



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ- UFPA**  
**NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL- NMT**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS TROPICAIS- PPDT**

**RODOLFO GOMES DO NASCIMENTO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE TESTAGEM E  
ACONSELHAMENTO NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ COM SOROLOGIA  
POSITIVA PARA HIV**

**BELÉM**

**2011**

**RODOLFO GOMES DO NASCIMENTO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE TESTAGEM E  
ACONSELHAMENTO NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ COM SOROLOGIA  
POSITIVA PARA HIV**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Doenças Tropicais, Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais, Núcleo de Medicina Tropical, Universidade Federal do Pará.

Área de concentração: Patologia das Doenças Tropicais  
Orientadora: Rita Catarina Medeiros Sousa

**BELÉM**

**2011**

**RODOLFO GOMES DO NASCIMENTO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E COMPORTAMENTO DE RISCO DOS  
USUÁRIOS COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV DO CENTRO DE  
TESTAGEM E ACONSELHAMENTO NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Doenças Tropicais, Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais, Núcleo de Medicina Tropical, Universidade Federal do Pará.

Área de concentração: Patologia das Doenças Tropicais

Data de aprovação:

Conceito: \_\_\_\_\_

Banca examinadora:

\_\_\_\_\_ - Orientadora

Rita Catarina Medeiros Sousa  
Profª Drª Núcleo de Medicina Tropical  
Universidade Federal do Pará

\_\_\_\_\_ - 1º Membro

Luisa Caricio Martins  
Profª Drª Núcleo de Medicina Tropical  
Universidade Federal do Pará

\_\_\_\_\_ - 2º Membro

Denise da Silva Pinto  
Profª Drª da Faculdade de Fisioterapia/ Terapia Ocupacional - ICS  
Universidade Federal do Pará

\_\_\_\_\_ - 3º Membro

Juarez Antônio Simões Quaresma  
Prof. Dr. Núcleo de Medicina Tropical  
Universidade Federal do Pará

\_\_\_\_\_ - Suplente

Maisa Silva de Sousa  
Profª Drª Núcleo de Medicina Tropical  
Universidade Federal do Pará

## DEDICATÓRIA

**À Deus**, pelo dom da vida e por estar sempre me iluminando, protegendo e por ter me dado  
força nos momentos de dificuldade.

**Aos meus pais**, que em toda minha trajetória foi meu esteio. Pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida, pelo exemplo de dedicação, perseverança e superação e por me ensinar a viver superando as adversidades da vida.

**À minha irmã**, pelo incentivo e apoio moral.

**À toda minha família**, pela convivência, amizade e valorização do meu trabalho.

**Aos profissionais de saúde** que dedicam suas vidas à luta contra a Aids.

## AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Rita Catarina Medeiros Sousa pela orientação, apoio e confiança. Obrigado por acreditar na construção desta dissertação.

À Profª Drª Luisa Caricio Martins, ao Prof. Dr. Juarez Antônio Simões Quaresma, à Profª Drª Denise da Silva Pinto e à Profª Drª. por aceitarem o convite para participarem da banca examinadora. Obrigado pelos apontamentos e contribuições.

Aos docentes do Núcleo de Medicina Tropical pela oportunidade de aprender com eles os desafiadores caminhos da ciência.

Ao Programa de Pós-graduação em Doenças Tropicais pelo suporte e orientações durante o curso, especialmente à secretaria Socorro Cardoso.

Aos amigos da turma de mestrado em Doenças Tropicais de 2008, especialmente à Sylvia Aguiar pelo companheirismo, apoio e incentivo durante o curso.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, cujo apoio financeiro, mesmo que parcial, foi importante para o desenvolvimento da pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Belém – SESMA, por dar permissão a realização deste trabalho, especialmente à Comissão de Análise de Projeto de Pesquisa da SESMA – CAAP.

Aos funcionários do Centro de Testagem e Aconselhamento do município de Belém – CTA *Caydson Rodrigues*, por serem sempre prestativos e atenciosos na execução da pesquisa, em especial à Drª Mara Rocha e Drª Marizete pela confiança depositada no processo de obtenção de dados no serviço.

Enfim, agradeço a todos que participaram e contribuíram de alguma maneira na realização deste trabalho.

“Acabar com o mito da fatalidade da Aids é absolutamente necessário para que possamos mudar os comportamentos e as atitudes das pessoas e dos governos. A esperança não é um ato de irracionalidade, é uma esperança que anda de braços dados com a vida e a solidariedade. Viver sob o signo da morte não é viver. Se a morte é inelutável, o importante é saber viver, e para isso é importante reduzir o vírus da Aids à sua real dimensão: um desafio a ser vencido. É fundamental, portanto, reafirmar que esse vírus não é mortal. Mortais somos todos nós. Isso sim é o inelutável e faz parte da vida.”

**Hebert de Souza - Betinho**

“Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde. E por pensarem ansiosamente no futuro esquecem do presente de forma que acabam por não viver nem no presente nem no futuro. E vivem como se nunca fossem morrer... e morrem como se nunca tivessem vivido.”

**Dalai Lama**

## RESUMO

NASCIMENTO, R.G. **Perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Testagem e aconselhamento no município de Belém, Pará com sorologia positiva para HIV.** Dissertação de Mestrado (Mestrado em Doenças Tropicais – Patologia das Doenças Tropicais) – Núcleo de Medicina Tropical - Universidade Federal do Pará, Pará, 2011.

A pandemia pelo HIV e aids representam um fenômeno global, dinâmico e instável. Uma das principais conquistas alcançadas no controle da epidemia foi a criação e a expansão dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em várias regiões do país. Estes centros representam a porta de entrada do indivíduo infectado no sistema de saúde e constituem serviços especializados no diagnóstico, orientação sobre transmissão e prevenção do HIV. O objetivo geral da pesquisa foi descrever o perfil epidemiológico, assim como os comportamentos de risco dos usuários que foram atendidos no CTA-Belém, entre janeiro de 2008 e dezembro de 2010 com sorologia positiva para HIV. Para tal finalidade foi realizada uma busca ativa e sigilosa nos prontuários arquivados respeitando o anonimato dos usuários e todos os preceitos éticos que envolvem a manipulação das informações. Foram analisados os dados de 547 usuários soropositivos para HIV do CTA-Belém durante o período de estudo (prevalência de 6,09%). Os resultados da pesquisa esclareceram o perfil dos usuários soropositivos, que eram em maioria da população geral e não faziam parte de nenhum grupo mais vulnerável à infecção viral e procuraram o serviço por terem sido expostos à alguma situação de risco e encaminhados por outros serviços/profissionais de saúde. No que tange ao comportamento de risco, 98,5% relataram exposição sexual e os resultados alertam para o não uso de preservativos em relações sexuais fixas e eventuais, sendo os principais motivos para este comportamento a confiança no parceiro, a não disponibilidade de preservativo no momento da relação sexual e outros. Conclui-se que embora haja similaridades em relação à outros estudos desenvolvidos no país e com a atual tendência da epidemia de HIV/AIDS, existem peculiaridades em nossa região que merecem melhor direcionamento da intervenção preventiva por parte da saúde pública tais como disponibilização gratuita de preservativos e campanhas de orientação para o uso dos mesmos em relações estáveis, inclusive na população com maior escolaridade e situação profissional estável.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS; Aconselhamento, Testagem para o HIV; Comportamento de risco, testes sorológicos, vigilância epidemiológica.

## ABSTRACT

NASCIMENTO, R.G. **Epidemiological profile of the clientele in HIV Testing and Counseling Center in Belém, Pará with positive serology for HIV.** Dissertação de Mestrado (Mestrado em Doenças Tropicais – Patologia das Doenças Tropicais) – Núcleo de Medicina Tropical - Universidade Federal do Pará, Pará, 2011.

The pandemic of HIV and aids represent a global phenomenon, dynamic and unstable. One of the main achievements in controlling the epidemic was the creation and expansion of Counseling and Testing Centers (CTC) in several regions of the country. These centres represent the input port of the individual is infected in the health system and provide specialist services in diagnosis, guidance on HIV transmission and prevention. The overall objective of the survey was to describe the epidemiological profile, as well as the risk of users behaviors that were serviced in CTA-Belém, between January 2008 and December 2010 with positive serology for HIV. For this purpose was held an active pursuit and confidentially in medical records archived respecting the anonymity of users and all ethical precepts that involve the manipulation of information. Were analyzed the data of 547 users with HIV of CTA-Belém during the study period (prevalence 6,09%). The results of the survey clarified the profile of users with AIDS, who were in the majority of the general population and were not part of any group more vulnerable to viral infection and sought service have been exposed to some risk and forwarded by other services/health professionals. Regarding the risky behavior, 98.5% reported sexual exposure and results warn not to use condoms in sex with both fixed and with possible partners, being the main reasons for this behavior trust in partnerthe non-availability of condoms during sexual intercourse and others. It is concluded that although there are similarities in relation to other studies developed in the country and with the current trend of HIV/AIDS epidemic, there are peculiarities in our region who deserve better targeting of preventive intervention on the part of public health such as providing free condoms and guidance campaigns for use in stable relationships, including in the population with higher education and professional situation stable.

**Keywords:** HIV/AIDS; *Counseling, HIV testing; Risk Behavior; Serologic Tests; Epidemiological Surveillance.*

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2- JUSTIFICATIVA</b> .....	18
<b>3- OBJETIVOS</b> .....	20
3.1- OBJETIVO GERAL .....	20
3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
<b>4- REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
4.1- HIV/AIDS NO MUNDO E NO BRASIL.....	21
4.2- ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DO HIV/AIDS .	28
4.3- CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (COAS/CTA).....	33
4.4- PRINCIPAIS INDICADORES DA VIGILÂNCIA DO HIV/AIDS NOS CTA .....	39
4.5- COAS/CTA NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA.....	41
<b>5- CASUÍSTICA E MÉTODOS</b> .....	43
5.1- CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	43
5.2- LOCAL DA PESQUISA.....	43
5.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO .....	45
<b>5.3.1- Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	45
<b>5.3.2- Definições de “Infecção pelo HIV”</b> .....	45
5.4- PROCESSO DE OBTENÇÃO DOS DADOS.....	46
5.5- PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	48
5.6- ASPECTOS ÉTICOS .....	48
<b>6- RESULTADOS</b> .....	50
6.1- CARACTERÍSTICAS GERAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS .....	50
6.2- REQUISIÇÕES DE EXAMES SOROLÓGICOS PARA HIV .....	53

6.3- COMPORTAMENTO DE RISCO .....	
6.4- RECORTE POPULACIONAL .....	
<b>7- DISCUSSÃO .....</b>	<b>62</b>
7.1- ESTIMATIVA DO HIV .....	63
7.2- PERFIL GERAL E SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS HIV POSITIVOS	64
7.3- ASPECTOS RELACIONADOS AO SERVIÇO/USUÁRIO .....	69
7.4- COMPORTAMENTO DE RISCO DOS USUÁRIOS HIV POSITIVOS.....	71
7.5- PERSPECTIVAS DE ADEQUAÇÃO DO SERVIÇO DO CTA-BELÉM.....	71
<b>8- CONCLUSÕES .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Distribuição de usuários com sorologia positiva anti-HIV segundo sexo e características gerais/sociodemográficas. CTA-Belém, 2008-2010.....	51
<b>Tabela 2-</b> Distribuição de usuários com sorologia positiva anti-HIV segundo gênero e características referentes à requisição de exames. CTA-Belém, 2008-2010.....	54
<b>Tabela 3-</b> Distribuição de usuários com sorologia positiva anti-HIV segundo gênero e comportamento de risco. CTA-Belém, 2008-2010 .....	55
<b>Tabela 4-</b> Distribuição de usuários com sorologia positiva anti-HIV segundo gênero e uso/tipo de drogas. CTA-Belém, 2008-2010.....	56
<b>Tabela 5-</b> Comportamento sexual de usuários com sorologia positiva anti-HIV com parceria fixa. CTA-Belém, 2008-2010.....	58
<b>Tabela 6-</b> Comportamento sexual de usuários com sorologia positiva anti-HIV com parceria eventual. CTA-Belém, 2008-2010.....	59
<b>Tabela 7-</b> Distribuição de usuários com sorologia positiva anti-HIV segundo gênero e recorte populacional. CTA-Belém, 2008-2010 .....	61
<b>Tabela 8-</b> Distribuição de usuários com sorologia positiva anti-HIV do gênero masculino segundo recorte populacional, CTA-Belém, 2008-2010.....	61

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> a) Estrutura do HIV. b) Organização do genoma do vírus .....	22
<b>Figura 2-</b> Estimativa mundial de adultos e crianças vivendo com HIV .....	23
<b>Figura 3-</b> Taxa de incidência (por 100.000 hab.) dos casos de aids segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1997-2009.....	26
<b>Figura 4-</b> a) Centro de Testagem e Aconselhamento <i>Caydson Rodrigues</i> - Belém. b) Localização do CTA-Belém .....	44

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2010 .....	25
<b>Quadro 2-</b> Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLON, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2010 .....	26
<b>Quadro 3-</b> Casos de AIDS notificados no SINAN na região Norte por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2010 .....	27
<b>Quadro 4-</b> Número e taxa (por 100.000 hab.) de casos de aids no município de Belém por ano de diagnóstico, registrados no SINAN/ SISCEL/SICLON. Pará, 2000 - 2009 .....	28
<b>Quadro 5-</b> Principais indicadores utilizados nos Centros de Testagem e Aconselhamento ...	41
<b>Quadro 6-</b> Descrição das variáveis do estudo .....	47

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>COAS</b>	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
<b>CTA</b>	Centro de testagem e aconselhamento
<b>DABEL</b>	Distrito Administrativo de Belém
<b>DABEN</b>	Distrito Administrativo do Bengüí
<b>DAENT</b>	Distrito Administrativo do Entroncamento
<b>DAGUA</b>	Distrito Administrativo do Guamá
<b>DAICO</b>	Distrito Administrativo de Icoaraci
<b>DAMOS</b>	Distrito Administrativo de Mosqueiro
<b>DAOUT</b>	Distrito Administrativo do Outeiro
<b>DASAC</b>	Distrito Administrativo da Sacramenta
<b>DNA</b>	Ácido desoxirribonucléico
<b>DST</b>	Doença sexualmente transmissível
<b>ELISA</b>	Ensaio imunoenzimático
<b>HIV</b>	Vírus da imunodeficiência humana
<b>HSH</b>	Homens que fazem sexo com homens
<b>IC</b>	Intervalo de confiança
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NMT</b>	Núcleo de Medicina Tropical
<b>ONG</b>	Organização não governamental
<b>PN-DST/AIDS</b>	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS
<b>PPDT</b>	Programa de Pós-graduação em Doenças Tropicais
<b>RNA</b>	Ácido ribonucléico
<b>SESMA</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SESPA</b>	Secretaria de Saúde do estado do Pará
<b>SICLOM</b>	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
<b>SI-CTA</b>	Sistema de informações do Centro de Testagem e Aconselhamento
<b>SIM</b>	Sistema de Informações sobre Mortalidade
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SISCEL</b>	Sistema de controle de exames laboratoriais
<b>SUS</b>	Sistema Único de saúde
<b>SVS</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde
<b>UF</b>	Unidade da Federação
<b>UFPA</b>	Universidade Federal do Pará
<b>UDI</b>	Usuários de drogas injetáveis
<b>TCLE</b>	Termo de consentimento livre e esclarecido
<b>TARV</b>	Terapia anti-retroviral combinada

## 1- INTRODUÇÃO

A epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) constitui em um importante problema de saúde pública em todo o mundo. É considerada um fenômeno global, complexo, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros fatores determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (BRITO et al., 2001).

No Brasil, a política nacional de controle do HIV/aids corresponde ao trabalho que vem sendo executado pelos governos e pela sociedade civil há mais de duas décadas. O componente de vigilância epidemiológica dessa política tem como propósito geral acompanhar as tendências temporais e espaciais da ocorrência da aids e da infecção pelo HIV, visando orientar as ações de controle da epidemia em todos os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002a).

Para subsidiar esse controle, a vigilância epidemiológica precisa tornar disponíveis informações relevantes, confiáveis, atualizadas e em tempo oportuno sobre a ocorrência da aids e da infecção pelo HIV, bem como dos comportamentos de risco associados à epidemia. Tais informações possibilitam promover ações e medir mudanças na situação epidemiológica, com ênfase nas populações sob maior risco de se infectar pelo HIV, fazendo uso de dados oriundos das mais diversas fontes de informação (REHLE et al., 2004).

Durante os primeiros 20 anos da epidemia, entretanto, a notificação universal e compulsória dos casos de aids foi a principal estratégia da vigilância epidemiológica no Brasil. Entretanto, além de problemas relacionados à completude e qualidade da informação produzida, acresça-se que esta vigilância da aids reflete a dinâmica de transmissão ocorrida no

passado (período da infecção). Os critérios de definição de casos sofreram revisões ao longo do tempo e o tratamento antiretroviral vem modificando o curso da expressão da doença nas populações, tornando esta informação ainda mais difícil de ser interpretada (BRASIL, 2002b). A introdução da terapia anti-retroviral combinada (TARV) em 1996 mudou a percepção do HIV/aids de uma doença fatal para crônica e potencialmente controlável, segundo os pesquisadores. Hoje, sabe-se que a TARV é capaz de aumentar a sobrevida, reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV/aids (PALMISANO e VELLA, 2011).

Com o propósito de superar tais limitações, o Ministério da Saúde recomendou a incorporação de novas estratégias de vigilância do HIV, entre as quais, a experiência de vigilância epidemiológica utilizando os registros dos Centros de Testagem e Aconselhamento em aids (CTA) (BRASIL, 2002a).

Os CTA oferecem testes sorológicos para HIV, permitindo conhecer de modo precoce o perfil epidemiológico dos indivíduos infectados, anos antes que preencham os critérios para sua notificação como casos de aids (BRASIL, 2010c). Estes constituem serviços de saúde especializados no diagnóstico, orientação sobre transmissão e prevenção do HIV, que atuam como referência para tratamento quando o resultado do teste é reagente (BRASIL, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde a realização de inquéritos epidemiológicos na população geral, em nível local-municipal, exige estrutura logística, recursos financeiros importantes e profissionais especializados. Na grande maioria dos Municípios, o emprego dessas metodologias é inviável. Contudo, a utilização de outras estratégias é possível quando os serviços de saúde são considerados como fontes de dados, especialmente aqueles que realizam a testagem anti-HIV e reúnem informações sociocomportamentais de interesse para a vigilância epidemiológica do vírus como os CTA (BRASIL, 2002c).

Apesar de seus objetivos primários serem voltados à prevenção, os CTA podem contribuir para essa vigilância, tendo em vista a riqueza de dados dos usuários voluntários possibilitando orientar as ações de controle da epidemia no município.

## 2- JUSTIFICATIVA

A justificativa deste projeto encontra termo na necessidade de se conhecer o perfil epidemiológico e informações ligadas ao comportamento de risco dos usuários do CTA-Belém que foram diagnosticados como soropositivos para HIV.

O CTA- Belém constitui um importante serviço de saúde no município de Belém que oferece testagem anti-HIV gratuita e aconselhamento para prevenção da infecção pelo HIV e promoção de saúde. Dessa forma, pode-se considerar como uma fonte de informações confiáveis e importantes para a vigilância epidemiológica do vírus.

Sabe-se que por atingirem uma população específica e de maior vulnerabilidade, os dados registrados pelo CTA não podem ser tomados como indicadores de prevalência da infecção do HIV da população em geral de suas áreas de abrangência, porém é um norteador da prevalência de populações que testam nestes serviços. Também oferece a possibilidade de traçar um perfil da população atendida, ajudando gestores a traçarem metas de prevenção. Portanto, o levantamento dessas informações constitui importante instrumento de vigilância epidemiológica de segunda geração (BRASIL, 2002b).

Segundo Santos et al. (2002) os sistemas de vigilância de segunda geração têm por objetivo identificar, tanto as tendências do comportamento através de estudos transversais repetidos na população geral e em subgrupos da população que investiguem questões como frequência e tipo de relações sexuais, uso de preservativos, idade na primeira relação sexual, uso de drogas injetáveis, uso compartilhado de seringas e outras, quanto as tendências da infecção do HIV através da vigilância biológica, tais como: vigilância sorológica sentinela em determinados subgrupos da população, detecção de rotina do HIV entre doadores de sangue,

entre coortes de trabalhadores ou outros subgrupos da população, e em amostras biológicas obtidas por meio de pesquisas na população geral.

