PR**. Brasília, 2016b. Disponível em:

<<http://svs.aids.gov.br/aids/>> Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica Manual para a equipe multiprofissional**. 2015a.

Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/58607/cartilha_cuidado_integral_01_2016_pdf_32360.pdf> Acesso em: 28 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano IV - nº 1 - da 27ª à 53ª semana epidemiológica – julho a dezembro de 2014, Ano IV - nº 1 - da 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015**. Brasília, 2015b.

Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf> Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil registra queda na taxa de detecção e mortalidade por aids**. Brasília, 2015c. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21030-brasil-registra-queda-na-taxa-de-deteccao-e-mortalidade-por-aids>>
Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História da Aids**. 2013a. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/pagina/2010/257> > Acesso em: 25 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 29/2013**. 2013b. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56532/portaria_svs_29_2013_pdf_22036.pdf> Acesso em: 27 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. 2013c. Disponível em:

<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_Manejo-HIV-Adultos_2013.pdf>
Acesso em: 27 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política brasileira de enfrentamento da Aids**.

Resultados, avanços e perspectivas. 2012. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/53077/em_portugu_s_93155.pdf> Acesso em: 29 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: a saúde do Brasil**. 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf> Acesso em: 26 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/cta2010-01-web.pdf>> Acesso em: 29 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf> Acesso em: 26 set. 2016.

GRANGEIRO A, ESCUDER M.M., WOLFFENBUTTEL K., PUPO L.R., NEMES M.I., MONTEIRO P.H. Technological profile assessment of voluntary HIV counseling and testing centers in Brazil. **Rev Saude Publica**. 2009;43:427–36.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de referência. 2016. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13142&Itemid=1510> Acesso em: 30 set. 2016.

MENDONÇA, P.M.E., ALVES, M.A., CAMPOS, L.C. Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/Aids no Brasil. **RAE-Eletrônica**, v.9, n.1, 2010. Disponível em: <http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S167656482010000100007.pdf> Acesso em: 26 set. 2016.

RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a AIDS, a saúde da mulher e a saúde mental. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, p.1067-1078, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63043001027.pdf>> Acesso em: 26 set. 2016.

SOUZA, M. **Assistência de enfermagem em infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

SABINO. BARRETO. SANABANE. **Aids e infecção pelo HIV**, cap 9, p.165-376, in: FOCACCIA, 2015.

UNAIDS. **Global aids update 2016**. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/global-AIDS-update2016_en.pdf> Acesso em: 8 set. 2016.

UNAIDS. 90–90–90 – **Uma meta ambiciosa de tratamento para ajudar a acabar com a epidemia de AIDS**. 2015. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf> Acesso em: 30 set. 2016.

Apêndices

APÊNDICE A

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NO AMBULATÓRIO DST/HIV/AIDS

DIAGNÓSTICO POSITIVO NºCTA _____ NºAmb _____

1. Adesão ao acompanhamento - Primeira consulta: _____ (1) imediato (menos de um mês após diagnóstico) (2) 1 mês e 1 dia a 2 meses (3) 2 meses e 1 dia a 3 meses (4) 3 meses e 1 dia a 4 meses (5) 4 meses e 1 dia a 5 meses (6) 5 meses e 1 dia a 6 meses (7) mais de 6 meses (8) não retornou para atendimento no ambulatório (9) transferido para outro serviço (99) Sem anotação/ Não preenchido

2. Adesão ao acompanhamento (demais consultas): _____ (1) a cada 6 meses ou menos (2) 6 a 12 meses (3) anualmente (4) período maior que anual (5) acompanhamento representado por outra pessoa (9) transferido para outro serviço (99) Sem anotação/ Não preenchido

3. Quais DSTs: _____ (1) sífilis (2) condiloma/HPV (3) herpes genital (4) trichomonas (5) clamídia (6) gonorréia (98) não se aplica (99) Sem anotação/ Não preenchido

4. Tipo de Câncer: _____ (1) útero (2) mama (3) próstata (4) pulmão (5) intestino (6) medula óssea (7) estômago (8) fígado (9) sistema nervoso central (10) neoplasia anal (11) câncer cervical (98) não se aplica (99) Sem anotação/ Não preenchido

5. Comorbidades: _____ (1) HAS (2) Diabetes (3) Doenças cardíacas (4) Câncer (5) Outras DST (6) nega comorbidades (99) Sem anotação/ Não preenchido

6. Sintomatologia na primeira consulta: _____ (1) sim (2) não (99) Sem anotação/ Não preenchido

7. Sintomatologia referida na primeira consulta: _____ (1) perda de peso (2) mal estar gástrico (3) febre (4) fraqueza/lipotimia (98) Não se aplica (99) Sem anotação/ Não preenchido

