EDIVANJA LIMA DE AGUIAR MENDONÇA
IVANA MARVÃO MONTEIRO

PERFIL DE USUÁRIOS DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO, BELÉM-PA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará.
Orientadora: Profª Dra. Maria Rita de Cassia Costa Monteiro

BELÉM-PARÁ
2007

EDIVANJA LIMA DE AGUIAR MENDONÇA
IVANA MARVÃO MONTEIRO

PERFIL DE USUÁRIOS DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO, BELÉM-PA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará.
Orientadora: Profª Dra. Maria Rita de Cassia Costa Monteiro

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____

Julgado em: ___/___/_____

Conceito:_____

À Deus, autor dos meus planos e que, os confirmou ao manter-me no caminho da realização desses planos.

Com amor aos meus pais, Raimundo e Edna, que com dedicação e compromisso, foram importantes para que eu pudesse realizar os planos de ser médica.

Ao meu amor, Kalleb, que partilhou das felicidades e dificuldades vividas na faculdade.

À amiga Ivana, que desde o início da universidade foi sempre companheira, e no final do curso juntas conquistamos a finalização do trabalho de conclusão de curso de medicina.

Edivanja Lima De Aguiar

A Deus, por ter guiado os meus passos, por ter iluminado o meu caminho, por ter me dado saúde e paz no decorrer destes anos em busca da realização dos meus sonhos e, sobretudo, por ser meu norte nos momentos de dificuldade.

Aos meus pais, Joana e Dagoberto, por terem anulado muitos dos seus sonhos em benefício da realização dos meus.

Ao Honório, cúmplice e parceiro no amor e na amizade, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando em momentos difíceis.

À minha família e meus amigos, pela união fortalecedora e pelo amor no compartilhamento de um sonho.

Ao mestre, Prof. Dr. Cláudio Galeno de Miranda Soares, pelo exemplo, amizade e pelo incentivo constante em nos fazer acreditar que somos possíveis.

Ivana Marvão Monteiro

AGRADECIMENTOS

Aos participantes deste estudo por se disporem a tornar possível esta pesquisa.

À Profª Dra. Maria Rita de Cassia Costa Monteiro por sua valiosa orientação na construção desta monografia e por seus ensinamentos, amizade e respeito dedicado a nós.

Aos funcionários do CTA-Belém, em especial a assistente social Marilda Tavares de Paula, que contribuíram de forma atenciosa para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Coordenação Estadual de DST/AIDS-PA pela disposição no fornecimento de dados estatísticos importantes utilizados no trabalho.

Ao Prof. Dr. Cláudio Galeno de Miranda Soares pelo apoio inestimável em nos ajudar a compreender a Epidemiologia Clínica, indispensável à realização deste estudo.

À Carmem Oliveira, responsável pela elaboração estatística dos dados e apoio técnico desta pesquisa.

Aos funcionários das bibliotecas do Centro de Ciências da Saúde, Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e Hospital Universitário João de Barros Barreto pela atenção e tempo dispensado a nós no decorrer da elaboração deste estudo.

Ao Daniel Kalleb por sempre tornar possível as impressões do trabalho.

A todos que colaboraram direta ou indiretamente para a concretização desta monografia.

"... o 'humanamente útil' ainda é o que de melhor
podemos produzir na universidade.
Afinal, para que saber e por que saber?
senão para construirmos, junto com os outros,
uma vida mais bela e mais feliz!".

Jurandir Freire Costa

RESUMO

Esta investigação foi realizada no período de janeiro a março de 2005 e teve como objetivos estudar o perfil sociodemográfico e comportamental dos indivíduos que procuram espontaneamente o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), do município de Belém, Pará, assim como, avaliar a freqüência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana nessa população e possíveis fatores de risco para a infecção. Os participantes, após consentimento escrito, foram submetidos a uma entrevista para a obtenção de informações referentes às características sociodemográficas e antecedentes comportamentais de risco, sendo excluídas as grávidas desta investigação. As informações obtidas foram codificadas, digitadas e analisadas em um banco de dados criado nos programas *Microsoft Excel* e EPI-INFO 2002. Participaram do estudo 153 indivíduos, sendo 47,1% do sexo masculino; a faixa etária predominante foi de 21 a 30 anos, com 39,8% dos participantes; 94,1 % residiam em Belém e 64,8% cursavam o ensino médio ou superior; 44,5 % encontravam-se empregados e 52,3% afirmaram ter renda familiar entre 2 e 5 salários mínimos. Em 78,4% dos participantes, a relação sexual de risco foi o principal motivo para a realização da sorologia anti-VIH no CTA. Entre os antecedentes de comportamento de risco, 49,1 % declararam ter somente um parceiro sexual nos últimos 6 meses anteriores à entrevista e 66,7% faziam uso irregular do preservativo. Informaram ter tatuagem 88,2% dos participantes e a acupuntura já havia sido praticada por apenas 5,2 %. A exposição exclusivamente heterossexual foi a categoria na qual se incluíram 67,9% dos participantes. Os resultados obtidos nesta investigação permitem concluir que, homens e mulheres jovens, em sua maioria heterossexuais, igualmente buscam o CTA de Belém para realização do teste anti-VIH. Cerca de metade dos casos pertencem a famílias com baixa renda e referem apenas um parceiro sexual nos últimos 6 meses anteriores à entrevista. Apesar desta afirmação ser da metade dos participantes, no entanto, cerca de dois terços não praticam relações sexuais seguras, uma vez que, fazem uso irregular de preservativos e esta prática insegura, ou seja, a relação sexual de risco é o principal motivo para a procura pelo CTA. Provavelmente, seja este comportamento um fator a contribuir para o encontro de taxas expressivas de infecção vírus da imunodeficiência humana na população investigada.

Descritores: Centro de Testagem e Aconselhamento; sorologia anti-VIH; fatores de risco.

ABSTRACT

This investigation was carried out between January and March, 2005, aiming the study of the socio-demographic and behavioral profile of individuals that spontaneously seeked out the Counseling and Testing Center (CTC), in the town of Belém, Pará, as well as to evaluate the frequency of infection by the human immunodeficiency virus (HIV) in this population and possible risk factors for infection. The subjects, after written consent, were submitted to an interview, where information referring to the socio-demographic characteristics and past risk behavior was obtained; pregnant women were excluded from this investigation. The information obtained was coded, typed and analyzed in a database created with the *Microsoft Excel* and EPI-INFO 2002 programs. The subjects of the study were 153 individuals, 47.1% being male, the predominating age range was between 21 and 30 years, with 39.8 % of the participants; 94.1% resided in Belém and 64.8% attended High School or College; 44.5% were unemployed and 52.3% affirmed having a family income between 2-5 minimum wages. Among 78.4 % of the subjects, a risky sexual relation was the main reason for doing the anti-HIV serology at the CTC. Among past risk behaviors, 49.1 % of the subjects declared to have only one sexual partner during the last six months before the interview, and 66.7 % used preservatives irregularly; 88. 2% of the subjects informed having tattoos, and the use of illicit endovenous drugs was referred only by 1.3%. Exclusively heterosexual exposition was the category in which 67.9 % of the subjects included themselves. Results obtained in this investigation allow the conclusion that young men and women, most of them heterosexuals, equally seek out the CTC in Belém to make the anti-HIV test. About half of the cases belong to low income families, and these refer only one sexual partner in the past six months before the interview. Notwithstanding this last characteristic portrayed in the population studied, roughly two-thirds do not practice safe sexual relations, opting for the insecure practice of irregular use of preservatives, which means that risky sexual relation is the main reason for the CTC pursuit. Probably this behavior is a factor contributing for the expressive rates of infection by the human immunodeficiency virus in the investigated population.

Keywords: Counseling and Testing Center; anti-HIV serology; risk factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
2 OBJETIVOS 18
3 REVISÃO DA LITERATURA 20
3.1 VIH e sida: infecção e doença 21
3.2 Epidemia VIH/Sida: vinte e cinco anos 26
3.3 Centros de Testagem e Aconselhamento: integrando prevenção e assistência 29
4 CASUÍSTICAS E MÉTODOS..... 34
5 RESULTADOS 48
6 DISCUSSÃO 65
7 CONCLUSÃO 74
REFERÊNCIAS
APÊNDICES
ANEXOS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Vinte e cinco anos da epidemia VIH/Sida _____ 21

FIGURA 2 - Representação esquemática do VIH-1 _____ 22

FIGURA 3 - Representação gráfica da história natural da infecção pelo VIH em portadores do vírus não recebem tratamento com anti-retrovirais _____ 24

FIGURA 4- Distribuição da sorologia anti-VIH segundo comportamento de risco que determinou a realização do exame entre os participantes no CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 57

FIGURA 5 - Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses anteriores à entrevista no CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 59

FIGURA 6 - Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo o uso de preservativos (masculino ou feminino) nas relações sexuais referidos pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 60

FIGURA 7 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo as categorias de exposição dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 65

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo o sexo dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR 2005 _____ 50

TABELA 2 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo a faixa etária dos usuários entrevistados CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 50

TABELA 3 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo município de residência dos usuários do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 51

TABELA 4 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo situação ocupacional dos usuários do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 51

TABELA 5 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo a escolaridade dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 52

TABELA 6 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo a situação conjugal dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 52

TABELA 7 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo o domicílio dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 53

TABELA 8 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo renda familiar em salários mínimos dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 54

TABELA 9 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo bens duráveis / serviços prestados no domicílio dos usuários entrevistados, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 54

TABELA 10 – Distribuição dos participantes de acordo com as fontes através das quais soube da existência do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 55

TABELA 11 - Distribuição dos participantes de acordo com a origem do seu encaminhamento ao CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 55

TABELA 12 - Distribuição dos participantes de acordo com o motivo da repetição da sorologia anti-VIH no CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 56

TABELA 13 - Distribuição da sorologia anti-VIH segundo comportamento de risco que determinou a realização do exame entre os participantes no CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 57

TABELA 14 – Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses anteriores à entrevista no CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 58

TABELA 15 – Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo o uso de preservativos (masculino ou feminino) nas relações sexuais referidos pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 _____ 59

TABELA 16 – Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo antecedente de transfusão sangüínea referido pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005_____ 60

TABELA 17 - Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo uso passado ou atual de drogas injetáveis ilícitas (DII) referidos pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005_____ 61

TABELA 18 - Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo sintomas relacionados a VIH/Sida referidos pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005_____ 61

TABELA 19 - Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo antecedentes de procedimentos cirúrgicos referidos pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005_____ 62

TABELA 20 - Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo antecedentes de tratamento dentário referido pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 62

TABELA 21 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo antecedente de acupuntura referido pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 63

TABELA 22 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo antecedente de tatuagem referido pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 63

TABELA 23 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo as categorias de exposição dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005 64

TABELA 24- Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH dos 153 usuários entrevistados no CTA, Belém, Pará, JAN-MAR 2005 65

LISTA DE ABREVIATURAS

ADT: Atendimento domiciliar terapêutico

CDC: Centers of Disease Control and Prevention

CE-DST-AIDS/PA: Coordenação Estadual de DST-AIDS do estado do Pará

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

COAS: Centros de Orientação e Apoio Sorológico

CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento

DNA: ácido desoxirribonucléico

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

Elisa: *Enzyme Linked Immunosorbente Assay*

HSH: Homens que fazem sexo com homens

IFI: imunoflourescência indireta

IN: integrase

LACEN: Laboratório Central de Saúde Pública

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONG: Organizações não governamentais

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PN – DST/AIDS: Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

PR: Protease

RNA: Ácido ribonucléico

SAE: Serviços ambulatoriais especializados

SEB: Sistema de Ensino Brasileiro

SESMA: Secretaria Municipal de Saúde

SI-CTA: Sistema de Informatização dos CTA

Sida: síndrome da imunodeficiência adquirida

SINAN: Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis

SUS: Sistema Único de Saúde

TARV: Terapia anti-retroviral de alta potência

TR: Transcriptase reversa

UDE: Usuários de drogas endovenosas

UF: Unidade Federativa

URE-DIPE: Unidade de Referência em Doenças Infecto-Parasitárias Especiais

URE: Unidades de Referência Especializada

UREMIA: Unidade de Referência Especializada Materno-Infantil e Adolescente

VIH: vírus da imunodeficiência adquirida

WB: *Western Blot*



1 INTRODUÇÃO

No ano de 2005 completaram-se vinte e cinco anos desde que foram notificados os primeiros casos da síndrome da imunodeficiência adquirida (sida) e, ao longo deste período, a epidemia VIH/Sida tem modificado de forma significativa a história mundial: já dizimou mais de 25 milhões de homens e mulheres, deixando órfãos milhares de crianças, como também foi responsável por mudanças significativas não somente no campo da saúde, mas também em outras áreas, por conciliar comportamento e doença (VERMELHO; BARBOSA, 2004).

A epidemia VIH/Sida acarretou desafios para a área científica, trouxe novos atores para os movimentos sociais e, sobretudo, conferiu maior visibilidade a questões relacionadas à sexualidade, e ainda no início do século XXI, esta epidemia é um dos mais fortes exemplos da inter-relação dos campos social e da saúde (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA - ONUSIDA, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005, registrou mais de 40 milhões de pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), sendo a metade deste contingente constituído por mulheres. O que a princípio eram apenas poucos casos notificados de uma enfermidade desconhecida, atualmente, representa uma pandemia extremamente ameaçadora para o progresso mundial (ONUSIDA, 2006).

A construção da resposta global para o enfrentamento desta epidemia ocorreu através de um arrastado processo de descoberta do agente etiológico, modos de transmissão, meios diagnósticos da doença, assim como no desenvolvimento de sistemas de vigilância epidemiológica, acesso à prevenção e tratamento, freqüentemente limitados por antigas questões consideradas tabus pela sociedade, como o consumo de drogas, a sexualidade e a morte (ONUSIDA, 2006).

O reconhecimento do programa brasileiro de controle do VIH e sida vem transformado-se em exemplo internacional, por suas características mais marcantes, a integração entre prevenção e assistência, a incorporação da perspectiva de direitos civis à prevenção, o acesso gratuito a terapêutica medicamentosa, que são por um lado, o reflexo dos princípios do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) e da evolução dinâmica da resposta de uma sociedade ao desafio representado por uma epidemia (OKIE, 2006).

Em virtude da complexidade dos aspectos e dimensões sociais que envolvem a epidemia da sida, a oferta de testes sorológicos acompanhada de aconselhamento pré e pós-exame, gratuitos, confidenciais e voluntários, tem sido uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil no controle dessa epidemia desde o final da década de 1980 (BRASIL, 2000a).

O planejamento dos programas de prevenção é fundamentado na responsabilidade de monitorar a epidemia VIH/Sida, tentando estimar o número de infectados e doentes. Os dados de prevalência da infecção pelo VIH sugerem a situação atual da epidemia, contudo, são os dados sobre o comportamento da população, isto é, o exercício da vigilância do comportamento (DOURADO, 2006), que pode sugerir os futuros perfis da epidemia, apontando os riscos e contribuindo para o fortalecimento da prevenção (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS, 2001).

Os CTAs representam um importante local de monitoramento do *status* sorológico, assim como permitem um maior conhecimento acerca do perfil sociodemográfico e de comportamentos de risco de infecção pelo VIH da clientela atendida, dados que contribuem para a elaboração de estratégias de prevenção e aprimoramento da atenção aos seus usuários (BASSICHETTO et al., 2004).



2 OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivos:

2.1 Objetivo geral:

Investigar o perfil sociodemográfico dos usuários do CTA da cidade de Belém, Pará, de janeiro a março de 2005.

2.2 Objetivos Específicos

a) Identificar possíveis antecedentes comportamentais de risco à infecção pelo VIH, presentes na população de estudo;
b) Identificar em quais categorias de exposição à infecção pelo VIH inclui-se a população de estudo.
c) Determinar a soroprevalência da infecção pelo VIH na população de estudo;

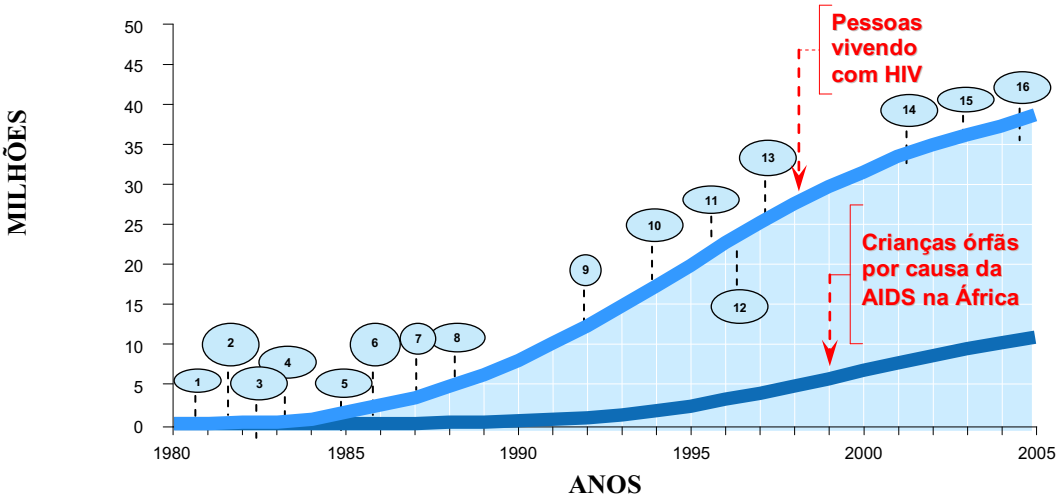


3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 VIH e sida: infecção e doença.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (sida) foi descrita pela primeira vez em 1981, quando o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em Atlanta, Estados Unidos, começou a receber relatos de vários casos de duas doenças extremamente raras na época, a pneumonia por *Pneumocysti carinii* e o Sarcoma de Kaposi, atingindo homossexuais jovens e previamente saudáveis, todos com o mesmo padrão de deficiência imunológica sem causa aparente (CDC, 1981).

O resultado de um extenso trabalho foi a identificação do vírus da imunodeficiência humana (VIH), das vias de transmissão (sangüínea, sexual e vertical) e dos regimes de tratamento no combate da doença (Figura 1) (RACHID e SCHECHTER, 2000).



1. **Primeiros casos notificados da síndrome de imunodeficiência adquirida em homossexuais masculinos;**
2. **Definida pela primeira vez o termo AIDS;**
3. **O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é identificado como causador da AIDS;**
4. **Detecta-se epidemia heterossexual na África;**
5. **É disponibilizado o 1º teste de anti-HIV;**
6. **Fundação da 1ª ONG de pessoas vivendo com HIV;**
7. **A OMS lança o Programa Global contra a AIDS;**
8. **A 1ªterapia para AIDS (zidovUDEne ou AZT) é aprovada para uso no E.U.A.**
9. **Lançamento da TARV;**
10. **Desenvolvido o 1º regime de tratamento p/ reduzir a transmissão vertical;**
11. **É criada a UNAIDS;**
12. **O Brasil se torna o 1º país em desenvolvimento a oferecer a TARV em seu sistema público de saúde;**
13. **A ONU lança a 1ª sessão especial de HIV/AIDS p/ Fundo Global de luta contra AIDS, Tuberculose e Malária;**
14. **OMS e UNAIDS lançam o "3x5", uma iniciativa de alcançar 3 milhões de pessoas de países em desenvolvimento com a oferta da TARV até 2005;**
15. **Lançada a Coalisão Global de Mulheres e AIDS.**

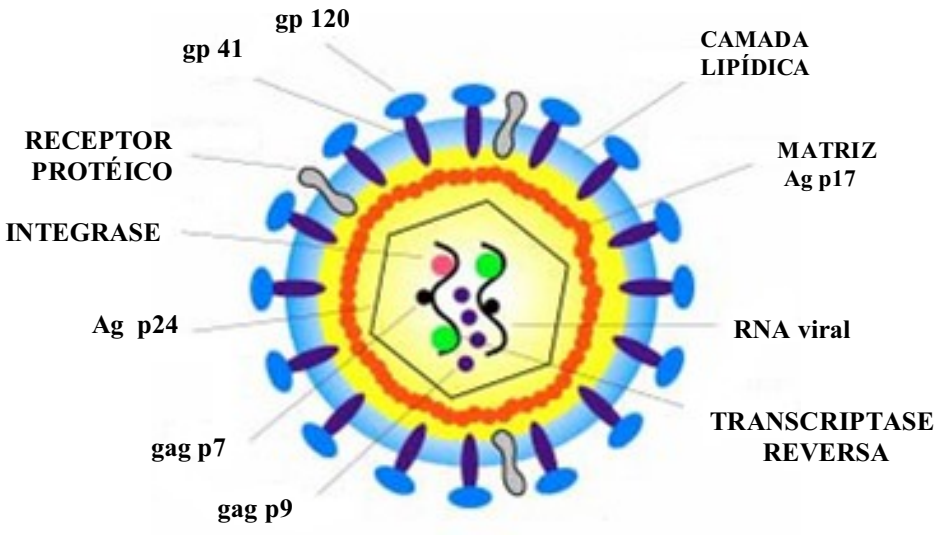
Fonte: Adaptado de 2006 Global Report AIDS Epidemic, UNAIDS/WHO.

FIGURA 1: Vinte e cinco anos de epidemia VIH/Sida.

A via de transmissão sexual é a mais importante por representar a maioria dos modos de contágio do VIH, no entanto, a via sangüínea exibe maior eficiência, com base em estudos epidemiológicos que constataram a alta concentração do VIH no sangue de indivíduos infectados, maior que em quaisquer outros fluidos corpóreos (ROYCE et al, 1997; KAMPS e HOFFMANN, 2006).