Os princípios da vigilância de segunda geração consideram que os sistemas de vigilância devem ser os indicados para cada estágio da epidemia; ser dinâmicos o bastante para se adaptarem às mudanças da mesma; destinar os seus recursos de maneira a gerar a informação mais útil possível para aumentar e aperfeiçoar a resposta à epidemia (SANTOS et al., 2002).

Outro aspecto de grande relevância é a carência de informações a respeito dos soropositivos para HIV em nossa região. Segundo a Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará é desconhecido o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV no Estado (SESPA, 2010).

Considerando a relevância do tema para a saúde pública do município de Belém propomos esta pesquisa que constitui o primeiro registro científico envolvendo informações epidemiológicas e comportamentais de soropositivos para HIV do CTA- Belém.

Este estudo será importante para aumentar a literatura existente sobre o tema no Brasil. Outras pesquisas com o mesmo propósito já foram realizadas na região sul e sudeste. Na região Norte este será o primeiro registro de caráter epidemiológico e comportamental realizado em um Centro de Testagem e Aconselhamento para HIV.

### **3- OBJETIVOS**

#### **3.1- OBJETIVO GERAL**

Descrever o perfil epidemiológico dos usuários que foram atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento do município de Belém, Pará com sorologia positiva para HIV, no período compreendido entre janeiro de 2008 a dezembro de 2010.

#### **3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

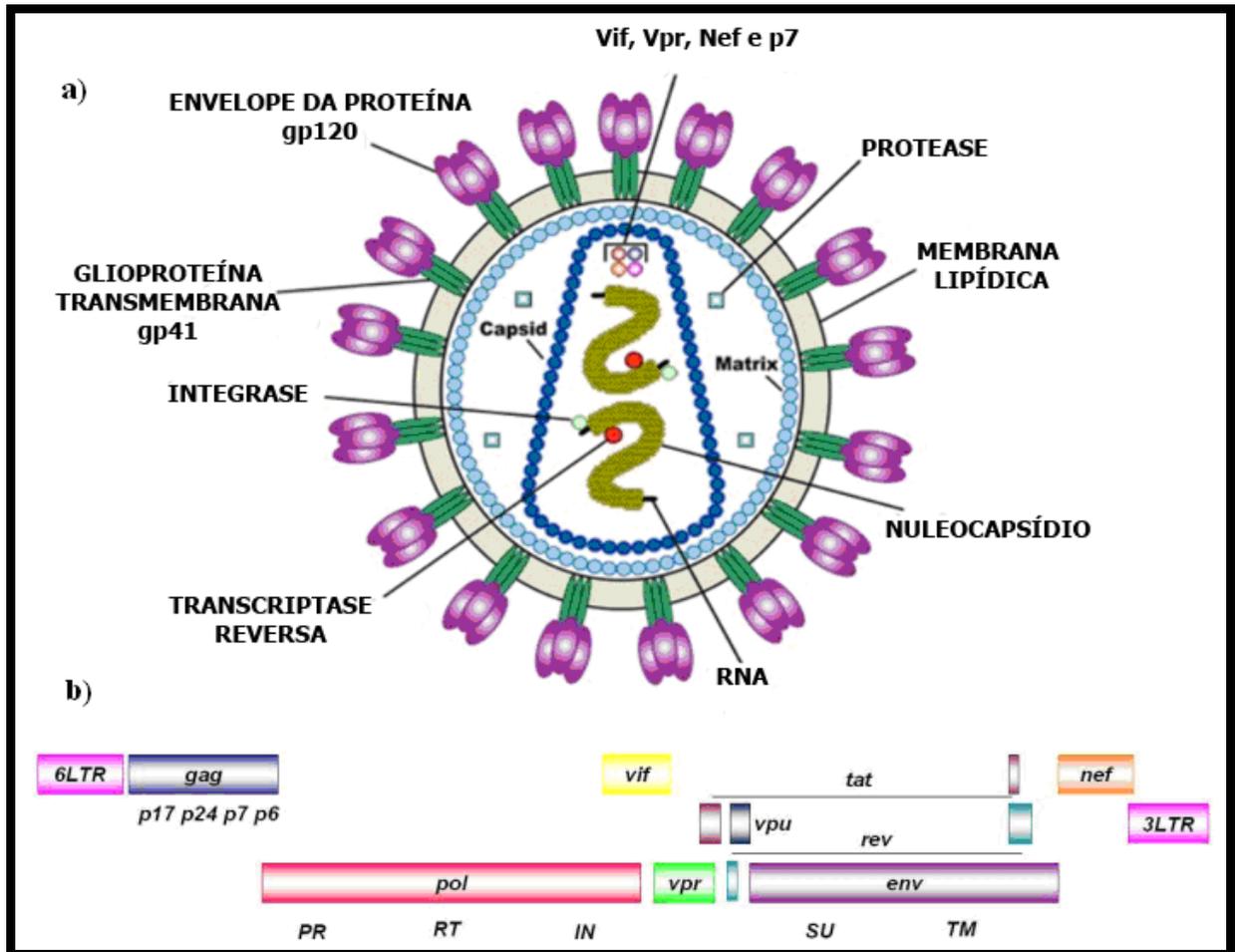
- Descrever as características dos usuários com sorologia positiva anti-HIV segundo aspectos gerais e sociodemográficos, envolvendo: sexo, faixa etária, raça/cor, situação conjugal, gestação, escolaridade, situação profissional e região de moradia;
- Identificar comportamentos de risco para infecção por HIV envolvendo: tipo de exposição, tipo de parceria, uso de preservativo, histórico de DST, realização de teste HIV anteriormente e uso de drogas.
- Verificar os motivos da procura pelos serviços do CTA-Belém; origem da clientela e recorte da população.

## 4- REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1- HIV/AIDS NO MUNDO E NO BRASIL

No início dos anos de 1980 foi descoberto um novo retrovírus, o HIV (BARRE-SINOUSSE et al., 1983) e a doença por ele causada, a Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) (GOTLIEB et al., 1981). A epidemia dessa retrovirose disseminou-se por todos os continentes, sem respeitar fronteiras geográficas, sociais, culturais, econômicas ou políticas, vindo a se tornar um dos mais graves problemas mundiais de Saúde Pública da atualidade. Sabe-se que a infecção por HIV é predominantemente uma doença sexualmente transmissível (DST), que pode causar adoecimento e morte (BARNETT E WHITESIDE, 2002).

O HIV pertence ao gênero lentivírus, o qual inclui retrovírus que possuem genomas complexos e possuem um interior capsídico em forma de cone (SIERRA et al., 2005). Como em todos os retrovírus, o genoma do HIV é codificado por duas moléculas idênticas de RNA com 9,2Kb, que é transcrito reversamente para uma molécula de DNA viral pela transcriptase reversa quando ocorre a infecção em novas células hospedeiras. O vírus possui 15 proteínas divididas em estruturais, enzimas e de acessório. As estruturais são codificadas pelos genes *gag* e *env* (matriz, capsídio, núcleo-capsídio, p6, superfície/gp120 e transmembrana/gp41), o gene *pol* codifica três enzimas (protease, transcriptase reversa e integrase) e das seis proteínas de acessório três são encapsuladas na partícula viral (Vif, Vpr e Vef) e três são produzidas somente na célula infectada (Tat, Ver, Vpu). A estrutura do HIV e a organização genoma do vírus estão ilustradas na Figura 1 (FANALES-BELASIO et al., 2010).



**Figura 1-** a) Estrutura do HIV. b) Organização do genoma do vírus.  
**Fonte:** Sierra, 2005; Turner e Summers, 1999 (mod).

A AIDS é um complexo de sintomas e doenças que se manifestam após a infecção do organismo humano pelo HIV. O principal dano causado pela infecção é a destruição progressiva do sistema imune celular. O HIV infecta as células do sistema imunológico especialmente os linfócitos T do tipo CD4+, levando a uma severa imunodepressão e tornando a pessoa mais susceptível a doenças infecciosas e oportunistas (FANALES-BELASIO et al., 2010).

Desde a descoberta da infecção e de suas conseqüências, houve grande interesse por parte dos estudiosos sobre o assunto e dos profissionais envolvidos em Saúde Pública em transferir conhecimentos à população, de modo a contribuir para conter a disseminação da



evolução do conceito de grupo de risco para comportamento de risco trouxe avanços nas políticas de prevenção da epidemia. Tal mudança gerou novas conseqüências, como a tendência a universalizar a preocupação com o problema da infecção, podendo estimular um envolvimento individual mais ativo com a prevenção (SALLETI FILHO et al., 1999).

No Brasil, a epidemia da AIDS teve seu início pouco tempo após a descrição original nos Estados Unidos e os primeiros casos diagnosticados se concentraram em certos subgrupos populacionais, inicialmente denominados “de risco”, que incluíram homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis (UDI), profissionais do sexo e indivíduos politransfundidos, como, por exemplo, os hemofílicos. A partir dessa época, a infecção por HIV disseminou-se rapidamente em nossa população acometendo também homens com práticas heterossexuais e, conseqüentemente, atingindo as mulheres e as crianças, estas últimas infectadas principalmente por exposição vertical - transmissão materno-infantil (AMATO NETO et al., 1983).

A dinâmica da epidemia brasileira da aids foi caracterizada por alterações significativas no perfil da população mais acometida. Verificou-se, segundo as estatísticas globais do país, a pauperização e a feminização da epidemia. Assim, no que se refere à escolaridade, do total de casos de aids registrados em 2009 (20832), a maior proporção dos casos de aids (30,0%) está entre as pessoas que têm entre 8 e 11 anos de estudo. Em 1999 a incidência de aids era maior entre pessoas com menos escolaridade, uma vez que 29,5% dos registros eram em pessoas que tinham entre 1 e 3 anos de estudo. (BRASIL, 2010b). Já em relação à razão de sexos, que em 1983 era de 23 homens para uma mulher, observou-se queda progressiva ao longo dos anos, atingindo, a partir de 1998, dois homens para cada mulher e mais recentemente em 2009 razão de 1,6 homens para cada caso notificado entre mulheres (BRASIL, 2010b).

Segundo o Boletim Epidemiológico DST/AIDS de 2010 foram notificados no Brasil 592.914 casos de AIDS de 1980 a junho de 2010 (Quadro 1).

**Quadro 1-** Casos de aids notificados no SINAN por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2010<sup>1</sup>.

PERÍODO	BRASIL
1980-1997	163404
1998	30506
1999	28010
2000	31493
2001	31649
2002	37902
2003	37619
2004	36834
2005	36009
2006	34614
2007	35351
2008	37465
2009	38538
2010	13520
<b>TOTAL</b>	<b>592914</b>

**Fonte:** MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (BRASIL, 2010b).

<sup>1</sup> Casos até 30/06/2010.

Considerando-se as regiões do país, entre 1980 e junho de 2010, o maior número está concentrado na região Sudeste com 344.150 casos (58,0%), seguido da Sul com 115.598 registros (19,5%), Nordeste 74.364 (12,5%), Centro-Oeste 34.057 (5,7%) e Norte 24.745 (4,2%) (Quadro 2).

Em 2009, a região Sul apresentou a maior taxa de incidência (32,4 casos a cada 100 mil habitantes), seguida da Sudeste e Norte, que registraram taxas de 20,4 e 20,1, respectivamente. Para a região Centro-Oeste a taxa foi de 18,0 e para o Nordeste, 13,9 (BRASIL, 2010b) (Figura 3).

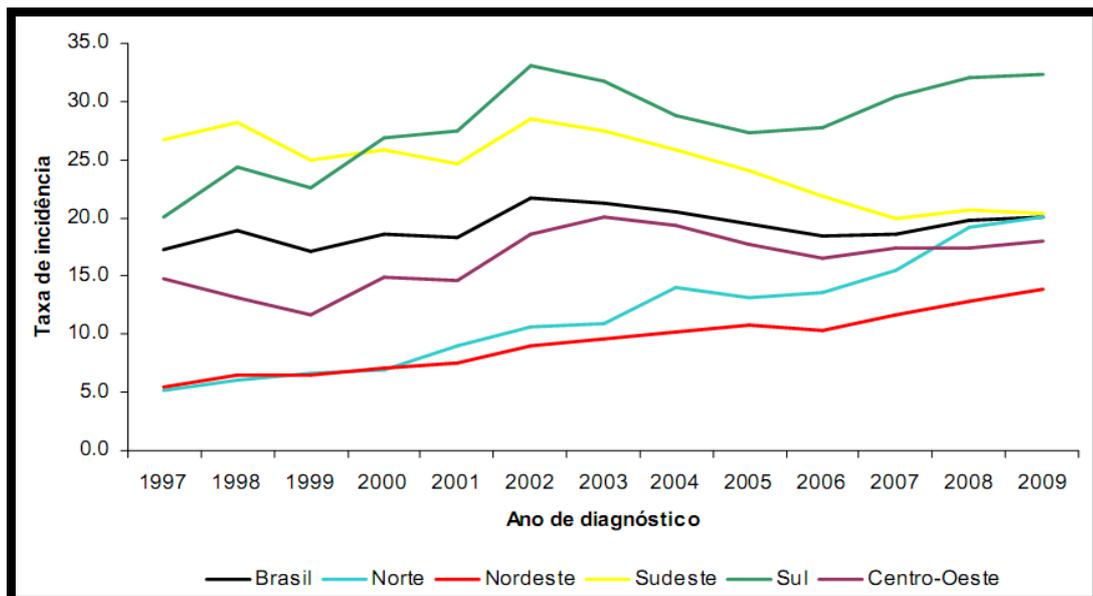
**Quadro 2-** Casos de aids notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM<sup>1</sup>, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2010<sup>2</sup>.

PERÍODO	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1980-1997	2592	13260	117550	21895	8107
1998	723	3010	19445	5890	1438
1999	814	2981	17391	5520	1304
2000	895	3358	18749	6760	1731
2001	1188	3625	18109	6987	1740
2002	1440	4431	21266	8512	2253
2003	1501	4729	20666	8256	2467
2004	1980	5066	19774	7597	2417
2005	1933	5468	18939	7360	2309
2006	2046	5361	17444	7565	2198
2007	2380	6093	16123	8403	2352
2008	2913	6812	16570	8792	2378
2009	3088	7446	16525	8984	2495
2010	1252	2724	5599	3077	868
<b>TOTAL</b>	<b>24745</b>	<b>74364</b>	<b>344150</b>	<b>115598</b>	<b>34057</b>
<b>%</b>	<b>4,2</b>	<b>12,5</b>	<b>58,0</b>	<b>19,5</b>	<b>5,7</b>

**Fonte:** MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (BRASIL, 2010b).

<sup>1</sup> SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL.

<sup>2</sup> SINAN e SISCEL até 30/06/2010 e SIM de 2000 a 2009.



**Figura 3-** Taxa de incidência (por 100.000 hab.) dos casos de aids segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1997-2009.

**Fonte:** MS/SVS/Departamento de DST, aids e Hepatites Virais (BRASIL, 2010b)

Segundo ao Ministério da Saúde, na região Norte a tendência de notificações é crescente. Apesar do aumento de notificações percebe-se que as prováveis subnotificações de casos na região é a maior do Brasil podendo alcançar um percentual de até 26%. Na região Norte o estado do Pará se destaca com o maior número de casos notificados, seguido do estado do Amazonas (BRASIL, 2010a) (Quadro 3).

**Quadro 3-** Casos de aids notificados no SINAN na região Norte por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2010<sup>1</sup>.

UF	1980-2010
Rondônia	2734
Acre	570
Amazonas	7342
Roraima	1054
Pará	10763
Amapá	979
Tocantins	1303
<b>TOTAL</b>	<b>74364</b>

**Fonte:** MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (BRASIL, 2010b).

<sup>1</sup>Casos até 30/06/2010

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA), no Pará, desde o início da epidemia de HIV/aids, foram registrados 9.428 casos de aids, sendo 5.860 casos masculinos (62%) e 3.225 casos femininos (34%). Os menores de 5 anos somaram 342 casos (3,6%). Quase 85% dos casos de aids notificados no Estado ocorrem em municípios com população acima de 50 mil habitantes (SESPA, 2010).

O Pará é o 14<sup>a</sup> estado em incidência da doença no Brasil e o município de Belém é a 8<sup>a</sup> capital com a maior taxa de incidência de casos de aids: 38,1 por 100 mil habitantes em 2008 (SESPA, 2010) (Quadro 4).

**Quadro 4-** Número e taxa (por 100.000 hab.) de casos de aids no município de Belém por ano de diagnóstico, registrados no SINAN/ SISCEL/SICLOM. Pará, 2000 - 2009.

ANO	CASOS	INCIDÊNCIA
2000	172	13,4
2001	307	23,5
2002	349	26,4
2003	376	28,0
2004	529	38,9
2005	471	33,5
2006	407	28,5
2007	446	30,7
2008	542	38,1
2009	213	--

**Fonte:** Secretaria de Saúde do Estado do Pará. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. 2010

Segundo a SESPA somente a partir de 2010, o Estado começou a fazer a exportação de dados do Sistema de Informação de CTA (SI-CTA) para se ter conhecimento da prevalência da infecção no Estado. Mesmo assim, muitos CTA ainda não utilizam o sistema e outros que utilizam não exportam seus dados para a Gestão Estadual. De forma clara, isto cria uma grande dificuldade para a gestão – é desconhecido o perfil epidemiológico da infecção pelo HIV no Estado (SESPA, 2010).

#### 4.2- ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

A notificação dos casos de aids, no início da década de 80, apontava para a evidência do crescimento da epidemia no país. E seu confronto implicou na mobilização de grupos afetados pela detecção dos casos diagnosticados, por setores da sociedade civil e pela competência e responsabilidade das instituições governamentais e dos profissionais de saúde, que buscaram construir um modelo em saúde mais adequado para assistir, prevenir e tratar a epidemia que se alastrava (SILVA E SANCHES, 2004).

Refletindo o momento histórico e a dimensão da epidemia na sociedade brasileira, em 1983 foi criado em São Paulo, o primeiro Programa de aids no Brasil, “um exemplo da combinação de um governo democrático com a crescente mobilização de setores da sociedade civil e com o efetivo aumento do número de casos de pessoas HIV positivas em São Paulo” (GALVÃO, 2000).

O estabelecimento da notificação compulsória, a criação de um serviço de informações por telefone e a participação da comunidade foram medidas propostas e implementadas. O período ficou marcado pela mobilização de militantes da luta contra a aids, pela criação de ONG voltadas para essa questão e pela pressão social exercida sobre os setores governamentais. O trabalho de informação sobre transmissão e prevenção à doença começou a tomar corpo, assim como o redirecionamento das abordagens médico-terapêuticas ampliando, então, o diálogo para outras categorias profissionais e possibilitando uma diversidade de iniciativas, composições e questionamentos importantes para o enfrentamento da doença (SILVA E SANCHES, 2004).

Com o avanço da epidemia, diversos estados brasileiros construíram Programas de aids em suas respectivas Secretarias de Saúde e, em 02 maio de 1985, através da Portaria 236 do Ministério da Saúde, o então Ministro Carlos Correa de Menezes Sant'Anna estabeleceu as diretrizes do Programa Nacional de aids (PN-DST/AIDS) a nível federal, vinculando a sua coordenação à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (TEIXEIRA, 1997).

A responsabilidade do PN-DST/AIDS envolveu, inicialmente, ações de vigilância epidemiológica e medidas de prevenção. Aos serviços de saúde coube a responsabilidade de implementar medidas de educação sanitária junto aos grupos de riscos. As orientações deveriam seguir princípios que preconizavam: abandono do uso de drogas, atividade sexual

restrita a um único parceiro, controle da doação de sangue dos grupos de risco e oferecimento de assistência pelos Serviços de Saúde em caso de suspeita da doença (SILVA E SANCHES, 2004).

Segundo Teixeira (1997), havia garantia de atendimento aos portadores do HIV, a nível médico, social, de assistência judicial gratuita e a indicação de serviços de orientação diagnóstica. Essas diretrizes do PN-DST/AIDS configuravam a aids como um problema coletivo e de abrangência nacional, com ênfase na prevenção primária, no aconselhamento, na referência para assistência integrada, no diagnóstico sorológico, sobretudo com investimentos para suporte laboratorial, capacitação profissional e controle do sangue, além de programas e projetos de prevenção.

Estudos nacionais e internacionais apontam o aconselhamento como uma estratégia decisiva na redução de situações de risco de exposição ao HIV, ao permitir uma relação direta e personalizada com os usuários do serviço (SOUZA et al., 2008)

No Brasil, a primeira experiência oficial de orientação sobre modos de prevenção do HIV foi em 1988 com a implantação do primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). Em 1997 houve a consolidação da prática de aconselhamento e a mudança do nome para Centro de Testagem e Aconselhamento. Atualmente, o aconselhamento é uma das prioridades do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids (PN-DST/AIDS) que tem como meta a incorporação dessa prática nas atividades assistenciais já existentes nos serviços de saúde (JESUS E DOURADO, 2006).