8. Coinfecções: _____ (1) sim (2) não (98) não se aplica (99) Sem anotação/ Não preenchido

9. Quais Coinfecções: _____ (1) Hepatite B (2) Hepatite C (3) tuberculose (4) HTLV (5) Sarcoma de Kaposi (6) Linfoma não-hodgkin (7) neoplasia anal (8) neoplasia cervical (9) sífilis (10) Pneumonia (99) Sem anotação/ não preenchido (98) não se aplica (97) Outras; quais _____

10.Exames:

1ª Carga Viral - no diagnóstico: _____

2ª Carga Viral : _____

Último resultado Carga Viral: _____

1ºLinfócitos CD4+ - no diagnóstico: _____

2ºLinfócitos CD4+: _____

Último resultado Linfócitos CD4+: _____

Legenda: (1) negativo (2) positivo (98) Sem anotação/ Não preenchido

VDRL _____ Titulação VDRL _____ FTA-ABS _____

Citomegalovírus IgG _____ IgM _____ Toxoplasmose

IgG _____ IgM _____ Anti-HAV _____ Anti-HCV _____ Anti- HBc _____ Anti-

HBs _____ HBS-AG _____ PPD _____

Glicemia _____ (1) normal (2) pré DM (3) DM/alterada (4) não realizado (5) não solicitado (99) Sem anotação/ Não preenchido

11.Tratamento Antirretroviral (TARV):

Iniciou tratamento quanto tempo após diagnóstico? _____ (1) primeira consulta (2) segunda consulta (3) terceira consulta (4) não iniciou tratamento (99) Sem anotação/ Não preenchido

Qual tratamento instituído? _____ (99) Sem anotação/ Não preenchido

Modificou tratamento? _____ (1) não (2) sim; qual? _____ (99) Sem anotação/ Não preenchido

Faz uso de outros medicamentos: _____ (1) Não (2) sim (99) Sem anotação/ Não preenchido

Se sim, quais: _____

Adesão medicamentosa: _____ (1) Sim (2) Não (3) Adesão inadequada (uso incorreto) (99) Sem anotação/ Não preenchido

Internações nos primeiros 6 meses após diagnóstico? _____ (1) Não (2) sim (99) Sem anotação/ Não preenchido Se sim, qual o

motivo: _____

8.Critério de Diagnóstico de AIDS
Critério Rio de Janeiro/ Caracas

(1) Sarcoma de kaposi (10)

(2) Tuberculose disseminada/ extra-pulmonar/ não cavitária (10)

(3) Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5)

- (4) Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5)
- (5) Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5)
- (6) Disfunção do sistema nervoso central (5)
- (7) Diarréia igual ou maior a 1 mês (2)
- (8) Febre maior ou igual a 38 °C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*
- (9) Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)*
- (10) Astenia maior ou igual a 1 mês (2)*
- (11) Dermatite persistente (2)
- (12) Anemia e/ou linfopenia e/ ou trombocitopenia (2)
- (13) Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)*
- (14) Linfadenopatia > ou igual a 1 cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2)