A transmissão vertical, na qual a mãe infectada pode transmitir o VIH para o filho através da via transplacentária (intra-útero), durante o trabalho de parto ou pelo aleitamento materno, está sendo fomentada pelo aumento concomitante no número de mulheres infectadas pelo vírus. Neste contexto, as crianças vêm constituindo um grupo de risco crescente para a infecção pelo VIH, com nítidos aumentos da incidência de crianças nascidas já infectadas por transmissão materno-infantil (ONUSIDA, 2006).

O agente já identificado tem dois tipos, o VIH-1 (Figura 2) e o VIH-2, retrovírus com genoma RNA do tipo citopático e não oncogênico, pertencente à família *Retroviridae* e da subfamília *Lentivirinae*. O VIH-2 está preferencialmente distribuído no continente africano, enquanto o VIH-1 está relacionado com a epidemia mundial (MORGADO, GUIMARÃES e GALVÃO-CASTRO, 2002).



Fonte: Adaptado de RUBBERT, BEHRENS e OSTROWSKI. Pathogenesis of HIV-1 Infection. In: KAMPS, HOFFMANN e ROCKSTROH. HIV Medicine 2006.

FIGURA 2: Representação esquemática do HIV-1.

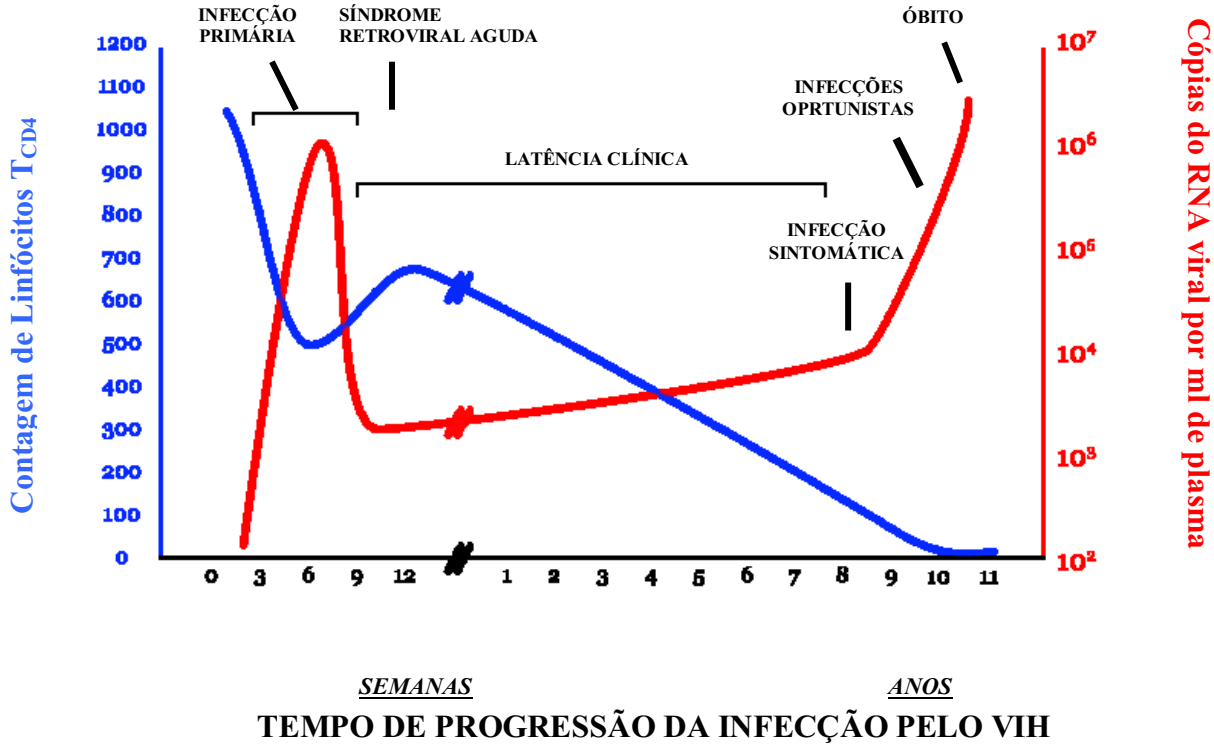
Para haver a multiplicação do VIH, estes necessitam de uma enzima, denominada transcriptase reversa (TR), responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia de DNA, que pode então integrar-se ao genoma do hospedeiro. As células-alvo para a infecção pelo VIH são, principalmente, os linfócitos T_{CD4} do sistema imunológico humano. A infecção tem início com a ligação da glicoproteína gp120 do envelope viral com o receptor dos linfócitos T_{CD4}, resultando na sua penetração com perda do envoltório viral, no citoplasma celular (RACHID e SCHECHTER, 2000).

Neste momento, a TR atua na transcrição do RNA viral em DNA complementar do linfócito, o qual é transportado para o núcleo e integrado ao genoma do hospedeiro, com o auxílio da enzima integrase, formando o pró-vírus, o qual poderá permanecer em latência por um período de tempo variável, ou ser ativado, havendo posterior replicação viral e formação de proteínas virais, que clivadas pela enzima Protease liberarão partículas virais na circulação sangüínea do hospedeiro, aptas para infectar novas células (NADLER, 2002; RUBBERT, BEHRENS e OSTROWSKI, 2006; ALTFELD e WALKER, 2006).

A história natural da infecção pelo VIH (Figura 3), apresenta a seguintes fases: síndrome retroviral aguda, período de latência clínica, infecção sintomática precoce e sida. A síndrome retroviral aguda ocorre em 50% a 70% dos pacientes e é caracterizada por altos níveis de viremia e diminuição significativa de linfócitos T_{CD4} periféricos, cujas manifestações clínicas variam desde sinais e sintomas semelhantes a um quadro gripal, até uma síndrome mononucleose-símile, que se traduzem por febre, astenia, faringite, mialgia, artralgia, cefaléia, dor articular, dor retro-orbicular e linfadenopatia (NADLER, 2002).

A infecção primária é seguida pelo período de latência clínica, o qual é marcado por deterioração gradativa do sistema imune, manifestando-se pela depleção das células T_{CD4}. Nesta fase ocorre uma expressiva replicação viral no tecido linfático, embora não se observe igual aumento da carga viral plasmática, o quadro clínico pode ocorrer somente com linfadenopatia generalizada persistente, definida através do achado de enfartamento linfonodal

de duas cadeias não contíguas extra-inguinais, por um período mínimo de três meses, excluindo-se outras causas de adenopatia (NADLER, 2002).



Fonte: Adaptado de FAUCI. et al. Immunopathogenic mechanisms in human immunodeficiendy virus (HIV) infection. Annals of Internal Medicine. EUA, 1991.

FIGURA 3: Representação gráfica da história natural da infecção pelo VIH.

A deterioração gradativa do sistema imune evolui para o desenvolvimento da infecção sintomática precoce e da sida. A partir de então é observado um aumento progressivo da carga viral e uma redução da contagem de linfócitos T_{CD4} com piora do quadro clínico (WALKER, 2001).

Na sintomatologia precoce, ocorrem fenômenos auto-imunes e infecções brandas. A sida, por sua vez, é caracterizada pelo aparecimento de infecções oportunistas e/ou neoplasias que são raras em indivíduos imunocompetentes. A história natural da sida vem sendo alterada, consideravelmente, pela introdução da terapia anti-retroviral de alta potência (TARV), a qual melhora a qualidade de vida dos portadores do vírus, através da redução da carga viral e da

reconstituição do sistema imunológico (RACHID e SCHECHTER, 2000; HOFFMANN e MULCAHY, 2006).

A vigilância epidemiológica representou, através da notificação dos casos confirmados da doença, a principal estratégia de estudo da epidemia no país, no entanto, esta estratégia transformou-se em um cenário não só antigo, como também desfocado, porque a confirmação dos casos da doença reflete uma epidemia do VIH no passado, sem mensurar com precisão de qual passado se trata. Apesar da incontestável contribuição dessa vigilância, as suas informações não identificam precocemente a entrada do VIH numa localidade e não identifica os indivíduos vulneráveis à infecção (BRITO, CASTILHO e SZWARCWALD, 2000; OPAS, 2001; BRASIL, 2004a).

O PN-DST/AIDS adotou várias estratégias de vigilância do VIH e de comportamentos de risco que se complementam às definições de casos, através do monitoramento da prevalência da infecção pelo vírus, com destaque para a população de 15 a 49 anos; identificação subpopulações de maior vulnerabilidade; identificação de subtipos virais prevalentes para preparar um cenário de vacinas anti-VIH; identificação de mutações genéticas que podem levar a cepas resistentes aos anti-retrovirais; avaliação da efetividade das ações e até mesmo a definição de municípios prioritários para o repasse de recursos (BRASIL, 2004a).

O diagnóstico de infecção pelo VIH, adotado no Brasil, obedece a um fluxograma (ANEXO H) aplicado para adultos e para crianças com 18 meses ou mais de idade expostas ao VIH por transmissão vertical e crianças de qualquer idade, cuja exposição ao vírus tenha sido outra forma de transmissão que não a vertical. Para crianças menores de 18 meses de idade expostas ao VIH por transmissão vertical o fluxograma (ANEXO I) aplicado visa a detecção do RNA e DNA virais (BRASIL, 2004b).

No Brasil, as definições de casos de sida seguem um protocolo estabelecido pelo MS, com revisões periódicas, tendo a última sido realizada em 2004, englobam a notificação universal dos casos de sida em adultos (ANEXO A) e crianças (ANEXO B), a vigilância

sorológica em populações sentinela em serviços especializados em DST e gestantes e estudos sorológicos e/ou comportamentais de base populacional específica e nos CTAs (BRASIL, 2004b).

Para adultos e adolescentes a partir de 13 anos são utilizados dois critérios não exclusivos: Critério Rio de Janeiro/Caracas (ANEXO C) e Critério CDC Adaptado (ANEXO D) e, para diagnóstico da sida em indivíduos que evoluem para óbito sem diagnóstico definitivo, emprega-se o Critério Excepcional de Óbito em indivíduo com 13 anos ou mais de idade (ANEXO E). Para as crianças é aplicado o Critério CDC Adaptado em menores de treze (13) anos de idade (ANEXO F), Critério Excepcional de Óbito em menores de treze (13) anos de idade (ANEXO G) (BRASIL, 2004b).

3.2 Epidemia VIH/Sida: vinte e cinco anos.

O comportamento homossexual masculino observado nos primeiros casos da epidemia foi considerado responsável pela cadeia de transmissão do VIH e, portanto, da sida, ao se associar essa doença a um determinado grupo de indivíduos historicamente marginalizados (CDC, 1981), impôs-se, necessariamente, a noção de "grupo de risco", um conceito que gerou uma série de conseqüências negativas, tanto no âmbito social quanto em termos de políticas públicas (GUERRA, RIBEIRO e VERAS, 2004).

As políticas públicas se restringiram aos grupos considerados "de risco" e se revelaram um equívoco, até mesmo do ponto de vista epidemiológico. No campo social surgiram, em conseqüência desses fatos, dois dos efeitos mais nocivos trazidos pela sida, o aumento do preconceito aos grupos onde primeiro havia surgido a doença e a estigmatização dos portadores de VIH (SZAPIRO, 2004).

No Brasil, no início da década de 1980, a epidemia manteve-se basicamente restrita às regiões metropolitanas do sudeste e sul do país, observando como principais vias de transmissão a sexual (homens que fazem sexo com homens –[HSH]) e a sangüínea (por transfusão de sangue e

hemoderivados e usuários de drogas endovenosas – [UDE]); nesse período, a velocidade de crescimento da incidência e taxas de letalidade eram elevadas (BRASIL, 2005a).

Foi a partir da metade da década de 1980, quando já se reconhecia que a epidemia VIH/Sida estava alcançando diferentes localidades, etnias e orientações sexuais, surgiu o conceito de "comportamento de risco", que passou a dividir o pesado estigma com minorias marginalizadas, atribuindo maior ênfase ao comportamento individual, redirecionando as políticas de prevenção a abordar a contribuição individual nesta epidemia (SZAPIRO, 2004).

Nos últimos anos da década de 1980 e início da de 1990, a epidemia de VIH/Sida foi crescendo entre as parcelas populacionais com reduzido poder aquisitivo e menor escolaridade, constituindo o que se estabeleceu chamar de *pauperização* da doença, como também, apresentou maiores ritmos de crescimento em pequenos municípios (menos de 50 mil habitantes), fenômeno denominado de *interiorização* da epidemia. Ainda nesse mesmo período, a transmissão heterossexual atingiu um maior número de mulheres, nominando-se esta ocorrência de *feminização* e de *heterossexualização* da epidemia, acompanhada de um importante percentual de casos por transmissão materno-infantil (FILGUEIRAS e DESLANDES, 1999).

A epidemia VIH/Sida entre as mulheres exibe especial situação em países subdesenvolvidos, como no Brasil, uma vez que, nestes locais é expressivo o número de mulheres que vivem a desigualdade socioeconômica e cultural e, portanto, de gênero. Estas razões contribuem para dificultar a negociação do uso de métodos de prevenção, como também o de controle da contracepção, tornando-as, assim como seus descendentes, mais susceptíveis à infecção pelo VIH (TRINDADE, 2000).

A expansão da epidemia em populações de países menos desenvolvidos levou a um novo questionamento do conceito anteriormente utilizado de grupo de risco, sugerida em trabalhos pioneiros de cientistas norte-americanos uma terminologia aplicada à epidemiologia da sida: "vulnerabilidade" (MANN, TARANTOLA e NETTERES, 1992 apud RUA e

ABRAMOVAY, 2001), que intentava explicar a maior ou a menor possibilidade de infecção de um determinado grupo populacional através de três eixos: o comportamento individual, o contexto social e o componente institucional representado por programas nacionais e regionais de prevenção (AYRES et al., 1999; PARKER e CAMARGO, 2000).

O perfil epidemia de VIH/Sida no Brasil, neste período de 25 anos, sofreu importantes transformações, de tal forma que a incidência dos casos nos grandes centros urbanos, entre homens, prioritariamente de práticas homossexuais ou hemofílicos, alterou-se paulatinamente para uma maior abrangência da infecção, alcançando as regiões menos urbanizadas e populosas do Brasil, e crescentes parcelas de mulheres entre os casos notificados pelo MS (BRASIL, 2005a).

Ao final do ano de 2005, o *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA* – ONUSIDA estimou que havia 38,6 milhões [33,4-46,0 milhões] de pessoas vivendo com VIH e, que no decurso de 2005, cerca de 4,1 milhões [3,4-6,2 milhões] de indivíduos haviam contraído a infecção pelo VIH e foram notificados 2,8 milhões [2,4-3,3 milhões] óbitos pela doença. Estes dados apresentam um impacto desproporcionado dessa pandemia em mulheres, sobretudo em regiões menos desenvolvidas, principalmente a África Subsariana, onde existem três mulheres VIH-positivas para cada homem e, entre os jovens (15-24 anos) esta relação exibe mesmo impacto: três mulheres jovens para cada homem.

Na América Latina, aproximadamente 140.000 [100.000-420.000] pessoas se infectaram pelo VIH em 2005, o que aumentou em 1,6 milhões [1,2-2,4 milhões] o número de pessoas portadoras do vírus. Há aproximadamente 32.000 [19.000-59.000] crianças menores de 14 anos infectadas pelo VIH e, em 2005 a sida foi responsável por 59.000 [47.0000-76.000] óbitos em crianças latino-americanas. Ao final de 2005, cerca de 294.000 indivíduos recebiam terapia antiretroviral nesta região, representando cerca de 73% das 404.000 pessoas que possivelmente necessitavam de tratamento medicamentoso (ONUSIDA, 2006).

As maiores epidemias de VIH/Sida na América Latina são encontradas nos países mais populosos, especialmente no Brasil, o qual responde por mais de um terço das pessoas portadoras do vírus nessa região, com uma estimativa de 620.000 [370.000-1.000.000] de indivíduos infectados, com taxa de prevalência da infecção em adultos, de 15 a 49 anos, de 0,5% [0,3-1,6%], com 610.000 [370.000-1.000.000], sendo 220.000 [110.000-390.000] mulheres (ONUSIDA, 2006).

As regiões Sul, Centro-oeste e Norte do Brasil demonstram um crescimento progressivo de casos de sida (BRASIL, 2005b) e o estado do Pará, desde o primeiro caso notificado em, 1985, até o final de 2005, havia notificado 3.961 casos, apresentando neste último ano, 432 novos casos, com uma proporção de 4 homens para 1 mulher, muito embora tenha mantido por 7 anos a tendência nacional de estabilização, que é a proporção masculino-feminino de 2:1. A capital do estado, Belém, durante o mesmo período, acumulou 2.757 casos da doença, correspondendo a 65% do total registrado no Pará, e em 2005 foram notificados 224 casos, tendo 147 homens e 77 mulheres. Ananindeua e Marituba são outros dois municípios do estado com elevada incidência (PARÁ, 2005).

3.3 Centros de Testagem e Aconselhamento: integrando prevenção e assistência.

Em 1985, o governo federal criou o Programa Nacional de Aids (PN – DST/Aids), através da portaria nº 236 (BRASIL, 1985), o qual estabeleceu as primeiras diretrizes nacionais para o enfrentamento da epidemia VIH/Sida no país, e apenas no ano seguinte, o MS tornou a sida uma doença de notificação compulsória (BRASIL, 1986) e 1988, o uso obrigatório dos testes sorológicos na rotina de bancos de sangue e em serviços especializados no tratamento dos doentes de sida (BRASIL, 1988) e 14 anos mais tarde, o governo federal instituiu a obrigatoriedade dos testes de amplificação e de detecção de ácidos nucléicos, para HIV e para HCV, nas amostras de sangue de doadores (BRASIL, 2004c), porém não foi executada pelo alto custo.

Em 1988, a Constituição Federal reestruturou o conceito de saúde como um direito de todo o cidadão e um dever do Estado, estabelecendo a universalidade do acesso aos serviços

públicos de saúde. A partir de então, o texto constitucional consagrou a saúde, pela primeira vez, como um produto social, o que posteriormente repercutiria nos planejamentos e na execução destes mesmos serviços, refletindo sobremaneira no combate ao avanço da epidemia VIH/Sida no Brasil. Dois anos depois, o governo federal, com objetivo de reorientar o setor de saúde pública, implantou, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990), representando o começo de uma reforma institucional e administrativa, com importante impacto social para o país, uma vez que os princípios doutrinários institucionalizados por este novo sistema de saúde - eqüidade, integralidade, resolutividade e gratuidade – norteariam as decisões políticas nas diversas áreas de saúde pública do país, inclusive nas ações de prevenção e assistência no combate desta grave epidemia (SERRA, 2002; NATALINI, 2002; PASSARELLI, 2004).

Ressalta-se que todas essas estratégias de combate à progressão da epidemia foram construídas conjuntamente com os segmentos organizados da sociedade civil e das esferas públicas federais, estaduais e municipais (DOURADO et al., 2006), a fim de assegurar direitos humanos, assistência médica e prevenção de doenças, fatores importantes para fortalecer programas eficazes e sustentáveis de controle da disseminação desta epidemia (BARROS e SILVA, 2004).

No final da década de 1980, o PN – DST/AIDS, em conjunto com as secretariais estaduais e municipais de saúde, com objetivo de direcionar os usuários dos hemocentros que doavam sangue com a intenção do teste para o VIH, implantou Centros de Orientação e Apoio Sorológico-COAS com a finalidade de prover educação e aconselhamento em DST, enfatizando a sida, e ofertar a testagem sorológica anti-VIH, de forma gratuita, confidencial e anônima (BRASIL, 2000a).

Em 1996, foi reconhecido um erro semântico (“apoio sorológico”) na denominação destes centros e a PN – DST/AIDS propôs a mudança na nomenclatura COAS para CTA (Centros de Testagem e Aconselhamento) e, no mesmo ano, foi promulgada a lei Federal nº 9.313, que dispunha sobre a obrigatoriedade do acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais no sistema público de saúde, destacando o Brasil como um dos primeiros países

em desenvolvimento a garantir a distribuição gratuita de medicamentos para pessoa com VIH/Sida (BRASIL, 1996).

Os CTAs surgiram com um importante encargo de integrar dois importantes pilares de combate à epidemia VIH/Sida: o primeiro incorpora a prevenção, através da oferta do teste sorológicos, educação e o aconselhamento, que estimulam a adoção de práticas sexuais seguras, e o segundo é o auxílio à assistência, através do encaminhamento das pessoas VIH reagentes aos serviços de referência, contribuindo no processo de adesão do indivíduo ao tratamento (BRASIL 2000a).

O aconselhamento contribui, potencialmente, para a enfraquecimento da cadeia de transmissão da sida e de outras DST, uma vez que promove uma reflexão do indivíduo, conscientizando-o, mas, sobretudo, tornando-o sujeito do processo de prevenção e cuidado de si. Por outro lado, permite uma relação educativa diferenciada, pois o conteúdo informativo não se perde em discursos generalizantes e impessoais; ao contrário, é apreendido, na medida em que se traduz em reflexões voltadas para a tomada de decisões e atitudes situadas no contexto das vivências de seu interlocutor (FILGUEIRA e DESLANDES, 1999; BARROS e SILVA, 2004; ACHKAR, 2004).