A política que mais se aproximou do princípio de integralidade, uma das principais diretrizes do SUS, foi a de combate à aids. O acolhimento é também uma forma de atenção à saúde do usuário nos sistemas públicos de saúde, entendido como uma abertura para a

demanda, e de responsabilidade por todos os problemas de saúde de uma dada região.

Segundo Merhy (1994), o acolhimento prevê:

1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo-lhes acessibilidade universal;
2. Reorganizar o processo de trabalho, de forma a que equipe multidisciplinar se encarregue de escutar o usuário, comprometendo-se a resolver o seu problema de saúde;
3. Qualificar a relação do profissional-usuário, que deve se pautar por parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania.

Nesse sentido, o acolhimento apresenta-se como possibilidade de verificar como se desenvolve a relação usuário/serviço no que diz respeito à acessibilidade, considerando que o acolhimento somente é possível numa gestão participativa, onde vigorem princípios democráticos e interativos, indispensáveis para que o usuário adquira confiança e respeito pela equipe de saúde e pelo serviço (MERHY, 1994).

Na fase da testagem realizada no CTA, o aconselhamento é visto como uma oportunidade de atuar junto a indivíduos e/ou grupos, divulgando as informações contextuais e circunscritas à transmissão e prevenção do HIV/aids. Na rotina do CTA, a decisão de submeter-se a um exame anti-HIV mobiliza diversos conteúdos da história do indivíduo, trazendo à tona seus medos relacionados a comportamentos e atitudes adotados ao longo da vida, agora considerados como de risco (JESUS E DOURADO, 2006).

O papel do profissional no aconselhamento é o de ouvir as preocupações do indivíduo, propor questões que facilitem a sua reflexão e a superação de bloqueios, prover informação, apoio emocional e ajudá-lo a se decidir por medidas preventivas na busca de melhor

qualidade de vida (BRASIL, 2003). Neste processo educativo e reflexivo, o indivíduo passa a ser entendido como sujeito promotor da própria saúde.

Estão descritas, a seguir, as diversas etapas de aconselhamento previstas para os CTA, segundo o Manual de Aconselhamento do PN-DST/HIV/AIDS (BRASIL, 2010c).

1. **Aconselhamento Coletivo:** Trata-se de um momento predominantemente informativo, que também deve ser considerado como uma oportunidade de acolhimento e estabelecimento de vínculo entre o cliente e o serviço de saúde. Sempre será garantido o espaço do usuário para que ele exponha seus conhecimentos e dúvidas. Durante a realização do aconselhamento coletivo, o profissional de saúde deverá:

- Resguardar a privacidade de cada membro do grupo;
- Identificar e acolher a demanda do grupo;
- Utilizar linguagem compatível com a cultura dos participantes;
- Trocar informações sobre o sistema de teste e janela imunológica;
- Trocar com o grupo informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste;
- Considerar com o grupo o impacto dos possíveis resultados do teste;
- Reforçar a diferença entre HIV e AIDS;
- Reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras frente ao HIV e outras DST;
- Estimular o grupo a ponderar a realização ou não do teste;
- Considerar com o grupo possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste;

- Explicar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas.
2. **Aconselhamento Individual:** Este tipo de aconselhamento pode ocorrer em dois momentos distintos: antes da realização do teste anti-HIV, ou após, quando o cliente retorna ao serviço para receber o resultado do exame. Muitas vezes, entre a incerteza de fazer ou não o teste e frente à dúvida da condição sorológica, emergem sentimentos e questionamentos sobre situações e experiências sexuais vivenciadas.

Importa destacar situações específicas como o aconselhamento e a prevenção das DST para usuários de drogas injetáveis; para mulheres, acerca da saúde sexual e reprodutiva; para mulheres que fazem sexo com mulheres; para mulheres soropositivas visando a prevenção da transmissão vertical; para homens com questões específicas, para homens que fazem sexo com homens; para homens e mulheres em situação de parceria fixa; para parcerias fixas com parceiros eventuais e multiplicidade de parceria; para casais sorodiscordantes; para situações de qualquer tipo de violência e outras questões que permeiam o ciclo de vida das pessoas.

#### 4.3- CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (COAS/CTA)

Os COAS/CTA foram implantados no Brasil no final da década de 80, pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/aids, em resposta ao avanço da epidemia e à indisponibilidade, na época, de serviços de saúde preparados para receber a população que buscava realizar o teste anti-HIV. Estes serviços têm papel fundamental na promoção da saúde, na prevenção e no diagnóstico precoce do HIV/aids (BRASIL, 2010c).

Ressalta-se que, naquela época, as ações governamentais tinham como foco apenas a vigilância epidemiológica, a assistência médica, as ações de não discriminação e as de inclusão social dos indivíduos afetados pela infecção do HIV. Mas, diante do crescimento da epidemia, consolidaram-se as diretrizes implementadas no País, no sentido da obrigatoriedade da triagem sorológica previstas na Lei nº 7.649, de 25/01/88 (TEIXEIRA, 1997).

Um dos principais desafios na política de prevenção era rever os conceitos e preconceitos da sociedade quanto à sexualidade humana. Todavia, com base em evidências epidemiológicas, a partir da notificação oficial dos casos de aids, houve a imperiosa necessidade de adoção de medidas preventivas como parte das inúmeras medidas de enfrentamento da epidemia, a exemplo da difusão de informações sobre os modos de transmissão do HIV, sobre o estímulo à adoção de práticas sexuais seguras e a realização de testes sorológicos acompanhados de aconselhamento, estratégias que mereceram grande destaque. Mesmo assim, a complexidade e a diversidade dos problemas desencadeados pela epidemia da aids tornou obrigatória a oferta de testes sorológicos para detecção da infecção pelo HIV, com aconselhamento pré e pós-teste como medidas de prevenção e controle, realizados nos serviços públicos de saúde e clínicas de DST (BRASIL, 1993).

Nesse sentido, a materialização do referencial técnico para a implantação de Centro de Orientação e Apoio Sorológico, em 1988, através do 10º Boletim Epidemiológico do PN-DST/AIDS do Ministério da Saúde, ratificou tais iniciativas, em especial no caso dos indivíduos sob risco de infecção pelo HIV e segundo a realidade de cada estado da Federação (SILVA E SANCHES, 2004).

Estes serviços de saúde, designados e conhecidos inicialmente pela sigla COAS, constituíram-se em modalidade alternativa de atenção primária à saúde, oferecendo a possibilidade de realização gratuita da sorologia para o HIV, garantindo a confidencialidade,

o sigilo e o anonimato do teste. Na organização do serviço, o processo de educação para a saúde, através de informações relacionadas à infecção pelo HIV e do aconselhamento, foi destacado como importante e compatível com as necessidades da população. Era urgente a indicação da adoção de práticas sexuais e de comportamentos sociais mais seguros, no sentido de evitar a infecção e o crescimento da epidemia. Com a implantação dos COAS pretendia-se, também, redirecionar a demanda de indivíduos que buscavam os bancos de sangue para conhecer a sua sorologia (JESUS E DOURADO, 2006).

A existência desses serviços de saúde constituiu-se numa modalidade de atenção simplificada, em que o oferecimento gratuito da sorologia anti-HIV visava o esclarecimento precoce de indivíduos infectados ou não, prestando também informações a respeito das formas de transmissão e prevenção da doença, mediante auto-avaliação sobre o risco de infecção. As etapas de atendimento propostas para os COAS preconizavam que o primeiro contato com os usuários ocorresse numa sala de recepção acolhedora, com a inclusão dos sujeitos sem discriminação e com base em informações precisas, aplacando o medo e a ansiedade frente ao diagnóstico do HIV, seguido de um atendimento em grupo, denominado aconselhamento coletivo (SILVA E SANCHES, 2004).

Em salas de entrevistas individuais, ocorria o aconselhamento individual pré-teste, personalizado, após o usuário decidir-se pela realização do teste anti-HIV. Esta etapa consistia na percepção e avaliação de risco, mediante obtenção de informações sobre as condições de exposição ao risco, compreensão e promoção de práticas sexuais mais seguras relacionadas à infecção pelo HIV, configurando-se como um espaço reflexivo, favorável à percepção dos usuários em relação à prevenção do HIV. Cada usuário recebia um código numérico que lhe assegurava o anonimato.

O procedimento de coleta de sangue também recebia um código numérico, e a amostra sangüínea era enviada a um laboratório previamente definido. Os testes ELISA e de Imunofluorescência direta eram utilizados, respectivamente, para triagem e confirmação diagnóstica, mas o teste Western Blot também poderia ser realizado.

Finalmente, após trinta dias, o indivíduo retornava aos COAS para o aconselhamento pós-teste. Os resultados do exame, sempre fornecidos individualmente, eram seguidos de aconselhamento pós-teste, base para reforçar e problematizar aspectos culturais e intersubjetivos, recuperando o enfoque preventivo articulado com a proposta de comportamentos sexuais mais seguros e de um plano viável para redução de riscos. Este aconselhamento pós-teste também incluía o encaminhamento aos serviços de referência para tratamento, quando necessário.

Em 1993, com estas diretrizes, e a partir da liberação de recursos do Banco Mundial para o controle da epidemia da aids, foram implantados no país dez COAS. A partir desta experiência, outros estados brasileiros optaram por implantar COAS, principalmente nos municípios mais importantes do ponto de vista epidemiológico, seguindo orientação da então PN-DST/AIDS, que estimulou a realização de parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde nesse sentido, atendendo a diretriz de descentralização preconizada pelo SUS, uma forma de organização que daria aos municípios o direito de administrar os serviços de saúde locais. Neste processo, os estados, por meio das respectivas Secretarias de Saúde, coordenavam a prestação da assistência na sua área de abrangência, e prestavam cooperação técnica aos seus municípios, a fim de garantir o bom desempenho destes serviços.

Em 1997, o PN-DST/AIDS mudou a sigla e o enfoque do Serviço: de COAS para CTA - CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO. Este fato determinou o agendamento de reuniões regionais com os coordenadores de todos os CTA que funcionavam

no País, com o objetivo de discutir e reavaliar estes serviços. A partir deste acontecimento, foram formuladas diversas propostas de mudanças nos serviços prestados, dentre as quais o indicativo de flexibilização do anonimato, considerada uma questão relevante, visto que possibilitar a identificação do sujeito que buscava o diagnóstico, significava acolher sua condição e disposição ao enfrentamento, tratamento e a ressignificação da representação social da doença.

A flexibilização do anonimato e da extensão do aconselhamento com conteúdos mais subjetivos evidenciou uma ampla variedade de possibilidades de intervenções do CTA que, se por um lado redimensionavam sua atenção de forma a garantir a orientação para reduzir o risco da transmissão materno-infantil, prevenir as DST, estimular o diagnóstico das parcerias sexuais e a adesão aos tratamentos antiretrovirais, por outro lado, extrapolava seus limites físicos, apontando para o desenvolvimento de novas ações de prevenção com base nos direitos humanos, de cidadania e de inclusão social junto aos sujeitos com situações de risco acrescido (BRASIL, 1996b).

A trajetória de construção dos CTA leva o PN-DST/AIDS à demarcação de novas normas de organização e funcionamento com a elaboração do Manual "Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento", editado em 1999 (BRASIL, 1999), que estabeleceu para os CTA os seguintes objetivos:

- Expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV.
- Contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV.
- Estimular a adoção de práticas seguras.
- Encaminhar as pessoas HIV-positivas para os serviços de referência, auxiliando os usuários no processo de adesão aos tratamentos antiretrovirais.
- Absorver a demanda por testes sorológicos nos bancos de sangue.

- Estimular o diagnóstico das parcerias sexuais.
- Auxiliar os serviços de pré-natal para a testagem sorológica de mulheres gestantes.
- Levar informações sobre prevenção das DST/HIV/AIDS e do uso indevido de drogas para grupos específicos.

Quanto às normas organizacionais, vistas neste Manual de “Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento” alguns princípios foram ratificados e outros, reformulados:

- **Acessibilidade e Gratuidade:** serviços com localização acessível para a população em geral, de base gratuita, respondendo à demanda espontânea e encaminhada.
- **Anonimato flexível e Confidencialidade:** testes realizados de forma anônima ou identificados (a confidencialidade é um princípio assegurado pelos Códigos de Ética profissionais).
- **Agilidade e Resolutividade:** encaminhamento interno rápido e redução do prazo para entrega de resultado.
- **Aconselhamento adequado e não pontual:** processo de escuta ativa levando o sujeito à reflexão de sua história frente aos riscos de exposição à infecção pelo HIV/DST, com vistas à busca de alternativas de mudanças comportamentais. A partir daí, o aconselhamento não se restringe mais aos atendimentos pontuais pré e pós-teste.
- **Referência e contra-referência:** garantia de encaminhamento aos serviços de assistência especializada, oferecendo acesso ao tratamento e monitoramento da infecção pelo HIV (uma rede de referência assistencial deverá dar suporte à demanda gerada).
- **Equipe Interdisciplinar:** tendo o CTA a missão de compreender o processo de saúde e doença, a interface, a parceria, a cumplicidade e a complementariedade

estão presentes, compartilhando diversos saberes profissionais para o enfrentamento da assistência no cotidiano da prática de saúde.

Compreende-se que a ampliação destas ações de saúde impõe uma atenção continuada aos diversos grupos populacionais com maior vulnerabilidade, e propõe maior poder de alcance na articulação com a sociedade civil, englobando outros programas de saúde e permitindo maior visibilidade em relação à atuação do CTA.

Deve-se ressaltar que, desde a construção das políticas públicas que originaram os COAS/CTA, esses serviços vêm desenvolvendo suas atividades, durante mais de duas décadas, segundo as diretrizes preconizadas, sempre observando as diferenças regionais (BRASIL, 1999).

#### 4.4- PRINCIPAIS INDICADORES DA VIGILÂNCIA DO HIV/AIDS NO BRASIL

A investigação sobre a situação de risco dos casos de HIV/aids é muito importante e deve ser criteriosa, pois esta informação tem subsidiado a definição de grupos de risco acrescido e de maior vulnerabilidade, para os quais devem se voltar prioritariamente as atividades de prevenção e vigilância (SANTOS et al., 2002).

O atual sistema de vigilância epidemiológica de aids é baseado principalmente na notificação de casos que preenchem os critérios de definição de aids. Esse sistema tem sido utilizado como principal fonte de informação para observação das tendências da epidemia e para o planejamento das atividades de prevenção e assistência, assim como para a divulgação da doença para a população geral. A vigilância epidemiológica de aids reflete uma situação de vários anos após a infecção ter acontecido, e este intervalo de tempo tende a aumentar em

virtude de diversos fatores, tais como a introdução dos antiretrovirais, incorporação de profilaxia e tratamento de doenças oportunistas, e facilidade de acesso aos serviços pela descentralização, levando ao aumento do tempo que os indivíduos infectados pelo HIV permanecem sem sintomas, ou seja, esses casos entrarão cada vez mais tardiamente no sistema de informação, fazendo com que as informações do sistema atual fiquem cada vez mais distantes da real magnitude da infecção pelo HIV (SANTOS et al., 2002).

Nesse sentido, existe a intenção de trabalhar com o registro de informações dos portadores assintomáticos do HIV, entendendo que, dado o longo período de incubação desta infecção, o perfil epidemiológico apresentado pelos casos, reflete um padrão de transmissão do vírus de 5 a 10 anos atrás (BRASIL, 1995).

Mesmo entendendo que as informações referentes aos indivíduos HIV positivos não podem ser utilizadas para cálculo de incidência/prevalência desta infecção na população, uma vez que se refere à demanda espontânea de serviços, o conhecimento da população de portadores assintomáticos do HIV permite avaliar algumas tendências da epidemia quanto às categorias de exposição, faixa etária, escolaridade, ocupação, residência, etc (BRASIL, 1995).

As informações do sistema de HIV positivos, tal qual as do CTA, podem ser utilizadas na elaboração de estratégias mais eficazes de prevenção, além de permitir avaliações operacionais da demanda dos serviços e fornecer subsídios para uma melhor organização das atividades assistenciais e de planejamento (BRASIL, 1995).

Os dados obtidos no CTA focam tanto nos comportamentos quanto na infecção entre os grupos de alto risco de transmitir/adquirir o HIV (Vigilância de 2ª Geração). Os indicadores que são utilizados na vigilância do HIV foram pré-definidos na Reunião Nacional de Vigilância Epidemiológica do HIV-DST-Aids (8 a 10/5/2002) como forma de constituir

um conjunto relativamente padronizado, que sirva para fazer comparações ao longo do tempo e entre diferentes áreas geográficas. A maioria destes indicadores pode ser analisado segundo o Quadro 5.

**Quadro 5-** Principais indicadores utilizados nos Centros de Testagem e Aconselhamento.

<b>Indicadores demográficos:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade;</li> <li>• Sexo;</li> <li>• Indicadores de situação profissional e escolaridade;</li> <li>• Local de residência;</li> <li>• Estado civil.</li> </ul>
<b>Indicadores comportamentais:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relações sexuais, nos últimos 12 meses, com parceiro eventual;</li> <li>• Uso de preservativo durante a última relação sexual com parceiro eventual;</li> <li>• Notificação do uso compartilhado de seringas/agulhas.</li> </ul>
<b>Indicadores biológicos:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalência da infecção pelo HIV;</li> <li>• Prevalência das DST (sífilis e hepatite B).</li> </ul>

**Fonte:** MS/ DST/AIDS. Manual de Vigilância Epidemiológica da AIDS, 1995

#### 4.5- COAS/CTA NO MUNICÍPIO DE BELÉM-PA

No Pará, mais precisamente em Belém, foi implantado em 15 de março de 1996, o Centro de Orientação e Apoio Sorológico “*Caydson Rodrigues*”, denominação dada em homenagem a primeira criança falecida com aids nesta capital sendo conhecido também por Centro de Testagem e Aconselhamento -CTA.

O COAS/CTA - Belém é uma unidade da Secretária de Saúde do Município - SESMA, vinculada a Coordenação Municipal de DST/AIDS. Foi o primeiro CTA em

funcionamento no município de Belém com abrangência de atendimento de usuários da capital e dos interiores do estado do Pará.

Mediante a proposta organizacional do Ministério da Saúde o COAS/CTA – Belém constitui um serviço de saúde voltado para a orientação, acesso a informações sobre transmissão, medidas de prevenção, diagnóstico e referência para tratamento do HIV.

Atualmente é o serviço de maior demanda da rede especializada do município, se comparado com os demais CTA, e possui larga experiência no desenvolvimento de atividades de prevenção em locais de concentração de populações mais vulneráveis.

## 5- CASUÍSTICA E MÉTODOS

### 5.1- CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Tratou-se de um estudo observacional, de corte transversal e coleta de dados retrospectiva embasado no método epidemiológico.

### 5.2- LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no único Centro de Testagem e Aconselhamento do município de Belém – CTA *Caydson Rodrigues*, localizado na Travessa Padre Eutíquio, nº555, no bairro da Campina, em frente à Praça da Bandeira (Figura 4).

O estudo foi realizado utilizando os dados registrados no período compreendido entre janeiro de 2008 e dezembro de 2010. Optou-se por esse período, pois ele pode contemplar um perfil epidemiológico mais recente com possibilidade de caracterização mais fidedigna por se tratar de um período amplo de funcionamento dos serviços de testagem e aconselhamento do CTA-Belém.



**Figura 4-** a) Centro de Testagem e Aconselhamento *Caydson Rodrigues*- Belém. b) Localização do CTA-Belém.

**Fonte:** CTA-Belém/ 2008-2010; <http://maps.google.com.br>.

### 5.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população de referência foi composta pelo universo de prontuários técnicos de todos os usuários que foram atendidos no CTA-Belém, no período compreendido entre janeiro de 2008 e dezembro de 2010, que constavam o resultado da sorologia anti-HIV realizada na instituição. Segundo a coordenação do CTA-Belém foram realizados 21.276 testagens que envolveram o 1º e o 2º exame de triagem sorológica neste período. Destes 1.296 exames foram positivos para o HIV.

#### 5.3.1- Critérios de inclusão e exclusão

A amostra envolveu os prontuários dos usuários que preencheram os seguintes critérios de inclusão: resultados dos exames de sorologia anti-HIV positivos devidamente registrados no prontuário e usuários com idade igual ou superior a 10 anos, para minimizar o viés da transmissão vertical. O total analisado foi de 547 prontuários. Vale ressaltar que cada prontuário era composto por 1º e o 2º exame de triagem sorológica.