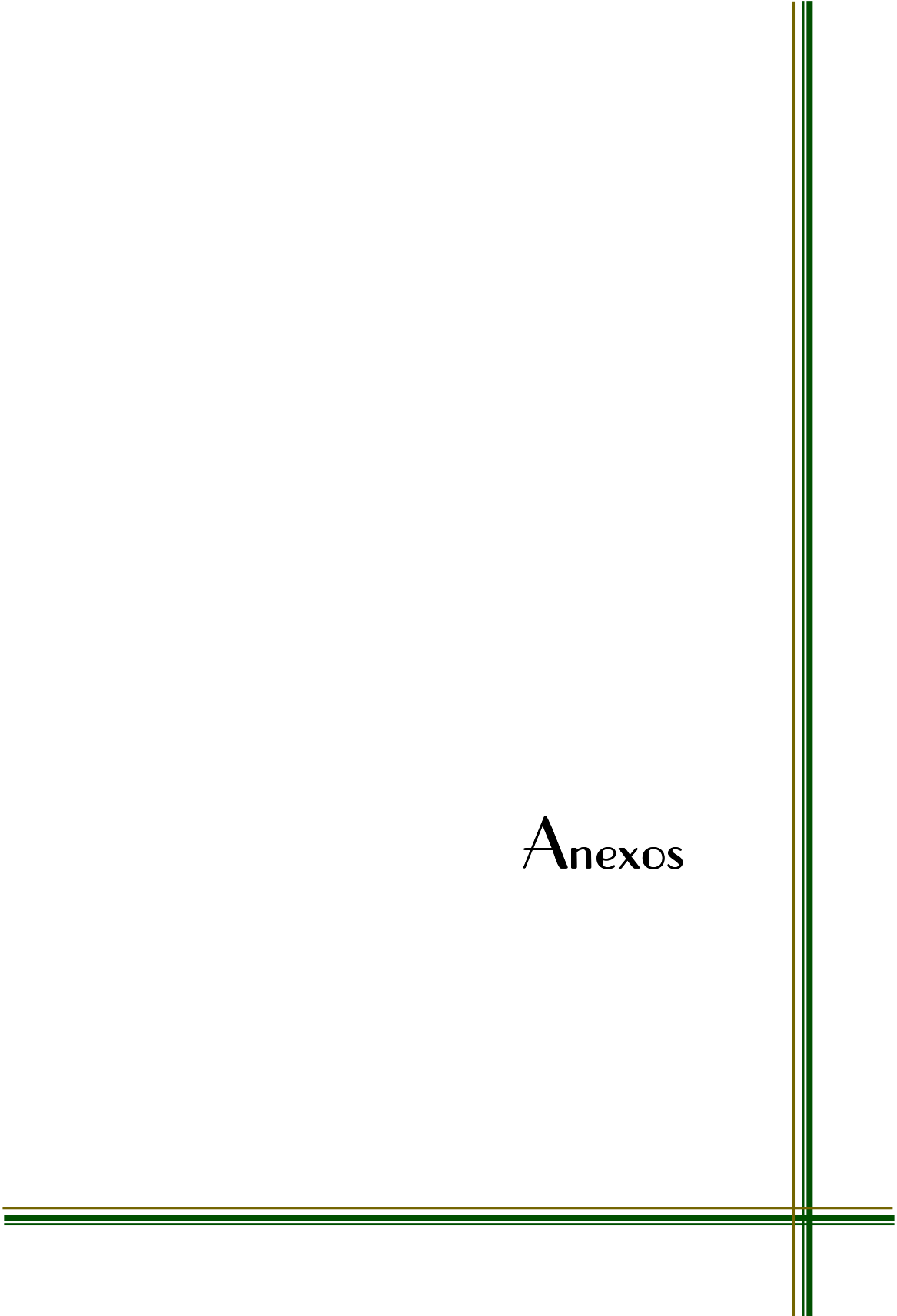
**Excluída a tuberculose como etiologia*

--	--	--	--	--

Critério CDC adaptado

(1) Câncer cervical invasivo (2) Candidose de esôfago (3) Candidose traquéia, brônquio, pulmão (4) Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) (5) Criptococose extrapulmonar (6) Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês (7) Herpes simples mucocutâneo >1 mês (8) Histoplasiose disseminada (9) Isosporídiase intestinal crônica > 1 mês (10) Leucoencefaopatia multifocal progressiva (11) Linfoma não Hodgkin e outros linfomas (12) Linfoma primário do cérebro (13) Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase (14) Pneumonia por Pneumocystis Carinii (15) Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) (16) Salmonelose (septicemia recorrente não-tifóide) (17) Toxoplasmose cerebral (18) Contagem de linfócitos TCD4+ menor que 350 cel/mm

Anexos



ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA EVOLUINDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO: DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV, SÍFILIS, HEPATITES B E C

Pesquisador: Elma Mathias Dessunti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35357914.0.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 798.092

Data da Relatoria: 08/09/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo pretende analisar os casos atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento e ambulatório de DST/HIV/Aids do Município de Londrina-PR em relação ao diagnóstico e desfecho dos casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, Sífilis e Hepatites B e C. Para tanto, irá fazer uma coleta de caráter transversal, quantitativo, cujos dados serão levantados no Sistema de Informações do CTA (SI-CTA), nas fichas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e nos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de DST/HIV/Aids do Centro de Referência do município de Londrina, PR. Serão analisadas todas as fichas de notificação do SI-CTA para caracterização da população atendida e para o cálculo da prevalência dessas infecções no período de junho de 2012 a maio de 2015.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os casos atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento e ambulatório de DST/HIV/Aids do Município de Londrina-PR em relação ao diagnóstico e desfecho dos casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, Sífilis e Hepatites B e C.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os pacientes não serão abordados pessoalmente, não havendo risco de qualquer natureza aos

Endereço: Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445)

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 798.092

mesmos. Os autores se comprometem a manter o sigilo e confidencialidade de todas as informações levantadas, utilizando-as especificamente para o fim previsto nesta pesquisa.