Após 17 anos de experiência no âmbito da PN-DST/AIDS, a prática de aconselhamento teve sua validade reconhecida e acumulou uma massa crítica de conhecimentos teórico-práticos que vem sendo incorporada ao processo de trabalho da maioria dos serviços que atuam em DST/sida, e durante este período foi progressivamente surgindo a necessidade de sistematizar e analisar os dados recolhidos no atendimento destes serviços (BRASIL, 2002a).

Para atender esta estratégia, ao final do ano 2000, o PN – DST/AIDS desenvolveu um sistema informatizado denominado “Sistema de Informatização dos CTAs” (SI-CTA), que permitiu a entrada de dados e a consolidação de relatórios, constituindo-se, desta forma, uma

importante ferramenta informacional para a realização da vigilância epidemiológica do VIH, em nível nacional (ALMEIDA, ENVANGELISTA e FERREIRA, 2004).

Atualmente, o MS disponibiliza a sorologia anti-VIH gratuitamente em mais de 300 CTAs em todo o país, e para tratamento da sida, oferta cerca de 381 serviços ambulatoriais especializados em DST/Sida, 79 hospitais-dia, 53 serviços de assistência domiciliar terapêutica e leitos disponibilizados em 375 hospitais (BRASIL, 2005c).

O estado do Pará, em virtude da complexidade geográfica, concentra serviços nas cidades de maior porte que são Belém, Ananindeua, Castanhal, Marabá e Santarém, por estas razões, a Coordenação Estadual de DST-AIDS (CE-DST-AIDS/PA) disponibiliza os serviços de prevenção em 15 CTAs e assistência em 8 Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), 56 leitos hospitalares, duas Unidades de Referência Especializada (URE) e um serviço de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT) (SESPA, 2006).

No Pará, o primeiro CTA surgiu na cidade de Belém, no ano de 1996, estrategicamente localizado no centro comercial da cidade, subordinados ao CE-DST-AIDS/PA, dando apoio a três programas municipais de DST-AIDS dos municípios de Belém, Ananindeua e Santarém. Atualmente, existem 16 CTAs instalados no estado (ANEXO J), no entanto, pouco mais de um terço, até o ano de 2003, estavam em completo funcionamento. Vale ressaltar que, desde 2003, a CE-DST-AIDS/PA oferece um serviço de CTA itinerante, com o objetivo de atender parcelas da população não alcançadas pelos demais CTAs e, até 2005, acumulou 17 municípios visitados, coletando 3.829 amostras de sangue para realização de sorologia anti-VIH (SESPA, 2006).

O CTA-Belém possui uma equipe multiprofissional composta de 32 profissionais, entre 10 assistentes sociais, 1 enfermeiro, 5 técnicos de enfermagem, 2 biomédicos, 3 psicólogos , 1 técnico de laboratório , 9 auxiliares administrativos e 1 motorista; este serviço atende a uma demanda espontânea e nos últimos anos vem auxiliando os serviços de pré-natal na testagem

sorológica, encaminhadas pela rede pública de saúde, o que aumentou sobremaneira o número de exames feitos pelo centro. Este serviço realiza mensalmente cerca de 900 testes anti-VIH, com os exames de pré-natal respondendo por expressiva parcela destes exames. As sorologias positivas ou indeterminadas são encaminhadas ao Laboratório Central do Estado (LACEN/PA) para confirmação destes resultados, obedecendo ao fluxograma determinado pelo MS (BRASIL, 2003a). No ano de 2005, o Sistema de Informação – SI/CTA-Belém registrou 8.181 sorologias anti-VIH, amostra constituída de 1.914 homens e 6.267 mulheres (3.788 gestantes) e 91 crianças (0-12 anos).

Certamente, os CTAs constituem uma rica experiência nas ações de prevenção no combate a epidemia VIH/Sida, além de oferecer apoio pssicossocial aos usuários que se consideram em risco de exposição, informando-os permanentemente sobre cuidados e promoção da saúde, sempre em consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 2000a).

Em face aos avanços terapêuticos conquistados e disponibilizados, o conhecimento precoce da infecção pelo VIH, assegura mais chances de manter uma boa qualidade de vida, a partir de um melhor monitoramento das condições de saúde, além de que, ao conseguir a manutenção de uma baixa carga viral, indiretamente contribui também para diminuir as chances de outras pessoas serem infectadas. Por outro lado, o impacto das ações dos CTAs para a redução da incidência de VIH está relacionado à capacidade do aconselhamento de dar suporte e facilitar a mudança de comportamento em situações de risco de portadores e não-portadores do VIH (FERREIRA et al., 2001).

A prática do aconselhamento, aliada à oferta gratuita e confidencial do exame anti-VIH, amplamente realizada nos espaços dos CTAs, constitui um dos alicerces essenciais de um programa abrangente no combate à epidemia VIH/Sida e, a exemplo do que é realizado no Brasil, através do PN – DST/AIDS, estes centros representam um importante elo entre as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da sida.



4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo:

Neste trabalho empregou-se o modelo de estudo descritivo observacional, do tipo transversal.

4.2 População de referência:

Definiu-se como população de referência todos os indivíduos atendidos no CTA do município de Belém (PA), submetidos à sorologia anti-VIH.

4.3 População de estudo:

Uma amostra da população de referência, entrevistada no período de janeiro a março de 2005, a qual atendia aos critérios de inclusão e composta por aqueles que consentiram na sua participação, foi definida como população de estudo.

4.4 Local da pesquisa:

Esta pesquisa desenvolveu-se no CTA-Belém (PA), uma unidade especial da rede básica do SUS vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SESMA), localizada no centro comercial da cidade, sendo, portanto, de fácil acesso à população. Este CTA iniciou suas atividades em março de 1996, e atende de segunda à sexta-feira uma clientela espontânea, como também indivíduos encaminhados de serviços de saúde, clínicas de recuperação e bancos de sangue. A partir de 1998, este centro ampliou seus serviços para o atendimento de gestantes em pré-natal, encaminhadas para realização de sorologia anti-VIH.

Diariamente, acontecem reuniões com esta clientela, agendada previamente, uma no período da manhã e outra a tarde, coordenada por funcionário do serviço treinado para tal, nas quais são discutidos temas relacionados à transmissão, prevenção e diagnóstico de DST, com ênfase em VIH/Sida. Em seguida, os usuários são atendidos individualmente, de acordo com normas de aconselhamento pré-teste (BRASIL, 2000a), e posteriormente se faz a coleta das amostras de sangue destes usuários, as quais são submetidas ao teste de triagem, pelo exame sorológico de imunoenzimático (ELISA – *Enzyme Linked Immunosorbente Assay*), no laboratório do próprio centro (PEREIRA, DE PAULA e DUARTE, 2001).

As sorologias positivas ou inconclusivas são enviadas ao Laboratório Central do Estado (LACEN/PA), localizado na avenida augusto Montenegro, km 10, vinculado a Secretaria Executiva de Saúde Pública do Pará, para realização de testes confirmatórios por imunoflourescência indireta (IFI) ou Western Blot (WB), dando prosseguimento a orientação fornecida pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, regulamentada pela portaria de nº 59/MG/MS de 28 de janeiro de 2003 (BRASIL, 2003a).

Os usuários são agendados para retorno, ocasião em que é feita a entrega dos resultados de forma individual, acompanhado de aconselhamento pós-teste (BRASIL, 2005a) e, se confirmado o diagnóstico de infecção pelo VIH, o indivíduo é encaminhado para tratamento em unidades de referência que, em Belém, são representadas pela CASA DIA, Unidade de Referência em Doenças Infecto-Parasitárias Especiais (URE DIPE) e Unidade de Referência Especializada Materno-Infantil e Adolescente (UREMIA) (ANEXO L).

4.5 Tamanho amostral:

Foi composto de 153 usuários do CTA-Belém que, no período pré-determinado para o estudo permitiram sua participação.

4.6 Critérios de inclusão:

Foram definidos os seguintes critérios para inclusão dos indivíduos no presente estudo:

a) Ter procurado o CTA-Belém e colhido amostra de sangue para a sorologia anti-VIH;

b) Estar no exercício pleno de suas faculdades mentais, no momento da entrevista;

c) Ter assinado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.7 Critério de Exclusão:

Mulheres em programa de assistência pré-natal encaminhadas pela rede pública de saúde para a realização de teste sorológico anti-VIH.

4.8 Variáveis estudadas:

As variáveis estudadas detalhadas no item 4.9.3, o qual trata do formulário aplicado aos participantes para a obtenção das informações, foram referentes à:

a) Características sociodemográficas;
b) Características comportamentais;
c) Antecedentes de exposição a infecção pelo VIH;
d) Resultado de sorologia anti-VIH.

4.9 Procedimentos:

4.9.1 Convite e transmissão das informações aos participantes do estudo:

No período de janeiro a março de 2005, os indivíduos presentes nas reuniões ou na sala de espera da coleta de sangue do CTA-Belém, que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão, foram convidados pelas autoras a participar do estudo. Aos participantes foram esclarecidos os objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa, o caráter voluntário da participação e o anonimato a ser mantido.

4.9.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Aos que concordaram em participar da pesquisa foi solicitado que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). No caso dos menores de 13 anos, foi solicitado que seus responsáveis legais que assinassem o referido termo (APÊNDICE B).

4.9.3 Obtenção das informações:

Para obtenção das informações relativas às características individuais dos entrevistados, de acordo com os objetivos do estudo, foi utilizado um formulário padrão (APÊNDICE C) aplicado pelas autoras do projeto, no próprio ambiente do CTA, após a coleta das amostras de sangue. A todos os indivíduos ou seus representantes legais que consentiram sua participação.

O formulário constou de 19 itens, em sua maioria com respostas fechadas para facilitar a codificação dos dados. A seguir estão especificadas todas as variáveis pesquisadas, e

ressalta-se que, nos casos dos indivíduos menores de 13 anos, as questões foram respondidas por seus representantes legais:

1) *Data da entrevista.*
2) *Senha do CTA (se usou).*
3) *Número de registro no CTA.*
4) *Nome do entrevistado.*
5) *Endereço / Bairro / Cidade / Unidade Federativa (UF).*
6) *Data de nascimento.*
7) *Idade.*
8) *Sexo.*
9) *Situação conjugal:*

Considerado aquele referido pelo entrevistado, sem necessidade de comprovação por documento. Para efeito de classificação usou-se o seguinte critério:

a) Com companheiro: coabitando com um companheiro fixo;
b) Sem companheiro: sem coabitar com um companheiro fixo, este item considera também divorciado, desquitado e separado;
c) Viúvo: sem companheiro no momento da entrevista por morte deste, e que não voltou a viver na companhia de outra pessoa;
d) Outros: qualquer outro estado conjugal citado pelo entrevistado e não contemplado nos itens acima

10) Escolaridade:

A classificação dos níveis de escolaridade foi feita de acordo com o número de anos de estudos. Não foram considerados períodos de estudo em cursos de extensão cultural ou formação profissional que não caracterizasse a conclusão de grau de ensino no país, tais como: idiomas, datilografia, informática, cursos por correspondência e períodos de estudo através de rádio e televisão, com vistas à prestação de exame supletivo de primeiro e segundo graus. A classificação desta variável lista-se a seguir, de acordo com a composição dos níveis escolares das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (DBEN) (BRASIL, 1996b):

a) Nenhuma: nenhum período de estudo em escola regular de acordo com DBEN;
b) Ensino Fundamental: período de estudo com até nove anos em escola regular;

c) Ensino Médio: período de estudo de no mínimo três anos em escola regular;
d) Ensino Superior: abrange cursos e programas seqüenciais, graduação, pós-graduação e extensão, ministrada em instituições de ensino superior, públicas ou privadas, com variados graus de abrangência ou especialização;

11) Município de nascimento:

Considerado o nome do município de nascimento do entrevistado, ou do país, no caso de estrangeiros.

12) UF do município de nascimento:

Considerado o nome da federação onde o entrevistado nasceu, no caso ser brasileiro, ou do país, no caso de ser estrangeiro.

13) Situação ocupacional:

As autoras optaram em fazer a seguinte categorização:

a) Empregado: indivíduo que exerce regularmente qualquer atividade remunerada dentro da economia formal ou informal, estudante ou não;
b) Desempregado: individuo que não estude, em condições de trabalhar, mas que no momento da entrevista não exerce regulamente qualquer atividade remunerada dentro da economia formal ou informal;
c) Estudante: individuo que esteja estudando e que não exerça regulamente qualquer atividade remunerada dentro da economia formal ou informal;
d) Aposentado ou em benefício: individuo aposentado segundo as leis trabalhistas brasileiras e que não esteja exercendo trabalho remunerado; ou que esteja em gozo de qualquer auxílio financeiro governamental;
e) Dona de casa: individuo do sexo feminino que esteja exercendo somente atividade doméstica sem remuneração e em benefício de sua própria família. Na situação da mesma, referir que esteja em busca de emprego será considerada como desempregada;
f) Outros: qualquer outra situação ocupacional não contemplada na relação acima;
g) Ignorado.

14) Domicílio:

Esta variável fez referência ao direito real do entrevistado sobre o imóvel, sem necessidade de documentação apropriada, classificada como segue:

a) Próprio: considerado o domicílio de propriedade total ou parcial do morador, estando integralmente quitado ou não, e independente da condição de ocupação do terreno;
b) Alugado: considerado o domicilio pago total ou parcialmente pelo morador em troca do direito de moradia;
c) Cedido: considerado o domicilio cedido gratuitamente por empregador do morador, instituição ou pessoa não moradora (parente ou não), ainda que mediante uma taxa de ocupação ou conservação;
d) Outros: considerado o domicilio ocupado em condições diferentes das anteriores arroladas, como, por exemplo, nos casos de invasão. Neste item foram incluídos aqueles que habitam em domicílio coletivo, tais como pensões, alojamento e conventos.

15) Renda familiar:

As autoras optaram em fazer a seguinte categorização:

a) Sem renda: família que não recebe renda;
b) ≤ 1: até um salário mínimo;
c) 1 ⊣ 2: renda maior que um, porém menor ou igual a dois salários mínimos;
d) 2 ⊣ 5: renda maior que 2, porém menor ou igual a 5 salários mínimos;
e) 5 ⊣ 10: renda maior que 5, porém menor ou igual a 10 salários mínimos;
f) 10 ⊣ 20: renda maior que 10, porém menor ou igual a 20 salários mínimos;
g) >20: maior que 20 salários mínimos;
h) Ignorado.

16) Bens duráveis e serviços prestados no domicílio:

Esta variável considerou os bens duráveis (uma ou mais unidades) presentes no domicílio, pertencentes ao entrevistado ou aos familiares do mesmo residentes no domicílio, sem necessidade de comprovação documental.

Foi anotada a presença de: geladeira, telefone fixo, computador de mesa ou portátil TV a cores, telefone móvel (celular), automóvel, aparelho de som, forno microondas, TV por assinatura, videocassete, lavadora de roupa, freezer, empregada mensalista (este item considerou empregada doméstica com atividade diária no domicílio e com salário mensal) e banheiro privativo (este item considerou o compartimento da casa com banheiro próprio, coexistindo com outro (s) banheiro (s) para uso dos demais membros da família).

17) Como o entrevistado soube da existência do CTA:

a) Informativo do CTA: este item considerou os indivíduos que tomaram conhecimento do CTA pelos seus panfletos distribuídos no próprio centro, como também em suas atividades extramuros e em escolas da rede pública ou privada;
b) Amigos/ clientela do CTA: este item considerou os indivíduos que souberam dos serviços do CTA por intermédio de terceiros;
c) Jornais/ rádio/ televisão: este item considerou os indivíduos que obtiveram informações do CTA pelos meios de comunicação vigente;
d) Banco de sangue: este item considerou os indivíduos encaminhados pelos bancos de sangue;
e) Serviço ou profissional de saúde: este item considerou os indivíduos que tiveram informações do centro;
f) Serviço de informação telefônica: este item considerou os indivíduos que são conhecedores do CTA, devido aos serviços competentes de telefonia;
g) Outros: este item considerou qualquer outra forma de obter informações do CTA citado pelo entrevistado não contemplado na relação acima;
h) Não informado: este item considerou os indivíduos que não sabem ou não querem informar os dados da referida variável.

18) Como foi feito o encaminhamento ao CTA:

i) Voluntário: este item considerou os indivíduos que por conta própria procuraram o CTA;

j) Encaminhamento de serviço de saúde: este item considerou os indivíduos que tiverem sua procedência de unidades de saúde, de hospitais públicos ou privados, ou de pronto socorro por solicitação própria do participante;
k) Encaminhamento de clínica de recuperação: este item considerou os UDEs que procederam de clínicas de recuperação;
l) Encaminhamento do banco de sangue: este item considerou os indivíduos que procuram o hemocentro para realização específica da sorologia anti-VIH ou que nos exames de triagem deste centro obtiveram seus resultados positivos para este teste;
m) Outros: este item considerou qualquer outro motivo de procura ao CTA citado pelo entrevistado não contemplada na relação acima.

19) Primeiro teste no CTA:

Esta variável considerou os indivíduos que estão, ou não, realizando o seu primeiro exame sorológico para o VIH, no espaço físico do CTA, Belém-PA.

20) Motivo de repetição da sorologia anti – VIH:

Na investigação deste item foram considerados somente os participantes que realizaram anteriormente uma sorologia anti-VIH. Para efeito de resposta foi considerado:

a) Nova exposição à situação de risco: este item considerou os indivíduos que estão se expondo novamente a comportamento de risco para a infecção pelo VIH;
b) Exame inconclusivo: este item considerou os participantes cujo resultado anterior da sorologia anti-VIH tenha sido inconclusivo (BRASIL, 2003a);
c) Desejo pessoal: quando o indivíduo está repetindo o exame sem nenhuma outra justificativa;
d) Outro: este item considerou os indivíduos que estão repetindo o exame por um motivo não contemplado na relação acima.

21) Comportamento de risco que determinou a procura pelo conhecimento do status sorológico:

Esta variável considerou as situações que puderam expor o entrevistado a infecção pelo VIH e que o incentivaram a procurar pelos serviços oferecidos pelo CTA-Belém.

a) Relação sexual de risco: este item considerou os indivíduos que se expuseram ao risco de infecção pelo VIH, através de práticas sexuais sem proteção (ausente de preservativos);
b) Transfusão de sangue ou hemoderivados: este item considerou os indivíduos com antecedente de transfusão de sangue. Em caso afirmativo, foi anotado no questionário o ano da transfusão;
c) Compartilhamento de seringas entre UDE: este item considerou os indivíduos que dividem a (s) mesma (s) seringa (s) durante o consumo de drogas ilícitas endovenosas;
d) Situação de risco no exercício do trabalho/ acidente de trabalho: este item considerou os indivíduos que no decorrer de suas atividades laborativas poderiam ter se arriscado a contrair o VIH, ou mesmo a sua atividade de trabalho oferece risco de infecção ao vírus, sejam ou não profissionais da área de saúde;
e) Transmissão vertical: este item considerou os indivíduos menores de 13 anos que foram expostos à infecção pelo VIH, por terem sido gerados por mães portadoras de VIH/Sida;
f) Tratamento dentário: este item considerou os indivíduos que se submeteram desde tratamento simples de periodontia e endodontia, até extrações dentárias simples ou seguidas de cirurgia em uma mesma ocasião;
g) Tatuagem: este item considerou os indivíduos que apresentam desenho na pele com substâncias corantes e que foram introduzidas sob a epiderme, através de agulhas;
h) Acupuntura: este item considerou introdução de agulhas finas em pontos cutâneos definidos;
i) Procedimentos cirúrgicos: este item considerou evento cirúrgico realizado com anestesia;
j) Outra: este item considerou os indivíduos que não identificam situações de risco não contempladas na relação acima.

22) Categorias de exposição:

Esta variável classificou os entrevistados baseada nas vias de transmissão, como listados a seguir:

► Via Sexual:

a) Homossexuais: este item considerou o indivíduo de qualquer sexo que tenha (ou tenha tido) relações sexuais exclusivamente com pessoas do mesmo sexo;
b) Bissexual: este item considerou o indivíduo de qualquer sexo que tenha (ou tenha tido) relações sexuais com parceiros dos dois sexos;
c) Heterossexual: este item considerou o indivíduo de qualquer sexo que tenha (ou tenha tido) relações sexuais exclusivamente com pessoas do sexo oposto;

► Via Sanguínea:

a) Usuários de drogas ilícitas injetáveis: este considerou considerar os indivíduos com uso passado ou atual de drogas ilícitas pela via endovenosa, referindo a possibilidade ou o compartilhamento de seringas;
b) Hemofílicos ou politransfundidos: este item considerou indivíduos que se disseram transfundidos com sangue total ou um de seus derivados (plasma, concentrados de hemácias, plaquetas, fatores de coagulação, etc.);
c) Manipulação de fluido sanguíneo: este item considerou indivíduos que se submeteram ou foram agentes de procedimentos que envolveram a manipulação de sangue humano, e que representaram risco de infecção para o VIH.

► Via Perinatal:

Esta variável considerou indivíduos menores de 13 anos, verticalmente expostos à infecção pelo VIH.

► Acidente de Trabalho:

Esta variável considerou indivíduos com relação de trabalho, com ou sem vínculo empregatício, sempre em ambiente favoráveis ao contato com sangue. Neste item foram considerados os estudantes da área de saúde que, em decorrência de seu curso, freqüentam locais que favoreçam este tipo de contato.

► Desconhecida:

Esta variável considerou os indivíduos que não identificam sua possível exposição à infecção por VIH.

23) Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses anteriores à entrevista:

a) Nenhum: este item considerou o indivíduo com experiência sexual, mas sem parceiro sexual nesse período;
b) 1: este item considerou o indivíduo que teve apenas um (1) parceiro sexual nesse período;
c) 2 a 4: este item considerou o indivíduo que teve de dois (2) a quatro (4) parceiros sexuais nesse período;
d) 5 a 10: este item considerou o indivíduo que teve de cinco (5) a dez (10) parceiros sexuais nesse período;
e) Acima de 10: este item considerou o indivíduo que teve mais de dez (10) parceiros sexuais nesse período;
f) Não se aplica: este item considerou o indivíduo sem experiência sexual;
g) Não informado: este item considerou os indivíduos que não sabem ou não querem informar os dados da referida variável.

24) Uso de preservativos (camisinha masculina e feminina):

Esta variável considerou a freqüência do uso de preservativos nas relações sexuais. As respostas foram assim codificadas:

a) Sempre: este item considerou o indivíduo que faz uso de preservativo em todas as suas relações sexuais;
b) Nunca: este item considerou o indivíduo que nunca faz uso de preservativo em suas relações sexuais;
c) Às vezes: este item considerou o indivíduo que faz uso irregular de preservativo em suas relações sexuais;
d) Não se aplica: este item considerou o indivíduo sem experiência sexual.

25) Antecedentes de transfusão sanguínea

Esta variável considerou indivíduos com antecedente de transfusão de sangue. Em caso afirmativo, foi anotado o ano da transfusão.

26) Uso passado ou atual de drogas injetáveis ilícitas:

Esta variável considerou indivíduos que referiram uso passado ou atual de qualquer tipo de droga injetável ilícita.

27) Compartilhamento passado ou atual de seringas no uso de drogas ilícitas injetáveis:

Esta variável considerou indivíduos que compartilhavam ou já havia compartilhado seringas durante o uso de drogas ilícitas endovenosas.

28) Sintomas relacionados a VIH/Sida:

Esta variável considerou os indivíduos que referiram quadro clínico com manifestações típicas de processo infeccioso (mal-estar, astenia, febre entre outras) ou da doença, que se caracteriza pelo aparecimento das infecções oportunistas;

29) Antecedente de pequena cirurgia:

Esta variável considerou os indivíduos submetidos a um evento cirúrgico realizado com anestesia local e com dispensa imediata do paciente.

30) Antecedente de cirurgia:

Esta variável considerou todos os demais eventos cirúrgicos não contemplados na sentença anterior.

31) Antecedente de tratamento dentário:

Vide definição do item (f) da questão 21.

32) Antecedente de acupuntura:

Vide definição do item (g) da questão 21.

33) Antecedente de tatuagem:

Vide definição do item (h) da questão 21.

34) Antecedentes de internação em Reformatório/Prisão:

Esta variável considerou se o indivíduo está ou já esteve em qualquer uma destas instituições.

35) Sorologia anti-VIH:

Esta variável considerou os resultados da sorologia anti-VIH realizada no CTA, sendo esta informação fornecida pelo próprio centro às autoras da pesquisa, respeitando o sigilo nominal do participante, de acordo a política preconizada pelos CTAs, a qual garante sigilo e anonimato ao resultado da sorologia do usuário.

4.9.4 Codificação, digitação e análise dos dados:

As informações obtidas foram codificadas, digitadas e analisadas em um banco de dados criado nos programas *Microsoft Excel* e EPI-INFO 2002.

4.10 Aspectos éticos:

4.10.1 Parecer do Conselho de Ética:

O projeto deste estudo foi aprovado em quatro de outubro de dois mil e quatro pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, parecer nº 017/2004 (ANEXO M).

4.10.2 Riscos:

A pesquisa, por se caracterizar de aspecto observacional, através de entrevista, com a obtenção dos resultados do exame anti-VIH sem identificação nominal do entrevistado, não apresentou riscos aos participantes.

4.10.3 Benefícios:

Depois de concluído, foi enviada uma cópia do presente trabalho ao CTA-Belém e à Coordenação Estadual de DST/AIDS do estado do Pará, para que os mesmos tenham conhecimento dos resultados obtidos.



5 RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas:

Participaram da amostra 153 indivíduos, 47,1 % (72/153) de indivíduos do sexo feminino e 52,9 % (81/153) do sexo masculino. Como observado na tabela 1 houve 4,2 % (3/72) e 4,9 % (4/81) de resultados positivos para os sexos feminino e masculino, respectivamente.

TABELA 1 – Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo o sexo dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR 2005.

Sexo	Anti- VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1) n	%	(1) n	%	(1) n	%
Feminino	69	95,8	3	4,2	72	100,0
Masculino	77	95,1	4	4,9	81	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número

Conforme a tabela 2, a faixa etária entre 21 a 30 anos representou 39,8 % (61/153) dos participantes, seguida pela idade entre 31 a 40 anos, com 24,8 % (38/153) e da faixa etária de 11 a 20 anos, com 19,6 % (30/153). A média de idade foi de 27,8 anos, desvio padrão de 12 anos mediana de 25 anos. As maiores freqüências de resultados positivos foram observadas entre as faixas etárias de 1 a 10 anos, com 16,6% (1/6) e entre 40 a 50 anos, com 7,1% (1/14).

TABELA 2 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo a faixa etária dos usuários entrevistados CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Faixa etária	Anti- VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1) n	%	(1) n	%	(1) n	%
Menor de 1 ano	-	-	-	-	-	-
1 a 10 anos	5	83,3	1	16,6	6	100,0
11 a 20 anos	29	96,6	1	3,3	30	100,0
21 a 30 anos	59	96,7	2	3,2	61	100,0
31 a 40 anos	36	94,7	2	5,3	38	100,0
40 a 50 anos	13	92,9	1	7,1	14	100,0
Acima de 50 anos	4	100,0	-	-	4	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número

Como se observa na tabela 3, o município de Belém foi referido como local de residência por 94,1% (144/153) dos participantes. A maior freqüência de resultados positivos para anti-VIH foi encontrada entre os participantes que referiram "outros municípios" de residência, com 33,3% (3/9).

TABELA 3 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo município de residência dos usuários do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Município de residência	Anti- VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Belém	140	97,2	4	2,8	144	100,0
Outros municípios	6	66,7	3	33,3	9	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número

Na tabela 4, observa-se que 44,5% (68/153) dos entrevistados declaram estar empregado, enquanto 22,2% (34/153) referiram estar estudando no momento da entrevista, seguido de 17,6% (27/153) mencionaram estar desempregado e somente 1,3% (2/153) eram aposentados. A maior freqüência de resultado positivo foi encontrado entre as donas-de-casa, com 10% (1/10).

TABELA 4 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo situação ocupacional dos usuários do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Situação ocupacional	Anti- VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Empregado	66	97,1	2	2,9	68	100,0
Desempregado	25	92,6	2	7,4	27	100,0
Estudante	33	97,1	1	2,9	34	100,0
Aposentado	2	100,0	-	-	2	100,0
Dona de casa	9	90,0	1	10,0	10	100,0
Outros	11	91,7	1	8,3	12	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número

Na tabela 5, observa-se que o nível médio de escolaridade foi referido por 50,9 % (78/153) dos participantes e 32,6 % (50/153) declararam possuir nível fundamental, seguido por 13,7 % (21/153) que informaram ter nível superior. A maior freqüência de resultados positivos foi encontrada entre os participantes sem "nenhuma" escolaridade, com 25% (1/4).

TABELA 5 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo a escolaridade dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Escolaridade	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Nenhuma	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Nível fundamental	47	94,0	3	6,0	50	100,0
Nível médio	77	98,7	1	1,2	78	100,0
Nível superior	19	97,2	2	9,5	21	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número

De acordo com a tabela 6, 53,5 % (82/153) dos entrevistados informaram não ter companheiro. A maior taxa de soropositividade para o teste anti-VIH foi verificada na categoria "outros", com 12,5% (1/8).

TABELA 6 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo a situação conjugal dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Situação conjugal	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Com companheiro	60	95,2	3	4,8	63	100,0
Sem companheiro	79	96,3	3	3,6	82	100,0
Viúvo	3	100,0	-	-	3	100,0
Outros	4	80,0	1	12,5	8	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número

Conforme o verificado na tabela 7, 77,0% (118/153) dos entrevistados declaram possuir domicílio próprio. As maiores taxas de soropositividade para o teste anti-VIH foram verificadas entre os que informaram o domicílio alugado ou cedido, exibindo cada categoria igual porcentagem de 12,5% (2/16).

TABELA 7 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo o domicílio dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Domicílio	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Própria	115	97,5	3	2,5	118	100,0
Alugada	14	87,5	2	12,5	16	100,0
Cedida	14	87,5	2	12,5	16	100,0
Outros	3	100,0	-	-	3	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número

Na tabela 8, observa-se que 52,3% (80/153) dos entrevistados recebiam mais de dois até cinco salários mínimos, 25,5% (39/153) recebiam de um até dois salários mínimos e 10,4% (16/153) ganhavam de cinco até dez salários mínimos. A renda foi calculada levando em conta o salário mínimo em reais à época do estudo, que era de 260 reais. O resultado positivo anti-VIH teve maior freqüência declararam receber de cinco até dez salários mínimos com 12,5% (2/16).

TABELA 8 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo renda familiar em salários mínimos dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Renda familiar (salário mínimo)	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Sem renda	4	100,0	-	-	4	100,0
1 a 2	36	92,3	3	7,7	39	100,0
2 a 5	78	97,5	2	2,5	80	100,0
5 a 10	14	87,5	2	12,5	16	100,0
10 a 20	7	100,0	-	-	7	100,0
> 20	1	100,0	-	-	1	100,0
Ignorado	6	100,0	-	-	6	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número

Na tabela 9, nota-se que 56,9% (87/153) dos participantes informaram possuir de um a seis bens duráveis e serviços prestados no domicílio e nestes, foi observada maior porcentagem de resultados reagentes para o exame anti-VIH, com 5,7% (5/87).

TABELA 9 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo bens duráveis/serviços prestados no domicílio dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Bens duráveis e serviços prestados (no domicílio)	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
1 a 6	82	94,3	5	5,7	87	100,0
7 a 10	54	96,4	2	3,6	56	100,0
11 a 13	10	100,0	0	0	10	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número

Na tabela 10, 50,9 % (78/153) dos participantes declararam ter obtido informações sobre a existência do CTA através de amigos e clientela do CTA, 32,6 % (50/153) por serviços ou profissionais de saúde e apenas 6,5 % (10/153) por informativos próprios do centro.

TABELA 10 - Distribuição dos participantes de acordo com as fontes através das quais soube da existência do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Fonte de informação	(1)n	%
Informativo do CTA	10	6,5
Amigos/clientela do CTA	78	50,9
Jornais/rádio/televisão	5	3,2
Banco de Sangue	8	5,2
Serviço ou profissional de saúde	50	32,6
Serviço de informação telefônica	-	-
Outros	1	0,6
Não informado	1	0,6
Total	**153**	**100,0**

(1) n: número

Conforme o observado na tabela 11, 75,1 % (115/153) usuários entrevistados declararam ter se dirigido voluntariamente ao CTA, 11,7 % (18/153) por encaminhamento do serviço de saúde, 11,1 % (17/153) por encaminhamento do banco de sangue.

TABELA 11 - Distribuição dos participantes de acordo com a origem do seu encaminhamento ao CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Encaminhamento	(1)n	%
Voluntário	115	75,1
Encaminhamento de serviço de saúde	17	11,1
Encaminhamento do banco de sangue	18	11,7
Outros	3	1,9
Total	**153**	**100,0**

(1) n: número

Mesmo não demonstrado em tabela, a repetição do teste no CTA foi referida por 41 participantes e, como observado na tabela 12, a nova exposição à situação de risco, com 29,2 % (12/41), foi um dos motivos de repetição do teste.

TABELA 12 - Distribuição dos participantes de acordo com o motivo da repetição da sorologia anti-VIH no CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Motivo da repetição	(1)n	%
Nova exposição à situação de risco	12	29,2
Exame inconclusivo	12	29,2
Desejo pessoal	2	4,8
Outros	15	36,5
Total	**41**	**100,0**

(1) n: número

5.2 Antecedentes de exposição à infecção pelo VIH dos usuários entrevistados do CTA-Belém:

A tabela 13 demonstra que em relação ao comportamento de risco dos usuários para a infecção pelo VIH, 78,4% (120/153) informaram ter tido relação sexual de risco, 11,1% (17/153) tiveram outro fator de risco, 4,6% (7/153) por transmissão vertical, 3,9% (6/153) por acidente de trabalho, 1,3% (2/153) por compartilhamento de seringas entre UDI. A maior taxa de freqüência de resultados positivos para o exame anti-VIH, foi observado para categoria de transmissão vertical, com 14,3% (1/7).

TABELA 13 - Distribuição da sorologia anti-VIH segundo comportamento de risco que determinou a realização do exame entre os participantes no CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Comportamento de risco	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Relação sexual de risco	116	96,7	4	3,5	120	100,0
Transfusão de sangue ou hemoderivados	1	100,0	-	-	1	100,0
Compartilhamento de seringas entre UDE (2)	2	100,0	-	-	2	100,0
Situação de risco no exercício profissional/Acidente de trabalho	6	100,0	-	-	6	100,0
Transmissão vertical	6	85,7	1	14,3	7	100,0
Procedimento cirúrgico	-	-	-	-	-	-
Tratamento dentário	-	-	-	-	-	-
Tatuagem	-	-	-	-	-	-
Acupuntura	-	-	-	-	-	-
Outro	15	88,2	2	-	17	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número;
(2) UDE: usuários de drogas endovenosas.

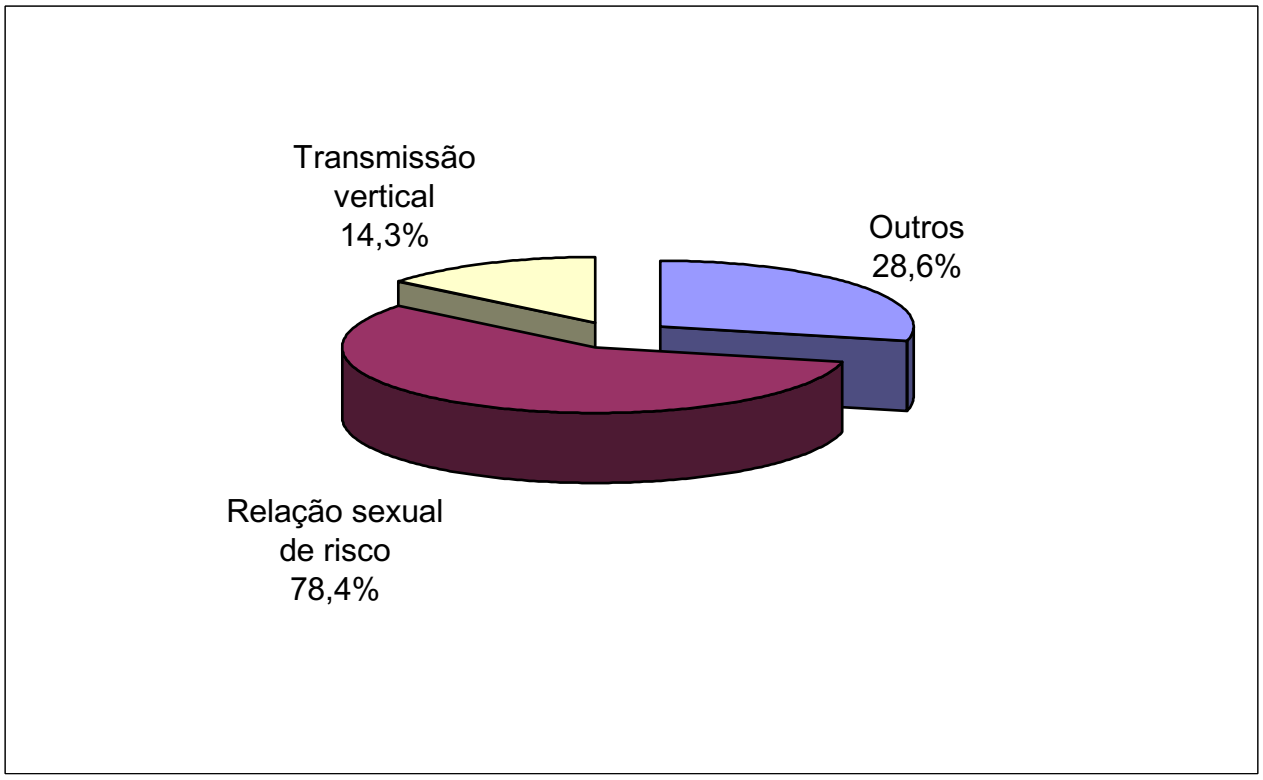


FIGURA 4 - Distribuição da sorologia anti-VIH segundo comportamento de risco que determinou a realização do exame entre os participantes no CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Conforme observado na tabela 14, 49,1% (75/153) dos participantes afirmaram ter um parceiro nas relações sexuais nos últimos seis meses.

A maior taxa de resultados positivos foi observado nas categorias “não se aplica” e entre os que informaram não ter parceiros sexuais nos últimos seis meses anteriores a entrevista, com igual porcentagem de 16,7% (1/6), seguida por 12,5% (1/8) de participantes que informaram ter acima de dez parceiros sexuais no mesmo período.

TABELA 14 – Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses anteriores à entrevista no CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Números de parceiros	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Nenhum	5	83,3	1	16,7	6	100,0
Um parceiro	72	96,0	3	4,0	75	100,0
2 a 4	46	100,0	-	-	46	100,0
5 a 10	11	91,7	1	8,3	12	100,0
Acima de 10	7	87,5	1	12,5	8	100,0
Não se aplica	5	83,3	1	16,7	6	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número.

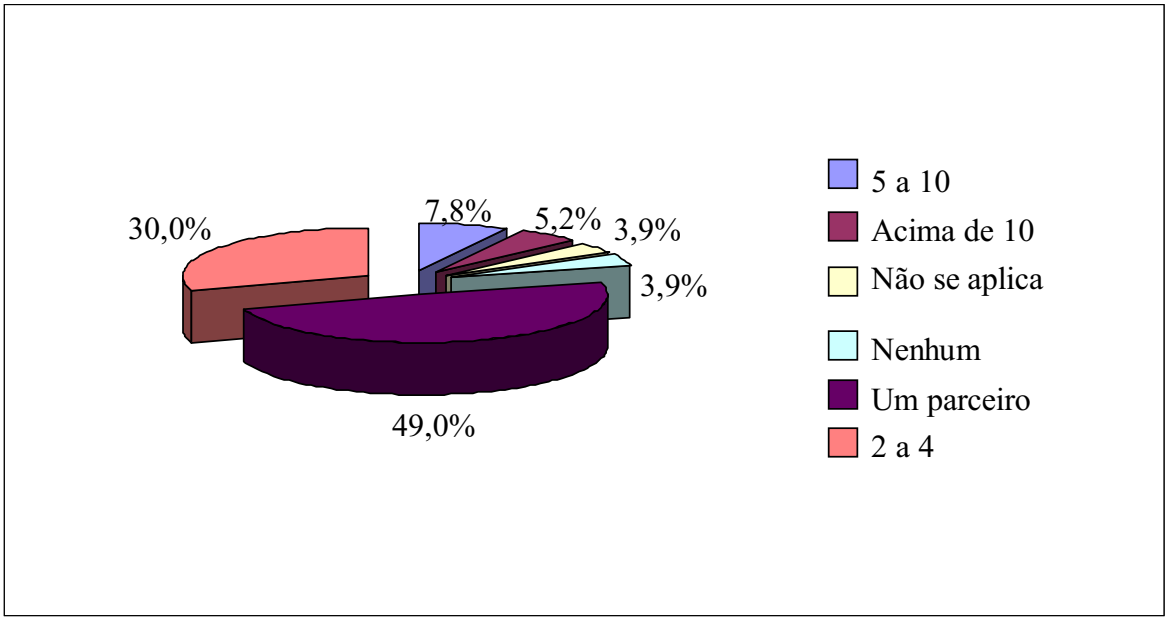


FIGURA 5 - Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses anteriores à entrevista no CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Na tabela 15, observa-se que 66,7 % (102/153) referiram utilizar “às vezes” preservativo nas relações sexuais e nesta, a sorologia positiva para o anti-VIH foi de 42,8 %

(3/7). Os participantes que referiram usar “sempre” ou “nunca” preservativo nas relações sexuais exibiram igual valor percentual de 13,7 % (21/153).

TABELA 15 – Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo o uso de preservativos (masculino ou feminino) nas relações sexuais referidos pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Preservativos	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Sempre	20	95,2	1	4,8	21	100,0
Às vezes	99	97,1	3	2,9	102	100,0
Nunca	19	90,5	2	9,5	21	100,0
Não se Aplica	8	88,9	1	11,1	9	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número.