Foram excluídos da amostra todos os prontuários que apresentaram falhas de registro; (ausência ou não legibilidade de pelo menos uma informação). Por esses motivos na nossa pesquisa foram excluídos 101 prontuários de usuários HIV positivo que realizaram a triagem sorológica no CTA-Belém no período proposto.

#### 5.3.2- Definições de “Infecção pelo HIV”

Considerando que a pesquisa foi realizada em um período de mudança na “definição de infecção pelo HIV” estabelecida pelo Ministério da Saúde vale descrever os protocolos utilizados em cada período.

Até outubro de 2009 a infecção pelo HIV era definida conforme protocolo estabelecido na portaria do Ministério da Saúde de 29/03 de 28 de janeiro de 2003. Considerava-se um teste positivo quando na 1ª amostra de sangue os dois testes sorológicos de triagem ELISA (ensaio imuno-enzimático) com princípios ativos diferentes, são positivos ou discordantes e confirmado com um dos testes de maior especificidade (Imunofluorescência Indireta ou o Western Blot), seguido da realização na 2ª amostra sanguínea de novo teste ELISA com resultado positivo. O resultado negativo é concluído na primeira amostra de sangue quando os dois testes de ELISA são negativos.

A partir da publicação da Portaria 151 do Ministério da Saúde em outubro de 2009 considera-se um teste positivo quando a 1ª amostra de sangue submetida ao teste de triagem ELISA (ensaio imuno-enzimático) for reagente e confirmada com teste suplementar com 2ª amostra de sangue também reagente. Quando o resultado é indeterminado na 1ª amostra de sangue é solicitada nova amostra após 30 dias e os resultados são analisados conjuntamente. O resultado negativo é concluído na primeira amostra de sangue quando o teste de ELISA for não-reagente. Nesse último caso libera-se o laudo não-reagente com a seguinte ressalva “Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra” (ANEXO A).

#### 5.4- PROCESSO DE OBTENÇÃO DOS DADOS

O processo de obtenção dos dados foi baseado em uma busca ativa e sigilosa nos Formulários de atendimento arquivados no CTA-Belém (ANEXO B) respeitando o anonimato dos usuários e todos os preceitos éticos que envolvem a manipulação das informações.

Para cada prontuário selecionado para a pesquisa foram coletadas 25 variáveis, através de uma ficha de levantamento elaborada previamente para tal finalidade (APÊNDICE A), que foram distribuídas em quatro seções, como mostra o Quadro 6.

Com o objetivo de manter o sigilo das informações que foram colhidas dos prontuários foram adotados números cardinais no sentido crescente para a identificação (Ex.: Prontuário 1; Prontuário 2; Prontuário 3...).

**Quadro 6-** Variáveis do estudo.

SEÇÃO	Nº DA VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL
I- Características gerais e sociodemográficas	01	Gênero
	02	Gestação
	03	Faixa etária
	04	Situação conjugal
	05	Raça/Cor
	06	Escolaridade
	07	Situação profissional
	08	Região de moradia
II- Requisição	09	Realizou teste HIV anteriormente
	10	Motivo do Teste
	11	Origem da clientela
III- Comportamentos de risco	12	História de DST's
	13	Uso de drogas
	14	Se fez uso, quais tipos
	15	Tipo de parcerias sexuais
	16	Quantidade de parceiros(as)
	17	Tipo de exposição
	18	Uso de preservativo com parceiro fixo
	19	Uso de preservativo na última relação com parceiro fixo
	20	Motivo de não uso com parceiro fixo
	21	Risco do parceiro fixo
	22	Uso de preservativo com parc. eventuais
	23	Uso de preservativo na última relação
24	Motivo de não uso com parceiro fixo	
IV- População	25	Recorte da população

**Fonte:** CTA-Belém/ 2008-2010.

## 5.5- PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, estes foram armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Office Excel 2007 do Windows®, de onde foram concluídas as tabelas. Na análise das variáveis quantitativas foi utilizada a estatística descritiva para caracterizar a amostra em estudo.

Para a aplicação estatística foi utilizado o programa Epi-Info 6.04. As variáveis categóricas classificadas no estudo foram analisadas utilizando a técnica do qui-quadrado de aderência. Utilizou-se o valor descritivo do teste (valor de p) para tomada de decisão e o nível de significância estabelecido foi  $p < 0,05$ . Por se tratar de um estudo de populações foi realizada a inferência estatística através do intervalo de confiança (IC) de 95%.

Considerando o caráter analítico-descritivo desta pesquisa, a exposição, análise e discussão dos resultados obtidos foram apresentadas em forma de tabelas de distribuição de frequência e analisados de forma descritiva, a fim de atender todos os itens propostos, confrontando-os com os princípios recomendados pela literatura, de modo a descrever e explorar os aspectos de cada situação abordada.

## 5.6- ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida somente após a apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical- UFPA pelo Parecer nº 049/2010. (ANEXO C), obedecendo às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, conforme a resolução 196/96 CNS.

A colheita de dados da pesquisa foi realizada após o aceite da orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Rita Catarina Medeiros Sousa (APÊNDICE B), autorização da Comissão de Análise de Projeto de Pesquisa da SESMA - CAPP (ANEXO D), autorização do local onde foram realizadas as colheitas de dados: Centro de Testagem e Aconselhamento *Caydson Rodrigues* (APÊNDICE C) e autorização dos sujeitos da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE D).

Ressalta-se que além dos procedimentos éticos supracitados os pesquisadores preservaram o anonimato dos sujeitos objetos desta pesquisa. Nenhum usuário dos serviços oferecidos pelo CTA-Belém foi identificado, assim como seus dados foram resguardados apenas para finalidade desta pesquisa.

## 6- RESULTADOS

No período compreendido entre janeiro de 2008 e dezembro de 2010 foram realizados 21.276 exames de triagem para HIV no CTA-Belém incluindo o 1º e o 2º exame de triagem sorológica (atendimento de 10.638 usuários). Destes exames, 1.296 foram reagentes (648 usuários). A prevalência de usuários HIV positivo nesse período foi de 6,09% (6,09 pessoas com resultado positivo para o HIV em cada 100 testes realizados)

Considerando os critérios de inclusão estabelecidos na pesquisa foram selecionados 1.153 exames reagentes para HIV, que corresponderam a 547 prontuários de usuários com diagnóstico elucidado como reagente para HIV e com laudo liberado pelo serviço.

Antes da apresentação dos resultados obtidos na pesquisa é importante salientar que a análise foi estratificada por sexo, em função das diferenças de gênero tanto no perfil dos usuários do CTA como no comportamento sexual da população, influenciados por uma construção social e cultural, que determina o perfil da epidemia diferenciado para homens e mulheres (GRIEP, 2005).

### 6.1- CARACTERÍSTICAS GERAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS

No que tange às variáveis envolvendo características gerais e sociodemográficas observou-se que 332 (60,6%) eram do sexo masculino e 215 (39,3%) do sexo feminino (Tabela 01). Do total de mulheres HIV+, 16,7% (n = 36) estavam grávidas.

A média de idade da amostra foi de 33,4 anos variando de 15 a 87 anos. Considerando somente o sexo feminino, as duas faixas etárias com maior número de pessoas foram de: 30 a

39 anos com proporção de 36,2% dos casos e de 20 a 29 anos com 35,8%. Essas duas faixas representaram 72% das usuárias HIV+. No sexo masculino a faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos (37,6%) seguida de usuários HIV+ com idade entre 30 a 39 anos (31,3%). Essas duas faixas representaram 68,9% das usuários HIV+ (Tabela 1).

Em relação à situação conjugal entre as mulheres, 47,9% eram casadas ou estavam em situação de união estável (amigadas). Entre os homens pôde-se perceber a predominância de solteiros (66,5%) e somente 28,9% declararam-se casados ou em situação de união estável (Tabela 1). Quanto à variável Raça/Cor houve predominância parda em ambos os sexos. Entre os usuários HIV+ do sexo feminino 79% se auto-declararam pardas e entre os usuários HIV+ do sexo masculino 76,2% declararam o mesmo (Tabela 1).

No que se refere à escolaridade, a maioria dos usuários HIV+ de ambos os sexos apresentou escolaridade de 8 à 11 anos. Entre as mulheres a predominância chegou a 54,4%, seguida de 4 a 7 anos de estudo (29,7%) e entre os homens, foi de 53,6%, seguida de 12 ou mais anos de estudo com 20,4% (Tabela 01).

Na análise da variável “situação profissional” entre as mulheres HIV+ houve predominância entre as que se declararam donas de casa (do lar) com 46%, seguido de mulheres que declararam ter situação regular de emprego (empregadas) com 22,3% e entre os homens HIV+ a maioria era indivíduos empregados com 42,1% seguida de profissionais que prestam serviços habitualmente por conta própria (autônomos) com 24% (Tabela 1).

Investigando a localização geográfica e territorial dos usuários HIV+ podemos perceber que a maioria, considerando ambos os sexos, residia no distrito administrativo do Guamá que compreende os bairros do Guamá, Jurunas, Condor, Arsenal, Canudos, Cremação e Terra Firme. Um total de 32,5% das mulheres HIV+ declararam residir na região, seguido

do distrito administrativo do Bengüí (16.7%). Entre os homens 25,6% residiam no DAGUA, seguido do Distrito Administrativo do Entroncamento com 13,8% (Tabela 1).

## 6.2- REQUISIÇÕES DE EXAMES SOROLÓGICOS PARA HIV

Em relação à procura para testagem sorológica anterior ao atendimento os dados mostram que a maioria não realizou teste para HIV. Um total de 291 (93,4%) mulheres e 320 (96,3%) homens HIV+ declararam não ter procurado nenhum serviço nos últimos 12 meses (Tabela 2). O principal motivo da procura pelo serviço relatado por ambos os gêneros foi a exposição à alguma situação de risco com 26% (n = 56) para as mulheres e 39,4% (n = 131) para os homens HIV+ (Tabela 2).

Analisando a variável “origem da clientela” pode-se perceber que a forma de divulgação da testagem oferecida pelo CTA-Belém entre os usuários é diversificada, sendo que os serviços e profissionais de saúde aparecem em destaque para ambos os sexos. 45,2% das mulheres HIV+ e 32,6% dos homens HIV+ tomaram conhecimento do serviço por este meio. Destaca-se também a opção “amigos/usuários do serviço” com 30,2% de ambos os gêneros como a segunda categoria mais relatada (Tabela 2).

## 6.3- COMPORTAMENTO DE RISCO

Em relação ao histórico de DST's, a maioria (n = 441) dos usuários HIV+ relataram ao aconselhador não ter nenhuma doença sexualmente transmissível (80,6%). No entanto, 15,8% (n =34) das mulheres HIV+ e 21,6% (n = 72) dos homens HIV+ apresentaram sinais/sintomas de DST nos últimos 12 meses (Tabela 3).

Considerando o tipo de parceria sexual que os usuários HIV+ mantiveram relação nos últimos 12 meses pôde-se perceber que entre as mulheres 96,7% foi heterossexual. Entre os homens a relação heterossexual (43,3%) e a relação homossexual (43%) foram equiparadas seguidas da relação bissexual com 10,5% (Tabela 3).

Quanto ao número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, a resposta mais freqüente entre as mulheres foi “um parceiro” (72,5%; n =156). Já entre os homens foi “2 à 10 parceiros (as)” 50% (n = 169) seguida de “um parceiro” com 37,4% (Tabela 3). O tipo de exposição ao vírus predominante nos registros do serviço foi a relação sexual para ambos os gêneros, sendo 98,1% para as mulheres HIV+ e 98,5% para os homens HIV+ (Tabela 3).

Em relação ao uso de drogas entre os usuários HIV+, 26,6% (n = 57) das mulheres relataram ao aconselhador serem usuárias de drogas. Entre os homens o uso de drogas é ainda maior 38,6% (n = 128) relataram ter feito uso de drogas nos últimos 12 meses (Tabela 4).

Dentre os usuários HIV+ que relataram uso de drogas o uso de álcool foi a resposta de maior predominância para ambos os sexos 56,8% (n = 105). Considerando o uso de drogas ilícitas nos últimos 12 meses as respostas foram diversificadas, entre as mulheres HIV+ 15,8% fizeram uso de cocaína aspirada e 12,3% fizeram uso de maconha. Entre os homens HIV+ 18% usaram maconha, seguido de 15,6% que usaram cocaína aspirada (Tabela 4).

A avaliação do comportamento sexual foi realizada em duas situações distintas, nas relações sexuais com parceiros fixos e com parceiros eventuais (Tabela 5 e Tabela 6).

Em relação à parceria fixa, 46% do total de mulheres HIV+ relataram ter parceria fixa e 54% do total de homens HIV+ do estudo relataram ao aconselhador manter o mesmo tipo de parceria (Tabela 5).

Quando questionados sobre a frequência de uso de preservativos (masculinos ou femininos) nas relações sexuais nos últimos 12 meses, 58,5% (n = 103) das mulheres soropositivas para HIV responderam não usar e 21,5% (n = 38) responderam ter usado menos da metade das vezes. Entre os homens destacam-se 49,5% (n = 102) que responderam não usar o preservativo com a parceria fixa e 24,3% (n = 50) que disseram usar preservativo em todas as relações (Tabela 5).

Considerando o uso do preservativo na última relação com a parceria fixa os mesmos usuários foram questionados e a maioria relatou não ter utilizado (75,7%), sendo 73,4% das mulheres HIV+ e 61,4% dos homens HIV+ (Tabela 5).

Dentre os que relataram não fazer uso de preservativos com a parceria fixa os principais motivos atribuídos para as mulheres HIV+ foram a confiança na parceria (38,9%) seguida de outros motivos (21,6%) e não aceitação por parte da parceria (19,7%). Para os homens HIV+ os motivos do não uso de preservativos foram atribuídos à confiança na parceria (46,8 %) seguido do fato de não gostar de usar (19,9%) e outros motivos (16%) (Tabela 5).

Analisando a variável “risco do parceiro fixo” pôde-se perceber que em ambos os gêneros foi atribuída a opção “outros” com 55,2%. Destaca-se nesta variável o relato de 15,9% (n = 28) das mulheres e 18% (n = 37) dos homens manterem relação com soropositivos para HIV (Tabela 5).

Em relação às parcerias eventuais, 21,4% do total de mulheres HIV+ relataram ter parceria eventual e 78,6% do total de homens HIV+ do estudo relataram ao aconselhador manter o mesmo tipo de parceria (Tabela 6).

Questionados sobre a frequência de uso de preservativos (masculinos ou femininos) nas relações sexuais nos últimos 12 meses 63,4% das mulheres HIV+ responderam não usar e 17,3% responderam ter usado todas as vezes. Entre os homens destaca-se 33,8% que responderam não usar o preservativo com as parcerias eventuais e 24% que disseram usar preservativo em mais da metade das relações (Tabela 6).

Considerando o uso do preservativo na última relação com a parceria eventual, a maioria relatou não ter utilizado (63,5%; n = 33), sendo 73% das mulheres HIV+ e 61% dos homens HIV+ (Tabela 6).

Dentre os que relataram não fazer uso de preservativos com as parcerias eventuais os principais motivos relatados ao aconselhador foram para as mulheres HIV+ à não disponibilidade no momento da relação (25,7%) seguida de outros motivos (20,9%) e a confiança na parceria (18,6%). Para os homens HIV+ os motivos do não uso de preservativos foram atribuídos à outros motivos (33,2%) seguido da não disponibilidade no momento da relação (25,1 %) e do fato de não gostar de usar (16,2%) (Tabela 6).

#### 6.4- RECORTE POPULACIONAL

A variável “recorte populacional” mostrou que 61,4% das mulheres (n = 132) e 31,9% (n = 106) dos homens soropositivos do CTA-Belém fazem parte da população em geral, ou seja, não estão classificados em nenhum grupo populacional considerado mais vulnerável à infecção pelo vírus. No entanto, destaca-se entre as mulheres as que convivem com parceria portadora do HIV/AIDS com 14,8% e as mulheres portadoras de alguma doença sexualmente transmissível com 10,7%. Entre os homens destacam-se os que declararam se relacionar sexualmente com pessoas do mesmo sexo (HSH) com 29,5% (Tabela 7 e Tabela 8).

**Tabela 1-** Distribuição de usuários com sorologia positiva anti-HIV segundo gênero e características gerais/sociodemográficas. CTA-Belém, 2008-2010.

Variáveis	HIV+											
	Feminino				Masculino				Total			
	n	%	IC 95%	p-valor	n	%	IC 95%	p-valor	n	%	IC 95%	p-valor
<b>Faixa etária (anos)</b>												
10-19	15	6,9			12	3,6			27	4,9		
20-29	77	35,8	0,2-32,9	<0.0001*	125	37,6	0,6-32,6	<0.0001*	202	37,0	0,3 – 32,7	<0.0001*
30-39	78	36,2			104	31,3			182	33,3		
40-49	31	14,4			64	19,2			95	17,3		
50-59	11	5,1			21	6,3			32	5,8		
60 ou mais	3	1,3			6	1,8			9	1,6		
<b>Situação conjugal</b>												
Casado/amigado	103	47,9			96	28,9			199	36,4		
Solteiro	75	34,8	6,3-56,2	<0.0001*	221	66,5	23,4-73,3	<0.0001*	296	54,2	xxx	<0.0001*
Separado	21	9,7			11	3,3			32	5,8		
Viúvo	16	7,4			4	1,2			20	3,6		
<b>Raça/Cor</b>												
Branca	7	3,2			18	5,4			25	4,6		
Preta	9	4,1			13	3,9			22	4,0		
Parda	171	79,0	21,5-61,2	<0.0001*	253	76,2	19,5-59,5	<0.0001*	424	77,6	20,4-60,4	<0.0001*
Indígena	2	0,9			1	0,3			3	0,5		
Ignorada	26	12,0			47	14,1			73	13,3		
<b>Escolaridade</b>												
Nenhuma	5	2,3			5	1,5			10	1,8		
1 a 3 anos	21	9,7			19	5,7			40	7,4		
4 a 7 anos	64	29,7			62	18,6			126	23,0		
8 a 11 anos	117	54,4	7,5-47,4	<0.0001*	178	53,6	5,4-45,3	<0.0001*	295	54,0	5,5-45,5	<0.0001*
12 anos ou mais	8	3,7			68	20,4			76	13,8		

<b>Situação profissional</b>											
Estudante	14	6,5			58	17,4			72	13,2	
Do lar	99	46,0			--	--			99	18,0	
Desempregado	26	12,0			48	14,4			74	13,5	
Empregado	48	22,3	0,3-32,9	<0.0001*	140	42,1	xxx	<0.0001*	188	34,4	5,3-27,9 <0.0001*
Autônomo	27	12,5			80	24,0			107	19,5	
Aposentado	1	0,4			6	1,8			7	1,3	
<b>Região de moradia</b>											
DABEL	13	6,0			43	12,9			56	10,3	
DAGUA	70	32,5	3,7-18,4	<0.0001*	85	25,6	5,2-16,3	<0.0001*	155	28,4	4,8-17,2 <0.0001*
DASAC	22	10,2			44	13,2			66	12,0	
DAENT	24	11,1			46	13,8			70	12,8	
DABEN	36	16,7			43	12,9			79	14,4	
DAICO	17	7,9			25	7,5			42	7,7	
DAOUT	2	0,9			4	1,2			6	1,1	
DAMOS	3	1,3			4	1,2			7	1,3	
Outro município	28	13,0			34	10,2			62	11,3	
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>39,3</b>			<b>332</b>	<b>60,6</b>			<b>547</b>	<b>100</b>	

(--): Dado numérico igual a zero.

\* Diferença estatisticamente significativa.

**Fonte:** CTA-Belém/ 2008-2010.

**Tabela 2-** Distribuição de usuários com sorologia positiva anti-HIV segundo gênero e características referentes à requisição de exames. CTA-Belém, 2008-2010.

Variáveis	HIV+											
	Feminino				Masculino				Total			
	n	%	IC95%	p-valor	n	%	IC95%	p-valor	n	%	IC95%	p-valor
<b>Realizou teste HIV anteriormente</b>												
Sim	14	6,5			12	3,6			26	4,8		
Não	201	93,4	xxx	<0.0001*	320	96,3	xxx	<0.0001*	521	95,2	xxx	<0.0001*
<b>Motivo do Teste</b>												
Exposição à situação de risco	56	26,0	4,3-15,6	<0.0001*	131	39,4		<0.0001*	187	34,2	2,7-17,2	<0.0001*
Encam. por serviços de saúde	21	9,8			51	15,4			72	13,2		
Encam. por banco de sangue	5	2,3			3	0,9			8	1,4		
Sintomas relacionados a AIDS	9	4,1			4	1,2			13	2,4		
Conhecimento de status sorológico	34	16,0			47	14,1			81	14,8		
Exame pré-natal	36	16,8			--	--			36	6,6		
Conferir resultado anterior	29	13,5			61	18,4			90	16,5		
Janela imunológica	10	4,6			5	1,5			15	2,7		
Prevenção	10	4,6			23	7,0			33	6,0		
Outros	5	2,3			7	2,1			12	2,2		
<b>Origem da clientela</b>												
Material de divulgação	10	4,6			36	10,8			46	8,4		
Amigos/usuários do serviço	66	30,7			99	29,8			165	30,2		
Banco de sangue	3	1,4			4	1,2			7	1,3		
Serviço/profissional de saúde	97	45,2	2,2-35,5	<0.0001*	108	32,6	2,0-31,3	<0.0001*	205	37,5	0,6-32,7	<0.0001*
Campanha	3	1,4			6	1,8			9	1,6		
Outros	36	16,7			79	23,8			115	21,0		

(--): Dado numérico igual a zero.

\* Diferença estatisticamente significativa.

**Fonte:** CTA-Belém/ 2008-2010.

**Tabela 3-** Distribuição de usuários com sorologia positiva anti-HIV segundo gênero e comportamento de risco. CTA-Belém, 2008-2010.

Variáveis	HIV+											
	Feminino				Masculino				Total			
	n	%	IC95%	p-valor	n	%	IC95%	p-valor	n	%	IC 95%	p-valor
<b>História de DST's</b>												
Sim	34	15,8			72	21,6			106	19,4		
Não	181	84,1		<0.0001*	260	78,3		<0.0001*	441	80,6	xxx	<0.0001*
<b>Tipo de parcerias sexuais</b>												
Heterossexual	208	96,7	xxx		144	43,3	6,7-46,6		352	64,3	13,2-53,2	<0.0001*
Homossexual	--	--			143	43,0			143	26,1		
Bissexual	--	--			35	10,5			35	6,4		
Não se aplica	--	--			9	2,7			9	1,6		
Não informado	7	3,2			1	0,3			8	1,4		
<b>Quantidade de parceiros(as)</b>												
1	156	72,5			121	37,4	5,7-39,0	<0.0001*	277	50,6	6,7-40,1	<0.0001*
2-10	48	22,4	xxx	<0.0001*	169	50,0			217	39,7		
11-50	--	--			17	5,1			17	3,1		
50 ou mais	3	1,4			10	3,0			13	2,4		
Nenhum	4	1,8			7	2,1			11	2,0		
Não se aplica	4	1,8			8	2,4			12	2,2		
<b>Tipo de exposição</b>												
Relação sexual	211	98,1	xxx	<0.0001*	327	98,5		<0.0001*	538	98,4	xxx	<0.0001*
Outros	4	1,8			3	0,9			7	1,3		
Não informado	--	--			2	0,6			2	0,3		

(--): Dado numérico igual a zero.

\* Diferença estatisticamente significativa.

**Fonte:** CTA-Belém/ 2008-2010.



Sim	38	21,6		77	37,3			115	33,1		
Não	135	76,6	<0.0001*	128	62,2	xxx	<0.0001*	263	75,7	29,1-84,1	<0.0001*
Não lembra	2	1,2		--	--			2	0,6		
Sim, mas rompeu	1	0,6		1	0,5			2	0,6		
<b>Motivo de não uso parc. fixo*</b>											
Não gosta	12	7,6		31	19,9			43	13,8		
Não acredita na eficácia	--	--		1	0,6			1	0,3		
Parceiro não aceita	31	19,7		5	3,2			36	11,6		
Não dispunha no momento	13	8,4		12	7,6			25	8,0		
Confia no parceiro	61	38,9	xxx <0.0001*	73	46,8	xxx	<0.0001*	134	42,9	0,1-16,2	<0.0001*
Não consegue negociar	3	1,9		--	--			3	0,9		
Achou que o outro não tinha HIV	--	-		2	1,3			2	0,6		
Acha que não vai pegar	1	0,6		1	0,6			2	0,6		
Negociou não usar	--	--		2	1,3			2	0,6		
Não tinha informação	2	1,3		2	1,3			4	1,2		
Não deu tempo/tesão	--	--		2	2,3			2	0,6		
Outros	34	21,6		25	16,0			59	18,9		
<b>Risco do parceiro fixo</b>											
Não atribui risco	43	24,4		56	27,2			99	26,0		
Uso de outras drogas	3	1,8		2	1,0			5	1,3		
Soropositivo p/ HIV	28	15,9		37	18,0			65	17,0		
Tem ou teve DST	1	0,5		1	0,4			2	0,5		
Outros	101	57,4	<0.0001*	110	53,4		<0.0001*	211	55,2	7,8-47,8	<0.0001*
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>46,0</b>		<b>206</b>	<b>54,0</b>			<b>382</b>	<b>100</b>		

Nota: foram excluídas as categorias “Não se aplica” e “Não informado”.

(--): Dado numérico igual a zero.

\* Diferença estatisticamente significativa.

**Fonte:** CTA-Belém/ 2008-2010.

\* Exceto opção “usou todas as vezes”.

**Tabela 6-** Comportamento sexual de usuários com sorologia positiva anti-HIV com parceria eventual, CTA-Belém, 2008-2010.

Variáveis	HIV+											
	Feminino				Masculino				Total			
	n	%	IC95%	p-valor	n	%	IC95%	p-valor	n	%	IC95%	p-valor
<b>Total</b>	52	21,4			192	78,6			244	100		
<b>Uso de preservativo parc. eventuais</b>												
Usou todas as vezes	9	17,3			44	22,9			53	21,7		
Não usou	33	63,4		<0.0001*	65	33,8		=0.2024	98	40,2	8,3-41,6	=0.0045
Usou menos da metade das vezes	3	5,8			37	19,3			40	16,4		
Usou mais da metade das vezes	7	13,5			46	24,0			53	21,7		
<b>Uso de preservativo na última relação com parceiros eventuais</b>												
Sim	10	19,3			67	34,9			77	31,5		
Não	38	73,0		<0.0001*	117	61,0		<0.0001*	155	63,5	xxx	<0.0001*
Sim, mas rompeu	4	7,7			8	4,1			12	5,0		
<b>Motivo de não uso parc. eventuais*</b>												
Não gosta	4	9,3			24	16,2			28	14,6		
Parceiro não aceita	6	13,9			3	2,0			9	4,8		
Não dispunha no momento	11	25,7		<0.0001*	37	25,1			48	25,2		
Confia no parceiro	8	18,6			15	10,1			23	12,0		
Sob efeito de drogas/álcool	3	7,0			8	5,4			11	5,8		
Não consegue negociar	1	2,3			2	1,3			3	1,6		
Achou que o outro não tinha HIV	--	--			7	4,7			7	3,6		
Acha que não vai pegar	1	2,3			1	0,7			2	1,0		
Não deu tempo/tesão	--	--			2	1,3			2	1,0		
Outros	9	20,9			49	33,2		<0.0001*	58	30,4	2,4-17,5	<0.0001

Nota: foram excluídas as categorias “Não se aplica” e “Não informado”.

(--): Dado numérico igual a zero.

\* Diferença estatisticamente significativa.

Fonte: CTA-Belém/ 2008-2010.

\* Exceto opção “usou todas as vezes”.

**Tabela 7-** Distribuição de usuários com sorologia positiva anti-HIV do gênero feminino segundo recorte populacional, CTA-Belém, 2008-2010.

<b>Recorte populacional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>	<b>p valor</b>
População Geral	132	61.4	3,8-26,0	<0.0001
Portador DST	23	10.7		
Parceria com HIV/AIDS	32	14.8		
Parceria com HIV/AIDS / Portador de DST	3	1.4		
Uso outras drogas	11	5.1		
Uso outras drogas/ Parceria com HIV/AIDS	6	2.8		
Uso outras drogas/ Portador de DST	4	1.8		
Prof. Sexo	2	0.9		
Prof. Sexo/ Uso Outras Drogas/ Portador de DST	2	0.9		
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>100</b>		

\* Diferença estatisticamente significativa.

**Fonte:** CTA-Belém/ 2008-2010.

**Tabela 8-** Distribuição de usuários com sorologia positiva anti-HIV do gênero masculino segundo recorte populacional, CTA-Belém, 2008-2010.

<b>Recorte populacional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC95 %</b>	<b>p valor</b>
População Geral	106	31.9		
Portador DST	24	7.2		
Parceria com HIV/AIDS	12	3.6		
Parceria com HIV/AIDS / Portador de DST	3	0.9		
<b>HSH</b>	<b>98</b>	<b>29.5</b>		
HSH/ Parceria com HIV/AIDS/ Portador de DST	5	1.5		
HSH/ Parceria com HIV/AIDS	7	2.1		
HSH/ Portador DST	24	7.2	0,8-9,6	<0.0001
HSH/ Travestis/transexuais	2	0.6		
HSH/ Usuário outras drogas/ Portador de DST	6	1.8		
HSH/ Usuário outras drogas	12	3.6		
Uso outras drogas	14	4.2		
Uso outras drogas/ Parceria com HIV/AIDS	2	0.6		
Uso outras drogas/ Portador de DST	2	0.6		
Usuários drogas injetáveis/ Usuário outras drogas	2	0.6		
Prof. Sexo	3	0.9		
Prof. Sexo/ HSH/ Portador de DST	5	1.5		
Prof. Sexo/ Usuário Outras drogas	2	0.6		
Outros	3	0.9		
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100</b>		

\* Diferença estatisticamente significativa.

**Fonte:** CTA-Belém/ 2008-2010.

## 7- DISCUSSÃO

Esta pesquisa permitiu conhecer melhor os usuários atendidos no CTA-Belém no período compreendido entre os anos de 2008 e 2010 que realizaram exames sorológicos para detecção do HIV e foram diagnosticados como reagentes. Os resultados apresentados evidenciaram características importantes incluindo as epidemiológicas e as comportamentais que auxiliam na discussão dos fatores associados à infecção pelo HIV, bem como das ações de assistência, prevenção e promoção da saúde prestada pelo serviço público do município de Belém à sua população.

Apesar da tendência crescente de notificações na região Norte e da relevância do estado do Pará que detém o maior número de casos na região, segundo dados do Ministério da Saúde, as informações levantadas demonstram que ainda existe uma carência de pesquisas que possibilitem conhecer melhor esta população e quais os fatores mais determinantes para a infecção. Nesse contexto vale ressaltar a importância de pesquisas epidemiológicas assim como esta, que servem como suporte para tomada de decisões e definição de prioridades, especialmente no desenvolvimento de ações em saúde através da identificação de grupos vulneráveis à doenças e seus condicionantes (PAIM, 2003).

Sabe-se que a manipulação das informações de portadores do HIV é delicada e envolve muitos aspectos éticos e burocráticos tornando o desenvolvimento de pesquisas na área menos favorável. No entanto, em algumas situações é necessário que se questione a importância do estudo e sua utilização como norteador de ações práticas no serviço.

O estudo foi realizado com base em dados secundários, estando sujeito a limitações, que podem, em maior ou menor grau, interferir nos resultados apresentados. Dentre essas,

pode-se citar a falta de padronização no preenchimento dos formulários de atendimento; dados registrados por diferentes profissionais aconselhores (profissionais habilitados para o acolhimento e orientação de usuários), podendo gerar erros de digitação. Além disso, a dinâmica do atendimento do CTA é complexa, existindo situações onde são realizados vários testes para um mesmo indivíduo, ao longo do tempo, sendo que nem sempre é possível recuperar o registro inicial por falta de identificação do usuário (anonimato), nestes casos os prontuários tiveram de ser excluídos da pesquisa.

Apesar do CTA-Belém ser o serviço público de referência no diagnóstico do HIV no município de Belém e contemplar a maior demanda de atendimentos sorológicos, não podemos afirmar que os resultados encontrados são representativos de toda a população, pois abrange somente os usuários que procuraram o CTA-Belém, por demanda espontânea ou encaminhamento médico. Vale ressaltar que existem outros serviços como, por exemplo, bancos de sangue e laboratórios particulares que também realizam o diagnóstico sorológico para HIV na população e que não foram alvo amostral do estudo.

#### 7.1- ESTIMATIVA DO HIV

O valor de prevalência encontrado no CTA-Belém (6,09%) se aproximou do encontrado por Schneider et al. (2008) que investigou a prevalência de HIV nos CTA de Santa Catarina no ano de 2005 (7,6%). No entanto, foi superior ao estimado no estudo de Bassichetto et al. (2004) realizado em um dos maiores CTA do país localizado na cidade de São Paulo, durante os anos de 2001 e 2002 (4,4%) e ao estimado por Minayo et al. (1999) realizado nos CTA localizados no Nordeste do país que foi de 4,4%, sendo o CTA-Maceió o menor índice com 1% e o CTA- Imperatriz o maior chegando a 7,4%.

Em contrapartida nossa prevalência foi inferior comparada as estimativas de Ferreira et al. (2001) realizado em três CTA do Rio de Janeiro no ano de 2001 (9% no gênero feminino e 15,6% no masculino) e de Pechansky et al. (2005) realizado em dois CTA de Porto Alegre entre os anos de 1995 e 1997 (6,9% no sexo feminino e 13,1% no masculino).

Segundo a Secretaria estadual de saúde do Pará (SESPA) o registro de dados referentes à prevalência de HIV no estado e nos municípios é um desafio. Somente a partir de 2010, o Estado começou a fazer a exportação de dados do Sistema de Informação de CTA (SI-CTA) para se ter conhecimento da prevalência da infecção no Estado. Mesmo assim, muitos CTA ainda não utilizam o sistema e outros que utilizam não exportam seus dados para a Gestão Estadual criando uma grande dificuldade para a gestão. Dessa forma, até o momento considera-se desconhecido o real perfil epidemiológico da infecção pelo HIV no Estado.

## 7.2- PERFIL GERAL E SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS HIV POSITIVOS

Do total de usuários infectados pelo HIV no período proposto na pesquisa 60,6% eram do gênero masculino e 39,3% eram do gênero feminino resultando numa relação de 1,5 homens para 1 mulher. Bassichetto et al. (2004) em seu estudo encontrou razão de sexos entre positivos de 4,4:1, bastante acima do observado nesta pesquisa. Segundo os autores estes valores elevados podem ser atribuídos ao serviço que é tradicionalmente utilizado por homens que fazem sexo com homens em São Paulo.

Jesus e Dourado (2006) apresentaram resultados bem próximos dos encontrados em nossa pesquisa. Ao investigar a razão de sexos entre soropositivos para HIV em um CTA de Salvador- BA de 2003 a 2005 obtiveram 1,4:1, ou seja, menos de 1 homem para cada mulher infectada.

Segundo Santos et al. (2002) a tendência de feminização da epidemia já é um fato consumado e confirmado por diversos estudos e boletins publicados nos últimos anos e a realidade do estado do Pará acompanha essa mesma tendência conforme divulgado no Boletim Epidemiológico DST/AIDS pela SESPA.

Os dados no Pará demonstram que a aids, apesar de estar concentrada em populações vulneráveis, já atingiu o universo feminino e a razão de casos entre homens e mulheres vem reduzindo cada vez mais, sendo que em algumas regiões o predomínio de casos em mulheres já ocorre. De acordo com a SESPA isto pode ser supostamente o reflexo do comportamento sócio-sexual da população, associado a aspectos de vulnerabilidade da mulher. Em 2008 a razão divulgada foi de 1,5 homens para cada mulher com aids no estado, mesmo valor encontrado em nossa pesquisa considerando os dados do CTA-Belém do ano de 2008 a 2010 (Secretaria de Estado de Saúde Pública, 2010).

Do total de mulheres soropositivas do CTA-Belém 16,7% estavam grávidas e estas tiveram como principal motivo da realização do teste a “indicação médica”. Esse achado, provavelmente, reflete uma dificuldade de cobertura da demanda do pré-natal pela atenção básica no município.

A população de grávidas é especialmente importante a ser considerada como parte de um sistema de vigilância do HIV, não só pelo risco de terem tido relações sexuais com homens infetados pelo HIV, mas também por causa da possibilidade de transmissão vertical para suas crianças enfatiza Nemes et al. (2004).

Embora o Ministério da Saúde recomende que os serviços de pré-natal realizem testes sorológicos e aconselhamento em HIV/Aids, num sistema descentralizado como o SUS em

alguns deles, as grávidas fizeram ou fazem uso dos CTA, em geral por decisão dos próprios serviços de pré-natal (CARDOSO et al., 2007).

Analisando a faixa etária dos usuários soropositivos do CTA-Belém pôde-se perceber que o HIV aparece em todas as faixas etárias, no entanto, é mais prevalente no adulto jovem.

Pode-se dizer que os usuários com sorologia positiva do CTA-Belém são mais velhos (33,4 anos) do que os do CTA-Salvador/BA cuja média foi de 31 anos (JESUS E DOURADO, 2006).

Considerando somente o sexo feminino destaca-se a faixa etária entre 30 a 39 anos com 36,2%, dado semelhante ao último divulgado pela SESPA referente ao ano de 2009 abrangendo soropositivos de todo o estado que chegou a 41,6%. No sexo masculino a faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos com 37,6% corroborando com os dados do mesmo relatório que foi de 30,3% em todo o estado no ano de 2009 (Secretaria de Estado de Saúde Pública, 2010).

Uma possível justificativa para a concentração maior de soropositivos entre adultos jovens segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a) é que estes constituem um grupo de risco crescente para as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo HIV. Essa maior vulnerabilidade pode ser em decorrência de elevadas taxas de atividade sexual com diferentes parceiros (situações de risco durante mais tempo) em paralelo às falhas ou inconsistências no uso de preservativos.

Em relação à situação conjugal a maior proporção foi do grupo de mulheres soropositivas que eram casadas ou estavam em situação de união estável com 47,9%, enquanto que no grupo de homens soropositivos a maior proporção foi de solteiros com 66,5%.

Quando comparamos os dados a estudos já realizados em outras regiões do país observamos alguns contrapontos, Schneider et al. (2008) registraram que tanto para mulheres quanto para homens soropositivos de Santa Catarina a maior proporção de estado civil foi de casados sendo 51,8% e 48,5% respectivamente. Já Bassichetto (2004) observou que 76% dos homens referiram como estado marital serem solteiros, enquanto que entre as mulheres este percentual foi de 41% em um CTA de São Paulo.

A maior proporção de mulheres casadas infectadas pelo HIV pode estar relacionada à diversos fatores comportamentais como dificuldade de negociar sexo seguro com parceiro fixo e a infidelidade do parceiro ou da própria portadora. Pesquisas futuras são necessárias para associar tais variáveis e elucidar melhor os fatores condicionantes nestes casos.

No que tange à raça/cor pode-se dizer que os usuários soropositivos atendidos no CTA-Belém são em maior proporção de pardos para ambos os sexos, sendo 79% para o sexo feminino e 76,2% para o sexo masculino. Essa característica não reflete a mesma tendência observada no último Boletim Epidemiológico divulgado pelo MS que registrou maior proporção de brancos tanto para mulheres quanto para homens (52,9% e 50,5%) considerando os casos de HIV em 2010. Uma hipótese levantada para explicar esse fato se deve à proporção de autodeclarados pardos para a região Norte que é a maior do país com 71,2% segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), relativa a 2009, divulgada pelo IBGE (BRASIL, 2010c).

Quanto à escolaridade a maioria dos usuários HIV+ de ambos os sexos relatou ter estudado regularmente de 8 à 11 anos, Entre as mulheres a predominância chegou a 54,4% e entre os homens a predominância foi de 53,6%. O mesmo foi registrado no Boletim Epidemiológico DST/AIDS de 2010 no qual as maiores proporções apontaram que 31,4% dos homens e 31% mulheres também tinham o mesmo grau de escolaridade (BRASIL, 2010b).

Com base na distribuição dos usuários segundo escolaridade, pode-se dizer que os indivíduos com resultado positivo para o HIV que demandaram os serviços do CTA-Belém possuem maior escolaridade quando comparados aos usuários do CTA de Salvador (JESUS E DOURADO, 2006) e CTA do Rio de Janeiro (FERREIRA et al., 2001). Destaca-se ainda entre os resultados obtidos em nossa pesquisa a proporção de homens com 12 ou mais anos de estudo que chegou a 20,4% não refletindo o que a maioria das pesquisas aponta. Vale ressaltar que, segundo Parker et al. (1999) a infecção por HIV em homens de escolaridade elevada faz parte da primeira etapa de perfil epidemiológico no Brasil (de 1980 a 1986).

A recente literatura de modo geral destaca que a soropositividade decai com o crescimento da escolaridade, o que aponta para uma progressiva pauperização da epidemia. De maneira geral, ressaltam Pechansky et al. (2005) que indivíduos de baixa renda também têm menor nível educacional e menor acesso às informações sobre saúde, tornando-se alvos de doenças potencialmente evitáveis através de mudanças de comportamento.

Na análise da variável “situação profissional” entre as mulheres HIV+ houve predominância entre as que declararam serem donas de casa (do lar) com 46% e entre os homens HIV+ a maioria era de empregados com 42,1%. Schneider et al. (2008) em seu estudo no sul do país mostrou maior proporção entre os que se declararam empregados tanto para mulheres (41,7%) quanto para homens (51,7%). Destaca-se neste estudo que somente 20,3% das soropositivas eram “do lar”.

Sobre a região de moradia, apesar de os casos estarem distribuídos em todos os distritos e inclusive em outros municípios, podemos perceber que em ambos os sexos a maior proporção reside no distrito administrativo do Guamá (28,4%) que é constituído de bairros populosos e com altos índices de pobreza e criminalidade, dentre eles compreendem os bairros do Guamá, Jurunas, Condor, Arsenal, Canudos, Cremação e Terra Firme.

A pauperização da epidemia é outro conceito muito discutido por pesquisadores epidemiológicos no Brasil. Bastos e Szwarcwald (2000) afirmam que não há dúvidas de que a infecção pelo HIV/AIDS é maior entre os segmentos populacionais mais pobres e isso decorre em razão de fatores socioeconômicos, comportamentais e de acesso diferenciado à serviços assistenciais.

### 7.3- ASPECTOS RELACIONADOS AO SERVIÇO/USUÁRIO

Em relação à procura para testagem sorológica anterior, os dados mostram que a maioria não fez teste para HIV, 95,2% dos usuários declararam não ter procurado nenhum serviço nos últimos 12 meses. Tais proporções corroboram com as obtidas no estudo de Vilela et al. (2010) realizado no CTA-Alfenas (MG) em que 82,7% dos usuários não faziam uso desse serviço de saúde.

Foram vários os motivos da procura pelo serviço do CTA-Belém relatados pelos usuários soropositivos, porém o principal motivo para ambos os sexos foi a exposição à alguma situação de risco com 26% para as mulheres HIV+ e 39,4% para os homens. Schneider et al. (2008) obtiveram resultados discordantes apontando como motivo de maior procura nos CTA de Santa Catarina o fato de conferir resultado anterior com 28% para o sexo feminino e 31,7% para o sexo masculino considerando somente os soropositivos.

Grande parte das pesquisas analisa os motivos da procura pelos usuários e não somente pelos soropositivos para HIV. Em um estudo de abordagem qualitativa nos CTA do Nordeste do país Minayo et al. (1999) explicam que uma única relação sexual ou prática considerada de risco pelo usuário pode fazer com que ele, anos depois, busque a realização do

teste e destaca que as mulheres ao procurar o serviço citam muito a desconfiança sobre o comportamento sexual do parceiro.

Analisando a variável “origem da clientela” pode-se perceber que a forma de divulgação da testagem oferecida pelo CTA-Belém entre os usuários é diversificada, sendo que os serviços e profissionais de saúde aparecem em destaque para ambos os sexos seguida da opção “amigos/usuários do serviço”. Germano et al. (2008) afirmam que os CTA têm um importante papel na estabilização da epidemia de HIV e que campanhas de esclarecimento sobre sua existência deveriam ser intensificadas, utilizando outras formas de divulgação como campanhas televisivas, jornais e internet devido à importância da testagem sorológica, do conhecimento do diagnóstico e das modalidades de transmissão e prevenção ao HIV.

#### 7.4 -COMPORTAMENTO DE RISCO DOS USUÁRIOS HIV POSITIVOS

Em relação ao histórico de DST's a maioria dos usuários HIV+ relatou ao aconselhador não ter nenhuma doença sexualmente transmissível (80,6%). No entanto, 15,8% das mulheres HIV+ e 21,6% dos homens HIV+ apresentaram sinais/sintomas de DST nos últimos 12 meses. Alguns autores afirmam que a prevalência de HIV é maior entre os usuários com história pregressa de DST's o que justifica a influência destas na disseminação da epidemia do HIV/AIDS (BASTOS E SZWARCOWALD, 2000).

No entanto, os resultados da nossa pesquisa não seguem essa tendência, assim como os resultados de Jesus e Dourado (2006) realizada no CTA-Salvador em que praticamente toda a população estudada não fez referência a estas doenças chegando a uma proporção de 99,7% e os resultados de GRIEP et al. (2005) realizada em um CTA do Rio de Janeiro em que somente 5,6% relataram DST's.

Em relação ao tipo de parceria sexual pôde-se perceber que entre as mulheres 96,7% foi heterossexual. Entre os homens a relação heterossexual (43,3%) e a relação homossexual (43%) foram equiparadas. No início da epidemia os indivíduos que se declaravam como homossexuais eram os mais atingidos e em alguns estudos como o de Alves et al. (2003), Bassichietto et al. (2004) e Griep et al. (2004) ainda mostram maior soropositividade neste seguimento. No entanto, vários autores afirmam que atualmente a epidemia segue uma tendência de heterossexualização (GRIFFIN, 1998; SANTOS et al., 2002; BASTOS E SZWARCOWALD, 2000). Isto pôde ser observado em nosso estudo de forma bem mais discreta comparado ao estudo de Schneider et al. (2008) que também mostrou maior proporção de soropositivos heterossexuais, porém chegando a 74,1% entre os homens.

Assim como observado em nosso estudo, Jesus e Dourado (2006) encontraram maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre as mulheres que se declararam como heterossexuais, o que segundo Vieira et al. (2000) constitui atualmente o modo de transmissão deste seguimento. Este comportamento pode traduzir a maior vulnerabilidade feminina em relação à menor capacidade de negociar sexo seguro.

O crescimento do número de casos entre homens heterossexuais, junto ao marcante predomínio desta forma de transmissão na população feminina, reforça a hipótese de heterossexualização da epidemia.

Foi verificado quanto ao número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses que 72,5% das mulheres HIV+ tinham apenas um parceiro. Já entre os homens HIV+ 50% tinham de 2 à 10 parceiros(as). Esses dados corroboram com o estudo de Schneider et al. (2008) que obteve maior proporção de parceria única entre as mulheres com 74,1% e entre os homens de 2 a 10 parceiros(as).

Em relação ao tipo de exposição importa destacar que o tipo de exposição ao vírus mais predominante nos registros do serviço foi a relação sexual para ambos os sexos, sendo 98,1% para as mulheres HIV+ e 98,5% para os homens HIV+. O mesmo foi relatado por Pechansky et al. (2005) Jesus e Dourado (2006) e Schneider et al. (2008) que demonstram o predomínio da via sexual para a transmissão do HIV.

No que compete ao uso drogas entre os usuários HIV+ do nosso estudo, 26,6% das mulheres e 38,6% dos homens relataram ao aconselhador terem feito uso de drogas nos últimos 12 meses. Dentre as drogas o uso de álcool foi a resposta de maior predominância para ambos os sexos com 56,8%. Considerando o uso de drogas ilícitas destacam-se cocaína aspirada (15,7%) e maconha (16,2%).

Em nosso meio, ainda existem poucos estudos que avaliam as situações de risco para a transmissão do HIV entre indivíduos que usam drogas seja de forma sistemática, recreacional, ou eventual. No entanto, Pechansky et al. (2005) afirma que o abuso de drogas pode ser considerado um dos modos significativos de transmissão do HIV no caso de usuários de drogas injetáveis ou um favorecedor de situações de risco, principalmente sexuais.

Em relação ao comportamento sexual com parceiro fixo nos últimos 12 meses, grande parte das mulheres soropositivas referiu nunca usar preservativo (58,5%), assim como a maior parte dos homens (49,5%). Esses dados corroboram com os obtidos por Jesus e Dourado (2006) em Salvador e com os de Schneider et al. (2008) em Santa Catarina.

De maneira geral, os soropositivos considerados por este estudo relataram não ter utilizado preservativo na última relação com a parceria fixa em proporções ainda maiores, sendo 73,4% das mulheres e 61,4% dos homens. Ao pesquisarem esta variável Schneider et al. (2008) obtiveram proporções semelhantes a esse estudo.

Comparando nossos dados referentes aos motivos para o não uso de preservativos com a parceria fixa aos de Schneider et al. (2008) podemos destacar a “confiança na parceria” com maiores proporções para ambos os sexos. E da mesma forma que nos CTA de Santa Catarina outros motivos foram relevantes como a “não aceitação da parceria” para as mulheres e o fato de “não gostar de usar” para os homens.

Para Griep et al. (2005) freqüentemente, quando o relacionamento envolve o afeto, é comum a sensação ilusória de invulnerabilidade, como se o amor garantisse “proteção” contra a infecção. Neste contexto, as questões culturais e de sentimento e afeto fazem presentes inferindo no autocuidado, muito embora seja observado um conhecimento amplamente difundido sobre a prática sexual desprotegida como a principal forma de transmissão.

Analisando a variável “risco do parceiro fixo” pôde-se perceber grande disparidade com os resultados de Schneider et al. (2008). Neste estudo a maior proporção de risco foi entre os soropositivos que relataram não atribuir risco ao parceiro com 30,6% para as mulheres e 49% para os homens, diferentemente do nosso estudo que obteve 57,4% e 53,4% para a opção “outros motivos”. Outro destaque em nossa pesquisa foi o relato de 15,9% das mulheres e 18% dos homens que relataram manter relação com parceiros soropositivos para HIV.

Considerando a freqüência de uso de preservativos nas relações sexuais no último ano entre os soropositivos que declararam ter parcerias eventuais destacou-se também o não uso com 63,4% para as mulheres e 33,8% para os homens. No que se refere a este comportamento os resultados foram diferentes dos obtidos por Schneider et al. (2008), neste as maiores proporções foram 39,8% para mulheres responderam “sempre fazer uso” e 46,5% para os homens que responderam “as vezes”.

Quando questionados sobre o uso do preservativo na última relação com a parceria eventual, a maioria relatou não ter utilizado, sendo 73% das mulheres HIV+ e 61% dos homens soropositivos. Neste caso, mesmo tendo observado proporções maiores que Schneider et al. (2008) os dados foram concordantes. Em Santa Catarina 51.3% mulheres e 53,6% dos homens soropositivos também não usaram preservativo na última relação com parceria eventual.

Os motivos para não usar preservativos com parcerias eventuais foram diversificados e bem distribuídos entre as opções de resposta. Para as mulheres soropositivas a não disponibilidade no momento da relação (25,7%) e outros motivos (20,9%) foram as de maior frequência enquanto que para os homens, outros motivos (33,2%) e a não disponibilidade no momento da relação (25,1 %) tiveram maiores proporções.

No estudo de Jesus e Dourado (2006) outros motivos para não uso de preservativo com parceria eventual tiveram maior predomínio entre os soropositivos do CTA de Salvador. Dentre eles, “uso de drogas/álcool”, “não tinham consciência” e “achou que o outro não tinha”, com respectivamente, 23,1%, 12,8% e 12%.

A variável “recorte populacional” demonstra os grupos populacionais considerados mais vulneráveis à infecção pelo vírus. O Ministério da Saúde padronizou preenchimento das fichas e definiu três como o máximo de categorias que os usuários poderiam ser classificados. Dessa forma, nossos resultados evidenciaram uma distribuição diversificada para ambos os sexos, sendo a categoria “população em geral” a de maiores proporções (61.4% das mulheres e 31.9% dos homens soropositivos).

Schneider et al. (2008) ao estudar o recorte populacional de soropositivos em Santa Catarina também perceberam a mesma tendência, porém em proporções mais elevadas 79,9% para mulheres e 61,9% para homens).

Pode-se destacar também que entre os homens soropositivos houve alta frequência de homens que declararam se relacionar sexualmente com pessoas do mesmo sexo alcançando 29,5%. Schneider et al. (2008) também perceberam o mesmo em seu estudo. Segundo Ferreira et al. , há a necessidade de manutenção dos recursos que financiam ações de prevenção direcionadas a essa categoria, havendo a necessidade de pensar nos serviços de saúde, que raramente atentam especificidades para esse grupo.

#### 7.5- PERSPECTIVAS DE ADEQUAÇÃO DO SERVIÇO DO CTA-BELÉM

A realidade exposta na pesquisa fornece elementos para que futuramente haja uma melhor adequação do serviço do CTA-Belém e o desenvolvimento de estudos com novas metodologias de investigação científica.

Entre as propostas de adequação do serviço podemos destacar:

a) Maior necessidade de se ampliar a divulgação desses serviços para as pessoas da população em geral, uma vez que as pessoas incluídas nesse grupo obtiveram taxas de soropositividade mais altas sendo também vulneráveis às DST/HIV;

b) Intensificar as campanhas educativas principalmente em grupos de mulheres, levantando questões referentes ao uso de preservativos, à negociação com o parceiro e à fidelidade.

c) Efetivar as ações de prevenção direcionadas tanto para homens heterossexuais quanto para homossexuais, atentando para as especificidades de cada categoria.

c) Maior foco de intervenção através de testagens sorológicas e campanhas educativas em áreas periféricas, principalmente em bairros dos distritos administrativos do Guamá, Benguí e Entroncamento;

d) Necessidade de se estender a experiência dos CTA quanto ao aconselhamento e testagem anti-HIV para outros serviços públicos de saúde;

e) Indicar que a prática do aconselhamento deve levar em conta os riscos individuais e coletivos às DST/HIV, incluindo as diferenças culturais entre os gêneros e as várias formas de relacionamentos existentes, impossíveis de serem normatizadas por orientações gerais;

Vale ressaltar que esta pesquisa é pioneira no município de Belém e avaliou um significativo número de variáveis que permitiu maior visibilidade do perfil epidemiológico e comportamental dos portadores do HIV atendidos no CTA-Belém, além de sinalizar caminhos para o redimensionamento das ações em serviços e para a realização de novos estudos.

## 8- CONCLUSÕES

Diante do exposto esta pesquisa propiciou o conhecimento do perfil epidemiológico e do comportamento de risco dos usuários soropositivos ao HIV frequentadores do CTA-Belém. Apesar dos achados consistentes, sabe-se que estes não podem ser considerados para a população geral por estarem restritos ao âmbito de um serviço.

Pôde-se perceber que embora haja similaridades em relação à algumas variáveis com de outros estudos desenvolvidos no país e com a atual tendência da epidemia de HIV/AIDS, existem peculiaridades em nossa região de cunho epidemiológico e comportamental que merecem maior atenção e melhor direcionamento da intervenção preventiva por parte da saúde pública.

Ao traçar o perfil epidemiológico e comportamental o estudo possibilitou a análise de 547 usuários soropositivos, destacam-se os seguintes resultados:

- A prevalência de HIV positivo encontrada nesses exames foi de 6,09%.
- A amostra estudada era na maioria do sexo masculino (60,6%), com idade entre 20 a 29 anos (37%), solteiras(os) (54,3%), pardas(os) (79%), com 8 à 11 anos de estudo (54%), com situação profissional estável (34,4%) e residentes no DAGUA (28,4%).
- A exposição à alguma situação de risco foi considerado como o principal motivo da procura com 34,2%, sendo 37,5% destes encaminhados por outros serviços/profissionais de saúde.

- No que tange ao comportamento de risco 80,6% dos soropositivos para HIV relataram não ter nenhuma DST. Em relação ao tipo de exposição 98,5% foi a sexual, quanto à parceria sexual houve predominância heterossexual entre as mulheres (96,7%) e proporções equiparadas entre os homens heterossexuais (43,3%) e HSH (43%). Considerando o número de parceiros, as mulheres relataram ter apenas um parceiro (72,5%) e os homens que tinham de 2 à 10 parceiros(as) (50%).
- Entre os que tinham parceria fixa 58,5% das mulheres e 49,5% dos homens relataram o não uso de preservativo no último ano, sendo que 75,7% relataram não ter usado preservativo na última relação em decorrência principalmente da confiança no parceiro.
- Dos usuários com parcerias eventuais 63,4% das mulheres e 33,8% dos homens relataram o não uso de preservativo no último ano, 63,5% relataram não ter usado preservativo na última relação e entre os motivos de não uso destacam-se a não disponibilidade de preservativo no momento da relação sexual entre outros motivos.
- Dentro do recorte populacional, fazem parte da população geral 61,4% das mulheres e 31,9% dos homens soropositivos, com destaque para a categoria HSH com 33,5%.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMATO NETO, V., UIP, D., BOULOS, M., DUARTE, M., MENDES, C.M., TAKETOMI, E., LONGO, I.M., MATTOS FILHO, J.L., MOURA, N.C., ROCHA, T.R. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): reporto of the 1st autochthnous case in Brazil and immunological study. **Revista Paulista de Medicina**, v. 4, n.101, p.165-8, 1983.

ARAÚJO, L., FERNANDES, R.C., COELHO, M.C., ACOSTA, E.M. Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da Cidade de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 2, p. 85-90, 2005.

SALLETI FILHO, H., CALAZANS, G., FRANCA JUNIOR, I., AYRES, J. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: PARKER R, BARBOSA RM, organizadores. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

BARNETT, T., WHITESIDE, A. **AIDS in the Twenty-first century disease and globalization**. 2. ed. Nova York: Palgrave Macmillan, 2002.

BARNETT, T., WHITESIDE, A. Isolation of a T<sup>1</sup>lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). **Science**, v. 220, n. 4599, p. 868-871 1983.

BASTOS, F.I., SZWARCOWALD, C.L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 65-76, 2000.

BASSICHETTO, K., MESQUITA, F., ZACARO, C., SANTOS, E., OLIVEIRA, S., VERAS, M., BERGAMASCHI, D. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da Rede Municipal de São Paulo, com sorologia positiva para o HIV. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 3, p. 302-310, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico**. Brasília: MS, 1993.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST e AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de Vigilância Epidemiológica da AIDS** - Programa Estadual DST/AIDS. Brasília: MS, 1995.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: Manual**. Brasília: MS, 1999.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A Experiência do Programa Brasileiro de AIDS**. Brasília: MS, 2002a.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Sistema de Informações dos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST-AIDS: Manual de utilização**. Brasília: MS, 2002b.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Vigilância do HIV no Brasil, Novas Diretrizes**. Brasília: MS, 2002c.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde – CN-DST/AIDS. **Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica**. Brasília: MS, 2003.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Brasília: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Ano VI – n. 1. Brasília: MS; 2010a.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Ano VII – n. 1. Brasília: MS; 2010b.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Nacional de DST e AIDS, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil**. 3. ed. Brasília: MS, 2010c.

BRITO, A.M., CASTILHO, E.A., SZWARCOWALD, C.L. AIDS infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.

CARDOSO, A. J.; GRIEP, R. H.; CARVALHO, H. B. ; BARROS, A ; SILVA, S. B.; REMIEN R. H. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em Aids. **Revista Saúde Pública** [online], v. 41, supl. 2, p. 101-108, 2007

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil – A agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2000.

FANALES-BELASIO, E., RAIMONDO, M., SULIGOI, B., BUTTO, S. HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview. **Annali dell'Istituto Superiore di Sanità** [online]. v. 46, n. 1, p. 5-14, 2010.

FERREIRA, M. P.; SILVA, C. M.; GOMES, M. C.; SILVA, S. M. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p.481-490, 2001.

GOTTLIEB, M. SCHROFF, R., SCHANKER, H.M., WEISMAN, J.D., FAN, P.T., WOLF, R.A., SAXON, A. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. **The New England Journal of Medicine**, v. 305, n. 24, p. 1425-1431, 1981.

GRIEP, R.H., ARAÚJO, C.L., BATISTA, S.M.. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/AIDS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 14, n. 2, p. 119-126, 2005.

JESUS, J.S., DOURADO, M.I. **Perfil epidemiológico dos usuários atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em HIV/AIDS no estado da Bahia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Salvador, Universidade Federal da Bahia, 2006. 90p.

MARINS, J.R., JAMAL, L.F., CHEN, S.Y., BARROS, M.B., HUDES, E.S., BARBOSA, A.A., CHEQUER, P., TEIXEIRA, P.R., HEARST, N. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS**, v. 17, n. 11, p. 1675-1682, 2003.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio, L. C. de O (org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC. 1994.

NEMES M. I.; CARVALHO, H. B.; SOUZA, M.F. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. **AIDS**. v. 18 , supl. 3, p. 15-20, 2004.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PALMISANO, L., VELLA, S. A brief history of antiretroviral therapy of HIV infection: success and challenges. **Annali dell'Istituto Superiore di Sanità**, v. 47, n. 1, p. 44-48, 2011.

PECHANSKY, F., DIEMEN, L., KESSLER, F., DO BONI, R., SURRAT, H., INCIARDI, J. 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, 2005.

REHLE, T., LAZZARI, S., DALLABERTA, G., ASAMOAH-ODEI, E. Second-generation HIV surveillance: better data for decision-making. **Bull World Health Organization**; v. 82, n. 2, p.121-7, 2004.

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

SCHNEIDER, I., RIBEIRO, C, BREDÁ, D., SKALINSKI, L., D'ORSI, E. Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1675-1688, 2008.

Secretaria de Estado de Saúde Pública, Governo do Estado do Pará. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST- 1985 a Junho/2010**. Pará, 2010.

SIERRA, S., KUPFER, B., KAISER, R. Basics of the virology of HIV-1 and its replication. **Journal of Clinical Virology**. v. 34, n. 4, p. 233-244, 2005.

SILVA, S. M.; SANCHES, K. **Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA: caminhos e trilhas em construção**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004. 142p.

SOUZA, V., CZERESNIA, D., NATIVIDADE, C. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1536-1544, 2008.

TEIXEIRA, P. Políticas Públicas em AIDS. In: PARKER, R. **Políticas, Instituições e AIDS – Enfrentando a Epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar/ABIA. 1997.

TURNER, B., SUMMERS, M. Structural biology of HIV. **Journal of Molecular Biology**. v. 285, n. 1, p. 1-32, 1999.

UNAIDS. **AIDS epidemic update**. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em 15/12/2009

UNAIDS. **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic, 2010**. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em 22/10/2009.



## II- Requisição

### 09 Realizou teste HIV anteriormente

- (1)sim
- (2)não

### 10 Motivo do Teste

- (1)exposição à situação de risco
- (2)encaminhamento por serviços de saúde
- (3)encaminhamento por banco de sangue
- (4) encaminhamento por clínicas de recuperação
- (5)sintomas relacionados ao HIV
- (6)admissão em emprego/forças armadas
- (7)conhecimento de status sorológico
- (8)exame pré-natal
- (9)conferir resultado anterior
- (10)janela imunológica
- (11)suspeita de DST
- (12)prevenção
- (13)exame pré-nupcial
- (14)testagem para hepatite
- (15)contato domiciliar p/ hepatites
- (16)oficina em escola
- (97)outros
- (99)não informado

### 11 Origem da clientela

- (1)material de divulgação
- (2)amigos/usuários do serviço;
- (3)Jornais/Rádio/Televisão
- (4)banco de sangue
- (5)serviço/profissional de saúde
- (6)serviços de informação telefônica
- (7)ONG; (8)internet; (9)campanha
- (97)outros
- (99)não informado

## III- Comportamentos de risco

### 12 História de DST's (último ano)

- ( ) sim
- ( ) não

### 13 Uso de drogas (último ano)

- (1)sim
- (2)não

### 14 Se fez uso, quais

- (1)álcool

- (2)maconha
- (3)cocaína aspirada
- (4)cocaína injetável
- (5)outras

### 15 Tipo de parcerias sexuais (último ano)

- (1)homens
- (2)mulheres
- (3)travestis/transsexuais
- (98)não se aplica
- (99)não informado

### 16 Quantidade de parceiros(as)

- (1)1
- (2)2-10
- (3)11-50
- (4)50 ou mais
- (5)nenhum
- (99)não se aplica,

### 17 Tipo de exposição

- (1)relação sexual
- (2)transfusão sang,/hemodiálise
- (3)compart, seringas
- (4)hemofilia
- (5)ocupacional (exp, material biológico)
- (6)transmissão vertical
- (7)não relata risco biológico
- (97)outros
- (99)não informado

### 18 Uso de preservativo com parceiro fixo (último ano)

- (1)usou todas as vezes
- (2)não usou
- (3)usou menos da metade das vezes
- (4)usou mais da metade das vezes
- (98)não se aplica,
- (99)não informado

### 19 Uso de preservativo na última relação (parc, Fixo)

- (1)sim
- (2)não
- (3)não lembra
- (4)sim, mas rompeu
- (98)não se aplica,
- (99)não informado

**20 Motivo de não uso com parceiro fixo**

- (1) não gosta
- (2) não acredita na eficácia
- (3) não sabe usar
- (4) parceiro não aceita
- (5) não dispunha no momento
- (6) confia no parceiro
- (7) sob efeito de drogas/álcool
- (8) não consegue negociar
- (9) achou que o outro não tinha HIV
- (10) acha que não vai pegar
- (11) negociou não usar
- (12) não tinha informação
- (13) não tinha condições de comprar
- (14) não deu tempo/tesão
- (15) desejo de ter filho
- (16) tamanho do preservativo inadequado
- (17) disfunção sexual
- (18) violência sexual
- (19) alergia ao produto
- (97) outros
- (98) não se aplica,
- (99) não informado

**21 Risco do parceiro fixo**

- (1) relações bissexuais
- (2) transfusão sang./hemofílico
- (3) usuário de drogas injetáveis
- (4) uso de outras drogas
- (5) soropositivo p/ HIV
- (6) tem ou teve DST
- (7) outros
- (98) não se aplica,
- (99) não informado

**22 Uso de preservativo com parceiros eventuais (último ano)**

- (1) usou todas as vezes
- (2) não usou
- (3) usou menos da metade das vezes
- (4) usou mais da metade das vezes
- (98) não se aplica,
- (99) não informado

**23 Uso de preservativo na última relação (parc, eventuais)**

- (1) sim
- (2) não

- (3) não lembra
- (4) sim, mas rompeu
- (98) não se aplica,
- (99) não informado

**24 Motivo de não uso com parceiros eventuais**

- (1) não gosta
- (2) não acredita na eficácia
- (3) não sabe usar
- (4) parceiro não aceita
- (5) não dispunha no momento
- (6) confia no parceiro
- (7) sob efeito de drogas/álcool
- (8) não consegue negociar
- (9) achou que o outro não tinha HIV
- (10) acha que não vai pegar
- (11) negociou não usar
- (12) não tinha informação
- (13) não tinha condições de comprar
- (14) não deu tempo/tesão
- (15) desejo de ter filho
- (16) tamanho do preservativo inadequado
- (17) disfunção sexual
- (18) violência sexual
- (19) alergia ao produto
- (97) outros
- (98) não se aplica,
- (99) não informado

**IV- População****25 Recorte da população**

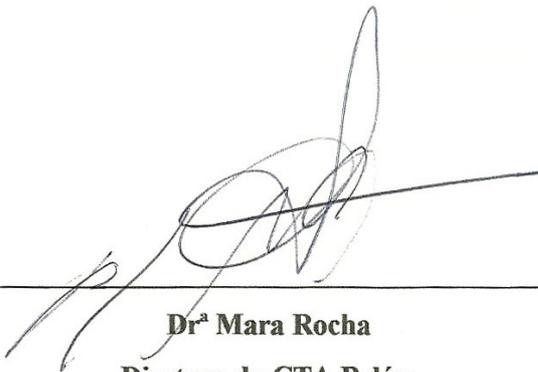
- (1) população em geral
- (2) população confinada
- (3) caminhoneiro
- (4) profissionais do sexo
- (5) homem que faz sexo com homem
- (6) usuários de drogas injetáveis
- (7) usuários de outras drogas
- (8) parceria com HIV/AIDS
- (9) portador de DST
- (10) hemofílico/politrasfundido
- (11) profissional de saúde
- (12) travestis/transsexuais
- (13) pessoa em exclusão social
- (14) portador de hepatites B/C/D
- (97) outros

**APÊNDICE B: AUTORIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA: Centro de Testagem e  
Aconselhamento *Caydson Rodrigues***

**Pesquisadores:** Ft. Esp. Rodolfo Gomes do Nascimento (pesquisador responsável)  
Profª Drª Rita Catarina Medeiros Sousa (orientadora)

Os pesquisadores estão autorizados a realizar a pesquisa intitulada: **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV”**.

Atenciosamente,



---

**Drª Mara Rocha**  
**Diretora do CTA Belém**

## **APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa – **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E COMPORTAMENTO DE RISCO DOS USUÁRIOS COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ”**. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante, Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisado ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação, No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento,

### **Para que será realizada esta pesquisa?**

Como você sabe muitas pessoas estão sendo infectadas pelo HIV no município de Belém. O objetivo desta pesquisa é conhecer melhor as características dos indivíduos infectados e os fatores associados à contaminação pelo HIV.

### **Porque é necessário fazer esta pesquisa?**

Esta pesquisa é importante e necessária porque precisamos conhecer os principais riscos para a contaminação pelo HIV em Belém e com isso desenvolver ações de prevenção.

### **Onde e quando será realizada?**

A pesquisa será realizada no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA-Belém). Será iniciada em dezembro do ano de 2010 e finalizada em janeiro de 2011.

### **Quem pode participar?**

Poderão participar todos os usuários que realizaram exames no CTA-Belém com o resultado positivo para HIV entre janeiro de 2008 e dezembro de 2010 e que concorde em participar dela após darmos toda a informação e se sentir totalmente esclarecido.

### **Como será realizada?**

Após a concordância para a sua participação assinando este termo será realizada uma coleta de dados referentes a dados gerais, demográficos e socioeconômicos (sexo, faixa etária, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, situação profissional e região de moradia); comportamento de risco (gestação,

tipo de exposição, tipo de parceria, uso de preservativo, tipo de parceria, histórico de DST's, realização de teste HIV anteriormente e uso de drogas) e motivos da procura pelos serviços do CTA-Belém.

**A participação é obrigatória?**

Informamos que nenhuma pessoa será obrigada a participar do estudo, assim como poderá sair a qualquer momento que desejar sem qualquer prejuízo.

**Existe risco por participar desta pesquisa?**

Considerando que tais registros são restritos e confidenciais ressaltamos que todos os procedimentos serão realizados com total segurança e respeito ao usuário para que as informações se mantenham no anonimato.

**Haverá algum pagamento ou despesas para participar deste estudo?**

Não haverá nenhum gasto com sua participação, As consultas e exames serão totalmente gratuitos, não recebendo nenhuma cobrança com o que será realizado. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação. Todo material necessário será custeado pelo pesquisador.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** A pesquisa seguirá os aspectos éticos estabelecidos na resolução 196/1996 do CNS (Conselho Nacional de Saúde), que define os critérios bioéticos da pesquisa em seres humanos. Sua identidade será preservada, não havendo publicação de seus dados pessoais.

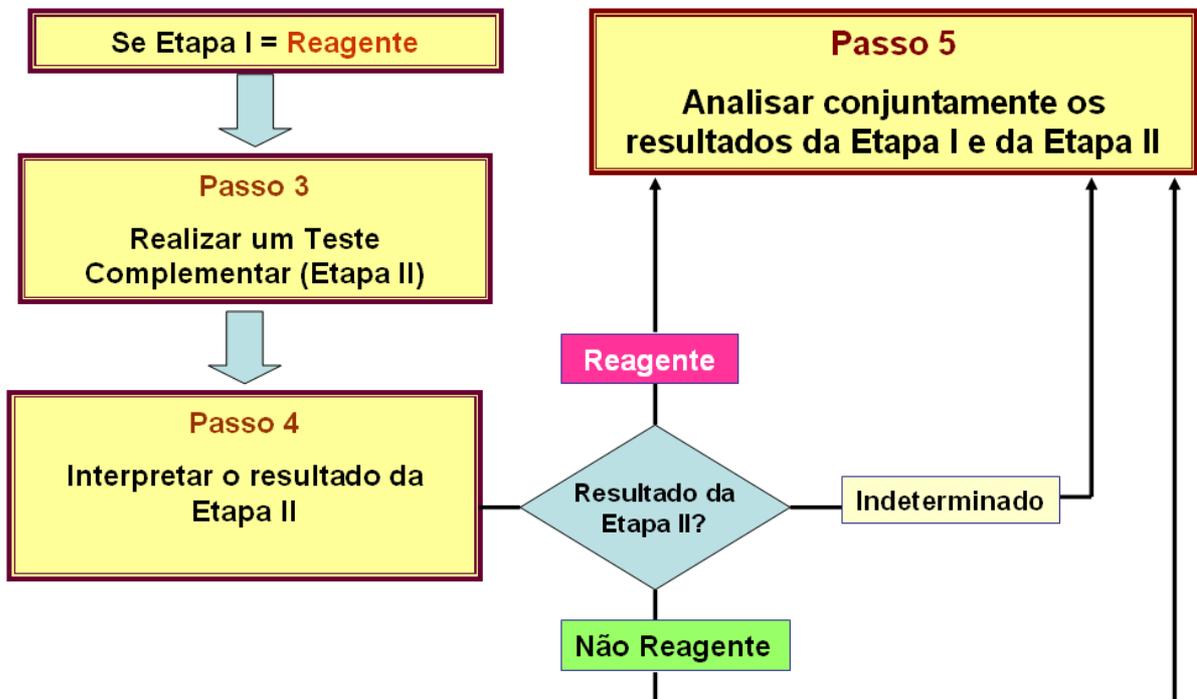
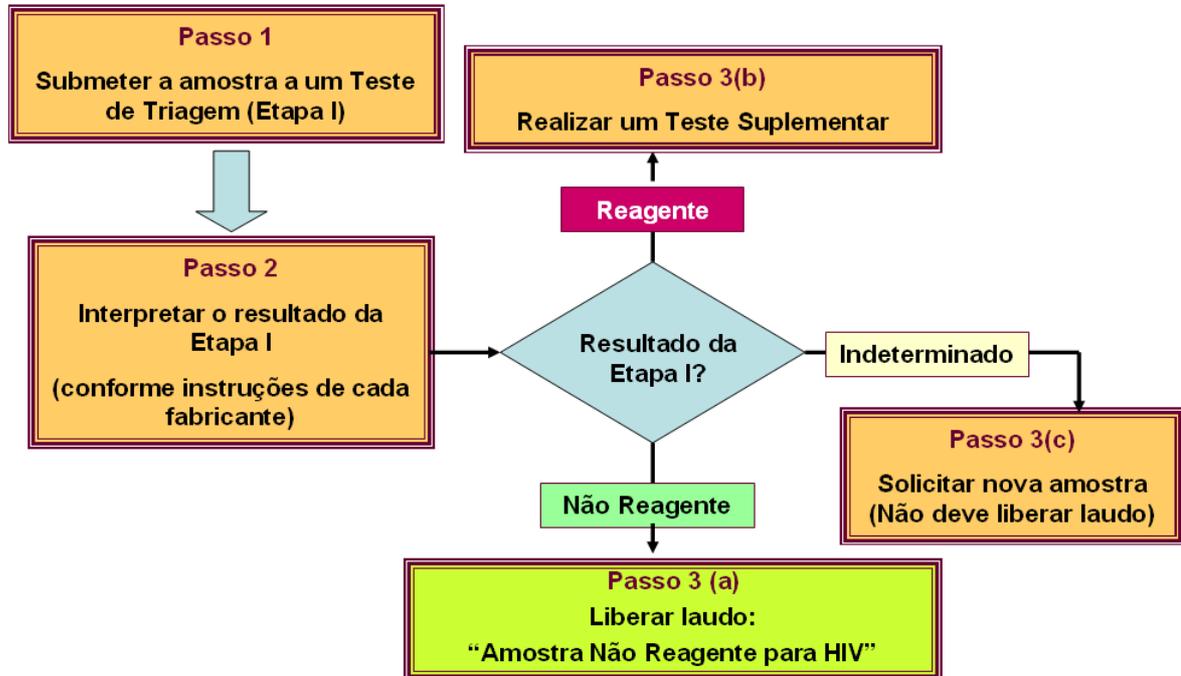
Para mais esclarecimentos poderá contactar com o **PESQUISADOR RESPONSÁVEL:**

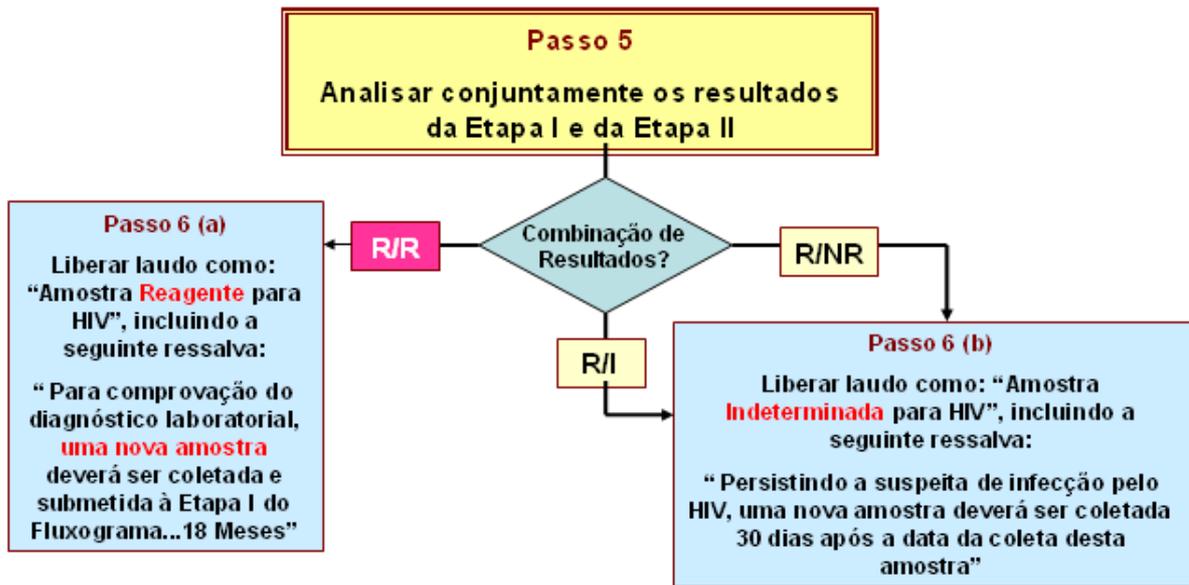
Rodolfo Gomes do Nascimento **TELEFONE:** 32298273/ 88537536  
Endereço: Rua Liberato de Castro, 532, Guamá.

**Assinatura do Pesquisador Responsável:** \_\_\_\_\_

ANEXO A: FLUXOGRAMAS (PORTARIA 151/2009)

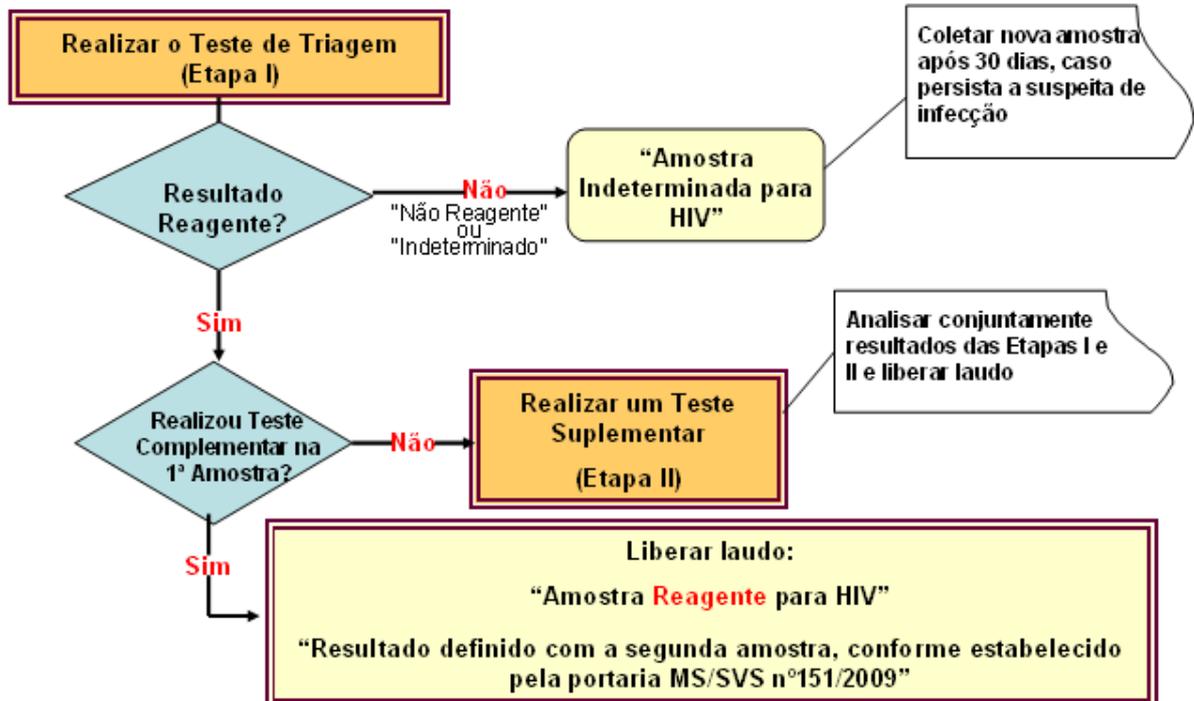
Fluxograma Mínimo (Portaria 151/2009) – 1ª Amostra





Legendas: **R** = "reagente"; **NR** = "não reagente"; **I** = "Indeterminado"

### Fluxograma Mínimo (Portaria 151/2009) – 2ª Amostra



## ANEXO B: FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO CTA-BELÉM

 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> <b>COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS</b>																					
<b>Ministério da Saúde</b> <b>CTA - CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO</b>																					
<b>PN-DST/AIDS</b> <b>FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA</b>																					
<input style="width: 150px;" type="text" value="Nº Requisição"/>																					
<b>Dados Orientação</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 Local (instituição) de Origem / Encaminhamento</td> <td style="width: 33%;">2 Data Atendimento</td> <td style="width: 33%;">3 Tipo de Orientação (Pré-Teste) [ 1 ] Individual [ 3 ] Nenhuma [ 2 ] Coletiva [ 4 ] Individual e Coletiva</td> </tr> <tr> <td>4 Orientador(es)/Profissional</td> <td>5 1º Atendimento no CTA [ 1 ] Sim [ 2 ] Não</td> <td>6 Vai Fazer Coleta [ 1 ] Sim [ 2 ] Não</td> </tr> <tr> <td colspan="2">8 Nº Requisição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)</td> <td>7 1ª Amostra [ 1 ] Sim [ 2 ] Não</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>9 Teste Nominal [ 1 ] Sim [ 2 ] Não</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>10 Mostra Nome Etiqueta [ 1 ] Sim [ 2 ] Não</td> </tr> </table>	1 Local (instituição) de Origem / Encaminhamento	2 Data Atendimento	3 Tipo de Orientação (Pré-Teste) [ 1 ] Individual [ 3 ] Nenhuma [ 2 ] Coletiva [ 4 ] Individual e Coletiva	4 Orientador(es)/Profissional	5 1º Atendimento no CTA [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	6 Vai Fazer Coleta [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	8 Nº Requisição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)		7 1ª Amostra [ 1 ] Sim [ 2 ] Não			9 Teste Nominal [ 1 ] Sim [ 2 ] Não			10 Mostra Nome Etiqueta [ 1 ] Sim [ 2 ] Não					
	1 Local (instituição) de Origem / Encaminhamento	2 Data Atendimento	3 Tipo de Orientação (Pré-Teste) [ 1 ] Individual [ 3 ] Nenhuma [ 2 ] Coletiva [ 4 ] Individual e Coletiva																		
	4 Orientador(es)/Profissional	5 1º Atendimento no CTA [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	6 Vai Fazer Coleta [ 1 ] Sim [ 2 ] Não																		
	8 Nº Requisição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)		7 1ª Amostra [ 1 ] Sim [ 2 ] Não																		
		9 Teste Nominal [ 1 ] Sim [ 2 ] Não																			
		10 Mostra Nome Etiqueta [ 1 ] Sim [ 2 ] Não																			
<b>Dados do Usuário</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">11 Nº do Prontuário/Protocolo</td> <td colspan="2">12 Nome do Usuário ou Senha</td> </tr> <tr> <td>13 Sexo [ 1 ] Masc [ 2 ] Fem</td> <td>14 Gestante [ 1 ] Sim [ 2 ] Não</td> <td>15 Idade Gestacional (Meses)</td> <td>16 Data Nascimento</td> </tr> <tr> <td colspan="2">17 Estado Civil (Situação conjugal) [ 1 ] Casado/Amigado [ 3 ] Separado [ 2 ] Solteira(a) [ 4 ] Viuvo [99] Não infor</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>18 Raça/Cor [ 1 ] Branca [ 3 ] Amarela [ 5 ] Indígena [ 2 ] Preta [ 4 ] Parda [99] Ignorado</td> <td>19 Escolaridade (anos estudos concluídos) [ 1 ] Nenhuma [ 3 ] De 4 a 7 [ 5 ] De 12 a mais [ 2 ] De 1 e 3 [ 4 ] De 8 a 11 [99] Ignorado</td> <td colspan="2">20 Ocupação</td> </tr> <tr> <td>21 Número do Cartão SUS</td> <td colspan="3">22 Nome da mãe:</td> </tr> </table>	11 Nº do Prontuário/Protocolo		12 Nome do Usuário ou Senha		13 Sexo [ 1 ] Masc [ 2 ] Fem	14 Gestante [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	15 Idade Gestacional (Meses)	16 Data Nascimento	17 Estado Civil (Situação conjugal) [ 1 ] Casado/Amigado [ 3 ] Separado [ 2 ] Solteira(a) [ 4 ] Viuvo [99] Não infor				18 Raça/Cor [ 1 ] Branca [ 3 ] Amarela [ 5 ] Indígena [ 2 ] Preta [ 4 ] Parda [99] Ignorado	19 Escolaridade (anos estudos concluídos) [ 1 ] Nenhuma [ 3 ] De 4 a 7 [ 5 ] De 12 a mais [ 2 ] De 1 e 3 [ 4 ] De 8 a 11 [99] Ignorado	20 Ocupação		21 Número do Cartão SUS	22 Nome da mãe:		
	11 Nº do Prontuário/Protocolo		12 Nome do Usuário ou Senha																		
	13 Sexo [ 1 ] Masc [ 2 ] Fem	14 Gestante [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	15 Idade Gestacional (Meses)	16 Data Nascimento																	
	17 Estado Civil (Situação conjugal) [ 1 ] Casado/Amigado [ 3 ] Separado [ 2 ] Solteira(a) [ 4 ] Viuvo [99] Não infor																				
	18 Raça/Cor [ 1 ] Branca [ 3 ] Amarela [ 5 ] Indígena [ 2 ] Preta [ 4 ] Parda [99] Ignorado	19 Escolaridade (anos estudos concluídos) [ 1 ] Nenhuma [ 3 ] De 4 a 7 [ 5 ] De 12 a mais [ 2 ] De 1 e 3 [ 4 ] De 8 a 11 [99] Ignorado	20 Ocupação																		
21 Número do Cartão SUS	22 Nome da mãe:																				
<b>Autorização c/ Contato</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>23 Permite Contato * [ 1 ] Sim [ 2 ] Não</td> <td>24 Tipo de Contato [ 1 ] Telefone [ 3 ] e-mail [ 5 ] Outros: [ 2 ] Correio [ 4 ] Visite Domiciliar</td> </tr> </table>	23 Permite Contato * [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	24 Tipo de Contato [ 1 ] Telefone [ 3 ] e-mail [ 5 ] Outros: [ 2 ] Correio [ 4 ] Visite Domiciliar																		
	23 Permite Contato * [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	24 Tipo de Contato [ 1 ] Telefone [ 3 ] e-mail [ 5 ] Outros: [ 2 ] Correio [ 4 ] Visite Domiciliar																			
Assinatura do Usuário _____																					
*Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações.																					
<b>Dados de Residência</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>25 Logradouro (rua, avenida...)</td> <td>26 Complemento (apto, casa...)</td> <td>27 Número</td> </tr> <tr> <td>28 Município</td> <td>29 Bairro</td> <td>30 UF</td> </tr> <tr> <td>31 CEP</td> <td>32 (DDD) Telefone</td> <td>33 Zona [ 1 ] Urbana [ 2 ] Rural</td> </tr> <tr> <td colspan="3">34 País (se residente fora do Brasil)</td> </tr> </table>	25 Logradouro (rua, avenida...)	26 Complemento (apto, casa...)	27 Número	28 Município	29 Bairro	30 UF	31 CEP	32 (DDD) Telefone	33 Zona [ 1 ] Urbana [ 2 ] Rural	34 País (se residente fora do Brasil)										
	25 Logradouro (rua, avenida...)	26 Complemento (apto, casa...)	27 Número																		
	28 Município	29 Bairro	30 UF																		
	31 CEP	32 (DDD) Telefone	33 Zona [ 1 ] Urbana [ 2 ] Rural																		
34 País (se residente fora do Brasil)																					
<b>Dados Complementares</b>																					
<b>Dados da Requisição</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>35 Motivo da Procura [ 1 ] Exposição a situação de risco [10] Janela imunológica [ 2 ] Encaminhado por serviço de saúde [11] Suspeita de DST [ 3 ] Encaminhado por banco de sangue [12] Prevenção [ 4 ] Encaminhado por clínicas de recuperação [13] Exame pré-nupcial [ 5 ] Sintomas relacionados a AIDS [14] Testagem para hepatite [ 6 ] Admissão em emprego/Forças Armadas [15] Contato domicil. p/ hepatites [ 7 ] Conhecimento de status sorológico [97] Outros. [ 8 ] Exeme pré-natal [99] Não informado [ 9 ] Conferir resultado anterior</td> <td>36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço) [ 1 ] Material de divulgação [ 7 ] ONG [ 2 ] Amigos/Usuários do serviço [ 8 ] Internet [ 3 ] Jornais/Rádio/Televisão [ 9 ] Campanha [ 4 ] Banco de sangue [97] Outros [ 5 ] Serviço/Profissional de Saúde [99] Não informado [ 6 ] Serviços de informação telef.</td> </tr> </table>	35 Motivo da Procura [ 1 ] Exposição a situação de risco [10] Janela imunológica [ 2 ] Encaminhado por serviço de saúde [11] Suspeita de DST [ 3 ] Encaminhado por banco de sangue [12] Prevenção [ 4 ] Encaminhado por clínicas de recuperação [13] Exame pré-nupcial [ 5 ] Sintomas relacionados a AIDS [14] Testagem para hepatite [ 6 ] Admissão em emprego/Forças Armadas [15] Contato domicil. p/ hepatites [ 7 ] Conhecimento de status sorológico [97] Outros. [ 8 ] Exeme pré-natal [99] Não informado [ 9 ] Conferir resultado anterior	36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço) [ 1 ] Material de divulgação [ 7 ] ONG [ 2 ] Amigos/Usuários do serviço [ 8 ] Internet [ 3 ] Jornais/Rádio/Televisão [ 9 ] Campanha [ 4 ] Banco de sangue [97] Outros [ 5 ] Serviço/Profissional de Saúde [99] Não informado [ 6 ] Serviços de informação telef.																		
	35 Motivo da Procura [ 1 ] Exposição a situação de risco [10] Janela imunológica [ 2 ] Encaminhado por serviço de saúde [11] Suspeita de DST [ 3 ] Encaminhado por banco de sangue [12] Prevenção [ 4 ] Encaminhado por clínicas de recuperação [13] Exame pré-nupcial [ 5 ] Sintomas relacionados a AIDS [14] Testagem para hepatite [ 6 ] Admissão em emprego/Forças Armadas [15] Contato domicil. p/ hepatites [ 7 ] Conhecimento de status sorológico [97] Outros. [ 8 ] Exeme pré-natal [99] Não informado [ 9 ] Conferir resultado anterior	36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço) [ 1 ] Material de divulgação [ 7 ] ONG [ 2 ] Amigos/Usuários do serviço [ 8 ] Internet [ 3 ] Jornais/Rádio/Televisão [ 9 ] Campanha [ 4 ] Banco de sangue [97] Outros [ 5 ] Serviço/Profissional de Saúde [99] Não informado [ 6 ] Serviços de informação telef.																			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções) [ 1 ] Nenhum [ 6 ] Tratamento de DST [11] Realizar hepatite C [ 2 ] Repetir Exame/inconclusivo [ 7 ] Orientações Gerais [12] Realizar hepatite D [ 3 ] Repetir Ex./Janela imunológica [ 8 ] Realizar ex. HIV [13] Realizar todos os Exames [ 4 ] Repetir Exame /2ª amostra [ 9 ] Realizar Ex. Sífilis [97] Outros [ 5 ] Assistência Psicossocial [10] Realizar hepatite B</td> <td>38 Local Encaminhamento</td> </tr> </table>	37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções) [ 1 ] Nenhum [ 6 ] Tratamento de DST [11] Realizar hepatite C [ 2 ] Repetir Exame/inconclusivo [ 7 ] Orientações Gerais [12] Realizar hepatite D [ 3 ] Repetir Ex./Janela imunológica [ 8 ] Realizar ex. HIV [13] Realizar todos os Exames [ 4 ] Repetir Exame /2ª amostra [ 9 ] Realizar Ex. Sífilis [97] Outros [ 5 ] Assistência Psicossocial [10] Realizar hepatite B	38 Local Encaminhamento																			
37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções) [ 1 ] Nenhum [ 6 ] Tratamento de DST [11] Realizar hepatite C [ 2 ] Repetir Exame/inconclusivo [ 7 ] Orientações Gerais [12] Realizar hepatite D [ 3 ] Repetir Ex./Janela imunológica [ 8 ] Realizar ex. HIV [13] Realizar todos os Exames [ 4 ] Repetir Exame /2ª amostra [ 9 ] Realizar Ex. Sífilis [97] Outros [ 5 ] Assistência Psicossocial [10] Realizar hepatite B	38 Local Encaminhamento																				
<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não</td> <td>41 Apresentou DST nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não</td> <td>42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou [ 1 ] Serviço de saúde [ 3 ] Auto-medicação [ 5 ] Não tratou [99] Não informado [ 2 ] Farmácia [ 4 ] Não lembra [98] Não se aplica</td> </tr> </table>	40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	41 Apresentou DST nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou [ 1 ] Serviço de saúde [ 3 ] Auto-medicação [ 5 ] Não tratou [99] Não informado [ 2 ] Farmácia [ 4 ] Não lembra [98] Não se aplica																	
	40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	41 Apresentou DST nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou [ 1 ] Serviço de saúde [ 3 ] Auto-medicação [ 5 ] Não tratou [99] Não informado [ 2 ] Farmácia [ 4 ] Não lembra [98] Não se aplica																		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>43 Usou Drogas nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não</td> <td>44 Se Faz uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências [ 1 ] Alcool [ 3 ] Cocaina Aspirada [ 5 ] Crack [ 7 ] Anfetaminas [ 2 ] Maconha [ 4 ] Cocaina Injetável [ 6 ] Heroína [ 8 ] Outras</td> <td rowspan="2"> <b>Legendas p/ frequência de uso de drogas;</b>            1- Nunca usou            2- Já usou mas não usa mais            3- Usa de vez em quando            4-Usa frequentemente         </td> </tr> <tr> <td>45 Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 3 ] Não lembra [98] Não se aplica [99] Não informado</td> <td></td> </tr> </table>	43 Usou Drogas nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	44 Se Faz uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências [ 1 ] Alcool [ 3 ] Cocaina Aspirada [ 5 ] Crack [ 7 ] Anfetaminas [ 2 ] Maconha [ 4 ] Cocaina Injetável [ 6 ] Heroína [ 8 ] Outras	<b>Legendas p/ frequência de uso de drogas;</b> 1- Nunca usou 2- Já usou mas não usa mais 3- Usa de vez em quando 4-Usa frequentemente	45 Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 3 ] Não lembra [98] Não se aplica [99] Não informado																
43 Usou Drogas nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	44 Se Faz uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências [ 1 ] Alcool [ 3 ] Cocaina Aspirada [ 5 ] Crack [ 7 ] Anfetaminas [ 2 ] Maconha [ 4 ] Cocaina Injetável [ 6 ] Heroína [ 8 ] Outras	<b>Legendas p/ frequência de uso de drogas;</b> 1- Nunca usou 2- Já usou mas não usa mais 3- Usa de vez em quando 4-Usa frequentemente																			
45 Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 3 ] Não lembra [98] Não se aplica [99] Não informado																					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>46 Tipo da Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses</td> <td>[ 1 ] Homens [ 4 ] Travestis/Transsexuais [99] Não informado [ 2 ] Mulheres [98] Não se aplica</td> </tr> <tr> <td colspan="2">47 Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta) [ 1 ] Relação Sexual [ 3 ] Compart. Seringas/agulhas [ 5 ] Ocupacional (exp. mat. biológico) [ 7 ] Não relata risco Biolog. [99] Não informado [ 2 ] Transf. de sangue/hemod. [ 4 ] Hemofilia [ 6 ] Transmissão Vertical [97] Outros</td> </tr> </table>	46 Tipo da Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses	[ 1 ] Homens [ 4 ] Travestis/Transsexuais [99] Não informado [ 2 ] Mulheres [98] Não se aplica	47 Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta) [ 1 ] Relação Sexual [ 3 ] Compart. Seringas/agulhas [ 5 ] Ocupacional (exp. mat. biológico) [ 7 ] Não relata risco Biolog. [99] Não informado [ 2 ] Transf. de sangue/hemod. [ 4 ] Hemofilia [ 6 ] Transmissão Vertical [97] Outros																		
46 Tipo da Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses	[ 1 ] Homens [ 4 ] Travestis/Transsexuais [99] Não informado [ 2 ] Mulheres [98] Não se aplica																				
47 Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta) [ 1 ] Relação Sexual [ 3 ] Compart. Seringas/agulhas [ 5 ] Ocupacional (exp. mat. biológico) [ 7 ] Não relata risco Biolog. [99] Não informado [ 2 ] Transf. de sangue/hemod. [ 4 ] Hemofilia [ 6 ] Transmissão Vertical [97] Outros																					



**ANEXO C: PARECER DE ÉTICA DO CEP/NMT**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

**PARECER DE ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

1. **Protocolo:** Nº 049/2010-CEP/NMT
2. **Projeto de Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E COMPORTAMENTO DE RISCO DOS USUÁRIOS COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ
3. **Pesquisador Responsável:** Rodolfo Gomes do Nascimento.
4. **Instituição / Unidade:** NMT/UFPA.
5. **Data de Entrada:** 05/10/2010.
6. **Data do Parecer:** 27/10/2010.

**PARECER**

O Comitê de Ética em Pesquisa do NMT/UFPA apreciou o protocolo em tela e, verificou que foram atendidas todas as exigências da Resolução 196/96-CNS/MS. Portanto, manifesta-se pela sua aprovação.

Parecer: **APROVADO.**

Belém, 26 de novembro de 2010.

  
Prof.ª Dr.ª Hellen Thais Fuzii  
Coordenadora do CEP- NMT/UFPA

## ANEXO D: AUTORIZAÇÃO CAPP/SESMA



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
NÚCLEO DE PROMOÇÃO A SAÚDE – NUPS

## COMISSÃO PARA ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA - CAPP

## Autorização

Em atenção ao OF/177/2010/PPDT- NMT-UFFPA á esta SESMA, solicitando autorização para realizar o Projeto de Pesquisa intitulado “**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E COMPORTAMENTO DE RISCO DOS USUÁRIOS COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO NO MUNICÍPIO DE BELÉM**”, desenvolvido pelo discente Rodolfo Gomes do Nascimento, Fisioterapeuta e aluno do curso de Pós-Graduação *stricto sensu*- Mestrado em Doenças tropicais da Universidade Federal do Pará - UFFPa, e pela Prof. Dra. Rita Catarina Medeiros Sousa, orientadora do Projeto e docente do Programa de Pós-Graduação.

Esta Comissão autoriza a realização da pesquisa no Centro de Testagem e Aconselhamento do Município de Belém – CTA Belém. O pesquisador fica ciente, conforme o termo de compromisso assinado, de encaminhar a este CAPP/ SESMA o relatório final da pesquisa realizada.

Informamos que a Portaria de autorização ainda será publicada.

Belém, 18/10/2010

CAPP - SESMA  
Recebido em 19/10/2010  
às \_\_\_\_\_ horas  
*[Handwritten signature]*

Atenciosamente,

Odineia Maria da Silva

Comissão para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPP



Rodovia Arthur Bernardes s/n, km-14, Galpão 04  
Bairro do Tapanã - CEP: 66825-000 - Belém – Pará  
Tel/fax: 3184-6146  
E-mail: cappsesima@gmail.com