Benefícios:

Espera-se que as informações obtidas e analisadas nesta pesquisa possam contribuir para o conhecimento do perfil dos clientes atendidos no CTA de Londrina, assim como dos indivíduos cujo diagnóstico foi positivo para uma ou mais infecção. Desta forma, será possível adequar as ações de prevenção e controle à realidade epidemiológica do município, explorar e otimizar as capacidades e potencialidades do serviço, priorizar populações

mais vulneráveis garantindo a equidade no acesso ao diagnóstico e às ações de prevenção dessas infecções. Ainda, a análise dos dados permitirá definir a fase da infecção em que cada caso se encontra, possibilitando verificar a precocidade ou não do diagnóstico pelos testes rápidos, um dos objetivos dos CTAs, promovendo ações de controle destas infecções.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta relevância e se encontra elaborado de acordo com as normas deste CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O estudo propõe dispensa do TCLE, uma vez que o mesmo irá fazer análise de prontuários. Quanto aos demais termos (Autorização e Sigilo) estes são apresentados e elaborados de forma correta, considerando as exigências deste CEP.

Recomendações:

Não existem recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445)

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



CONSELHO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 798.092

LONDRINA, 19 de Setembro de 2014

Assinado por:
Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445)
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br

ANEXO B

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA

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

		Continuação da Requisição - Página 2			
Antecedentes Epidemiológicos	40	Procurou Banho de Sangue para se testar nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	41	Apresentou DST nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	
			42	Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou [1] Serviço de saúde [3] Auto-medicação [5] Não tratou [99] Não informado [2] Farmácia [4] Não lembra [98] Não se aplica	
	43	Usou Drogas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	44	Se fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências [1] Alcool [3] Cocaína Aspirada [5] Crack [7] Anfetaminas [2] Maconha [4] Cocaína Injetável [6] Heroína [8] Outros	
	45	Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não [3] Não lembra [98] Não se aplica [99] Não informado	LEGENDA DE FREQUÊNCIA 1- Nunca usou 2- Já usou, mas não usa mais 3- Usa vez em quando 4- Usa frequentemente		
	46	Tipo de Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses	[1] Homens [4] Traveste/Transexuais [99] Não informado [2] Mulheres [98] Não se aplica		
47	Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta) [1] Relação Sexual [3] Compart. seringas/agulhas [5] Ocupacional (exp. mat. biológico) [7] Não relea tscu Biolog. [99] Não informado [2] Transf. de sangue/hemod. [4] Hemofilia [6] Transmissão vertical [97] Outros				
Informações de Uso de Preservativos	48	Uso do Preservativo <i>o</i> Parceiro Fixo (atual) nos últimos 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [99] Não informado [3] Usou menos de metade das vezes [99] Não informado	49	Uso do Preservativo na Última Relação com Parceiro Fixo [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [2] Não [98] Não se aplica [3] Não lembra [99] Não informado	
	50	Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Fixo [1] Não gosta [6] Confia no parceiro [11] Negociou não usar [17] Distúrbio sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alegria ao Produto [4] Parceiro(s) não aceita [9] Açou que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/pressão [97] Outros [5] Não disponível no momento [10] Ache que não vai pegar [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [16] Tamanho do preservativo não dá [99] Não informado			
	51	Risco do Parceiro Fixo [1] Relações bilocuais [3] Usuário de drogas injetáveis [5] Soropositivo <i>o</i> HIV [7] Outros [99] Não informado [2] Transfusão de sangue/hemofílico [4] Uso de outros drogas [6] Tem ou teve DST [98] Não se aplica			
	52	Uso do Preservativo <i>o</i> Parceiro(s) Eventual(is) nos últ. 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [99] Não informado [3] Usou menos de metade das vezes [99] Não informado	53	Uso do Preservativo na Última Relação <i>o</i> Parceiro Eventual [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [2] Não [98] Não se aplica [3] Não lembra [99] Não informado	
	54	Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Eventual [1] Não gosta [6] Confia no parceiro [11] Negociou não usar [17] Distúrbio sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alegria ao Produto [4] Parceiro(s) não aceita [9] Açou que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/pressão [97] Outros [5] Não disponível no momento [10] Ache que não vai pegar [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [16] Tamanho do preservativo não dá [99] Não informado			
Recorte	55	Recorte Populacional (marque com X até 3 opções de resposta) [1] População em geral [4] Profissional do sexo [7] Usuário de outras drogas [12] Traveste/Transexuais [2] População confinada [5] Homem que faz sexo com homem [8] Pessoa vivendo com HIV/AIDS [13] Pessoa em exclusão social [3] Caminhoneiro [6] Usuário de drogas injetáveis [9] Portador de DST [14] Portador Hepatite B/C/D [15] Estudante [97] Outros [10] Hemofílico e polítransfundido [11] Profissional de saúde [98] Outros			
	56	Encaminhamento(s) Pós-Teste (até 3 opções) [1] Nenhum [7] Tratamento para hepatite [8] Tratamento para HIV [2] Repetir exame HIV/inconclusivo [9] Repetir ex. Hepatite/incon. [10] Tratamento de Sífilis [3] Repetir Janela imunológica [11] Vacina Hepatite B [4] Repetir exame 2ª amostra [12] Outros [5] Assistência psicossocial [13] Outros [6] Tratamento de DST [97] Outros	57	Local (is) de Encaminhamento (s) Pós-Teste [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24] [25] [26] [27] [28] [29] [30] [31] [32] [33] [34] [35] [36] [37] [38] [39] [40] [41] [42] [43] [44] [45] [46] [47] [48] [49] [50] [51] [52] [53] [54] [55] [56] [57] [58] [59] [60] [61] [62] [63] [64] [65] [66] [67] [68] [69] [70] [71] [72] [73] [74] [75] [76] [77] [78] [79] [80] [81] [82] [83] [84] [85] [86] [87] [88] [89] [90] [91] [92] [93] [94] [95] [96] [97] [98] [99] [100]	
Resultado Laboratorial	Dados de Resultado				
	60	Data da Entrega	61	HIV Tipo de Teste Realizado Triagem: [1] Elise [2] Teste rápido Resultado Triagem Resultado Final	
	62	Hepatite	B	63	Sífilis VDRL Titulação: [1] Doença Ativa [2] Doença Inativa
64	Especificar Outras Doenças e Seus Resultados	Legendas de Resultados: 1-Não Reagente 4-Ignorado 2-Reagente 5-Discordante 3-Indeterminado 6-Não realizado			