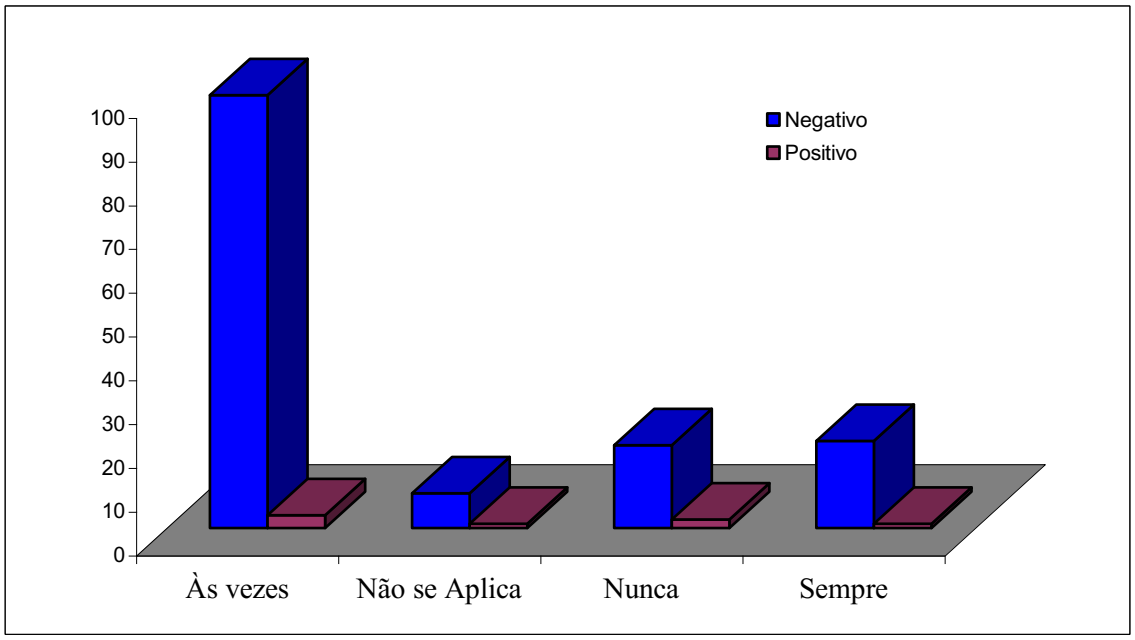


FIGURA 6 - Distribuição da sorologia anti-VIH segundo o uso de preservativos (masculino ou feminino) nas relações sexuais referidos pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Em relação a transfusão sanguínea, a tabela 16 demonstra que 94,8% (145/153) dos usuários não relataram antecedente de transfusão sanguínea; 4,6% (7/153) afirmaram já ter realizado transfusão sanguínea e 0,6% (1/153) desconhecia ter feito tal procedimento. Todos os participantes com sorologia positiva para o anti-VIH negaram transfusão sangüínea.

TABELA 16 – Distribuição da sorologia anti-VIH segundo antecedente de transfusão sangüínea referido pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Transfusão de sangue	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Sim	7	100,0	-	-	7	100,0
Não	138	95,2	7	4,6	145	100,0
Desconhecido	1	100,0	-	-	1	100,0
Total	146	95,4	7	4,6	153	100,0

(1) n: número

A tabela 17 revela que 98,7% (149/153) dos entrevistados negaram uso passado ou atual de DII e 1,3% (2/153) referiram ter feito uso de drogas injetáveis ilícitas. Todos os participantes com sorologia positiva para o anti-VIH negaram uso passado ou atual de drogas injetáveis ilícitas.

TABELA 17 - Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo uso passado ou atual de drogas injetáveis ilícitas (DII) referidos pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

DII(1)	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(2)n	%	(2)n	%	(2)n	%
Não	144	95,4	7	100,0	149	100,0
Sim	2	100,0	-	-	2	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) DII: drogas injetáveis ilícitas;
(2) n: número.

Na tabela 18, observa-se que 86,3% (132/153) dos entrevistados negaram apresentar sintomas relacionados a VIH/Sida; 9,1% (14/153) afirmaram apresentar sintomas relacionados ao VIH/Sida e 4,6% (7/153) referiram não apresentar estes sintomas; nestes, a sorologia anti-VIH foi reagente em 3% (4/132), seguido de 14,3% (2/14) que afirmaram apresentar sintomas

relacionados a VIH/Sida, e apenas 14,3% (1/7) referiram desconhecer que apresentavam sintomas relacionados a VIH/Sida.

TABELA 18 - Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo sintomas relacionados a VIH/Sida referidos pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Sintomas relacionados ao VIH/Sida	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Sim	12	85,7	2	14,3	14	100,0
Não	128	97,0	4	3,0	132	100,0
Desconhecido	6	85,7	1	14,3	7	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número.

Conforme demonstrado na tabela 19, 64,7% (109/153) dos usuários entrevistados negaram antecedente de procedimento cirúrgico e 35,3% (44/153) informaram a realização prévia deste procedimento. Todos os participantes com sorologia positiva para o anti-VIH negaram passado de tratamento cirúrgico.

TABELA 19 - Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo antecedentes de procedimentos cirúrgicos referidos pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Procedimentos cirúrgicos	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Não	102	95	7	4,6	109	100,0
Sim	44	100,0	0	0	44	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número.

De acordo com a tabela 20, 28,8% (3/44) dos entrevistados negaram a realização de tratamento dentário e 71,2% (4/109) relataram já ter feito este tratamento. A sorologia anti-VIH foi positiva em 6,8% (3/44) dos que negaram ter se submetido tratamento dentário e em 3,7% (4/109) dos que já haviam realizado.

TABELA 20 - Distribuição da sorologia anti-VIH, segundo antecedentes de tratamento dentário referido pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Tratamento dentário	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Não	41	93,2	3	6,8	44	100,0
Sim	105	96,3	4	3,7	109	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número.

Como verificado na tabela 21, 5,2% (8/153) dos entrevistados referiram terem sido submetidos à acupuntura, enquanto que 94,8% (145/153) negaram este antecedente. Todos os participantes com sorologia positiva para o anti-VIH negaram passado de acupuntura.

TABELA 21 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo antecedente de acupuntura referido pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Acupuntura	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Não	138	95,2	7	4,6	145	100,0
Sim	8	100,0	0	0	8	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número.

Conforme a tabela 22, 88,2% (135/153) dos participantes negaram antecedente de tatuagem e 11,8% (18/153) referiram antecedente de tatuagem. A sorologia anti-VIH foi positiva em 5,6% (1/18) dos que referiram já ter realizado tatuagem.

TABELA 22 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo antecedente de tatuagem referido pelos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Tatuagem	Anti-VIH					
	Negativo		Positivo		Total	
	(1)n	%	(1)n	%	(1)n	%
Não	129	95,6	6	4,4	135	100,0
Sim	17	94,4	1	5,6	18	100,0
Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) n: número.

5.3 Categorias de exposição à infecção pelo VIH dos entrevistados

A tabela 23 exibe a distribuição dos usuários entrevistados, segundo as categorias de exposição, apresentando 67,9% (104/153) classificados como heterossexuais. O exame foi positivo em 14,3% (1/7) na categoria de transmissão vertical, seguida de 12,5% (1/8) da categoria homossexual.

TABELA 23 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo as categorias de exposição dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

Categorias de exposição		Anti-VIH					
		Negativo		Positivo		Total	
		(2) n	%	(2) n	%	(2) n	%
SEXUAL	Homossexual	7	87,5	1	12,5	8	100,0
	Bissexual	11	91,7	1	8,3	12	100,0
	Heterossexual	101	97,1	3	2,9	104	100,0
SANGUÍNEA	UDE (1)	2	100,0	-	-	2	100,0
	Hemofílico	1	100,0	-	-	1	100,0
	Transfusão	5	100,0	-	-	5	100,0
	Transmissão vertical	6	85,7	1	14,3	7	100,0
	Outros	13	92,9	1	7,1	14	100,0
	Total	**146**	**95,4**	**7**	**4,6**	**153**	**100,0**

(1) UDE: usuários de drogas endovenosas;
(2) n: número.

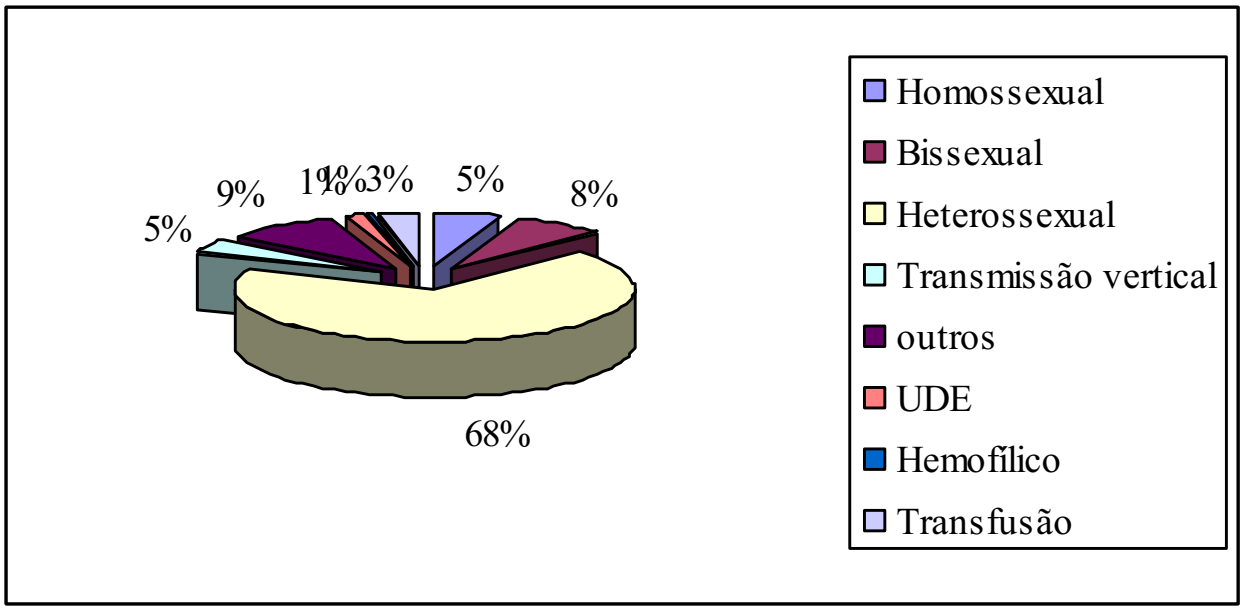


FIGURA 7 - Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH, segundo as categorias de exposição dos usuários entrevistados do CTA, Belém, Pará, JAN-MAR, 2005.

5.4 Prevalência do resultado do exame anti-VIH:

A tabela 24 demonstra a freqüência dos resultados da sorologia do exame anti-VIH dos usuários entrevistados no CTA, observa-se que 95,4% dos entrevistados a sorologia foi negativa e o resultado do teste foi reagente para 4,6% dos participantes.

TABELA 24- Distribuição dos resultados da sorologia anti-VIH dos 153 usuários entrevistados no CTA, Belém, Pará, JAN-MAR 2005.

Anti-VIH	**Freqüência**	
	(1) n	**%**
Positivo	7	4,6
Negativo	146	95,4
Total	**153**	**100,0**

(1) n: número.



6 DISCUSSÃO

No Brasil, a testagem sorológica para o VIH, acompanhada de adequado aconselhamento, representa uma das principais estratégias de prevenção adotadas pelo governo desde 1986. Seja o resultado negativo ou positivo, acredita-se que o binômio - testagem e aconselhamento - possa favorecer a mudança dos comportamentos associados ao maior risco de infecção pelo VIH (FILGUEIRAS e DESLANDES, 1999) e, uma detecção precoce do vírus, possibilita que mais cedo sejam introduzidas intervenções clínicas, o que certamente determinará melhor prognóstico e qualidade de vida a estes doentes (DOMINGUES, 2004).

Descrevem-se várias maneiras de emprego do teste anti-VIH como medida preventiva na história da epidemia da sida. Os rastreamentos sorológicos, considerados como voluntários, são feitos na doação de sangue, de células e de tecidos e órgãos (LEVI, LEVI e WENDEL, 2001); também acontecem por solicitação periódica dos empregadores (considerado ilegal no Brasil) ou na pré-admissão, em presos, nas Forças Armadas no Brasil e no pré-natal (BRASIL, 2006a).

O teste voluntário se faz, ou da iniciativa individual ou da avaliação pessoal e compartilhada com o profissional de saúde sobre situações de risco para a infecção pelo VIH (SILVEIRA et al., 2002; CDC, 2006). Podem ser consideradas formas voluntárias o teste realizado por desejo pessoal, por perceber-se vulnerável à infecção viral ou por indicação médica (BRASIL, 2006b).

O indivíduo que procura voluntariamente realizar o exame anti-VIH demonstra ser capaz de reconhecer em si mesmo comportamentos de risco para a infecção pelo vírus (SANTOS e MACHADO, 2001; ACHKAR, 2004), seja porque teve relações sexuais desprotegidas, fez transfusão de sangue ou hemoderivados, compartilhou seringas com UDE, ou viveu uma situação de risco no exercício profissional ou acidente de trabalho - seja por procedimentos cirúrgicos ou pelo uso de material pérfuro-cortante na realização de tatuagem ou acupuntura. Em situação especial encontram-se os descendentes gerados por mães portadoras de VIH/Sida, que geralmente são submetidos à sorologia por indicação de profissional da saúde (BRASIL, 2000a).

É justamente nestes indivíduos que se sentem vulneráveis à infecção pelo VIH que as medidas de prevenção, empregadas no modelo de testagem e aconselhamento, executadas nos CTAs, são mais aceitas e eficazes, o que torna necessário o conhecimento da vulnerabilidade comportamental destes sujeitos, visando a elaboração de estratégias de prevenção e aprimoramento à atenção prestadas à clientela usuária destes serviços (SILVEIRA et al., 2002; GRIEP et al., 2004).

No presente estudo, homens e mulheres participaram na mesma razão (1:1), resultado este diferente dos dados oficiais do Pará, que ainda mostram predomínio dos homens (PARÁ, 2005), fato que, de alguma forma pode traduzir a transformação que vem ocorrendo com a epidemia VIH/Sida, descrita como a sua feminilização, o que reflete sobremaneira a maior vulnerabilidade progressivamente mais acentuada das mulheres à infecção pelo vírus (SANCHES, 1999; SILVEIRA et al., 2002; PESCHANSKY et al., 2005b). Na investigação da taxa de infecção pelo vírus, observou-se taxa ligeiramente maior no sexo masculino, coincidindo com alguns trabalhos na literatura (MINAYO et al., 1999; ARAÚJO, BUCHER e BELLO, 2004; FERREIRA, 2004; PECHASKY et al., 2005a).

A maior participação feminina na epidemia VIH/Sida no contexto mundial, possivelmente ocorra pela menor capacidade de negociação de relação sexual segura (uso de preservativo), relações desiguais de poder e a dependência econômica, especialmente em países em desenvolvimento, limitando o acesso à informações preventivas as DSTs e à saúde reprodutiva (TRINDADE, 2001; ANTUNES et al., 2002; GRIMBERG, 2002; NASCIMENTO, BARBOSA e MEDRADO, 2005).

A faixa etária predominante foi aquela de 21 a 30 anos, mas também foi importante a participação das faixas de 11 a 20 anos e de 30 a 40 anos, o que demonstra que grupos de adolescentes e jovens, espontaneamente ou por indicação, encontram-se em possíveis situações de risco, uma vez que estão buscando a realização do teste anti-VIH, fato que também pode ser observado em outras regiões (SZWARCWALD et al., 2000; RUA e ABRAMOVAY, 2001; PAIVA, PERES e BLESSA, 2002; RIOS et al., 2002; RIOS, 2003).

Quanto à infecção pelo VIH, a maior freqüência observou-se entre os menores de dez anos de idade, o que possivelmente traduza a centralização, neste CTA, da realização da sorologia das crianças, inclusive dos recém-natos do município, e não verdadeiramente a real incidência da infecção neste grupo etário.

Um outro grupo com expressiva taxa de infecção foi aquele dos 40 aos 50 anos, todavia, foi pequeno o número de participantes nesta faixa. Mesmo assim, é um achado que não deve ser ignorado. Estudos com grupos maiores se fazem necessários para melhor esclarecimento.

O município de Belém, onde está localizado o CTA, foi referido como local de residência pela quase totalidade dos participantes, o que demonstra que este Centro é usado quase que exclusivamente pelos residentes no município, possivelmente, pelo fácil acesso e por estar situado próximo à residência ou local de trabalho ou estudo destes indivíduos. Foram poucos os residentes fora de Belém que utilizaram este CTA, e talvez o tenham feito por sentirem-se constrangidos em realizar o exame em seu habitat e serem reconhecido (MINAYO et al., 1999; KUSANO et al., 2003; GRIEP et al., 2004; BASSICHETTO et al., 2004).

No estado do Pará, em virtude de sua grande extensão territorial, os CTAs concentram-se em cidades de maior porte como Belém, Ananindeua, Castanhal, Marabá e Santarém, o que contribui para absorver os usuários residentes nestes municípios (SESPA, 2006).

Nesta investigação estudou-se dados relativos à escolaridade, situação ocupacional, renda familiar, situação do domicílio, bens duráveis e serviços prestados no domicílio, com a finalidade de obter, mesmo que de forma simples, alguns aspectos da condição socioeconômica dos participantes.

Vários autores descrevem que um maior grau de escolaridade seja um fator a contribuir para melhorar o nível de autopercepção da situação de risco em que o indivíduo se encontra. Nesta investigação observou-se que cerca de um terço dos participantes tem nível fundamental e metade nível médio. É possível que a escolaridade deste grupo esteja contribuindo para melhorar sua autopercepção de risco fazendo-a procurar o CTA para testagem, corroborando com análises de diversos trabalhos que descrevem a freqüente associação entre a baixa escolaridade e a soropositividade para o teste (BASTOS e SZWARCWALD, 1999; SILVEIRA et al., 2002; GRIEP et al., 2004; PESCHANSKY et al., 2005b).

Pouco mais da metade do grupo investigado informou não ter emprego fixo e a grande maioria (80,4%) tinha renda familiar menor que cinco salários mínimos. No que se refere a posse de bens duráveis e serviços prestados no domicílio, mais da metade do grupo ficou na categoria que engloba a de menor número de bens. Quanto à posse de domicílio, quase a totalidade dos participantes informou ter residência própria, muito embora este dado possa não refletir a real condição de posse, pois, muitos que pertencem às classes socioeconômicas menos favorecidas, vivem em invasões, cujas casas são por eles consideradas próprias, mas foram compradas na ilegalidade, sem a oficialização de propriedade, ou seja, sem a escritura do imóvel. Portanto, este dado como foi investigado pode não ser fiel para avaliar as condições socioeconômicas dos participantes. Entretanto, os demais mostram, nitidamente, que o grupo investigado é constituído de cidadãos de classes menos favorecidas socialmente, o que reforça a grande importância social dos CTAs no diagnóstico da epidemia (CASSANO, MEDEIROS e VALENTE, 2000; FERREIRA et al., 2001; KUSSANO et al., 2003; GRIEP at al., 2004; PESCHANSKY et al., 2005b; DOURADO et al., 2006).

Neste estudo verificou-se que a maioria dos usuários entrevistados soube da existência dos serviços prestados pelo CTA por intermédio de amigos e da própria clientela do Centro, ou por indicação de Serviços ou profissionais de saúde, coincidindo com dados descritos na literatura, os quais assinalam que a própria clientela do CTA é uma boa divulgadora destes serviços e que os recomenda, representando um indicativo de uma boa satisfação com os serviços prestados (MINAYO et al., 1999; FERREIRA et al., 2001; GRIEP et al., 2004; BASSICHETTO et al., 2004). Menos de dez por cento dos usuários entrevistados mencionaram o item

"informativo do CTA" como fonte de informação sobre o Centro, o que faz questionar se a forma como está sendo utilizado este instrumento é adequada, e até mesmo se sua estruturação atual é atrativa aos que o recebem.

A demanda voluntária pelo exame anti-VIH, no CTA, correspondeu a uma expressiva maioria dos usuários entrevistados. Presume-se que a possibilidade de realizar o exame de forma anônima e confidencial neste centro, além da gratuidade do teste, uma vez que os CTAs fazem parte da rede pública de saúde, estimulem esta busca voluntária do exame (BRASIL, 2000a).

No estudo foi observado que somente uma pequena parcela do grupo não realizava o teste no CTA pela primeira vez, o que pode estar associado às exposições contínuas dos participantes a situações de risco, uma vez que este foi um dos motivos mais referidos pelos participantes para a repetição do teste. Este achado pode refletir o baixo nível de adesão destes indivíduos às estratégias de aconselhamento.

A relação sexual de risco, definida como a prática sexual sem proteção (sem o uso dos preservativos), foi o motivo mais apontado pelos entrevistados como situação de risco que determinou a realização do teste sorológico anti-VIH, e foi neste subgrupo que se encontrou a maior freqüência dos resultados positivos, confirmando os dados descritos na literatura, os quais mostram que, dentre as situações autopercebidas de risco é a prática sexual desprotegida a mais freqüente (FERREIRA et al., 2001; PESCHANSKY, 2001; ROSSIM, 2001). As altas taxas de infecção pelo VIH observadas nestes usuários reafirmam ser esta uma prática de grande risco para a aquisição do vírus (PRAÇA et al., 2003; BRASIL, 2003b; ACHKAR, 2004; SOUSA et al., 2005; KAMPS e HOFFMANN, 2006).

Uma outra informação investigada neste estudo foi sobre a regularidade do uso de preservativo com parceiro fixo e/ou esporádico, encontrando-se baixa adesão desta prática entre os participantes, dado que corrobora o achado descrito no parágrafo anterior, que mostra ser freqüente a prática sexual sem proteção. Alguns estudos descrevem que, entre os casais, o uso de

preservativo pode subtender por um dos parceiros a existência de uma terceira pessoa. Alguns indivíduos sugerem, ainda, que o uso do preservativo diminua o prazer sexual. Desse modo, verifica-se que seu uso irregular continua representando um grande problema na cadeia de transmissão do VIH (FINKLER, 2003; GRIEP et al., 2004).

Encontrou-se neste grupo taxa maior de infecção entre aqueles que referiram coabitar com seus companheiros, demonstrando que esta condição não os protegeu contra a aquisição da infecção pelo VIH. Todavia, na categoria "outros", que incluiu os não classificados nas outras categorias (participantes com namorados não fixos, com casos fortuitos, etc.), também se encontrou uma elevada taxa de positividade para o teste anti-VIH, concluindo-se, então, que a situação conjugal não interferiu no *status* sorológico destes participantes.

Menos de cinco por cento dos participantes relataram antecedente de transfusão sangüínea e destes, nenhum apresentou amostra reagente ao VIH. O percentual de transfundidos incluídos neste estudo impossibilita qualquer avaliação quanto essa forma de transmissão do VIH, entretanto, no Brasil, com a adequada triagem dos pré-doadores, são quase inexistentes os casos de transmissão por esta via. Uma questão sempre preocupante para os Centros de Hemoterapia é a possível situação de janela imunológica dos pré-doadores, definida como o período em que os anticorpos contra o vírus estão em quantidade insuficiente pra serem detectados nos testes sorológicos anti-VIH (LEVI, LEVI e WENDEL, 2001; MONTEIRO et al., 2001).

A contaminação com o VIH pelo compartilhamento de objetos perfuro-cortantes ocorre por meio do sangue que fica presente na agulha, na seringa ou nos outros materiais capazes de causar solução de continuidade na pele ou diferentes tecidos, sendo esta via de transmissão freqüente entre os UDE (SANTOS, 2002; BARROS e SILVA; 2004).

Somente dois participantes referiram uso passado ou atual de drogas ilícitas injetáveis, e ambos foram negativos à sorologia anti-VIH. Esta baixa procura observada por esta população pode refletir a falta de percepção de risco entre eles, um certo descaso quanto a uma

possível chance de contaminação, ou mesmo excesso de segurança na realização dos procedimentos de uso da droga, fazendo-os achar-se "imunes" à infecção (DISCACCIATI, NEVES e PORDEUS, 1999; FERREIRA et al., 2001; BASTOS et al., 2002; FERREIRA, 2004).

No Brasil, no momento da notificação dos casos de sida são informados as possíveis modalidades de contágio, seja sexual, sangüínea ou vertical, uma vez que, é também a partir destes dados que são programadas as campanhas assistenciais e preventivas às parcelas populacionais mais atingidas (BRASIL, 2004b). Na avaliação das categorias de exposição, este estudo mostrou que a maioria dos indivíduos que procuram realizar exame anti-VIH no CTA, está classificada na categoria heterossexual, concordando com diversos trabalhos registrados na literatura, que mostram o fenômeno de heterossexualização observado nas tendências da mudança no perfil da epidemia VIH/Sida (FERREIRA et al., 2001; GUERRIERO, AYRES e HEARST, 2002; BASSICHETTO et al., 2004; GRIEP et al., 2004).

Neste trabalho, sete crianças verticalmente expostas foram incluídas na população de estudo e uma apresentou amostra reagente para o teste o que determina, neste grupo, uma taxa de infecção pelo VIH de 14,3%. Este número de participantes não é expressivo. É relatado na literatura que a heterossexualização e a feminização da epidemia VIH/Sida contribuem para o aumento da transmissão vertical, a qual representa a principal via de infecção neste grupo (AZEVEDO, 2001; GIANVECCHIO e GOLDBERG, 2005; VOCKS-HAUCK, 2006). Como já referido em outro parágrafo, esta taxa elevada de infecção nas crianças menores de um ano não necessariamente traduza a real incidência da infecção nesta população do município (BELÉM, 2003; SESPA, 2006).

Ainda no estudo das categorias de exposição foram poucos os participantes incluídos na categoria de transmissão sangüínea (hemofilia, politransfundidos e UDE), cerca de 5% do total. À exceção dos UDE, situação de risco já abordada em outro tópico desta discussão, a baixa procura desses subgrupos e mesmo a sua não contaminação, podem refletir o cuidado que os Centros Hemoterápicos dispensam ao sangue transfundido e mesmo os Serviços de saúde na indicação de transfusões (LEVI, LEVI e WENDEL, 2001; MONTEIRO et al., 2001).

Os resultados obtidos nesta investigação permitem concluir que, homens e mulheres, jovens, em sua maioria heterossexuais, igualmente buscam o CTA de Belém para realização do teste anti-VIH. Cerca de metade dos casos pertence a famílias com baixa renda e estes referiram apenas um parceiro sexual nos últimos seis meses anteriores à entrevista. Apesar desta última característica presente na população de estudo, no entanto, cerca de dois terços não praticam relações sexuais seguras, uma vez que, fazem uso irregular de preservativos; esta prática insegura, ou seja, a relação sexual de risco é o principal motivo para a procura pelo CTA. Provavelmente, seja este comportamento um fator a contribuir para o encontro de taxas expressivas de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana na população investigada.

Os CTAs, através do aconselhamento aliado à testagem anti-VIH, contribuem como um dos alicerces no controle da epidemia, razão pela qual se faz necessária sua ampla divulgação, assim como maiores investimentos estruturais e humanos nestes serviços, garantindo aos cidadãos os direitos à informação de práticas preventivas às DSTs, com ênfase em sida.



7 CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos e os resultados encontrados, o presente estudo permitiu as seguintes conclusões:

7.1 Entre os participantes, 47,1% eram do sexo masculino; a faixa etária predominante foi de 21 a 30 anos, com 39,8% dos participantes; 94,1 % residiam em Belém e 64,8% cursavam o ensino médio ou superior; 44,5 % encontravam-se empregados e 52,3% afirmaram ter renda familiar entre 2 e 5 salários mínimos.

7.2 Em 78,4% dos participantes, a relação sexual de risco foi o principal motivo para a realização da sorologia anti-VIH no CTA.

7.3 Entre os antecedentes de comportamento de risco, 49,1 % declararam ter somente um parceiro sexual nos últimos seis meses anteriores à entrevista e 66,7% faziam uso irregular do preservativo. Informaram ter tatuagem 88,2% dos participantes e o uso de droga ilícita endovenosa foi referido por apenas 1,3 %.

7.4 A exposição exclusivamente heterossexual foi a categoria na qual se incluíram 67,9% dos participantes;

7.5 A freqüência de soropositividade para o anti-VIH encontrada na população de estudo foi de 4,6%.



REFERÊNCIAS

ACHKAR, S. Aconselhamento e prevenção – alcances e limites. In: SZAPIRO, A. M. **Centro de Testagem e Aconselhamento:** integrando prevenção e assistência. Coleção DST/Aids. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, n. 8., p. 26-37. Brasília-DF: 2004.

ALMEIDA, M. R. C. B.; EVANGELISTA, M. C. F.; FERREIRA, M. H. a inserção do SI-CTA no processo de trabalho de um CTA – resgate. In: SZAPIRO, A. M. **Centro de Testagem e Aconselhamento:** integrando prevenção e assistência. Coleção DST/Aids. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, n. 8., p.68-73. Brasília-DF: 2004.

ALTFELD, M.; WALKER, B. D. Acute HIV-1. Infection. In: KAMPS, B. S.; HOFFMANN C.; ROCKSTROH J. K. **HIV Medicine 2006.** 2ª ed. Paris: Flying Publisher, 2006. p. 33-37.

ANTUNES, M. C. et al. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública.** v. 36 n. 4. São Paulo, ago/2002.

ARAÚJO, M. A.; BUCHER, J. S. N. F.; BELLO, P. Y. Eficácia do Aconselhamento para Doenças Sexualmente Transmissíveis em unidades de referência a Cidade de Fortaleza, CE, Brasil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** v. 16 n. 1 p. 31-37. Rio de Janeiro, 2004.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. **Sexualidade pelo Avesso:** Direitos, Identidades e Poder. São Paulo: Editora 34/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999 p. 49-72.

AZEVEDO, K. M. L. Transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana - como reduzir o risco. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.13, n. 6, p. 50. Rio de Janeiro, 2001.

BARROS, S. R., SILVA, S. M. CTA contextualizando sua história. In: SZAPIRO, A. M. **Centro de Testagem e Aconselhamento:** integrando prevenção e assistência. Coleção DST/Aids. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, n. 8., p.19-25. Brasília-DF: 2004.

BASSICHETTO et al., Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da rede Municipal de São Paulo, com sorologia positiva para HIV. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 7 n. 3. São Paulo, 2004.

BASTOS, F. I.; SZWARCWALD,C. L. SIDA e pauperização: Principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 16 supl. 1. Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico Aids**, v.15, n. 1, 2002, 59 p. Disponível em: < http://www.aids.gov.br >. Acesso em: 11 de junho de 2004.(b).

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Prevenção. **Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA**. Disponível em: < http://www.aids.gov.br >. Acesso em: 05 de abril de 2005(c).

_____. Ministério da Saúde. Lei 8.080, 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, **Diário oficial da União,** 19 de setembro de 1990. Seção 3, edição n. 12.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 9.313, 13/11/1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília, **Diário oficial da União,** 13 de novembro de 1996. Seção 1, edição número 15.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 112, 29 de janeiro de 2004. Dispõe sobre a implantação, no âmbito de Hemorrede Nacional, da realização dos testes de amplificação e de detecção de ácidos nucléicos (NAT), para HIV e para HCV. Brasília, **Diário Oficial da União,** 30 de janeiro de 2004. Seção 1, p. 71-72. (c).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 59, 28 de janeiro de 2003. Dispõe sobre definição e normatização da sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids, implantação de

um programa de controle da qualidade analítica do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, padronização de um conjunto de procedimentos seqüenciados para detecção de anticorpos anti-HIV com o objetivo de realizar o diagnóstico laboratorial da infecção pelo VHI em indivíduos com idade acima de 02 (dois) anos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 30 de janeiro de 2003. Seção 1, edição número 22. (a).

_____. Ministério da Saúde. **Comportamento da população brasileira sexualmente ativa**. Brasília, DF. Programa Nacional de DST e Aids, 2003 (b). Disponível em: < http://www.aids.gov.br/final/ biblioteca/ibope_2003/ibope_2003htm>. Acesso em: 17 set. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST Aids. **Boletim Epidemiológico Aids**, Ano II - nº 1 - 01ª - 26ª semanas de 2005 - Semanas Epidemiológicas janeiro a junho de 2005. Disponível em: < http://www.aids.gov.br >. Acesso em: 12 de agosto de 2005.(b).

_____.Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação Sistema Único de Saúde – Legislação Federal. Portaria nº 236, de 02 de maio de 1985. Estabelece as diretrizes para o programa de controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, SIDA ou AIDS, no âmbito do território nacional; atribui à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, a coordenação do mesmo. Brasília, **Diário Oficial da União,** 06 de maio de 1985. Seção 1, p. 83.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde – Coordenação Nacional DST/AIDS. **Manual de Diretrizes dos Centros Testagem e Aconselhamento.** Brasília: MS, 2000 (a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde – Coordenação Nacional DST/AIDS. **Vigilância do HIV no Brasil Novas Diretrizes.** Brasília: MS: 2002 (a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** 6 ed. Brasília: MS, 2005. p. 129-152. (a). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Critérios de definição de casos de sida em adultos e crianças.** Brasília: MS, 2004. 54 p. (b).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica:** Sífilis em Gestantes/Sífilis Congênita/Infecção pelo HIV em Gestantes e Crianças Expostas. Brasília: MS, 2006 (a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano estratégico do Programa Nacional de DST/Aids 2004 – 2007**. Brasília: MS, 2004 (a).

_____.Ministério da Saúde. Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986. Dispõe sobre a inclusão dos casos confirmados da SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA - SIDA/AIDS e a SÍFILIS CONGÊNITA na relação de doenças de notificação compulsória do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Os casos confirmados de AIDS e Sífilis Congênita deverão ser obrigatoriamente notificados às autoridades sanitárias com observância das normas legais e regulamentares aprovadas. Brasília, **Diário Oficial da União,** 24 de dezembro de 1986. Seção 1, p. 198.

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

CASSANO, C. F.; MEDEIROS, L. A.; VALENTE, J. G. Classificação por ocupação dos casos de Aids no Brasil-1995. **Caderno de Saúde Pública.** n. 16 supl.1 p.53-64, Rio de Janeiro, 2000.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. **HIV counseling and testing at CDC** -supported sites - United States, 1999-2004. Disponível em <http: //www.cdc.gov/hiv/topics/testing/reports.htm>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2006.

DISCACCIATI, J. A. C.; NEVES, A. D. e PORDEUS, I. A. Aids e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo.** v. 13 n. 1. São Paulo: jan/mar, 1999.

DOMINGUES, R. C. Notas sobre os aspectos psicossociais do diagnóstico anti-HIV: uma reflexão sobre as possibilidades de prevenção e assistência a partir da prática do aconselhamento. In: SZAPIRO, A. M. **Centro de Testagem e Aconselhamento:** integrando prevenção e assistência. Coleção DST/Aids. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, n. 8., p.74-90. Brasília-DF: 2004.

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Revista Saúde Pública.** supl. 40. São Paulo, 2006.

FAUCI, A. S. et al. Immunopathogenic mechanisms in human immunodeficiendy virus (HIV) infection. **Annals of Internal Medicine**. v. 114 n 8 p. 678 - 693. Philadelphia, EUA, 1991.

FERRREIRA, M. P. S. et al. O CTA São Francisco – um olhar a partir da assessoria de DST/Aids da SES – RJ. In: SZAPIRO, A. M. **Centro de Testagem e Aconselhamento:** integrando prevenção e assistência. Coleção DST/Aids. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, n. 8., p.43-55. Brasília-DF: 2004.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos Saúde Pública**, v. 15 supl. 2, p. 121-131. Rio de Janeiro, 1999.

FINKLER, L. **HIV/AIDS e relacionamentos conjugais**. 2003. 115 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2003.

GIANVECCHIO, R. P. e GOLDBERG, T. B. L. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 21 n. 2 p. 581-588. Rio de Janeiro: mar/abr, 2005.

GRIEP, R. H. et al. Perfil de usuários de um centro de testagem e aconselhamento a partir de dados do SI-CTA. In: SZAPIRO, A. M. **Centro de Testagem e Aconselhamento:** integrando prevenção e assistência. Coleção DST/Aids. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, n. 8., p.56-67. Brasília-DF: 2004.

GRIMBERG, M. Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género. **Horizontes Antropológicos.** v. 8 n. 17. Porto Alegre: jun/2002.

GUERRA, M. A. T., RIBEIRO, A. F., VERAS, M. A. S. M, Aids. In: VERONESI, R, FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p.88-95.

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C. M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública.** v. 36 n.4. São Paulo, agos/2002.

HOFFMANN, C.; MULCAHY, F. ART 2006. In: KAMPS, B. S.; HOFFMANN C.; ROCKSTROH J. K. **HIV Medicine 2006.** 2ª ed. Paris: Flying Publisher, 2006. p. 61-88.

KAMPS, B. S.; HOFFMANN C. Introduction. In: KAMPS, B. S.; HOFFMANN C.; ROCKSTROH J. K. **HIV Medicine 2006.** 2ª ed. Paris: Flying Publisher, 2006. p. 23-29.

KUSANO, M. S. E. et al. Centro de Testagem e Aconselhamento de Brasília (CTA-DF): análise da capacidade de atendimento da demanda vulnerável no Distrito Federal. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** v. 1 n. 15, p. 47-52. Rio de Janeiro, 2003.

LEVI, G. L.; LEVI, J. E.; WENDEL, S. Sida, transfusão de sangue e hemoderivados: passado, presente e perspectives para o futuro. **Jornal Brasileiro de Aids,** v. 2, n. 4, p. 29–31, out./nov./dez. 2001.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTERS, T. W. **Aids in the World:** a global report. Cambridg, Masssachussets: Harvard University Press, 1992, p. 580 **apud** RUA, M. G.; ABRAMOVAY, M. **Avaliação das ações de prevenção às DST/AIDS e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, Grupo Temático UNAIDS, UNDCP, 2001, p. 39-50.

MINAYO, M. C. S. et al. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** v. 15 n. 2, p. 355-367, Rio de Janeiro, abr/jun 1999.

MONTEIRO, M. R. C., PASSOS, A. D. C., FIGUEIREDO, J. F. C. Marcadores sorológicos da hepatite B em usuários de um Centro de Testagem para o HIV**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 34, n. 1, p. 53-59, Uberaba, jan./fev. 2001

MORGADO, M.G.; GUIMARÃES, M.L.; GALVÃO-CASTRO, B. HIV-1 Polymorphism: a challeng for vaccine development – A review. **Instituto Oswaldo Cruz,** Rio de Janeiro, v. 97, n. 2, p. 143-150, march 2002.

NADLER, J. Aids: etiopatogenia. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia,** 2 ed, São Paulo: Atheneu, 2002, cap. 81. p. 83-86.

NASCIMENTO, A. M. G.; BARBOSA, C. S. e MEDRADO, B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.** v. 5 n. 1 p. 77-86. Recife: jan/mar, 2005.

NATALINI, G. Princípios Básicos do SUS. In: **SUS:** O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**.** v.1. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

OKIE, S. **FIGHTING HIV -** Lessons from Brazil. New England Journal of Medicine (11 de maio de 2006). Disponível em: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/354/19/1977>. Acesso em: 06 de junho de 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **HIV e AIDS nas Américas:** uma epidemia multifacetada. Coleção Melhores Práticas (UNAIDS), 2001.

PAIVA, V.; PERES, C e BLESSA, C. Jovens e Adolescentes em tempos de Aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Revista de Psicologia da Saúde.** v. 13 n. 1. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo_ IPUSP, 2002.

PARÁ. Governo do Estado. Secretaria Especial de Estado de Proteção Social. Secretaria Executiva de Saúde Pública. Coordenação Estadual de DST-AIDS. Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis – SINAN. **Freqüência de casos de AIDS por sexo segundo o município de residência,** Belém, 2005. (dados não publicados).

_____. Governo do Estado. Secretaria Especial de Estado de Proteção Social. Secretaria Executiva de Saúde Pública. Coordenação Estadual de DST-SIDA Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis – SINAN. **Números de casos de AIDS por ano de diagnóstico segundo o sexo.** PA, 1985-2005. (dados não publicados).

PARKER, R.; CAMARGO, K. R. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 16. Supl. 1. Rio de Janeiro, 2000.

PASSARELLI, C. A. F. O SUS e a prevenção à sida: limites e possibilidades. In: SZAPIRO, A. M. **Centro de Testagem e Aconselhamento:** integrando prevenção e assistência**.** Coleção DST/Aids. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, n. 8., p. 19-25. Brasília-DF: 2004.

PECHANSKY, F. Modelo teórico de exposição a risco para transmissão do vírus HIV em usuários de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** n. 45 p. 23-39, São Paulo, 2001.

PECHANSKY, F. et al. Uso de substâncias, situações de risco e soroprevalência em indivíduos que buscam testagem gratuita para HIV em Porto Alegre, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica.** v. 18 n.4. Washington oct./nov, 2005a.

_____. Preditores de soropositividade para HIV em indivíduos não abusadores de drogas que buscam centros de testagem e aconselhamento de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 21 n. 1. p. 266-274. Rio de Janeiro jan/fev, 2005b.

PEREIRA, J. M., DE PAULA, M. T., DUARTE JÚNIOR, J. Implantação do Laboratório do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA-Belém) para Diagnóstico do HIV no Município de Belém. **In: Prêmio "Dr. Edmundo Gallo" –** Produzindo Conhecimento e Conhecedores**.** 2ª ed. Belém: SMS, 2004.

PRAÇA, N. S. et al. Fatores associados à percepção de risco de infecção pelo HIV por puérperas internadas. **Revista de Saúde Pública.** v. 37 n. 5. São Paulo, out. 2003.

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA - ONUSIDA. **Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006**: edición especial con motivo del 10º aniversario del ONUSIDA .Ginebra: Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA-ONUSIDA, 2006.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS.** 6 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000, 198 p.

RIOS, L. F. Juvenilização do HIV/AIDS por via sexual. **Boletim da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA**. n. 49. Rio de Janeiro, jul/set, 2003.

RIOS, L. F. et al. Rumo à adultez : oportunidades e barreiras para s saúde sexual dos jovens brasileiros. **Cadernos Centro de Estudos Educação e Sociedade - CEDES.** v. 22 n. 57 p. 45-61. Campinas, ago, 2002.

ROSSIM, I. R. et al. Perfil clínico-epidemiológico de indivíduos idosos com Aids atendidos em um Hospital Universitário de Ribeirão Preto, Brasil. **Jornal Brasileiro de Aids.** v. 2 n. 3 p. 13-18. São Paulo, jul/ago/set, 2001.

ROYCE, R.A et al. Sexual transmission of HIV. **The New England Journal of Medicine.** v. 336 n. 15. Disponível em: <www.nejm.org>. Acesso em: 06 de junho de 2006.

RUA, M.G., ABRAMOVAY, M. A Política e o Programa Brasileiro de DST/Sida. In: **Avaliação das Ações de Prevenção as DST/Aids e Uso Indevido de Drogas nas Escolas de Ensino Fundamental e Médio em Capitais Brasileiras.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, Grupo temático UNAIDS, UNDCP, 2001.