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO - SICTA v.2005

Instruções Gerais:

- O CTA pode optar por um atendimento simplificado no pré-teste (preenchendo apenas a primeira página do formulário e a página seguinte preencher durante o pós-teste) ou por atendimento completo (preenchendo as duas páginas do formulário logo no pré-teste).
- Dados de orientação: as questões de 1 a 10 deverão ser preenchidas para todos os usuários que buscarem o CTA.
- Dados do Usuário: todas as questões deverão ser preenchidas, as questões 21 e 22 deverão ser preenchidas apenas para usuários que optarem por teste nominal.
- Dados de residência (questões 25 a 34): no caso de usuários que não autorizem contato do serviço (questão 23), deverão ser preenchidas apenas os campos "28 - município e 29-Sairro". Os demais dados residenciais não deverão ser preenchidos.
- Dados os demais campos (35 e 63) deverão ser preenchidos para todos os usuários.

Instruções dos Campos da 1ª página:

- 1 - Local de Origem - Refere-se à unidade de saúde (instituição) que encaminhou o usuário. Caso seja demanda espontânea é o próprio CTA.
- 2 - Data de atendimento - Introduzir a data de realização do atendimento pré-teste no CTA. Deverá ser no formato dd/mm/aaaa.
- 3 - Tipo de orientação (Pré-Teste) - Registrar se o usuário passou pelo aconselhamento pré-teste individual, coletivo ou individual e coletivo. Não é esperado que qualquer usuário realize coleta de sangue sem qualquer abordagem (individual e coletiva), mas caso isto tenha acontecido, registrar "nenhuma" orientação/aconselhamento pré-teste.
- 4 - Orientador(es)/Profissional - Introduzir o nome do(s) profissional(is) responsável(is) pelo(s) atendimento(s) pré-teste.
- 5 - 1ª atendimento no CTA - Introduzir a resposta fornecida pelo usuário quanto ao fato de ser ou não a primeira vez que é atendida neste CTA.
- 6 - Vai fazer coleta - Refere-se à coleta de sangue. Registrar se o usuário decidiu submeter-se a quaisquer das testagens oferecidas: HIV, Sífilis, Hepatites B, C e D.
- 7 - 1ª amostra - Registrar "sim" se corresponder à primeira coleta realizada para testagem (biagem sorológica). Registrar "não" apenas quando for coleta para exame confirmatório do resultado da primeira amostra (ou seja, quando o primeiro resultado tiver sido positivo/reagente ou indeterminado/inconclusivo). Todas as outras situações entrem como 1ª amostra. Ex.: pessoa que retorna para realizar novo exame porque estava em janela imunológica entre como 1ª amostra.
- 8 - Nº da requisição anterior - Introduzir o número que identifica a requisição anterior do mesmo usuário atendida outras vezes no CTA. O preenchimento desta informação é particularmente importante (obrigatório) nos casos de segunda amostra, permitindo vincular a exame anterior.
- 9 - Teste nominal - Registrar se o usuário optou por identificar-se ou manter o anônimo.
- 10 - Mostre nome na etiqueta - Opção de imprimir ou não o nome do usuário na etiqueta.
- 11 - Nº do Prontuário/Protocolo - Introduzir o número do prontuário/protocolo do usuário no serviço (se houver). Esta informação facilita a identificação e consulta do mesmo no sistema, principalmente daqueles que se identificaram e realizaram mais de uma testagem no CTA.
- 12 - Nome (Senha) - Introduzir o nome do usuário ou a senha escolhida por ele. No caso de testes nominais, deve ser checado com documentos.
- 13 - Sexo - Masculino ou feminino
- 14 - Gestante - Registrar se a mulher está gestante ou não.
- 15 - Idade gestacional - Registrar o tempo de gestação (em meses) referido pela mulher.
- 16 - Data de nascimento - Registrar a data de nascimento do usuário - preencher no formato dd/mm/aa
- 17 - Estado civil/ Situação conjugal - Registrar a situação conjugal atual do usuário. Casado/amigado será definido pelo fato de morar com o(a) parceiro(a). Por exemplo, se uma mulher é viúva e atualmente esta amigada com alguém, prevalece a situação atual - casada/amigada.
- 18 - Regalador - Pedir ao usuário que refira, dentre as opções disponíveis, sua regalador. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida, isto é, o profissional deverá pedir ao usuário que ele relate sua própria cor dentre as categorias oferecidas.
- 19 - Escolaridade - Registrar o número de anos de estudo concluídos pelo usuário, dentro das faixas disponíveis. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª e 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "de 12 a mais anos de estudo concluídos".
- 20 - Ocupação - Deverá ser preenchida de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações. Não se trata de registrar a profissão/categoria profissional, mas sim de registrar a ocupação (trabalho) atual do usuário.
- 21 - Nº do cartão SUS - Registrar o número do cartão do SUS, caso o usuário possua. Este campo deverá ser preenchido apenas por usuários que optarem por teste nominal. Para aqueles que optarem por teste nominal e não possuem o cartão, registrar "não possui".
- 22 - Nome da mãe - Este campo deverá ser preenchido somente nos casos em que o usuário tenha optado por fazer o teste nominal.
- 23 - Permite contato - O preenchimento deste campo é obrigatório e requer atenção especial dos profissionais. O profissional deverá perguntar ao usuário se ele permite que o serviço entre em contato com ele em caso de necessidade; por exemplo, se ele não retornar para buscar resultados de exames, ou se o serviço necessitar mudar data de agendamento. Além de uma autorização de contato, implica também na assunção de compromisso ético dos profissionais. Abrevis desta permissão, os aconselhadores comprometem-se a fazer uso cauteloso das informações prestadas, sempre visando resguardar ao máximo o sigilo e confidencialidade das informações. Na prática isto significa, por exemplo, não identificar o remetente (no caso, o CTA) nas correspondências enviadas e respeitar estritamente a forma de contato que o usuário autorizou. Com isso, o que se busca é evitar qualquer impacto social negativo que possa advir da realização deste procedimento.
- 24 - Tipo de contato - Caso o usuário autorize o contato do serviço, deverão ser registradas as formas de contato por ele autorizadas. Informações adicionais e outras formas de contato autorizadas devem ser registradas no campo reservado às anotações do aconselhamento pré-teste. IMPORTANTE: Caso o usuário autorize que o serviço entre em contato, ele deverá assinar o formulário, no campo ao lado da questão 24.
- 25 - Logradouro - Refere-se ao endereço de residência do usuário - nome da rua, avenida, entre outros. Observar que as informações de endereços (exceto município) só deverão ser preenchidas caso o usuário autorize contato.
- 26 - Complemento - Refere-se ao complemento de residência, podendo ser casa, apartamento, fundos etc. Se o usuário morar em prédio, registrar aqui o número do apartamento.
- 27 - Número - Número da casa ou do prédio em que reside o usuário.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO - SICTA v.2005

Instruções dos Campos da 1ª página :

- 28 - Município - Refere-se ao município, cidade de residência do usuário.
 29 - Bairro - Refere-se ao bairro de residência do usuário.
 30 - UF - Introduzir a sigla da Unidade Federada (Estado) de residência do usuário.
 31 - CEP - Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do usuário.
 32 - Telefone - Registrar o telefone fornecido pelo usuário.
 33 - Zona - Registrar se o usuário reside em zona rural ou urbana.
 34 - País - Registrar o nome do país de residência, caso o usuário não reside no Brasil.
 35 - Motivo da procura - Registrar o motivo que levou o usuário a procurar o CTA. Observe-se, por exemplo, que nem todas as gestantes vão ao CTA para realizar exame pré-natal; podem chegar ao CTA, por exemplo, por terem vivido uma situação de risco, ou em função do aparecimento de sinais de DST.
 36 - Origem da clientela (como ficou sabendo o serviço) - Registrar a forma através da qual o usuário ficou sabendo do CTA.
 37 - Encaminhamentos pré-teste - Registrar o(s) encaminhamento(s) realizados após atendimento pré-teste. Poderão ser registrados até três encaminhamentos.
 38 - Local de encaminhamento - Registrar o nome dos locais para onde foi encaminhado o usuário após o atendimento pré-teste.
 39 - Notas da orientação pré-teste/orientações - Registro de informações complementares do atendimento pré-teste, quando houver.
 . Notas da Orientação pós-Teste orientações. Registro de informações complementares do atendimento pré-teste, quando houver.

Instruções dos Campos da 2ª página :

- 40 - Procurou banco de sangue para se testar nos últimos 12 meses - Registrar se nos últimos 12 meses o usuário fez doação de sangue com o intuito de testar-se.
 41 - Apresentou DST nos últimos 12 meses - É papel do aconselhador ajudar o usuário a identificar se teve ou não uma DST nos últimos 12 meses, verificar com ele se teve sinais/sintomas de DST (por exemplo, ulcero genital, comimento uretral, comimento vaginal/cervical, verrugas genitais, bolhas).
 42 - Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou - Caso o usuário relate ter tido DST nos últimos 12 meses, registrar o tipo de tratamento que ele buscou.
 43 - Uso de Drogas nos últimos 12 meses - refere-se ao uso, relatado pelo usuário, de qualquer droga (inclusive o álcool) nos últimos 12 meses.
 44 - Se fez uso de drogas nos últimos 12 meses - Especificar a frequência com que o usuário relate ter usado cada uma das drogas descritas, no período de 12 meses, observando a legenda no quadro ao lado da questão. Exemplo: no caso de um usuário que faça uso frequente de álcool e cocaína aspirada, já fez uso de maconha, mas nunca usou outras drogas: álcool: 4; maconha: 0; cocaína aspirada: 4; cocaína injetável: 0; crack: 0; heroína: 0; anfetaminas: 0; met: 2.
 45 - Compartilhou seringas nos últimos 12 meses - Caso o usuário relate uso de drogas injetáveis, de anabolizantes ou de silicone injetável (prática bastante frequente entre os travestis), o aconselhador deverá investigar se ele faz uso de seringas e agulhas descartáveis ou se compartilha com outros usuários. Se o usuário não relatar uso de substâncias injetáveis, deverá ser preenchido o campo "não se aplica".
 46 - Tipo de parceria(s) sexual(is) e quantidade - Registrar o número de parceiros homens, de parceiras mulheres e de parceiros travestis com os quais o usuário refere ter se relacionado sexualmente nos últimos 12 meses. Se o usuário não tiver tido relações sexuais com umas destas parceiras, deverá ser registrado 0 (zero). Se o usuário não tiver tido relações sexuais nos últimos 12 meses, deverá ser registrado o campo "não se aplica".
 47 - Tipo de exposição - Registrar de que formas o usuário relate ter se exposto ao risco de infecção pelo HIV. Poderão ser assinaladas até duas formas de exposição.
 48 - Uso de preservativo com parceiro(a) fixo(a) nos últimos 12 meses - Registrar com que frequência o usuário relate ter usado preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais com seu(s) parceiro(s) fixo(s). Por "menos da metade das vezes" entenda-se "na maioria das vezes não usou preservativo" e para "use mais da metade das vezes" entenda-se "usou preservativo na maioria das relações sexuais que teve" nos últimos 12 meses.
 49 - Uso do preservativo na última relação com parceiro fixo - Refere-se ao uso do preservativo na última relação sexual que o usuário teve com parceiro fixo, nos últimos 12 meses.
 50 - Motivo de não usar preservativos com parceiro(a) fixo(a) - Caso o usuário relate não usar sempre o preservativo com seu(s) parceiro(s) fixo(s), investigar qual a principal razão que o leva a não usar. Esta questão não deve ser lida para o usuário, mas preenchida após exploração do tema com usuário. A partir desta conversa o aconselhador deve registrar a principal razão identificada para o não uso do preservativo nos últimos 12 meses com parceiro fixo.
 51 - Risco do parceiro fixo - O aconselhador deve procurar identificar junto ao usuário que riscos ele identifica em seus/as parceiro(a) fixo(a) e caso ele não identifique nenhum risco, registrar "não se aplica".
 52 - Uso do Preservativo com parceiro(s) eventual(is) nos últimos 12 meses - Registrar com que frequência o usuário relate ter usado preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais com seu(s) parceiro(s) eventual(is) nos últimos 12 meses. Por "menos da metade das vezes" entenda-se "na maioria das vezes não usou preservativo" e para "use mais da metade das vezes" entenda-se "usou preservativo na maioria das relações sexuais que teve" nos últimos 12 meses.
 53 - Uso do preservativo na última relação com parceiro(a) eventual - Refere-se ao uso do preservativo na última relação sexual que o usuário teve com um parceiro eventual.
 54 - Motivo de não usar preservativos com parceiro eventual - Caso o usuário relate não usar sempre o preservativo com seu(s) parceiro(s) eventual(is), investigar qual a principal razão que o leva a não usar e registrá-la.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO - SICTA v.2005

Instruções dos Campos da 2ª página :

55 - Recorte populacional - Identificar a qual dos grupos populacionais relacionados o(a) usuário(a) pertence. Caso o usuário pertença a mais de um grupo, é permitido registrar até três opções. Por exemplo: Um usuário pode ser HSH, portador de DST e profissional do sexo. Obs: Mulheres que fazem sexo com mulheres devem ser categorizadas em "outros". Importante: A categoria "Pessoa vivendo com HIV/AIDS" refere-se ao portador do HIV/AIDS.

56 - Registrar os encaminhamentos feitos após a entrega do resultado ao usuário. Poderão ser assinalados até três encaminhamentos.

57 - Local(is) de encaminhamento(s) pós-teste - Descrever para que serviços de saúde, ONG, ou outro local, o(a) usuário(a) foi encaminhado(a) após ter recebido o resultado de seus exames.

58 - Orientador de Entrega - Identificar o profissional que realizou o aconselhamento pós-teste e a entrega do resultado dos exames.

59 - Materiais/ Preservativos fornecidos - Se houve entrega de materiais informativos e de preservativos, identificar qual e quantos foram disponibilizados para o usuário.

60 - Data de entrega - Registrar a data de entrega dos resultados dos exames.

61 - Tipo de teste realizado/ triagem - Registrar o tipo de teste utilizado para triagem sorológica do HIV e o resultado do teste de triagem. Caso tenha sido solicitado exame confirmatório, registrar no campo "resultado final" o resultado do exame confirmatório. Observar as legendas dos resultados, no canto inferior direito do formulário de atendimento.

62 - Anti-HCV - registrar o resultado da triagem sorológica para hepatite C; Anti-HDV - registrar o resultado da triagem sorológica para hepatite D; Para Hepatite B registrar, segundo legenda, se há presença dos marcadores HbsAg, Anti-HBc total, Anti-HBs.

63 - VDRL - Registrar qual o título de VDRL foi encontrado. Ex: 1:1; 1:2; 1:4; 1:8 etc.

Informações técnicas que auxiliem o preenchimento dos resultados dos exames de sífilis: Doença ativa: considerar VDRL reagente em qualquer titulação, desde que não haja resultado de exames confirmatórios (FTA-abs, TPHA, ELISA) com resultado "negativo" ou "não reagente".

Cicatriz sorológica: VDRL com títulos até 1:4 podem ser considerados "cicatriz" sorológica se houver documentação de tratamento anterior para sífilis, com queda de 2 títulos ou quatro vezes (por exemplo, de 1:8 para 1:2 sem elevação que sugira re-infecção ou nova infecção). Caso não haja comprovação do tratamento e queda dos títulos considerar como doença ativa.

VDRL com titulação até 1:4, pode significar também um falso positivo (em razão de outras doenças), doença inicial (menos de 30 dias de infecção) ou com muitos anos de evolução e por isso requer a realização de testes confirmatórios e seguimento. VDRL reagente em qualquer titulação, caso não seja possível afastar cicatriz sorológica ou falso positivo, indica a necessidade de encaminhamento à unidade de saúde de referência; VDRL não reagente: considerar como não infectado; avaliar história clínica e epidemiológica para, se necessário, promover nova investigação laboratorial em 30 a 60 dias;

64 - Especificar outras doenças e seus resultados - Caso o usuário tenha feito mais exames, registrar seus resultados.