RUBBERT, A.; BEHRENS, G.; OSTROWSKI, M. Pathogenesis of HIV-1 Infection. In: KAMPS, B. S.; HOFFMANN C.; ROCKSTROH J. K. **HIV Medicine 2006.** 2ª ed. Paris: Flying Publisher, 2006. p. 61-88.

SANCHES, K. R. B. A **Aids e as mulheres jovens**: uma questão de vulnerabilidade. 1999. 153 p. Dissertação (Tese de Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

SANTOS, F. P.; MACHADO, A. A. Pesquisa em AIDS: dificuldade de adesão pelos indivíduos soronegativos. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** v. 13 n. 5, p. 43-45, 2001.

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

SERRA, J. As Duas Reformas da Saúde. In: **SUS:** O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. v.1. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

SESPA. Secretaria Executiva de Saúde do Estado do Pará. Coordenação Estadual de DST/AIDS-PA. **DST/AIDS.** Disponível em: < http://portal.sespa.pa.gov.br >. Acesso em: 24 de outubro de 2006.

SILVEIRA, M. F. et al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Revista de Saúde Pública**. v. 36 n. 6 p. 670-677. São Paulo, 2002.

SOUSA, P. O. et al. Implantar ações de prevenção e assistência às DST/AIDS na rede de atenção básica - Desafio possível. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST.** ano II n. 1 01ª - 26ª de 2005 - semanas epidemiológicas. Ministério da Saúde: jan-jun, 2005.

SZAPIRO, A. M. O outro da prevenção. In: SZAPIRO, A. M. **Centro de Testagem e Aconselhamento:** integrando prevenção e assistência. Coleção DST/Aids. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, n. 8 p. 39-42. Brasília-DF: 2004.

SZWARCWALD, C.L. et al. Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferencias sócio - econômicos. **Caderno de Saúde Pública.** v. 16 supl. 1 p. 113-128. Rio de Janeiro, 2000.

TRINDADE, M. P. **Comportamento sexual das mulheres em relação ao HIV/AIDS.** 2000. 181 p. Dissertação (Mestrado em Sexologia) – Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2000.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, H. S. Aids: um desafio para a saúde coletiva. In: SZAPIRO, A. M. **Centro de Testagem e Aconselhamento:** integrando prevenção e assistência. Coleção DST/Aids. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, n. 8., p. 39-42. Brasília-DF: 2004.

VOCKS-HAUCK, M. Pregnancy and HIV: therapy for mothers and prevention for neonates. In: KAMPS, B. S.; HOFFMANN C.; ROCKSTROH J. K. **HIV Medicine 2006.** 2ª ed. Paris: Flying Publisher, 2006. p. 357-374.

WALKER, B. D. Imunologia relacionada à AIDS. In: GOLDMAN, L.; BENNET, J. C. **Tratado de Medicina Interna,** 21 ed., Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2001, parte XXIII, cap. 407, p. 2107-2112.



APÊNDICES

APÊNCICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. **Título da Pesquisa: "**Perfil de usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento, Belém-PA".
2. **Justificativa:** A epidemia devastadora da sida (síndrome da imunodeficiência adquirida) exibe altas taxas de mortalidade e morbidade e esta doença representa uma manifestação tardia da infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana), cujos modos preferenciais de transmissão são as vias sexual, sanguínea e vertical (na qual a mãe infectada transmite o vírus para o concepto). A prática de relação sexual sem proteção (sem o uso de preservativo), as transfusões sanguíneas, o uso de drogas injetáveis (com o compartilhamento de seringas), assim como ter sido gerado por mãe portadora de HIV ou doente de sida, representam condições que concorrem para deixar os indivíduos mais vulneráveis à infecção pelo HIV. Nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) é oferecido, tanto o teste sorológico anti-HIV, como palestras educativas a respeito da doença. É por esses motivos o interesse em se estudar o perfil de um grupo de usuários do CTA-Belém, Pará, pois os conhecimentos sobre este assunto permitirão melhores abordagens educacionais, por parte dos serviços públicos de saúde no combate à expansão desta epidemia.
3. **Objetivos:** o presente estudo tem por objetivo investigar os aspectos sócio-econômicos e demográficos, assim como, avaliar as categorias de exposição da população e determinar a soroprevalência do HIV na população de estudo.
4. **Procedimentos:** Os participantes da pesquisa responderão a um questionário padrão.
5. **Riscos envolvidos:** A pesquisa não apresenta riscos.
6. **Benefícios da pesquisa:** O CTA- Belém receberá os resultados da pesquisa, os quais serão úteis para o melhor conhecimento do perfil de seus usuários.
7. **Liberdade de escolha:** O indivíduo investigado tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa
8. **Garantia de sigilo:** Será assegurado sigilo quanto aos dados confidenciais fornecidos pelo participante.
9. **Consentimento:**

   Eu, _____,
   declaro ter sido esclarecido sobre as informações citadas acima a respeito desta pesquisa, assim como autorizo a utilização e divulgação das questões respondidas por mim às autoras do projeto, embora exija sigilo quanto a minha identidade.

Belém, ____/___/___

_____
(assinatura do participante)

_____
(assinatura do pesquisador)

Endereço: _____

Telefone: _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

3. **Título da Pesquisa: "**Perfil de usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento, Belém-PA".
4. **Justificativa:** A epidemia devastadora da sida (síndrome da imunodeficiência adquirida) exibe altas taxas de mortalidade e morbidade e esta doença representa uma manifestação tardia da infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana), cujos modos preferenciais de transmissão são as vias sexual, sanguínea e vertical (na qual a mãe infectada transmite o vírus para o concepto). A prática de relação sexual sem proteção (sem o uso de preservativo), as transfusões sanguíneas, o uso de drogas injetáveis (com o compartilhamento de seringas), assim como ter sido gerado por mãe portadora de HIV ou doente de sida, representam condições que concorrem para deixar os indivíduos mais vulneráveis à infecção pelo HIV. Nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) é oferecido, tanto o teste sorológico anti-HIV, como palestras educativas a respeito da doença. É por esses motivos o interesse em se estudar o perfil de um grupo de usuários do CTA-Belém, Pará, pois os conhecimentos sobre este assunto permitirão melhores abordagens educacionais, por parte dos serviços públicos de saúde no combate à expansão desta epidemia.
10. **Objetivos:** o presente estudo tem por objetivo investigar os aspectos sócio-econômicos e demográficos, assim como, avaliar as categorias de exposição da população e determinar a soroprevalência do HIV na população de estudo.
11. **Procedimentos:** Os participantes da pesquisa responderão a um questionário padrão.
12. **Riscos envolvidos:** A pesquisa não apresenta riscos.
13. **Benefícios da pesquisa:** O CTA- Belém receberá os resultados da pesquisa, os quais serão úteis para o melhor conhecimento do perfil de seus usuários.
14. **Liberdade de escolha:** O indivíduo investigado tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa
15. **Garantia de sigilo:** Será assegurado sigilo quanto aos dados confidenciais fornecidos pelo participante.
16. **Consentimento:**

Eu,_____ ,
responsável pelo menor_____,
declaro ter sido esclarecido sobre as informações citadas acima a respeito desta pesquisa, assim como autorizo a utilização e divulgação das questões respondidas pelo menor às autores do projeto, embora exija sigilo quanto a identidade do mesmo.

Belém, ____/___/___

_____
(assinatura do responsável legal)

_____
(assinatura do pesquisador)

Endereço: _____
Telefone: _____

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO

"Perfil de usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento, Belém-PA".

Data da entrevista: ___/___/___ SENHA NO CTA (se usou):_____

I-**IDENTIFICAÇÃO:**

1. *Registro Nº:* _____
2. *Nome*: _____
3. *Endereço* (opcional): _____
   Bairro:_____ *Cidade*: _____*UF*: _____
4. *Data e nascimento*: ____/___/___
5. *Idade*: _____
6. *Sexo*: _____ a) Masculino b) Feminino
7. *Situação conjugal*:
   a) Com companheiro b) Sem companheiro c) Viúvo d) Outros e) Não informado
8. *Escolaridade*:
   a) Nenhuma b) Nível fundamental c) Nível médio d)Nível superior
9. *Município de nascimento*: _____
10. *UF do município de nascimento*: _____
11. *Situação Ocupacional*:
    a) Empregado b) Desempregado c) Estudante d) Aposentado ou em benefício e) Dona de casa f) Outros
12. *Domicílio*:
    a) Próprio b) Alugado c) Cedido d) Outros
13. *Renda familiar(em salários mínimos)*:
    a) Sem renda b) ≤ 1 c) 1 a 2 c)2 a 5 d)5 a 10 e) 10 a 20 f) > 20 g)Ignorado
14. *Bens duráveis/ serviços prestados no domicílio*:

□ Geladeira □ TV a cores □ Aparelho de som □ Videocassete / DVD
□ Telefone fixo □ Telefone móvel □ Microondas □ Lavadora de roupa
□ Computador □ Automóvel □ TV por assinatura □ Banheiro privativo
□ Freezer □ Empregada mensalista

II-**ANTECEDENTES**

1. *Como o entrevistado soube da existência do CTA*:
   a) Informativo do CTA b)Amigos /clientela do CTA c) Jornais/ rádio/ televisão
   d) Banco de sangue e) Serviço ou profissional de saúde f) Serviço de informação telefônica
   g) Outros h) Não informado
2. *Como foi feito o encaminhamento ao CTA*:
   a)Espontâneo (ou voluntário) b)Encaminhamento de serviço de saúde
   c)Encaminhamento do banco de sangue d)Encaminhamento de clínica de recuperação
   e) Outro: _____
3. *É a primeira vez que realiza o teste anti-HIV?*
   a) sim b) não c) não sabe
4. *Primeiro teste no CTA*:
   a) Sim b) Não
5. *Motivo de repetição da sorologia anti-HIV (no caso de não ser o 1º teste)*:
   a) Nova exposição à situação de risco b)Exame inconclusivo c)Desejo pessoal d)Outro

6. *Comportamento de risco que determinou a procura pelo status sorológico para HIV:*
   a) Relação sexual de risco f) Pequena cirurgia

b) Transfusão de sangue ou hemoderivados
c) Compartilhamento de seringas entre UDI
d) Situação de risco no exercício profissional/Acidente de trabalho
e) Transmissão vertical
g) Cirurgia
h) Tratamento dentário
i) Tatuagem
j) Acupuntura
l) Outro

7. *Categoria de exposição :*
   a) Via sexual:
      □ Homossexual
      □ Heterossexual
      □ Bissexual
   b) Via sanguínea:
      □ UDI
      □ Hemofílico ou politransfundidos
      □ Manipulação do fluido sanguíneo
   c) Via perinatal
   d) Acidente de trabalho
   e) Desconhecido
8. *Número de parceiros sexuais nos últimos 6 meses anteriores à entrevista*:
   a) Nenhum b) 01 c) 02 a 04 d) 05 a 10 e) Acima de 10 f) Não se aplica
9. *Uso de preservativos (masculina ou feminina) nas relações sexuais:*
   a) Sempre
   b) Nunca
   c) Às vezes
   d) Não se aplica
   e) Não informado
10. *Antecedente de transfusão sanguínea:*
   a)Sim, ano: _____ b) Não c) Desconhecido
11. *Uso passado ou atual de drogas injetáveis ilícitas(DII):*
   a) Sim b) Não
12. C*ompartilhamento passado ou atual de seringas no uso de DII:*
   a) Sim b) Não c) Desconhecido
13. *Sintomas relacionados a HIV/sida:*
   a) Sim b) Não c) Desconhecido
14. *Antecedente de pequena cirurgia:*
   a) Sim b) Não
15. *Antecedente de cirurgia:*
   a) Sim b) Não
16. *Antecedente de tratamento dentário:*
   a) Sim b) Não
17. *Antecedente de acupuntura:*
   a) Sim b) Não
18. *Antecedente de tatuagem:*
   a) Sim b) Não
19. *Antecedentes de internação em Reformatório/Prisão /FEBEM*
   a) Sim b) Não
20. *Resultado da sorologia pelo Elisa anti-HIV*:
   1- Positivo 2- Negativo 3- Indeterminado

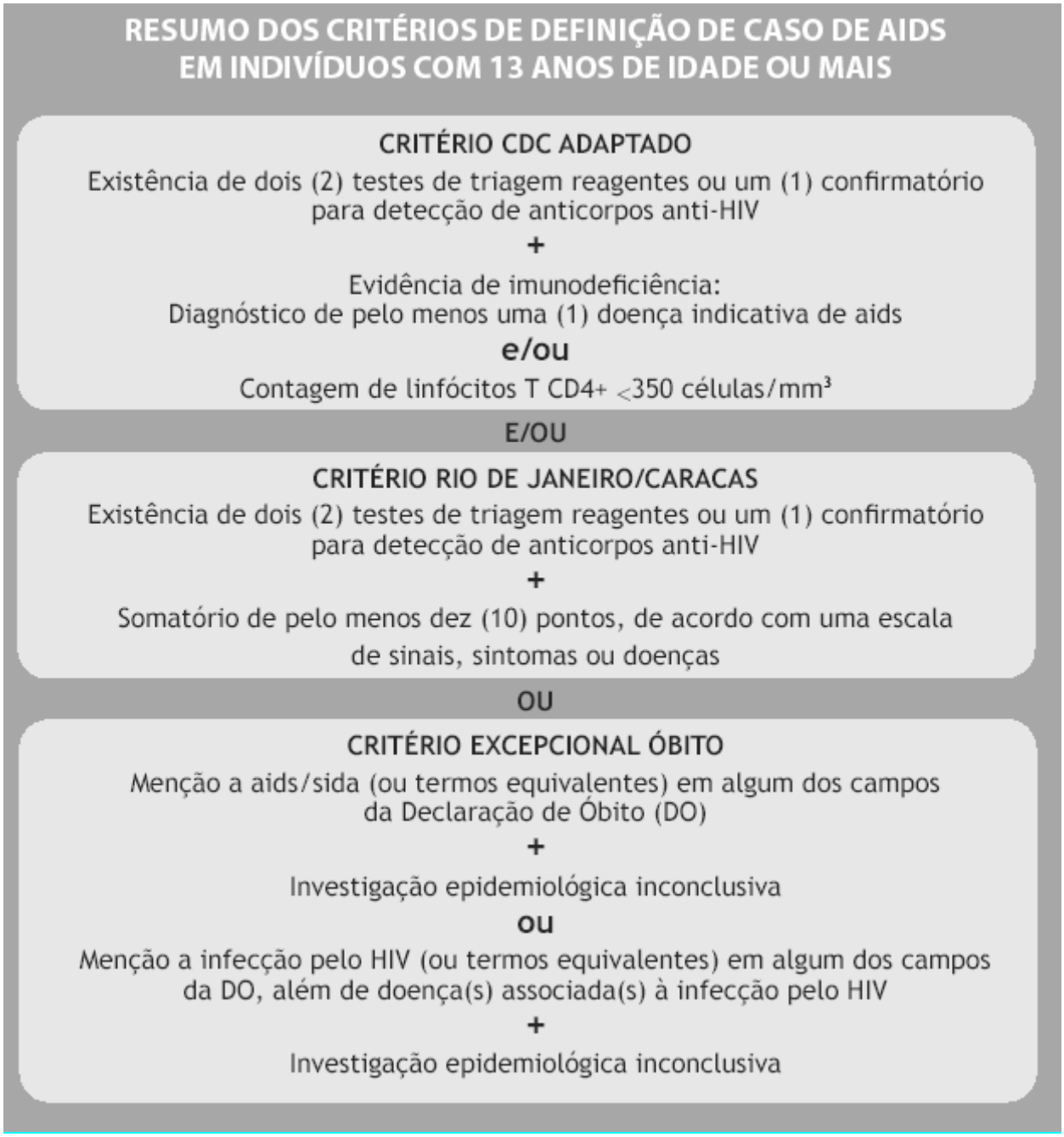


ANEXOS

ANEXO A

CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS
EM ADULTOS (TREZE ANOS DE IDADE OU MAIS)

No quadro-resumo abaixo, são apresentados os critérios adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil para definição de caso de aids em indivíduos com treze (13) anos de idade ou mais, para fins de vigilância epidemiológica:

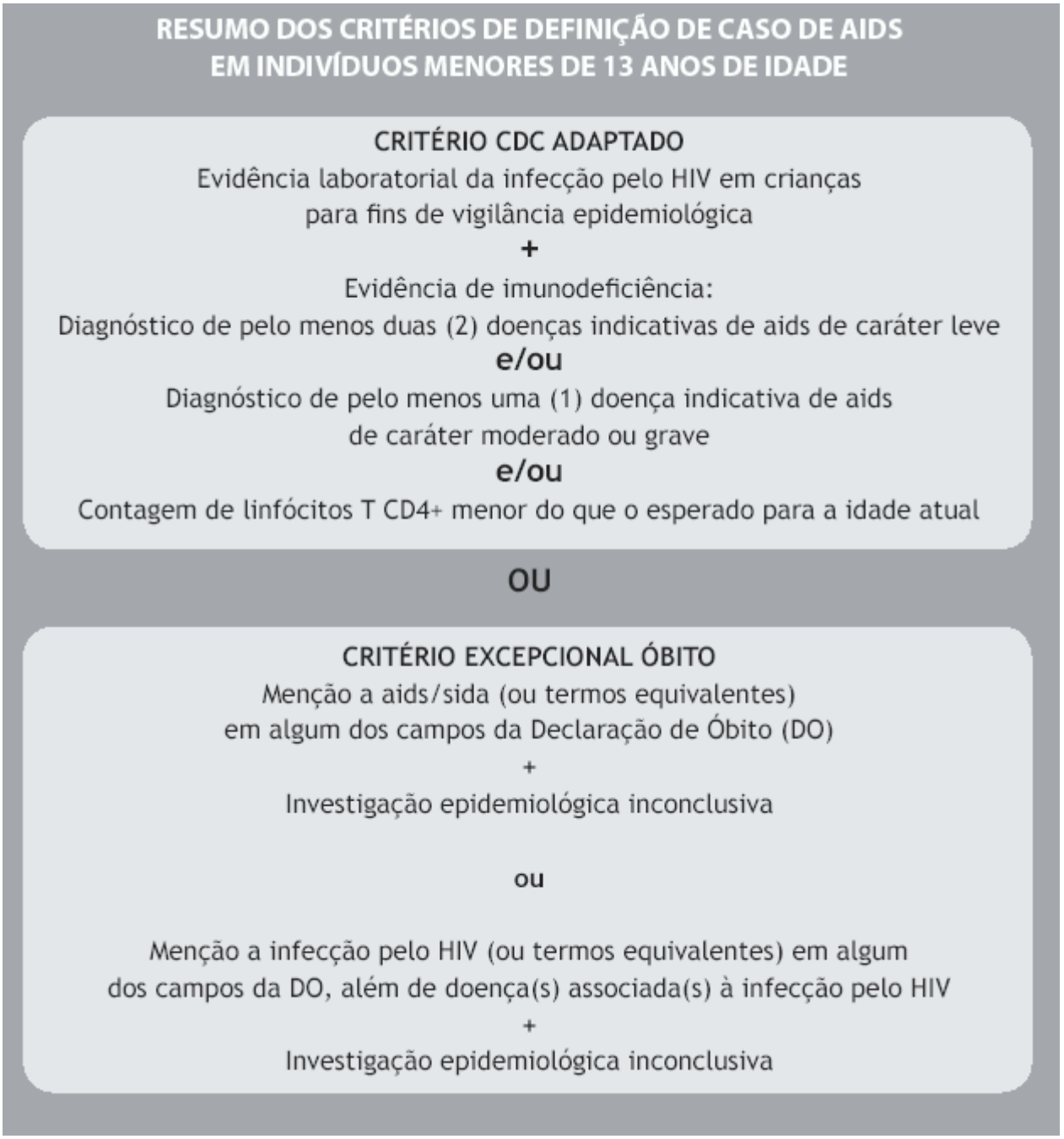


ANEXO B

CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS

EM CRIANÇAS (MENORES DE TREZE ANOS DE IDADE)

No quadro-resumo abaixo, são apresentados os critérios adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil para definição de caso de aids em indivíduos menores de treze (13) anos de idade, para fins de vigilância epidemiológica:



ANEXO C
CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS

Será considerado como caso de aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com treze (13) anos de idade ou mais que apresentar **evidência laboratorial da infecção pelo HIV** (dois testes de triagem de detecção de anticorpos anti-HIV ou um confirmatório reagente) e, além disso, um somatório de **pelo menos dez (10) pontos numa escala de sinais, sintomas ou doenças**, independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência.

SINAIS/SINTOMAS/DOENÇAS	**PONTOS**
Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia	2
Astenia	2
Caquexia	2
Dermatite persistente	2
Diarréia	2
Febre	2
Linfadenopatia	2
Tosse	2
Candidose oral ou Leucoplasia Pilosa	5
Disfunção do Sistema Nervoso Central	5
Herpes Zoster em indivíduo com até 60 anos de idade	5
Tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região	5
Outras formas de Tuberculose	10
Sarcoma de Kaposi	10

ANEXO D

CRITÉRIO CDC ADAPTADO

Será considerado como caso de aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV (dois testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV ou um confirmatório reagente) no qual seja diagnosticada imunodeficiência (pelo menos uma doença indicativa de aids e/ou contagem de linfócitos T $_{CD4+}$ abaixo de 350 células/ mm3), independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência.

Como evidência de imunodeficiência, faz-se necessária uma contagem de linfócitos T_{CD4+} menor do que 350 células/mm3 **e/ou** o diagnóstico de pelo menos uma das doenças indicativas de aids (listadas abaixo em ordem alfabética):

1. Câncer cervical invasivo;

2. Candidose de esôfago;

3. Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões;

4. Citomegalovirose em qualquer outro local que não sejam fígado, baço e linfonodos; como a retinite por citomegalovírus;

5. Criptococose extrapulmonar;

6. Criptosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês);

7. Herpes simples mucocutâneo, por um período superior a 1 mês;

8. Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não exclusivamente em pulmão ou linfonodos cervicais/hilares);

9. Isosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês);

10. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (vírus JC, um poliomavírus);

11. Linfoma não-Hodgkin de células B (fenótipo imunológico desconhecido) e outros linfomas dos seguintes tipos histológicos: Linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt) e Linfoma maligno imunoblástico sem outra especificação (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico, linfoma maligno de células grandes ou linfoma imunoblástico);

12. Linfoma primário do cérebro;

13. Pneumonia por *Pneumocystis carinii*;

14. Qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não sejam o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase);

15. Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite);

16. Sepse recorrente por bactérias do gênero *Salmonella* (não tifóide);

17. Toxoplasmose cerebral.

ANEXO E

CRITÉRIO EXCEPCIONAL DE ÓBITO EM INDIVÍDUOS COM TREZE (13 ANOS) OU MAIS DE IDADE

Será considerado como caso de aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com treze (13) anos de idade ou mais em cuja Declaração de Óbito (DO):

- Haja menção a aids/sida ou termos equivalentes (por exemplo, síndrome da imunodeficiência adquirida, imunodeficiência adquirida) em algum dos campos de preenchimento, e que, após investigação epidemiológica, não possa ser descartado ou enquadrado em nenhum dos critérios principais de definição de caso de aids vigentes (investigação epidemiológica inconclusiva)

OU;

- Haja menção à infecção pelo HIV ou termos equivalentes em algum dos campos de preenchimento, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV, e que, após investigação epidemiológica, não possa ser descartado ou enquadrado em nenhum dos critérios principais de definição de caso de aids vigentes (investigação epidemiológica inconclusiva).

ANEXO F

CRITÉRIO CDC ADAPTADO

EM MENORES DE TREZE (13) ANOS DE IDADE

Será considerado como caso de aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com menos de treze (13) anos de idade que apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV e alguma evidência de imunodeficiência.

Como evidência da infecção pelo HIV para fins de vigilância epidemiológica, são considerados testes de triagem para detecção de anticorpos: ELISA, EIA, MEIA e ensaio imunoenzimático por quimioluminiscência. São considerados testes confirmatórios: imunofluorescência indireta, imunoblot, *Western Blot*, teste de amplificação de ácidos nucléicos, PCR e NASBA.

Como evidência de imunodeficiência, faz-se necessária uma contagem de linfócitos T_{CD4+} menor do que o esperado para a idade **e/ou** o diagnóstico de pelo menos duas (2) doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de caráter leve ou uma (1) de caráter moderado/grave, em correspondência às Categorias da Classificação Clínica dos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).

São doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de ***caráter leve***:

1. Aumento crônico de parótida;

2. Dermatite persistente;

3. Esplenomegalia;

4. Hepatomegalia;

5. Linfadenopatia >= 0,5 cm em mais de dois sítios (bilateral = 1 sítio);

6. Infecções persistentes ou recorrentes de vias aéreas superiores (otite média ou sinusite).

São doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de ***caráter moderado***:

1. Anemia por mais de 30 dias;

2. Candidose oral resistente ao tratamento persistindo por mais de dois (2) meses em maiores de seis (6) meses de idade;

3. Diarréia recorrente ou crônica;

4. Febre persistente com duração superior a um (1) mês;

5. Gengivo-estomatite herpética recorrente com mais de dois episódios em um (1) ano;

6. Hepatite;

7. Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal antes de um mês de idade.

8. Herpes zoster, com pelo menos dois (2) episódios distintos ou mais de um dermátomo acometido;

9. Infecção por citomegalovírus iniciada antes de 1 mês de idade;

10. Leiomiossarcoma;

11. Linfopenia por mais de 30 dias;

12. Meningite bacteriana, pneumonia ou sepse (um único episódio);

13. Miocardiopatia;

14. Nefropatia;

15. Nocardiose;

16. Pneumonia linfóide intersticial;

17. Toxoplasmose iniciada antes de 1 mês de idade;

18. Trombocitopenia por mais de 30 dias;

19. Tuberculose pulmonar;

20. Varicela disseminada.

São doenças, sinais ou sintomas indicativos de aids de ***caráter grave***:

1. Candidose de esôfago;

2. Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão;

3. Citomegalovirose em qualquer outro local que não seja, fígado, baço ou linfonodos em maiores de um (1) mês de idade; como a retinite por citomegalovírus.

4. Criptococose extrapulmonar;

5. Criptosporidiose com diarréia persistindo por um período superior a um (1) mês;

6. Encefalopatia determinada pelo HIV;

7. Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrintestinal;

8. Herpes simples mucocutâneo, por um período superior a um (1) mês em crianças com mais de um (1) mês de idade;

9. Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não seja exclusivamente em pulmão ou linfonodos cervicais/hilares);

10. Infecções bacterianas graves, múltiplas ou recorrentes (pelo menos 2 episódios no intervalo de 2 anos, confirmados bacteriologicamente): sepse, pneumonia, meningite, osteoartrites, abscessos em órgãos internos (excluindo otite média, abscessos de pele e mucosas e infecções relacionadas com o uso de catéter);

11. Isosporidiose intestinal crônica, por um período superior a um (1) mês;

12. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (vírus JC, um poliomavírus);

13. Linfoma não-Hodgkin de células B (fenótipo imunológico desconhecido) e outros linfomas dos tipos histológicos, linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt) ou Linfoma maligno imunoblástico sem outra especificação (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico, linfoma maligno de células grandes ou linfoma imunoblástico);

14. Linfoma primário do cérebro;

15. Pneumonia por *Pneumocystis carinii*;

16. Qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase);

17. Sarcoma de Kaposi;

18. Sepse recorrente por bactérias do gênero Salmonella (não tifóide);

19. Síndrome de Emaciação (AIDS Wasting Syndrome)

20. Toxoplasmose cerebral em crianças com mais de um (1) mês de idade.

21. Tuberculose disseminada ou extrapulmonar.

ANEXO G

CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO

EM MENORES DE TREZE (13) ANOS DE IDADE

Será considerado como caso de aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com menos de treze (13) anos de idade em cuja Declaração de Óbito (DO):

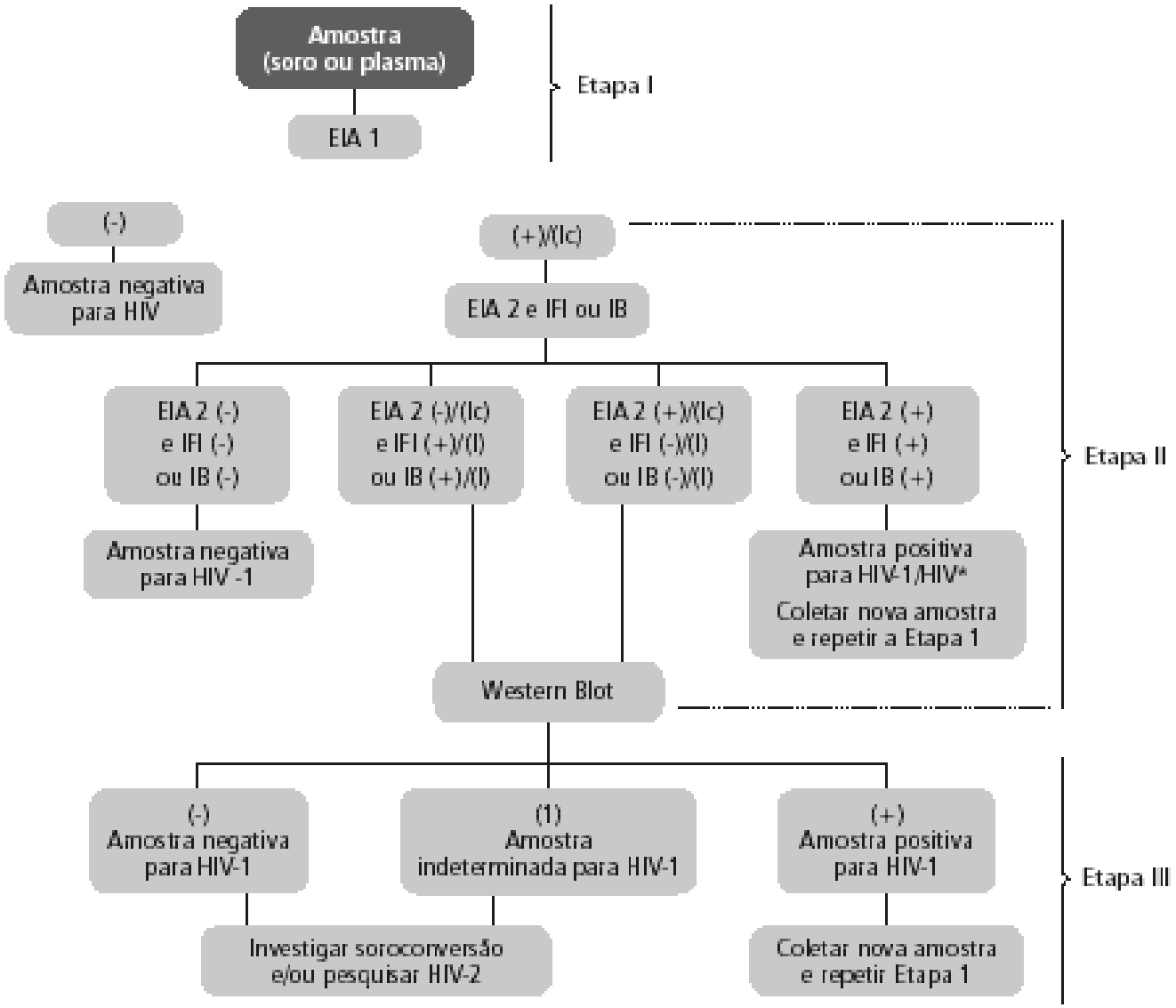
- Haja menção a aids/sida ou termos equivalentes (por exemplo, síndrome da imunodeficiência adquirida, imunodeficiência adquirida) em algum dos campos de preenchimento, e que após investigação epidemiológica não possa ser descartado ou enquadrado no critério CDC Adaptado (investigação epidemiológica inconclusiva).

OU

- Haja menção a infecção pelo HIV ou termos equivalentes em algum dos campos de preenchimento, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV, e que após investigação epidemiológica não possa ser descartado ou enquadrado no critério CDC Adaptado (investigação epidemiológica inconclusiva).

ANEXO H

"FLUXOGRAMA PARA A DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV EM INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE 2 ANOS"



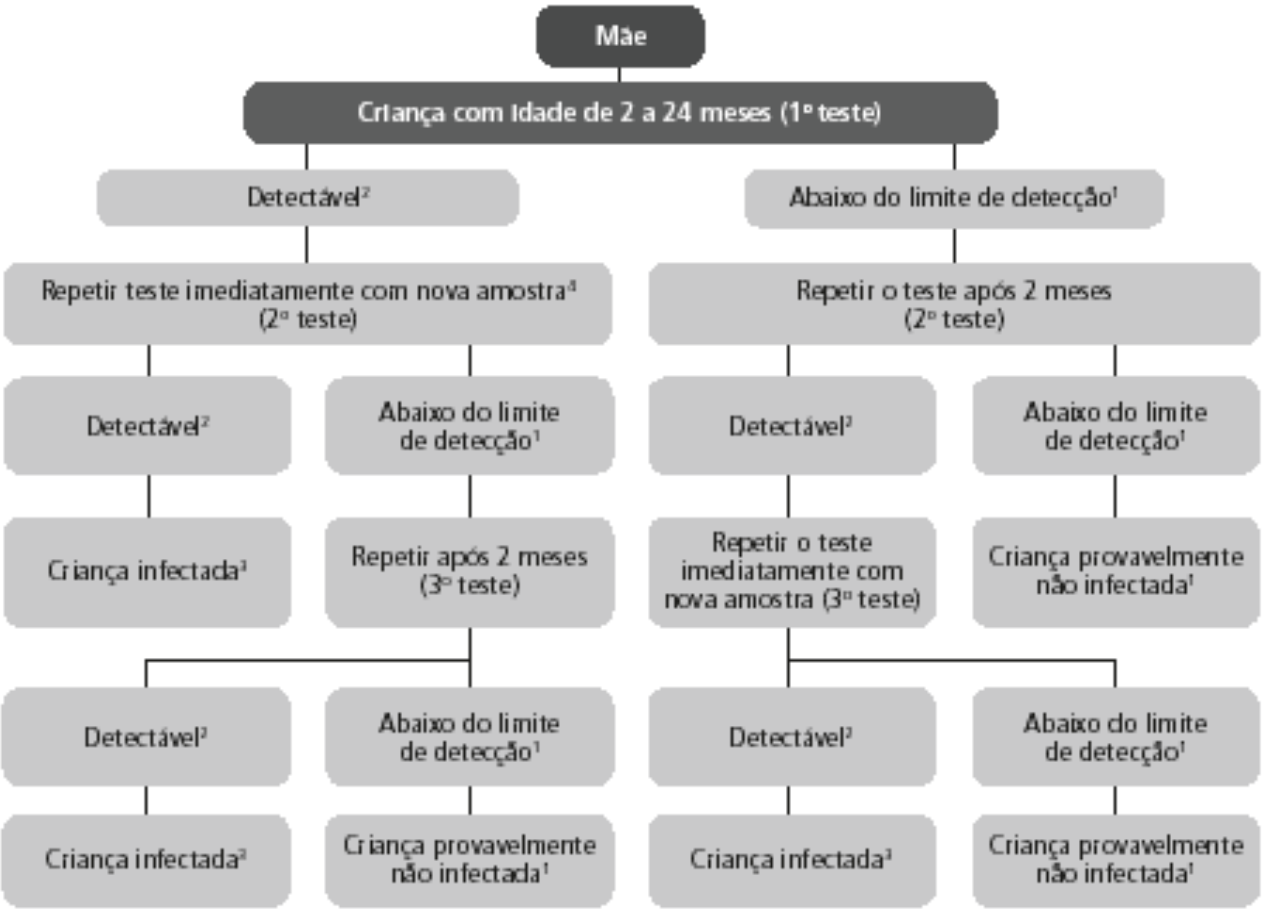
Legenda

EIA – Ensaio imunoenzimático
IFI – Imunofluorescência indireta
IB – imunoblot
Ic – Inconclusivo
I – Indeterminado
(-) Não-reagente
(+) Reagente

*De acordo com o ensaio realizado (IFI ou IB)

ANEXO I

"FLUXOGRAMA PARA UTILIZAÇÃO DE TESTES DE QUANTIFICAÇÃO DE RNA VISANDO A DETECÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV EM INDIVÍDUOS COM IDADE ENTRE 2 MESES E 18 ANOS, NASCIDOS DE MÃES INFECTADAS PELO HIV-2"



[1]Manter o acompanhamento clínico nas crianças consideradas como provavelmente não infectadas, de acordo com as recomendações estabelecidas, e fazer sorologia anti-HIV aos 18 meses de idade. Caso a criança tenha sido amamentada, o presente algoritmo deve ser iniciado 2 meses após a suspensão do aleitamento materno, visando minimizar a ocorrência de resultados falso-negativos.

[2]Este fluxograma foi elaborado para o uso de testes de detecção quantitativa de RNA e o resultado do exame deve expressar o valor de carga viral encontrado na amostra. Valores até 10 mil cópias/ml sugerem resultados falso-positivos, devendo ser cuidadosamente analisados dentro do contexto clínico, demandando nova determinação em um intervalo de quatro semanas.

[3]Avaliar a necessidade de tratamento considerando os parâmetros clínicos e laboratoriais, de acordo com as recomendações estabelecidas em seção específica do texto.

[4]Para garantir a qualidade dos procedimentos e considerando a possibilidade de contaminação e/ou troca de amostra, bem como a necessidade de confirmação do resultado obtido, recomenda-se a coleta de nova amostra e a priorização da repetição do teste no menor tempo possível.

ANEXO J
ENDEREÇOS DOS CENTROS DE TESTAGEM E

ACONSELHAMENTO DO ESTADO DO PARÁ

CTA de Abaetetuba
End: Rua Barão do Rio Branco 1641 – Centro anexo do prédio da SESPA CEP: 68440–000 – Fone: 8111.3420
CTA de Altamira
End: Trav. Paula Marques, 192 – Catedral CEP: 68371–080 – Fone: 3515.2297/ 3515.1280
CTA de Ananindeua
End: Unidade de Saúde da Cidade Nova VIII – WE 53 – S/Nº CEP: 67130330 – Fone: 3275.8688/ 3263.0876
CTA de Barcarena – (Hospital Municipal de Barcarena)
End: Pa/48 Quadra D 125 – nº 1572 /Vla dos Cabanos CEP: 68447-000 – Fone: 3754.1772/ 9146.4900
CTA de Belém – COAS
End: Trav. Padre Eutíquio, 555 – Campina CEP: 66023-710 – Fone: 3241.1207/ 3241-7207
CTA de Bragança
End: Dom Miguel Maria Giambelli S/N – Pedro Luiz CEP: 68000-600 – Fone: 3425.2199/ 3425.1545/ 9622.5721/ 9987.3922
CTA de Castanhal
End: Rua Senador Lemos, 358 – Centro CEP: 68745-010 – Fone: (91) 3721.4261 / 9619.8020
CTA de Itaituba
End: Av. Marechal Rondon, Tv. José Ribeiro dos Anjos s/n – Boa Esperança CEP: 68180-010 – Fone: (93) 3518.2002/ 3518.2100/ 3518.1659
CTA de Jacareacanga
End: Trav. Quintino Bocaiúva,Praça Sarges de Barros S/N próximo a prefeitura (setor de vigilância e saúde) Fone: 9121.9699/ 3755.1438
CTA de Marabá
End: Trav. Santa Terezinha S/N – Centro.CEP: 68500-440 – Fone: (94) 91364273/ 3321.2195/ 3324.4223.
CTA de Parauapebas
End: Unidade de Saúde da Cidade Nova VIII – WE 53 – S/N CEP: 67130330 – Fone: 3275.8688/ 3263.0876
CTA de Redenção
End: Av. Araguaia, 1.300 – Setor Alto Paraná CEP: 68550-000 – Fone: 3424.4082/ 3424.8082
CTA de Santarém
End: Av. Barão do Rio Branco, 860 – Santa Clara CEP: 68005-310 – Fone: 3789-0044/ 3523.1041
CTA de São Félix do Xingu
End: Av. Goiás, 1475 – Centro CEP: 66330-000 – Fone: (94) 3435.1578/ 3435.1579
CTA de Tucumã
End: Av. Brasil, S/N, Setor Murubi/ Secretaria Municipal de Saúde CEP: 68385-000 – Fone: (94) 3433-3025/ 3433-1507
CTA de Tucuruí
End: Rua Siqueira Campos, 118 – Mangal CEP: 68460-000 – Fone: 3787.0044/ 99634820.

ANEXO L

ENDEREÇO DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS
ESPECIALIZADOS, MUNICÍPIO DE BELÉM.

Unidade de Referência em Doenças Infecto-Parasitárias Especiais (URE DIPE)
Endereço: Passagem Izabel s/n Bairro: Telegrafo.
Telefone: 091-3244-45364
Unidade de Referência Especializada Materno-Infantil e Adolescente (UREMIA)
Endereço: Avenida Alcindo Cacela, n° 1.421 Bairro: Nazaré
Telefone: 3246-7176
CASA DIA
Endereço: Travessa Diogo Moia, nº 1.119 Bairro: Umarizal
Telefone: 3236-3155 / 3246-4025

ANEXO M

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –BELÉM

PARECER Nº 017/2004

O Comitê de Ética em Pesquisa – Belém, instituído pela Port. 19/2004 da SESMA de 05/02/2004 e aprovado pelo CONEP em 21/05/2004, usando dos direitos a ele conferido; e analisado aos autos do processo em questão, RESOLVE:

Que: Considerando a legislação vigente e seguindo orientações das portarias do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão de Ética do Ministério da Saúde, Resoluções referentes à ética na pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS nº 196/96; Res. CNS nº 251/97; Res. CNS nº 240/97; Res. CNS nº 292/99; Res. CNS nº 303 e 304/00) e, após análise dos membros deste Comitê referendado por reunião extraordinária, o projeto **"PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE BELÉM".** Apresentado pelas alunas Edivanja Lima de Aguiar, Ivana Marvão Monteiro, como proposta de Trabalho de Conclusão de Curso, preenche todos os requisitos necessários para que seja desenvolvido.

Assim sendo, este CEP- Belém reconhece a validade do trabalho e que sua metodologia tem suporte técnico, legal e ético, concordando, portanto, com a sua realização e autoriza o desenvolvimento do mesmo.

Sugerimos que após sua conclusão, o trabalho retorne a este CEP, em versão final, para apreciação e aprovação do trabalho concluído.

Belém- PA, 04 de outubro de 2004.

Nazaré Alencar
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

BELÉM PREFEITURA DA CIDADE CUIDAR PARTICIPAR MUDAR

Comitê de Ética em Pesquisa
Rua. Sen. Manoel Barata, nº 869,11º andar sala 1102
Tel.: (91) 241-9287/ 241-5426

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE