

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS E O USO DE ANTIRRETROVIRAIS
EM MULHERES USUÁRIAS DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS
EM HIV/AIDS DE PORTO ALEGRE**

PATRÍCIA FISCH

Orientador: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

Co-orientador: Prof. Dr. Álvaro Vigo

Porto Alegre, dezembro de 2012.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS E O USO DE ANTIRRETROVIRAIS
EM MULHERES USUÁRIAS DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS
EM HIV/AIDS DE PORTO ALEGRE**

PATRÍCIA FISCH

Orientadora: Prof.Dr. Daniela Riva Knauth

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Fisch, Patrícia
Diagnóstico de HIV/Aids e o uso de
antirretrovirais em mulheres usuárias dos serviços
especializados em HIV/Aids de Porto Alegre / Patrícia
Fisch. -- 2013.
73 f.

Orientadora: Daniela Riva Knauth.
Coorientador: Álvaro Vigo.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-
RS, 2013.

1. HIV. 2. aids . 3. mulheres. I. Knauth, Daniela
Riva, orient. II. Vigo, Álvaro, coorient. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Rosa Dea Sperhackle, Laboratório de Pesquisa em HIV/AIDS,
Universidade de Caxias do Sul.

Dr. Regis Kreitchmann, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Prof. Dr. Ricardo Kuchenbecker, Programa de Pós-graduação em
Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

*Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que triste os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!*

Mário Quintana

AGRADECIMENTOS

Agradeço à toda equipe do projeto “Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Vivendo no Contexto do HIV/Aids em Porto Alegre”, especialmente à Flávia Bulegon Pilecco e à Luciana Barcellos Teixeira pela disponibilidade e auxílio.

À professora Daniela Riva Knauth, minha orientadora, por ter participado sempre muito ativamente de todo o processo.

Ao professor Álvaro Vigo, meu co-orientador, pela disponibilidade e paciência, sempre mantendo o bom humor.

Ao programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFRGS e seus professores que disponibilizam formação acadêmica de qualidade em Epidemiologia. Agradeço também aos colegas da Pós-Graduação, sempre parceiros, seja para uma discussão estatística na sala de apoio, seja para uma hora feliz depois das aulas das sextas-feiras.

Às equipes do Serviço de DST/Aids da Prefeitura Municipal de Alvorada, do Serviço de Controle de Infecção do Hospital Cristo Redentor e do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar do Hospital Conceição pela compreensão e flexibilização dos meus horários de trabalho a fim de participar das atividades do mestrado. Ao Grupo Hospitalar Conceição pelo apoio, através da liberação de carga horária.

Aos meus amigos, que sempre me incentivaram e auxiliaram das mais diversas maneiras, seja prestando assistência técnica especializada à distância, seja enviando referências bibliográficas por telefone. Obrigada, queridos.

Por fim, agradeço aos meus pais e às minhas irmãs, por serem sempre a melhor definição de família: estímulo sem cobrança, apoio sem questionamento e amor incondicional.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	07
RESUMO	08
ABSTRACT	10
1 APRESENTAÇÃO	12
2 INTRODUÇÃO	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 A Evolução do HIV	15
3.2 O HIV e a Mulher	17
3.2.1 Diferenças entre os Sexos	20
3.3 O Diagnóstico do HIV	22
3.4 A Terapia Antirretroviral para o HIV	27
3.4.1A Terapia Antirretroviral na Mulher	29
4 OBJETIVOS	31
5 REFERÊNCIAS	32
6 ARTIGO	39
7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
8 ANEXOS	61
A. Parecer Consubstanciado da Faculdade de Medicina da UFRGS	62
B. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS	64
C. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição	65
D. Parecer do Comitê de Ética em pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	66
E. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Porto Alegre	67
F. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - UFRGS	68
G. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Grupo Hospitalar Conceição	70
H. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Hospital de Clínicas de Porto Alegre	72
I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Prefeitura de Porto Alegre	73

ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês para *Acquired Immunodeficiency Syndrome*).

ARV - Antirretrovirais

CD4+ - Linfócitos T CD4+

CRF - Formas Recombinantes Circulantes do HIV (sigla em inglês para *Circulating Recombinant Forms*)

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

DST - Doença Sexualmente Transmissível

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em inglês para *Human Immunodeficiency Virus*)

IMC - Índice de Massa Corporal

OMS (WHO) - Organização Mundial de Saúde (sigla em inglês para *World Health Organization*)

ONG - Organização Não-Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia antirretroviral

UNAIDS - Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS (abreviatura em inglês para *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*)

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas (abreviatura em inglês para *United Nations Population Fund*)

UNIFEM - Fundo de Desenvolvimento para Mulher das Nações Unidas (abreviatura em inglês para *United Nations Development Fund for Women*)

RESUMO

Introdução As mulheres já são a maioria das pessoas vivendo com HIV e aids no mundo e apresentam vulnerabilidades específicas em relação à doença, como a biológica e a relacionada a diferenças de gênero. A transmissão heterossexual do HIV é o modo de contágio que mais cresce no mundo e está relacionada a essa maior vulnerabilidade das mulheres. O presente artigo tem por objetivo avaliar a associação entre o tempo do diagnóstico de HIV e o uso de antirretrovirais com indicação terapêutica em mulheres em acompanhamento em serviços especializados em HIV/Aids de Porto Alegre. Além disso, também deseja-se avaliar o momento do diagnóstico e o motivo do teste anti-HIV nessas mulheres.

Métodos Os dados analisados são resultantes de uma pesquisa transversal, realizada com mulheres em idade reprodutiva, de 18 a 49 anos, divididas em dois grupos: mulheres com diagnóstico de HIV e mulheres sem diagnóstico conhecido de soropositividade para o HIV. A coleta de dados foi realizada de janeiro a novembro de 2011. Para a presente dissertação são analisados exclusivamente os dados do grupo de mulheres soropositivas para o HIV. A associação entre o uso de ARV e o tempo de diagnóstico do HIV foi estimada por meio do modelo de regressão de Poisson com variância robusta, utilizando três modelos conceituais consecutivos. O primeiro modelo foi não ajustado. O segundo modelo foi ajustado para as características sociodemográficas idade, raça/etnia, escolaridade e renda familiar e histórico de violência. O último modelo foi adicionalmente ajustado pelas características relacionadas a comportamento e a cuidados de saúde.

Resultados Foram incluídas 614 mulheres não grávidas no momento da entrevista. O diagnóstico de HIV foi feito em 220 (35,8%) mulheres por indicação clínica, isto é, doença dela ou do companheiro. 198 (32,3%) mulheres fizeram o diagnóstico de HIV durante pré-natal prévio. 196 (31,9%) mulheres fizeram o diagnóstico após testagem voluntária para o HIV. 428 (69,7%) das mulheres incluídas faziam uso de ARV terapêutico. A associação

entre o uso de ARV e o tempo de diagnóstico do HIV foi mantida tanto na análise não ajustada quanto nas análises multivariáveis. O teste de HIV realizado durante o pré-natal foi o único fator considerado protetor para o uso de ARV.

Conclusões A testagem para o HIV durante o pré-natal é uma rotina bem sucedida no combate ao HIV, entretanto é importante considerar que uma parcela importante das mulheres não está coberta por essa rotina. Com a feminização do HIV é necessário que se discuta estratégias de expansão do diagnóstico entre as mulheres.

ABSTRACT

Introduction Women are already the majority of people living with HIV and AIDS in the world and they have specific vulnerability related to the disease, as the biological vulnerability and the vulnerability related to gender differences. The heterosexual transmission of the HIV is the way of transmission that grows the most in the world and it is related to this women greater vulnerability. It is the objective of this article evaluate the association between the time since the HIV diagnosis and the therapeutic use of antiretroviral therapy in women linked to health services specialized in HIV and AIDS in the city of Porto Alegre, Brazil. Besides that, it is objective evaluate the motive of the HIV testing in those women.

Methodology The analyzed data result from a transversal study, conducted on women at reproductive age, from 18 to 49 years old, divided in two groups: HIV women and HIV-negative women. Data collection was performed from January to November 2011. For the present dissertation, the data from the group of the HIV-positive women are exclusively analyzed. The association between the ARV use and the time since the HIV diagnostic was estimated by robust Poisson regression model, with three consecutive conceptual models. The first one was the non-adjusted model. The second one was a model adjusted by the sociodemographic variables age, race/color, years of study, family income and history of violence. The last model was further adjusted by variables related to behavior and self-care attitudes.

Results 614 women were included. They were not pregnant at the moment of the interview. The HIV diagnostic was made by clinical indication in 220 (35,8%) women. 198 (32,2%) women made the HIV diagnostic during the prenatal. 196 (31,9%) women made the diagnostic after voluntary HIV testing. 428 (69,7%) women used therapeutic ARV.

Conclusions The HIV testing during the prenatal is a well established and succeed routine against HIV. Although, it is important to consider the some women are not covered by this strategy, as the non-pregnant. The feminization

of the HIV makes necessary to consider different strategies to expand the HIV diagnostic among women.

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada **Diagnóstico de HIV/Aids e o Uso de Antirretrovirais em Mulheres Usuárias dos Serviços Especializados em HIV/Aids de Porto Alegre** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 31 de janeiro de 2013. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2 INTRODUÇÃO

Desde o aparecimento dos primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, ou aids, até a atualidade, seu perfil epidemiológico mudou muito. Inicialmente quase restrita a homens, a transmissão do HIV no início da epidemia era predominantemente homossexual, como em homens que fazem sexo com homens, e parenteral, através do compartilhamento de agulhas contaminadas entre os usuários de drogas injetáveis. Atualmente, a transmissão heterossexual do HIV é a via de contaminação que mais cresce no mundo. No Brasil, a transmissão heterossexual é a via de contaminação documentada em 80% das notificações de aids em mulheres (BRASIL, 2011).

Hoje as mulheres já são a maioria das pessoas vivendo com HIV no mundo (UNAIDS, 2010). Este grande aumento do número de casos entre as mulheres expôs dois tipos diferentes de vulnerabilidade: a biológica, relacionada à transmissão heterossexual do HIV, e a associada a desigualdades de gênero, dificultando a negociação por sexo seguro, por exemplo.

O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV é uma estratégia importante no combate à epidemia, tanto do ponto de vista individual, possibilitando o tratamento no momento adequado, quanto do ponto de vista populacional, uma vez que é possível interferir na cadeia de transmissão do vírus. Segundo a UNAIDS (2004), existem quatro oportunidades distintas para a testagem do HIV: a testagem voluntária; a testagem diagnóstica, associada a manifestações clínicas sugestivas de HIV ou aids; a testagem de rotina, oferecida para gestantes, pessoas procedentes de áreas onde o HIV é prevalente e indivíduos que se apresentem com doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou tuberculose; e a testagem mandatória, realizada nos bancos de sangue ou em doadores de órgãos (UNAIDS, 2004a).

A feminização da epidemia do HIV é descrita pela UNAIDS (2004) como uma crise de desigualdade de gênero, na qual a mulher apresenta menos controle sobre os seu corpo e pior acesso aos serviços de saúde (UNAIDS,

2004b). Por outro lado, o momento do pré-natal e a disponibilidade de testagem para o HIV têm beneficiado algumas mulheres no diagnóstico de HIV e no vínculo a um serviço de saúde especializado. (Le Coeur, 2009). No Brasil, a testagem para o HIV faz parte da rotina do pré-natal desde 1997 e deve ser oferecido para todas as gestantes já na primeira consulta. (BRASIL, 1998).

Assim, o artigo apresentado como parte desta dissertação tem como objetivo avaliar a associação entre o tempo do diagnóstico de HIV e o uso de antirretrovirais com indicação terapêutica em mulheres em acompanhamento em serviços especializados em HIV/Aids de Porto Alegre.

Esta dissertação faz parte de um projeto maior, denominado “Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres vivendo no contexto da epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre”. Essa pesquisa foi planejada em 2009, com o objetivo de estudar as especificidades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de mulheres com HIV em Porto Alegre. O projeto de maior amplitude contemplou a combinação de metodologias quantitativas e qualitativas. Desenvolvido em 2011, incluiu mulheres com diagnóstico prévio de HIV e mulheres sem o diagnóstico conhecido de HIV.

Para a elaboração desta dissertação, foram analisados exclusivamente os dados do componente quantitativo da pesquisa e incluídas apenas as mulheres com diagnóstico de HIV. Estas mulheres foram recrutadas de maneira aleatória nos serviços públicos de assistência especializada em HIV/aids na cidade de Porto Alegre. Os serviços incluídos são os seguintes: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Fêmea, Hospital Sanatório Partenon, Ambulatório de Dermatologia Sanitária e dois Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids, localizados no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes e no Centro de Saúde IAPI.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Evolução do HIV

Quando os primeiros casos da síndrome da imunodeficiência adquirida, ou aids, começaram a se tornar mais frequentes, no início dos anos 1980, o seu diagnóstico era feito de forma presuntiva, com base no quadro clínico e em critérios epidemiológicos (naquela época, basicamente homens que faziam sexo com homens ou usuários de drogas injetáveis). O agente causador da aids foi identificado pela primeira vez em 1983. Tratava-se de um retrovírus com atividade de transcriptase reversa que poderia estar relacionado à nova síndrome. Inicialmente batizado com outros nomes, o novo vírus só passou a ser conhecido oficialmente como vírus da imunodeficiência humana (HIV) em 1986. Nesse mesmo ano, um retrovírus diferente foi isolado em dois pacientes da África Ocidental e recebeu o nome de HIV-2.

Atualmente, o HIV é dividido em dois tipos, com diferenças biológicas vitais entre ambos: HIV tipo 1 e HIV tipo 2. Uma dessas diferenças é o tempo de evolução desde o momento da infecção até o desenvolvimento da aids. Nas pessoas infectadas pelo HIV-1 esse tempo é, em média, 10 anos. Já nos indivíduos infectados pelo HIV-2 esse tempo pode ser maior do que 20 anos. Além disso, o HIV-2 é menos citopático, menos transmissível e replica menos do que o tipo 1 (Sabino, 2005). O HIV-2 está restrito a algumas regiões da África Ocidental, com casos esporádicos detectados em países desenvolvidos. O vírus HIV-1 é o grande responsável pela pandemia de aids e é encontrado em todo o mundo, inclusive no Brasil.

A distribuição dos subtipos do HIV-1 é heterogênea ao redor do mundo. Na África, onde a epidemia se originou, é possível encontrar todos os subtipos, com frequências diferentes em cada região. O subtipo B é predominante na Europa ocidental, América do Norte, alguns países da América do Sul, como o

Brasil, e Austrália (Izopet, 2010). O subtipo C é o mais comum e o mais transmitido, responsável por mais de 50% das infecções em todo o mundo (Fauci, 2010). No Brasil, o subtipo B predomina em quase todas as regiões do país (Sabino, 2005), chegando a representar 85% das variantes do país (Diaz, 2012). O subtipo C está presente principalmente na região Sul do Brasil e vem se expandindo de maneira importante.

A história natural do HIV, sem interferência de tratamento, pode ser dividida em três fases: infecção aguda, período de latência e aids (Izopet, 2010). Logo depois da infecção pelo HIV há um aumento expressivo na viremia (concentração de vírus no sangue) que, em alguns pacientes, pode inclusive causar sintomas *mononucleose-like* (infecção aguda sintomática pelo HIV). Após o aumento inicial de vírus no organismo, o sistema imune do hospedeiro controla essa replicação viral e, como consequência, há um período de infecção assintomática pelo HIV, conhecida como latência clínica. Na ausência de intervenção, ou seja, uso de antirretrovirais, esse período dura de 8 a 10 anos, mas pode ser muito maior ou menor, dependendo de características do vírus (como subtipo) e do hospedeiro (como a ausência de determinados receptores para o HIV). Os receptores que funcionam como porta de entrada para o HIV na célula não estão presentes de maneira homogênea na população. Um receptor em especial, chamado de CCR5, causa a resistência à infecção para o HIV nos indivíduos que são homozigotos para a deleção de 32 nucleotídeos no seu alelo. Os indivíduos que são heterozigotos para a deleção destes 32 nucleotídeos não são resistentes ao HIV e podem se infectar, mas apresentam uma evolução muito mais lenta da doença. Assim, alguns indivíduos podem evoluir para aids em um período tão curto quanto 2 anos enquanto outros evoluem muito lentamente (mais de 20 anos), como os controladores de elite (Izopet, 2010). A fase da aids tem duração média de 3 anos desde o início dos sintomas até o óbito (Carter, 2007). A replicação viral é contínua mesmo no período de infecção assintomática e apesar das respostas do sistema imune contra o vírus.

3.2 O HIV e a Mulher

Apesar de inicialmente acometer principalmente homens, já em 1981 foram detectados os primeiros casos de aids em mulheres nos Estados Unidos. No Brasil, o primeiro caso foi notificado em 1982 e o segundo, em 1983 (BRASIL, 2011). Como estes poucos casos restringiam-se a usuárias ou parceiras de usuários de drogas injetáveis, parceiras de hemofílicos ou bissexuais, ou profissionais do sexo, a atenção não estava voltada para esse segmento naquele momento. Nessa época, as estratégias de prevenção, principalmente nos Estado Unidos, focavam-se nos chamados “quatro Hs” , do inglês, *homosexuals, hemophiliacs, haitians e heroin-addicts*, numa abordagem que transformou fatores de risco em grupos de risco e favoreceu o preconceito. Essa situação restrita de casos de HIV/aids entre as mulheres não durou muito tempo e no início dos anos 1990 as mulheres já eram atingidas pela pandemia que não respeitava limites geográficos, etnia ou orientação sexual.

Atualmente, as mulheres já são mais da metade das pessoas vivendo com HIV/aids no mundo. Esta situação é mais grave na África Subsaariana, onde as mulheres entre 15 e 24 anos têm probabilidade oito vezes maior do que os homens de serem HIV-positivas (UNAIDS, 2010). Esse cenário mostra a desigualdade de gênero e dependência econômica nas quais essas mulheres estão inseridas. A UNAIDS (2010) descreve a epidemia do HIV na América Latina como estabilizada, com um pequeno decréscimo anual no número de novas infecções desde 1996. O número de pessoas vivendo com HIV/aids continua crescendo visto que os tratamentos disponíveis aumentaram significativamente a expectativa de vida dos portadores do vírus. (UNAIDS, 2010). Aproximadamente um terço das pessoas vivendo com HIV na América Latina estão no Brasil.

De acordo com o Boletim Epidemiológico DST e Aids de 2011, no Brasil a epidemia encontra-se estável e concentrada em subgrupos populacionais vulneráveis, como usuários de drogas ilícitas, homens que fazem sexo com homens e mulheres profissionais do sexo. Desde 1980 a junho de 2011 foram

notificados 608.230 casos de aids, sendo 210.538 (34,6%) destes em mulheres. A razão de casos por sexo (razão masculino/feminino) vem diminuindo ao longo dos anos: passou de 26 homens por mulher em 1985 para 1,7 homens por mulher em 2010 (BRASIL, 2011). Se considerarmos apenas a faixa etária de 15 a 24 anos, entre os anos 2000 e 2004, houve inversão desta razão de sexo, sendo 0,9 casos em homens para cada caso em mulher.

A região Sul notificou 20,2% dos casos de aids do Brasil entre 1980 e junho de 2011, totalizando 123.069 notificações. Destas, 60.512 são do Rio Grande do Sul. Em relação aos casos novos, a taxa de incidência no Brasil está estabilizada, com taxa de 17,9 por 100.000 habitantes no ano de 2010. A taxa do estado do Rio Grande do Sul é a maior do país: 37,6 por 100.000 habitantes, também em 2010. Desde 2000, Porto Alegre é a capital (e cidade) com maior taxa de incidência do Brasil, quase sempre acima de 90 casos por 100.000 habitantes por ano. Em 2010 essa taxa foi de 99,8 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2011).

Após a fase inicial, de transmissão predominantemente homossexual e parenteral, através do compartilhamento de seringas e de transfusões de sangue contaminado, a transmissão heterossexual se mostrou extremamente eficaz na disseminação do vírus e atualmente é o modo de contaminação mais comum no mundo, principalmente em países em desenvolvimento. (Fauci, 2010). Nos Estados Unidos, a transmissão heterossexual é a via de transmissão que mais cresce, sendo a maneira de contaminação de até 90% das pessoas que vivem com HIV/aids no país (Cohn, 2005). No Brasil, mais de 80% das notificações de aids em mulheres definem a transmissão heterossexual como categoria de exposição (BRASIL, 2011).

A transmissão heterossexual do HIV não é consistente nem previsível e, apesar de muitos avanços em relação ao HIV, seus mecanismos de transmissão ainda não são totalmente entendidos. Tanto fatores relacionados ao vírus, como relacionados ao hospedeiro podem influenciar na transmissão sexual do HIV. Dentre os fatores de risco associados à transmissão heterossexual do HIV estão a presença de outras DST, carga viral alta ou infecção aguda pelo HIV, ausência de circuncisão, presença de ectopia

cervical, relação sexual durante o período menstrual e ausência de proteção de barreira (Cohn, 2005). Assim como uma pessoa pode se infectar após uma única exposição heterossexual, outros podem não se infectar apesar de exposições repetidas. Além disso, já está estabelecido que a transmissão do HIV é mais eficiente do homem para a mulher (penetração vaginal receptiva, quando uma mulher exposta é penetrada por parceiro em relação sexual vaginal) do que da mulher para o homem (penetração vaginal insertiva, com homem exposto penetrando mulher soropositiva em relação sexual vaginal). Essa maior vulnerabilidade biológica das mulheres em relação à transmissão heterossexual associada às desigualdades de gênero, que dificultam a negociação por sexo seguro, estão associadas ao fenômeno de feminização da epidemia.

A partir do aumento expressivo dos casos de HIV e aids entre mulheres foi necessário criar estratégias específicas para essa categoria de exposição, levando em conta a vulnerabilidade das mulheres, baseada em componentes socioeconômicos e culturais que estruturam a desigualdade de gênero no Brasil e no mundo. Assim, em 2004, a UNAIDS, em conjunto com a UNFPA e a UNIFEM, lança um documento intitulado “Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis”. Neste documento, a expansão do HIV entre as mulheres é vista como uma crise de desigualdade de gênero, uma vez que as mulheres são menos capazes de exercerem controle sobre os seus corpos e suas vidas do que os homens (UNAIDS, 2004b). Essa marcada desigualdade, que pode ser vista de maneira mais marcada em vários países da África - onde os homens ameaçam não dar comida para as esposas que pedem o uso de preservativo - também pode ser encontrada em outras regiões do Mundo.

No Brasil, em 2007, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids, lançam o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (BRASIL, 2007). O objetivo do documento é reduzir a vulnerabilidade que atinge as mulheres utilizando políticas de prevenção, promoção e atenção integral. Dentre as ações do plano estão desde a ampliação da garantia de acesso a insumos, tratamento e informação até

articulação das diversas esferas de governo e redes de apoio envolvidas no atendimento destas mulheres.

3.2.1 Diferenças entre os sexos

Historicamente, a proporção de mulheres em ensaios clínicos para avaliar tratamentos para o HIV e suas complicações sempre foi menor do que a proporção de mulheres na população HIV positiva. Com isso, as diferenças relacionadas ao sexo na evolução natural da infecção e nas respostas ao tratamento só começaram a ser elucidadas nos últimos anos. Adicionalmente, muitos dos ensaios clínicos são realizados em países desenvolvidos, onde o acesso aos serviços de saúde não é tão marcado por desigualdades de gênero como nos países em desenvolvimento.

Os resultados em relação à existência de diferença de carga viral do HIV entre sexos são conflitantes. Alguns estudos mostram tendência à carga viral mais baixa entre as mulheres durante todo o curso da infecção (Stenehjem, 2008, mas sem resultar em diferença na evolução de HIV para aids (Nicastri, 2007). Outros estudos mostram diferença inicial, com as mulheres tendo carga viral mais baixa próximo à soroconversão mesmo após ajuste pelo CD4+ (Grinsztejn, 2011), mas com diminuição dessa diferença ao longo do tempo, novamente mostrando progressão da doença semelhante entre os sexos.

Os fatores associados à progressão da doença em mulheres HIV-positivas foram os mesmos encontrados anteriormente em estudos realizados apenas com homens: carga viral alta, CD4+ baixo, queda rápida de CD4+, IMC baixo e doenças atribuídas ao HIV, como diarreia crônica, herpes zoster e candidose oral (Cohn, 2005).

Em relação ao momento de início da TARV (Terapia antirretroviral), o sexo feminino é associado com atraso na prescrição em alguns estudos. Depois de iniciado o tratamento, entretanto, a maioria dos estudos não encontrou diferença na resposta viro-imunológica entre homens e mulheres (Nicastri, 2007). Embora alguns estudos associem falha virológica ao sexo feminino, essa associação geralmente não se mantém nas análises ajustadas,

sugerindo outros fatores como responsáveis pela falha, como pior adesão ou mais efeitos colaterais por exemplo, e não diferenças na resposta à TARV entre os sexos. De maneira semelhante, diferenças associadas ao sexo em termos de resposta clínica já foram descritas, mas não são repetidas de modo consistente.

Estudos que avaliaram diferentes respostas virológicas, imunológicas e clínicas ao tratamento com base no sexo são discordantes e diferem entre os países em desenvolvimento e os países mais ricos. Nos estudos europeus, americanos e australianos, os desfechos associados à TARV apresentam mínimas diferenças relacionadas aos sexos (Stenehjem, 2008). Uma grande coorte que avaliou pacientes virgens de tratamento em 63 centros da Europa, conhecida como EuroSida, não encontrou diferenças entre os sexos em desfechos virológicos, imunológicos e clínicos após o início da TARV (Moore, 2003). Nos países em desenvolvimento, a literatura mostra diferenças mais pronunciadas, mas nem sempre fáceis de interpretar. Em uma coorte retrospectiva brasileira, que avaliou mortalidade associada à aids ajustada ao uso de ARV, sexo feminino foi preditor para óbito, assim como CD4 menor do que 200 células/mm³ e carga viral maior do que 100.000 cópias/mL (Braga, 2007).

Inicialmente, as observações em relação à sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/aids indicavam que as mulheres tinham pior prognóstico do que os homens. Estudos posteriores, entretanto, sugeriam que este pior prognóstico estava relacionada ao pior acesso das mulheres aos serviços de saúde e ao tratamento e não à diferença na evolução da doença entre os sexos (Cohn, 2005). Além disso, alta morbidade associada a patologias ginecológicas e outras condições associadas a gênero, como discriminação, violência e estigma também estavam associadas a uma progressão clínica mais rápida nas mulheres (Nicastri, 2007).

Em relação à mortalidade, os dados também são conflitantes. Enquanto estudos europeus e norte americano sugerem maior risco de óbito em mulheres do que em homens (Stenehjem, 2008), estudos realizados na África mostram mortalidade maior entre os homens. (Cornell, 2012). Esses resultados

provavelmente estão relacionados a diferenças entre os gêneros em relação ao acesso aos serviços de saúde e as características de base relacionadas ao estágio da infecção pelo HIV.

3.3 O Diagnóstico do HIV

O teste para a detecção de anticorpos que o corpo produz contra o HIV está disponível desde 1985. A disponibilidade do teste propiciou, inicialmente, a comprovação de que as pessoas com aids estavam contaminadas como HIV. Posteriormente, o teste possibilitou identificar indivíduos assintomáticos infectados pelo vírus.

Esse exame deve ser, idealmente, acompanhado do princípio dos “3 Cs” para a sua realização. A sigla vem do inglês e significa *Confidential* (o resultado do exame deve ser confidencial), *Counselling* (a testagem deve vir acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste) e *Consent* (o exame só deve ser realizado com consentimento informado e voluntário)(UNAIDS, 2004).

De acordo com as Políticas de Testagem para o HIV, elaboradas pela OMS em conjunto com a UNAIDS, em junho de 2004, é importante distinguir claramente quatro oportunidades de testagem para o HIV (UNAIDS, 2004):

1. Testagem e aconselhamento voluntários, para qualquer pessoa que queira saber seu status sorológico em relação ao HIV.
2. Testagem diagnóstica do HIV, indicada para pessoas que procuram serviços de saúde com sinais ou sintomas compatíveis com doenças relacionadas ao HIV ou à aids. Nessa modalidade, inclui-se a testagem de rotina de todos os pacientes com tuberculose.
3. Testagem de rotina oferecida pelos profissionais de saúde a todos os pacientes que apresentem DST, a todas as gestantes e a todos as pessoas em acompanhamento em serviços de saúde inseridos em comunidades onde o HIV é prevalente, mesmo que assintomáticos.
4. Triagem mandatória do HIV em sangue e derivados, destinados para transfusão e em doadores de órgãos ou líquidos corporais, como sêmen utilizados em inseminação artificial.

A OMS e a UNAIDS apoiam o aumento da testagem voluntária e amplamente oferecida para a população, inclusive como parte importante das estratégias de prevenção. A testagem voluntária tem maior probabilidade de gerar mudança de comportamento a fim de evitar a transmissão do HIV para outros indivíduos. Entretanto, as entidades reconhecem a necessidade de medidas adicionais variadas e inovadoras em relação ao diagnóstico do HIV. Estudos realizados tanto em países industrializados como em países em desenvolvimento sugerem que oportunidades para aconselhamento e diagnóstico estão sendo perdidas nos serviços de saúde. (UNAIDS, 2007)

Para orientar as recomendações da testagem para o HIV oferecidas por profissionais de saúde, são utilizados os diferentes padrões de epidemia pelo HIV definidos pela OMS e pela UNAIDS, que são os seguintes:

1. Epidemia de HIV de baixo nível, quando o vírus não se disseminou em níveis significativos em nenhuma subpopulação e a maioria das infecções registradas estão em indivíduos com comportamento de alto risco. Nestes casos, a prevalência não excede 5% em nenhum subgrupo definido.
2. Epidemia de HIV concentrada, quando o vírus se disseminou rapidamente em subgrupos populacionais definidos, mas não está bem estabelecido na população geral. Considera-se a prevalência acima de 5% em pelo menos uma subpopulação definida e prevalência abaixo de 1% em gestantes como marcadores numéricos.
3. Epidemia de HIV generalizada, quando o HIV está estabelecido na população geral e a prevalência entre gestantes é consistentemente acima de 1%.

O Brasil apresenta uma epidemia estável e concentrada em subgrupos populacionais vulneráveis, com prevalências que chegam a 5,9% em usuários de drogas, 10,5% em homens que fazem sexo com homens e 4,9% em mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2011). A prevalência em gestantes é estimada em 0,44% (Vieira, 2011). Seguindo as orientações da OMS, os profissionais de saúde não devem recomendar o teste anti-HIV para todos os seus pacientes, já que a maioria da população tem baixo risco à exposição. Além disso, devem ser priorizados adultos, adolescentes ou crianças que

busquem os serviços de saúde com sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo HIV ou doenças relacionadas, como tuberculose por exemplo.

O teste não deve ser mandatório ou compulsório. As consequências de um resultado positivo, como estigmatização, discriminação e violência, devem ser consideradas quando um teste é oferecido.

A recomendação para gestantes é a realização de teste anti-HIV, sempre acompanhado de aconselhamento pré e pós teste e consentimento, na primeira consulta do pré-natal. Se o exame for negativo, deve ser repetido no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 1998). Gestantes que não tiverem acesso ao pré-natal devem fazer o teste rápido para o HIV no momento do parto.

Quando os ARV estão disponíveis, como no Brasil, o máximo benefício em termos de diminuição de morbidade e mortalidade é obtido quando se tem um diagnóstico precoce, antes do estágio final de imunodeficiência. Além disso, o diagnóstico precoce também favorece uma oportunidade para diminuir a transmissão.

No Brasil, em 1997, foram implantados os primeiros Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), vinculados ao Programa Nacional de DST e Aids, hoje Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. O objetivo dos CTA's é promover o acesso da população brasileira ao diagnóstico e à prevenção do HIV e das demais DST's na rede pública de saúde (BRASIL, 2008a). A promoção do acesso universal ao diagnóstico e à prevenção do HIV seguem sendo um grande desafio a ser superado no Brasil e mundo.

Em 2007-2008, o Ministério da Saúde emitiu um relatório do diagnóstico situacional dos CTA's no Brasil . Neste relatório, metade dos CTA's apontavam gestantes entre as três populações mais atendidas nos centros. Estes CTA's estavam com maior frequência em municípios com indicadores de pré-natal mais deficitários e com taxas de mortalidade materna e infantil mais elevadas. (BRASIL, 2008a).

Os CTA's estão organizados de maneira bastante diversificada no Brasil, com identidades bem definidas e respondendo a demandas e necessidades específicas. A partir da análise situacional destes serviços, eles foram

classificados em perfis tecnológicos diferentes: básico, assistencial, atenção integral e promoção da saúde. Dentre esses quatro perfis, os CTA's de perfil básico têm papel estratégico na ampliação do diagnóstico, uma vez que estão implantados em municípios mais pobres, com baixa cobertura de pré-natal. Foram implantados em locais de epidemia recente e a clientela é composta basicamente por gestantes.

Ainda com base na avaliação situacional da rede de CTA no Brasil, foram elaboradas recomendações para contribuir com a ampliação do diagnóstico de infecções pelo HIV no país. As recomendações que constam no documento "Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: Desafios para a Equidade e o Acesso" são as seguintes:

1. Priorizar populações mais vulneráveis, garantido a equidade no acesso aos serviços.
2. Ampliar a rede de serviços, articulando estratégias de acesso universal e equitativo em áreas prioritárias.
3. Respeitar as capacidades e potencialidades de cada serviço.
4. Definir objetivamente normas de organização e operação.
5. Garantir a realização do diagnóstico de sífilis em todos os serviços.
6. Adequar as ações de prevenção à realidade epidemiológica do município.
7. Incentivar e apoiar as experiências bem sucedidas.
8. Estimular a articulação com outros serviços e com a sociedade civil.
9. Aumentar oferta de sorologias.
10. Definir estratégias de divulgação dos CTA's.
11. Reduzir as taxas de abandono na busca de resultados (principalmente reduzindo o tempo de entrega dos resultados).
12. Ampliar a abrangência do SI-CTA (sistema de informação).
13. Envolver gestores estaduais e municipais e sociedade civil na resolução de problemas.

Contemplando a testagem e o aconselhamento voluntários, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Campanha "*Fique Sabendo*" que tem como objetivo conscientizar a população sobre a importância da realização do teste anti-HIV (BRASIL, 2003). De acordo com a campanha, o teste não deve ser

feito indiscriminadamente, mas após uma situação de risco, como relações sexuais desprotegidas ou compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas.

Em 2002, o então Programa Nacional de DST/Aids incorpora o teste rápido para o HIV como uma das estratégias para expandir o diagnóstico e conter a epidemia no país. A utilização do teste rápido é baseada em dois problemas diferentes em relação à epidemia no Brasil. O primeiro diz respeito à necessidade de infraestrutura e recursos humanos para a realização do teste anti-HIV convencional. O segundo problema está relacionada à oportunidade do diagnóstico. Em algumas localidades, a demora no retorno dos resultados convencionais dificultam ou atrasam o vínculo dos indivíduos com os serviços especializados.

O uso de testes rápidos para o diagnóstico de HIV é regulamentado através da Portaria Nº 34, de 28 de julho de 2005, com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico. Na ocasião, os testes rápidos estão indicados para serem utilizados em serviços de saúde de difícil acesso e maternidades, em parturientes que não tenham sido testadas no pré-natal. (BRASIL, 2005). Posteriormente, a Portaria Nº 151 de 14 de outubro de 2009, expande as situações especiais nas quais o teste rápido poderá ser realizado:

- a) Rede de serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões de difícil acesso.
- b) Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA.
- c) Segmentos populacionais flutuantes.
- d) Segmentos populacionais mais vulneráveis.
- e) Parceiros de pessoas vivendo com HIV/Aids.
- f) Acidentes biológicos ocupacionais, para teste no paciente fonte.
- g) Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou quando a idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto.
- h) Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto.
- i) Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional.

- j) Outras situações especiais definidas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (BRASIL, 2009).

Apesar de diversos esforços para facilitar o acesso ao teste anti-HIV no Brasil e no mundo, os resultados ainda são limitados. Uma parcela importante dos indivíduos HIV positivo evolui para imunodeficiência significativa ou evolui para aids antes de terem seus diagnósticos feitos. Os indivíduos com diagnóstico tardio de HIV têm pior prognóstico e podem apresentar pior resposta virológica e/ou imunológica com o início da TARV. O Ministério da Saúde estima que existam cerca de 630 mil pessoas vivendo com HIV no Brasil e que destas, 255 mil desconhecem seu status sorológico. Estudos europeus estimam que 10 a 45% dos diagnósticos de HIV são tardios na Europa, embora a definição de “tardio” varie entre os estudos (SABIN AIDS, 2010).

3.4 A Terapia Antirretroviral para o HIV

A terapia antirretroviral (TARV) reduziu de maneira importante a morbidade e a mortalidade das pessoas vivendo com HIV e aids desde sua introdução em 1996 (Sterne, 2009; Kitahata, 2009). Os primeiros impactos dos benefícios da TARV foram vistos nos países desenvolvidos, onde a aids se tornou uma doença crônica e tratável já no fim da década de 1990. Nos países subdesenvolvidos, apesar dos enormes avanços, milhões de pessoas ainda não têm acesso ao tratamento. Dos 34 milhões de pessoas vivendo com HIV/ aids no mundo em 2012, 14,8 milhões têm indicação de uso de medicação antirretroviral. Destes, 8 milhões estão de fato recebendo TARV (UNAIDS, 2012), mostrando um importante avanço, principalmente se comparados às 300.000 pessoas que recebiam TARV em 2003.

No início da década de 1990, o Banco Mundial desencorajou os países em desenvolvimento a implantarem programas de tratamento para o HIV e a aids, que na época chegavam a custar mais de 10.000 dólares por ano por paciente. O Brasil não seguiu os conselhos do Banco Mundial e promoveu acesso universal à TARV para todas as pessoas vivendo com HIV/aids no país

desde 1996. As estratégias utilizadas pelo Programa Nacional de DST e Aids - atualmente Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais - para tornar o programa possível foram consideradas controversas e criativas. As principais medidas incluíram produção de medicamentos genéricos para aids, ameaças de produção de genéricos de medicamentos ainda patenteados para forçar a diminuição de preços e cooperação com os movimentos da sociedade civil e das ONG's (Nunn, 2009).

O objetivo principal da TARV é diminuir a mortalidade e a morbidade consequentes à infecção pelo HIV através da supressão da replicação viral e da recuperação ou preservação do sistema imune. Além disso, algumas condições clínicas não relacionadas à aids devem ser consideradas na avaliação de risco de progressão da infecção e indicação de tratamento, como eventos cardiovasculares e neoplasias não-associadas à aids. Do ponto de vista clínico, embora existam consensos sobre a indicação de tratamento para indivíduos com CD4+ abaixo de 350 células/mm³ (Sterne, 2009) ou sintomáticos, o momento ideal para o início da TARV em pessoas com CD4+ acima de 500 células/mm³ e assintomáticos para proporcionar o máximo do benefício ainda não é conhecido.

No Brasil, o Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais, através das Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV, orienta o uso dos antirretrovirais atualmente disponíveis. Desde outubro de 2010, de acordo com dados da literatura e baseado principalmente nos estudos NA-ACCORD (Kitahata, 2009), que analisou dados de 22 coorte norte-americanas, e "When to Start Consortium" (Sterne, 2009), que agregou 18 coortes, o Comitê Assessor para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV expandiu as recomendações para o início da TARV no Brasil. De acordo com as recomendações, todos os pacientes sintomáticos, todos os pacientes assintomáticos com CD4+ abaixo de 350 células/mm³ e todas as gestantes, independente do valor do CD4+, devem receber ARV. Além destes, a TARV deve ser considerada para pacientes com CD4+ entre 350 e 500 células/mm³ que apresentem as seguintes condições:

1. Coinfecção com hepatite B com indicação para o tratamento da hepatite B.

2. Coinfecção com hepatite C.
3. 55 anos ou mais.
4. Doença cardiovascular estabelecida com risco aumentado.
5. Nefropatia pelo HIV.
6. Neoplasia, incluindo as não-definidoras de aids.
7. Carga viral acima de 100.000 cópias/ml (BRASIL, 2010a).

Em outubro de 2012, o Ministério da Saúde, por meio do Comitê Assessor, emitiu uma versão preliminar da nova atualização destas indicações para início da TARV no Brasil (BRASIL, 2012). A partir destas, o tratamento ARV é recomendado para pessoas assintomáticas com CD4+ abaixo de 500 células/mm³. Está indicado também tratamento para pessoas com CD4+ acima de 500 células/mm³ coinfectados pela hepatite B e com indicação de tratamento para hepatite. O início da TARV também deve ser considerado em pacientes com doença cardiovascular ou risco cardiovascular elevado e neoplasias que necessitam de tratamento imunossupressor, mesmo se CD4+ acima de 500 células/mm³. Além disso, há uma indicação do tratamento como prevenção, quando deve-se antecipar seu início em caso de pessoas infectadas pelo HIV com parceira sorodiscordante.

3.4.1 A Terapia Antirretroviral para o HV na Mulher

Atualmente o início da TARV para mulheres não grávidas é baseado nas recomendações gerais que levam em conta a contagem de CD4+, a presença de sintomas clínicos ou doenças oportunistas, probabilidade de complicações e aspectos relacionados à adesão. Há poucos dados na literatura sugerindo que o tratamento inicial deva ser determinado pelo sexo dos pacientes. Entretanto, alguns autores defendem que tratar mulheres é, ou pelo menos deveria ser, diferente de tratar homens. Inicialmente, os profissionais de saúde deveriam considerar algumas barreiras para o início do tratamento, como fatores socioeconômicos, questões de gênero e outros problemas médicos

concorrentes, como gestações e depressão, mais prevalente em mulheres, por exemplo. As mulheres têm dificuldades e desafios diferentes dos homens em relação à TARV e essas dificuldades estão, com frequência, associadas a piores desfechos (Aziz, 2012).

As recomendações para início de TARV são aplicadas uniformemente para homens e mulheres. Alguns estudos relatam adesão reduzida entre as mulheres, talvez associada a uma quantidade maior de efeitos adversos que elas vivenciam. Estudos de farmacocinética já demonstraram maiores concentrações de antirretrovirais no plasma e em reservatórios celulares nas mulheres do que nos homens (Nicastri, 2007). Então, como a disponibilidade dos ARV aumenta globalmente, é muito importante que se detecte potenciais diferenças entre os sexos em termos de patogênese do HIV, evolução da doença e resposta ao tratamento (Grinsztein, 2012), para, se for necessário, ajustar as recomendações a essas diferenças.

Logo após a TARV se tornar disponível, vários estudos relataram que as mulheres tinham probabilidade menor do que os homens de começarem o tratamento mesmo nos países desenvolvidos. Em alguns estudos posteriores, realizados em países desenvolvidos essas diferenças deixaram de existir. (Stenehjem, 2008) Muitos fatores já foram associados a essa diferença de acesso. A melhora do acesso à testagem para o HIV durante o pré-natal pode explicar parcialmente o aumento do número de mulheres tratadas e vem sendo encarada como uma alternativa para alcançar um maior número de mulheres.

4 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Considerando-se o crescimento da epidemia da aids entre mulheres no sul do Brasil e a carência de estudos sobre a saúde sexual e reprodutiva destas mulheres, o objetivo desta dissertação é investigar as especificidades das mulheres vivendo com HIV/Aids, na cidade de Porto Alegre.

Objetivos Específicos

São objetivos específicos deste trabalho:

1. Descrever quem são as mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas nos serviços públicos de atenção especializada em HIV/Aids na cidade de Porto Alegre.
2. Avaliar o momento do diagnóstico e o motivo da realização do teste anti-HIV nas mulheres vivendo com HIV/Aids em acompanhamento;
3. Comparar, através do uso ou não de antirretroviral, características sociodemográficas, comportamentais e de cuidados de saúde das mulheres vivendo com HIV/Aids.
4. Relacionar o tempo de diagnóstico do HIV com o uso de antirretrovirais nas mulheres vivendo com HIV/Aids em acompanhamento nos serviços de Porto Alegre.

5 REFERÊNCIAS

Aziz M, Smith KY. Treating women with HIV: is it different than treating men? *Curr HIV/AIDS Rep.* 2012 Jun;9(2):171–8.

Beckwith CG, Flanigan TP, Del Rio C, Simmons E, Wing EJ, Carpenter CCJ, et al. It is time to implement routine, not risk-based, HIV testing. *Clin. Infect. Dis.* 2005 Apr 1;40(7):1037–40.

Braga P, Cardoso M-RA, Segurado AC. Gender differences in survival in an HIV/AIDS cohort from São Paulo, Brazil. *AIDS Patient Care STDS.* 2007 May; 21(5):321–8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Mulher. Assistência Pré-Natal. Normas e Manuais Técnicos. 3rd ed. Brasília; 1998 Acesso em 23 dez 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Fique Sabendo. 2003. Acesso em 19 dez 2012. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/fiquesabendo/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria N° 34, de Julho de 2005. Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais. 2005. Acesso em 27 dez 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0034_28_07_2005.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Integrado de Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. 2007. Acesso em 3 dez 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: Desafios para a Equidade e o Acesso. Brasília; 2008a. Acesso em 13 de dez 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_testagem aconselhamento brasil.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para a Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV. 2008b. Acesso em 23 dez 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consensoAdulto005c_2008montado.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV. Suplemento II - Critérios para Início do Tratamento Antirretroviral. 2010a. Acesso em 23 dez 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/suplemento_II_web.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. 2010b. Acesso em 23 dez 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2010c. Acesso em 27 dez 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília; 2011.

Acesso em 18 dez 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para Terapia Antirretroviral para Adultos Vivendo com HIV/Aids no Brasil. Versão Preliminar 2012. Acesso em 25 dez 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52140/consenso_adulto2012_principais_mudancas_pdf_11946.pdf

Carter JB, Saunders VA. Human Immunodeficiency Viruses. In: Virology Principles and Applications. England: Wiley; 2007. pg 197 - 211.

Castilla J, Sobrino P, De La Fuente L, Noguer I, Guerra L, Parras F. Late diagnosis of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy: consequences for AIDS incidence. *AIDS*. 2002 Sep 27;16(14):1945–51.

Center for Disease Control and Prevention. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents and Pregnant Women in Health-Care Settings. *MMWR*. 2006;55(No. RR-14). Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5514.pdf>

Cohen MH, Cook JA, Grey D, Young M, Hanau LH, Tien P, et al. Medically eligible women who do not use HAART: the importance of abuse, drug use, and race. *Am J Public Health*. 2004 Jul;94(7):1147–51.

Cohn SE, Clark RA. “Human Immunodeficiency Virus Infection in Women”. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. Pennsylvania: Elsevier Churchill; 2005. pg 1616 – 1633.

Cornell M, Schomaker M, Garone DB, Giddy J, Hoffmann CJ, Lessells R, et al. Gender Differences in Survival among Adult Patients Starting Antiretroviral

Therapy in South Africa: A Multicentre Cohort Study. *PLoS Med.* 2012 Sep; 9(9):e1001304.

Crabtree-Ramírez B, Caro-Vega Y, Belaunzarán-Zamudio F, Sierra-Madero J. High prevalence of late diagnosis of HIV in Mexico during the HAART era. *Salud Publica Mex.* 2012 Oct;54(5):506–14.

Diaz RS. *A História de uma Doença: Os Primeiros 30 Anos da Epidemia pelo HIV e a Ciência por Detrás da História.* São Paulo: Permanyer Brasil Publicações; 2012.

Fauci AS, Lane HC. “Human Immunodeficiency Virus Disease: AIDS and Related Disorders”. In: Kasper DL, Fauci AS, editors. *Harrison’s Infectious Diseases.* 17th ed. New York: McGraw Hill; 2010.

Grinsztejn B, Smeaton L, Barnett R, Klingman K, Hakim J, Flanigan T, et al. Sex-associated differences in pre-antiretroviral therapy plasma HIV-1 RNA in diverse areas of the world vary by CD4(+) T-cell count. *Antivir. Ther. (Lond.).* 2011;16(7):1057–62.

Izopet J. “Human Immunodeficiency Virus”. In: Kessler HH, editor. *Molecular Diagnostics of Infectious Diseases.* 1st ed. Austria: De Gruyter; 2010. pg 77 - 90.

Jenness SM, Myers JE, Neaigus A, Lulek J, Navejas M, Raj-Singh S. Delayed entry into HIV medical care after HIV diagnosis: risk factors and research methods. *AIDS Care.* 2012;24(10):1240–8.

Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, Merriman B, Saag MS, Justice AC, et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *N. Engl. J. Med.* 2009 Apr 30;360(18):1815–26.

Le Coeur S, Collins IJ, Pannetier J, Lelièvre E. Gender and access to HIV testing and antiretroviral treatments in Thailand: why do women have more and earlier access? *Soc Sci Med*. 2009 Sep;69(6):846–53.

Lillie-Blanton M, Stone VE, Snow Jones A, Levi J, Golub ET, Cohen MH, et al. Association of race, substance abuse, and health insurance coverage with use of highly active antiretroviral therapy among HIV-infected women, 2005. *Am J Public Health*. 2010 Aug;100(8):1493–9.

Moore AL, Kirk O, Johnson AM, Katlama C, Blaxhult A, Dietrich M, et al. Virologic, immunologic, and clinical response to highly active antiretroviral therapy: the gender issue revisited. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr*. 2003 Apr 1;32(4):452–61.

Nicastri E, Leone S, Angeletti C, Palmisano L, Sarmati L, Chiesi A, et al. Sex issues in HIV-1-infected persons during highly active antiretroviral therapy: a systematic review. *J. Antimicrob. Chemother*. 2007 Oct;60(4):724–32.

Nunn AS, Da Fonseca EM, Bastos FI, Gruskin S. AIDS treatment in Brazil: impacts and challenges. *Health Aff (Millwood)*. 2009 Aug;28(4):1103–13.

Rodrigues Neto JF, Lima LS, Rocha LF, Lima JS, Santana KR, Silveira MF. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(1):22–9.

Sabin CA, Schwenk A, Johnson MA, Gazzard B, Fisher M, Walsh J, et al. Late diagnosis in the HAART era: proposed common definitions and associations with mortality. *AIDS*. 2010 Mar 13;24(5):723–7.

Sabino EC, Barreto CC, Sanabani S. "AIDS Etiologia e Subtipos do HIV". In: Focaccia R, editor. Veronesi: Tratado do Infectologia. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2005. p. 111 – 117.

Schilkowsky LB, Portela MC, Sá M de C. Factors associated with HIV/AIDS treatment dropouts in a special care unit in the City of Rio de Janeiro, RJ, Brazil. Rev Bras Epidemiol. 2011 Jun;14(2):187–97.

Stenehjem E, Shlay JC. Sex-specific differences in treatment outcomes for patients with HIV and AIDS. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2008 Feb;8(1):51–63.

Sterne JAC, May M, Costagliola D, De Wolf F, Phillips AN, Harris R, et al. Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies. Lancet. 2009 Apr 18;373(9672):1352–63.

Torian LV, Wiewel EW, Liu K-L, Sackoff JE, Frieden TR. Risk factors for delayed initiation of medical care after diagnosis of human immunodeficiency virus. Arch. Intern. Med. 2008 Jun 9;168(11):1181–7.

UNAIDS, WHO. Policy Statement on HIV Testing [Internet]. Geneva; 2004a. Acesso em 15 nov 2012. Disponível em: http://www.who.int/rpc/research_ethics/hivtestingpolicy_en_pdf.pdf

UNAIDS/UNFPA/UNIFEM. Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis. 2004b. Acesso em 3 dez 2012. Disponível em: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/308_filename_women_aids1.pdf

UNAIDS. WHO. Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities [Internet]. Geneva; 2007. Acesso em 15 nov 2012. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf

UNAIDS. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Acesso em 12 set 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/documents/20101123_globalreport_em.pdf

UNAIDS. UNAIDS World AIDS Day Report. 2012 . Acesso em 12 nov 2012. Disponível em :http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434_WorldAIDSday_results_en.pdf

Vieira ACBC, Miranda AE, Vargas PRM de, Maciel ELN. HIV prevalence in pregnant women and vertical transmission in according to socioeconomic status, Southeastern Brazil. Rev Saude Publica. 2011 Aug;45(4):644–51.

6 ARTIGO

Diagnóstico de HIV/Aids e o Uso de Antirretrovirais em Mulheres Usuárias dos Serviços especializados em HIV/Aids de Porto Alegre

Revista Pretendida: Revista de Saúde Pública da USP

Autores:

Patrícia Fisch – Médica Infectologista. Aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Luciana Barcellos Teixeira – Enfermeira. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Flávia Bulegon Pilecco – Biomédica. Mestre em Epidemiologia. Aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Álvaro Vigo – Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Daniela Riva Knauth – Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Etnologia e Antropologia Social pela *École des Hautes Etudes en Sciences Sociales*.

Resumo

Introdução As mulheres já são a maioria das pessoas vivendo com HIV e aids no mundo e apresentam vulnerabilidades específicas em relação à doença. O presente artigo tem por objetivo avaliar a associação entre o tempo do diagnóstico de HIV e o uso de antirretrovirais com indicação terapêutica em mulheres em acompanhamento em serviços especializados em HIV/Aids de Porto Alegre.

Métodos Os dados analisados resultam de uma pesquisa transversal, realizada em mulheres com diagnóstico de HIV e em acompanhamento nos serviços especializados em HIV/Aids da cidade de Porto Alegre, Brasil. A associação entre o uso de ARV e o tempo de diagnóstico do HIV foi estimada por meio do modelo de regressão de Poisson com variância robusta, utilizando três modelos conceituais consecutivos. O primeiro modelo foi não ajustado. O segundo modelo foi ajustado para as características sociodemográficas idade, raça/etnia, escolaridade e renda familiar e histórico de violência. O último modelo foi adicionalmente ajustado pelas características relacionadas a comportamento e a cuidados de saúde.

Resultados Foram incluídas 614 mulheres não grávidas no momento da entrevista. O diagnóstico de HIV foi feito em 220 (35,8%) mulheres por indicação clínica, isto é, doença dela ou do companheiro. 198 (32,3%) mulheres fizeram o diagnóstico de HIV durante pré-natal prévio. 196 (31,9%) mulheres fizeram o diagnóstico após testagem voluntária para o HIV. 428 (69,7%) das mulheres incluídas faziam uso de ARV terapêutico. A associação entre o uso de ARV e o tempo de diagnóstico do HIV foi mantida tanto na análise não ajustada quanto nas análises multivariadas. O teste de HIV realizado durante o pré-natal foi o único fator considerado protetor para o uso de ARV.

Conclusões A testagem para o HIV durante o pré-natal é uma rotina bem sucedida no combate ao HIV, entretanto é importante considerar que uma parcela importante das mulheres não está coberta por essa rotina. Com a feminização do HIV é necessário que se discuta estratégias de expansão do diagnóstico entre as mulheres.

Introdução

As mulheres já são mais de 50% das pessoas vivendo com HIV/aids no mundo.²⁸ A maior vulnerabilidade das mulheres, seja biológica em relação à transmissão sexual, seja associada às desigualdades de gênero, que podem dificultar a negociação de sexo seguro, levaram a fenômenos conhecidos como feminização e heterossexualização da epidemia.¹⁵ Atualmente, no Brasil, mais de 80% das notificações de aids em mulheres se dão através da transmissão heterossexual.¹⁰ Em relação à terapia antirretroviral (TARV), as mulheres têm dificuldades e desafios diferentes dos homens. Apesar da disponibilidade da TARV, estudos têm demonstrado que algumas mulheres têm ingressado tardiamente nos serviços de saúde e, conseqüentemente, apresentado piores desfechos. Este fenômeno é observado principalmente na África e na Ásia, onde as desigualdades de gênero tornam as mulheres mais dependentes emocional ou financeiramente.¹ Por outro lado, a disponibilidade de testagem no pré-natal tem beneficiado algumas mulheres no diagnóstico de HIV e no vínculo a um serviço de saúde especializado.¹⁹

De acordo com a UNAIDS, existem quatro oportunidades distintas para a testagem do HIV: a testagem voluntária; a testagem diagnóstica, associada a manifestações clínicas sugestivas de HIV ou aids; a testagem de rotina, oferecida para gestantes, pessoas procedentes de áreas onde o HIV é prevalente e indivíduos que se apresentem com DST ou tuberculose; e, a testagem mandatória, realizada nos bancos de sangue ou em doadores de órgãos.²⁷ No Brasil, a testagem para o HIV faz parte da rotina do pré-natal desde 1997 e deve ser oferecida para todas as gestantes já na primeira consulta.^{3,4} A testagem voluntária para o HIV é estimulada através do programa *Fique Sabendo*, do Ministério da Saúde, lançado em 2003, e que tem como objetivo conscientizar a população sobre a importância do teste anti-HIV.⁵ De acordo com a campanha, o teste não deve ser feito indiscriminadamente, mas após uma situação de risco, como relações sexuais desprotegidas ou compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas.

A terapia antirretroviral reduziu de maneira importante a morbidade e a mortalidade das pessoas vivendo com HIV e aids desde sua introdução em 1996.^{18,25} No Brasil, o Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais, através das Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV, orienta o uso dos antirretrovirais atualmente disponíveis, de acordo com as principais evidências disponíveis. Desde fevereiro de 2010, todos os indivíduos portadores do HIV com contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³ tinham indicação de receber TARV.⁸ Esta recomendação foi revista recentemente, com a indicação de iniciar TARV em todos os indivíduos com contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 500 desde outubro de 2012.¹¹ O início da TARV para mulheres não grávidas é baseado nas recomendações gerais que levam em conta a contagem de CD4+, a presença de sintomas clínicos ou doenças oportunistas, probabilidade de complicações e aspectos relacionados à adesão.¹

O presente artigo tem por objetivo descrever, por meio de variáveis sociodemográficas, comportamentais e de cuidados de saúde, quem são as mulheres vivendo com HIV e aids em acompanhamento nos serviços especializados de Porto Alegre. Além disso, é objetivo avaliar a associação entre o tempo do diagnóstico de HIV e o uso de antirretrovirais com indicação terapêutica nessas mulheres.

Métodos

Os dados analisados no presente artigo são provenientes da pesquisa “Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre”. Trata-se de um estudo transversal com mulheres em idade reprodutiva, de 18 a 49 anos, com diagnóstico de infecção pelo HIV usuárias dos serviços públicos de saúde da cidade de Porto Alegre.

As mulheres HIV+ foram selecionadas nos serviços especializados em DST/Aids por amostragem aleatória simples com base nas agendas dos profissionais de saúde. O número de entrevistas em cada serviço foi proporcional ao volume de atendimentos de cada unidade. As mulheres que

declararam não ter tido relações sexuais e aquelas que tiveram relações sexuais somente com mulheres não foram incluídas no estudo.

A estimação do tamanho amostral considerou o desfecho menos prevalente na temática da pesquisa, que foi a taxa de aborto provocado.. A amostra foi composta por 691 mulheres HIV+. Os dados foram coletados no período de janeiro a novembro de 2011.

O protocolo da pesquisa incluiu um treinamento intensivo aos entrevistadores, contemplando questões sobre a caracterização da epidemia da Aids, métodos de abordagem aos pacientes nos serviços de saúde, obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aplicação do questionário. Após a obtenção do TCLE, as participantes responderam um questionário eletrônico, em local privativo, preenchido pelo entrevistador em *netbook*. O questionário versou sobre características sociodemográficas, desfechos principais na trajetória de saúde sexual e reprodutiva, utilização de métodos contraceptivos com diferentes parceiros, momento do diagnóstico do HIV, uso de medicações, situações de violência e questões sobre a saúde em uma perspectiva global.

Foi realizada uma pesquisa piloto para pré-teste do questionário quanto à adequabilidade das questões, visando facilitar a compreensão das mesmas. Para controle de qualidade dos dados, foi realizado novo contato com 10% das participantes, escolhidas ao acaso, para certificação das respostas obtidas.

Para a análise dos dados, foi realizada inicialmente caracterização da amostra, por meio de variáveis sociodemográficas, comportamentais e de cuidados com saúde, comparando as mulheres que estavam em uso de ARV no momento da entrevista com as mulheres que não estavam usando medicação.

A associação entre o uso de ARV e o tempo de diagnóstico do HIV foi estimada por meio do modelo de regressão de Poisson com variância robusta, utilizando três modelos conceituais consecutivos, iniciando pelo modelo não ajustado. O segundo modelo foi ajustado para as características sociodemográficas (idade, raça/etnia, escolaridade e renda familiar) e histórico de violência, considerado aqui como um marcador de vulnerabilidade. Nessa

variável estão incluídos todos os tipos de violência avaliados no questionário: psicológica, física e sexual. O último modelo foi adicionalmente ajustado pelas características relacionadas a comportamento e a cuidados de saúde. A variável motivo do teste anti-HIV foi categorizada com base nas oportunidades de testagem definidas pela UNAIDS:²⁷ testagem diagnóstica, aqui denominada indicação clínica, se o exame foi solicitado pelo médico, por doença da paciente ou do companheiro; testagem voluntária, se o teste foi feito por iniciativa própria ou após relações sexuais desprotegidas; e testagem de rotina, denominada pré-natal, uma vez que incluiu apenas o teste realizado no pré-natal, para as gestantes. O teste de Wald foi utilizado para a seleção de variáveis no modelo, considerando o nível de significância de 5%.

As análises dos dados foram realizadas utilizando-se o programa *Predictive Analytics SoftWare* (PASW), Versão 18.0. O protocolo do estudo (nº 2008216) foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e demais comitês das instituições envolvidas. O estudo foi conduzido de acordo com as orientações contidas na resolução brasileira do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996, que versam sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Das 691 mulheres com diagnóstico de HIV/Aids que participaram da pesquisa, 61 (8,8%) estavam grávidas no momento da entrevista e foram excluídas das análises, uma vez que o objetivo era investigar o uso terapêutico de TARV. No Brasil, as gestantes têm indicação de receber TARV independentemente da situação virológica, imunológica ou clínica para a prevenção da transmissão vertical do HIV (7). Ainda foram excluídas 8 mulheres que não responderam às questões sobre o uso de TARV, 5 que não responderam sobre o motivo do teste anti-HIV e 3 participantes nas quais não foi possível avaliar o tempo de diagnóstico do HIV. A amostra final da presente análise é composta por 614 mulheres.

A descrição e as comparações de características sociodemográficas de acordo com o uso ou não de TARV são apresentadas na Tabela 1. A amostra é constituída, predominantemente, por mulheres brancas (60,9%), com até 8 anos de escolaridade (65,6%) e com renda familiar inferior a dois salários mínimos (53,5%) na época da entrevista. Histórico de violência psicológica, física ou sexual foi relato por mais da metade (54,1%) das entrevistadas. Dentre as 614 mulheres, 428 (69,7%) relataram uso terapêutico de TARV.

Na Tabela 2 estão descritas as características comportamentais e relacionadas a cuidados de saúde destas mulheres. Em relação ao motivo do teste anti-HIV, observa-se que a principal razão para a realização do teste anti-HIV foi a indicação clínica (35,8% dos casos). A realização do exame durante o pré-natal foi o motivo do diagnóstico em 32,3% das mulheres e 31,9% delas tiveram seu diagnóstico de HIV após realizarem o teste voluntário. Em relação à vida reprodutiva, 70,5% tiveram até 3 gestações. Treze por cento das mulheres tem história de aborto provocado. Considerando o número de filhos, 79,8% tiveram 3 filhos ou menos.

A maioria das mulheres (70,8%) teve apenas um parceiro sexual nos últimos 12 meses e 4,8% tiveram três parceiros ou mais nesse período. Considerando o número de parceiros sexuais durante toda a vida, 87,1% das entrevistadas relatou ter tido 10 ou mais parceiros. Trinta por cento das mulheres refere uso prévio de drogas.

A Figura 1 mostra o percentual de uso de TARV com base no tempo de diagnóstico de HIV, em anos. 40% das mulheres em acompanhamento nos serviços de saúde que conhecem o diagnóstico há até dois anos estão em uso de medicação com indicação terapêutica. A Tabela 3 mostra as estimativas de razão de prevalência de uso de TARV e o tempo de diagnóstico de HIV/aids, não ajustadas e ajustadas. Os resultados sugerem que a magnitude da associação é mantida, com pequena variação entre os modelos multivariáveis.

Discussão

Em conformidade com as diretrizes internacionais, o Brasil vem buscando o tratamento cada vez mais precoce da infecção pelo HIV, com

valores de CD4+ acima de 350, e da aids a fim de promover o melhor benefício possível com o uso dos ARV.⁸ Para isso, é necessário o diagnóstico igualmente precoce. As recomendações para a solicitação do exame anti-HIV estão vinculadas ou a características clínicas associadas à aids, ou a avaliação da prevalência de HIV em determinada população.^{27,28} Os diagnósticos realizados por meio de características clínicas geralmente são tardios já que se estabelecem a partir de indicadores da deterioração do sistema imune e consequentes infecções oportunistas ou associadas ao HIV. As testagens baseadas em prevalência do HIV na região ou em determinados subgrupos dependem de um conhecimento do médico ou da sua equipe sobre essas informações. O CDC, por exemplo, recomenda testagem rotineira apenas onde a prevalência de infecção pelo HIV é maior do que 1%. Nos locais onde a prevalência de infecção pelo HIV é menor do que 1%, a testagem deve ser baseada na avaliação de risco.¹³ Na prática, é difícil para um médico que trabalha em unidades de atenção básica ou em serviços de emergência saber se ele está assistindo pacientes vindos de alguma comunidade com prevalência de HIV maior do que 1%. No Brasil, alguns subgrupos mais vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas ilícitas, podem apresentar prevalências que chegam a 10,5% e 5,9% respectivamente.¹⁰ Contudo, essas pessoas estão inseridas em comunidades com prevalências menores de HIV. Por outro lado, durante o atendimento médico, nem sempre é possível identificar que determinado paciente pertence a um subgrupo mais vulnerável, com indicação de pesquisa do HIV. Alguns autores defendem que essa dependência da indicação do teste baseada numa avaliação de risco limita o diagnóstico de HIV. A sugestão é de que o teste fosse rotineiramente oferecido a qualquer pessoa sexualmente ativa, numa mudança da cultura da testagem associada ao risco para a cultura da testagem de rotina.^{2,26} Com isso, menos diagnósticos seriam perdidos, proporcionando desde medidas de prevenção até o manejo de problemas sociais relacionados ao HIV, além do início oportuno da TARV.

Na amostra analisada, 32,4% das mulheres tiveram seu diagnóstico durante o pré-natal. E é necessário olhar esse dado com cautela. Se por um lado esse grande número de diagnósticos reflete a adequação da política de saúde no pré-natal, através de uma triagem sorológica, por outro lado mostra uma fragilidade nas medidas de prevenção de DST e HIV.⁷ Quando analisamos a associação entre o uso de TARV e as demais características incluídas no modelo multivariável, é possível observar que a única variável que é fator de proteção para o uso de medicação é o diagnóstico realizado durante pré-natal. Ou seja, as mulheres que estão no serviço e tiveram seu diagnóstico realizado por ocasião de uma gestação possuem, provavelmente, um menor tempo de infecção pelo HIV. Esse dado sugere que o pré-natal propicia a essas mulheres o diagnóstico num momento mais oportuno, favorecendo o acompanhamento da infecção pelo HIV e a intervenção medicamentosa no momento adequado.

A testagem para o HIV no pré-natal é, com certeza, uma estratégia que funciona, uma vez que é possível identificar gestantes HIV+ e diminuir a transmissão materno-infantil do HIV. Entretanto, deve-se considerar que essa estratégia contempla apenas as mulheres grávidas com acesso ao pré-natal, excluindo aquelas mulheres que já passaram da idade reprodutiva ou que não tiveram gestação. Atualmente os benefícios do uso da TARV terapêutica são tão evidentes quando seu uso para prevenção da transmissão vertical^{6,11}, mas as rotinas de testagem não são tão difundidas para a população geral ou incorporadas à protocolos clínicos quanto a testagem durante o acompanhamento de pré-natal.

Nosso dados mostram que 40% das mulheres que tem até dois anos de diagnóstico já estão em tratamento. Considerando que, na ausência de TARV, o tempo médio de latência do HIV é de 8 a 10 anos temos que o tempo entre o diagnóstico e o tratamento para estas mulheres é bastante curto.

A definição de diagnóstico tardio em HIV não é consenso. Sabin et al²³ sugerem a criação de uma definição comum para diagnóstico tardio, a fim de facilitar a comparação entre países e permitir a identificação de fatores de risco. O critério proposto pela autora é de que seja considerado tardio o

diagnóstico de pacientes que apresentam CD4+ menor do que o necessário para indicar tratamento no momento do diagnóstico, que na ocasião era CD4+ abaixo de 350 células/mm³. Outros estudos mostram uma definição diferente de diagnóstico tardio: pessoas que evoluem para aids em até um mês após o diagnóstico ou indivíduos que se apresentam com CD4+ abaixo de 200.^{12,16} Assim, mesmo que essas mulheres não sejam classificadas como tendo diagnóstico tardio, com base nas definições propostas, elas podem perder parte dos benefícios de um acompanhamento mais precoce.

De acordo com os dados da UNAIDS, 43,5% dos 34 milhões de pessoas vivendo com HIV e aids no mundo são elegíveis para tratamento.³⁰ Nessa amostra, 69,7% das mulheres incluídas estão em uso de ARV por indicação terapêutica, uma vez que as gestantes foram excluídas. Como trata-se de um estudo transversal, que incluiu apenas mulheres que compareceram às consultas, não é possível avaliar adesão e abandono do acompanhamento. Alguns autores relatam que o risco de abandono do acompanhamento em serviços especializados é maior em indivíduos menos graves e que não usam ARV^{22,24}, sugerindo que pacientes mais graves sejam mais aderentes ao acompanhamento. Esses dados podem indicar que as mulheres menos graves, sem indicação de TARV, são menos aderentes às consultas e por isso não foram incluídas nesse estudo. Entretanto, deve ser avaliada também a possibilidade de estas mulheres não terem ainda tido a oportunidade de fazer o diagnóstico de HIV, o que pode acarretar um atraso no tratamento.

É possível observar que a relação entre o tempo do diagnóstico e o uso de TARV se mantém mesmo na análise multivariada, com pequena influência das variáveis sociodemográficas, história de violência e variáveis comportamentais. Estudos sugerem que mulheres não-brancas têm probabilidade maior de não usarem TARV quando comparadas com mulheres brancas.^{14,20} Nessa amostra, e talvez em função do impacto diferente das questões de raça no contexto brasileiro quando comparado com o norte-americano, não foi encontrada relação entre a raça/etnia e o uso de ARV. Ainda de acordo com a literatura, mulheres com história de abuso físico ou sexual

têm maior probabilidade de não estarem vinculadas a serviço de saúde ou não estarem recebendo TARV.^{1,14} Apesar da elevada prevalência de violência encontrada em nossa amostra (45,9% das mulheres têm história de violência psicológica, física ou sexual), não foi encontrada relação com o uso ou não de TARV.

Muitos avanços foram obtidos nos últimos anos em relação ao tratamento do HIV, principalmente com opções terapêuticas cada vez melhores e indicações de início de tratamento cada vez mais precoces. Os potenciais benefícios são tanto individuais, com melhora de morbidade e mortalidade, quanto coletivos, com diminuição da transmissão. Entretanto, os benefícios do diagnóstico oportuno do HIV só existem se eles resultarem em acompanhamento médico adequado e se as pessoas vivendo com HIV e aids estiverem inseridas nos serviços de saúde. As estratégias devem incluir desde a expansão do diagnóstico precoce com acesso oportuno aos serviços especializados até medidas para evitar o abandono destes pacientes que não dão continuidade ao tratamento. O diagnóstico realizado em serviço de saúde possibilita o vínculo imediato deste paciente recém diagnosticado.¹⁷ Nesse contexto, teste rápido é uma ferramenta importante para garantir o vínculo adequado das pessoas com diagnóstico recente de HIV aos serviços de saúde.

Referência Bibliográficas

1. Aziz M, Smith KY. Treating women with HIV: is it different than treating men? *Curr HIV/AIDS Rep.* 2012 Jun;9(2):171–8.
2. Beckwith CG, Flanigan TP, Del Rio C, Simmons E, Wing EJ, Carpenter CCJ, et al. It is time to implement routine, not risk-based, HIV testing. *Clin. Infect. Dis.* 2005 Apr 1;40(7):1037–40.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 3 de julho de 1997. Guia de condutas terapêuticas em HIV/AIDS. 1997. Acesso em 3 jan 2013.

Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria_ms_874.1997

4. BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Mulher. Assistência Pré-Natal. Normas e Manuais Técnicos. 3rd ed. Brasília; 1998. Acesso em 23 dez 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf

5. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Fique Sabendo. 2003. Acesso em 19 dez 2012. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/fiquesabendo/>

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para a Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV. 2008b. Acesso em 23 dez 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consensoAdulto005c_2008montado.pdf

7. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. 2010. Acesso em 21 dez 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf

8. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV. Suplemento II - Critérios para Início do Tratamento Antirretroviral. 2010. Acesso em 23 dez 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/suplemento_II_web.pdf

9. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle de Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2010. Acesso em 22 dez 2012. Disponível

em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf

10. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids e DST. 2011. Acesso em 23 dez 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para Terapia Antirretroviral para Adultos Vivendo com HIV/Aids no Brasil. Versão Preliminar 2012. Acesso em 25 dez 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52140/consenso_adulto2012_principais_mudancas_pdf_11946.pdf

12. Castilla J, Sobrino P, De La Fuente L, Noguer I, Guerra L, Parras F. Late diagnosis of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy: consequences for AIDS incidence. *AIDS*. 2002 Sep 27;16(14):1945–51.

13. Center for Disease Control and Prevention. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents and Pregnant Women in Health-Care Settings. *MMWR*. 2006;55(No. RR-14). Acesso em 21 dez 2012. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5514.pdf>

14. Cohen MH, Cook JA, Grey D, Young M, Hanau LH, Tien P, et al. Medically eligible women who do not use HAART: the importance of abuse, drug use, and race. *Am J Public Health*. 2004 Jul;94(7):1147–51.

15. Cohn SE, Clark RA. “Human Immunodeficiency Virus Infection in Women”. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. Pennsylvania: Elsevier Churchill; 2005. pg 1616 – 1633.

16. Crabtree-Ramírez B, Caro-Vega Y, Belaunzarán-Zamudio F, Sierra-Madero J. High prevalence of late diagnosis of HIV in Mexico during the HAART era. *Salud Publica Mex.* 2012 Oct;54(5):506–14.
17. Jenness SM, Myers JE, Neaigus A, Lulek J, Navejas M, Raj-Singh S. Delayed entry into HIV medical care after HIV diagnosis: risk factors and research methods. *AIDS Care.* 2012;24(10):1240–8.
18. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, Merriman B, Saag MS, Justice AC, et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *N. Engl. J. Med.* 2009 Apr 30;360(18):1815–26.
19. Le Coeur S, Collins IJ, Pannetier J, Lelièvre E. Gender and access to HIV testing and antiretroviral treatments in Thailand: why do women have more and earlier access? *Soc Sci Med.* 2009 Sep;69(6):846–53.
20. Lillie-Blanton M, Stone VE, Snow Jones A, Levi J, Golub ET, Cohen MH, et al. Association of race, substance abuse, and health insurance coverage with use of highly active antiretroviral therapy among HIV-infected women, 2005. *Am J Public Health.* 2010 Aug;100(8):1493–9.
21. Nicastrì E, Leone S, Angeletti C, Palmisano L, Sarmati L, Chiesi A, et al. Sex issues in HIV-1-infected persons during highly active antiretroviral therapy: a systematic review. *J. Antimicrob. Chemother.* 2007 Oct;60(4):724–32.
22. Rodrigues Neto JF, Lima LS, Rocha LF, Lima JS, Santana KR, Silveira MF. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais.* 2010;20(1):22–9.

23. Sabin CA, Schwenk A, Johnson MA, Gazzard B, Fisher M, Walsh J, et al. Late diagnosis in the HAART era: proposed common definitions and associations with mortality. *AIDS*. 2010 Mar 13;24(5):723–7.
24. Schilkowsky LB, Portela MC, Sá M de C. Factors associated with HIV/AIDS treatment dropouts in a special care unit in the City of Rio de Janeiro, RJ, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2011 Jun;14(2):187–97.
25. Sterne JAC, May M, Costagliola D, De Wolf F, Phillips AN, Harris R, et al. Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies. *Lancet*. 2009 Apr 18;373(9672):1352–63.
26. Torian LV, Wiewel EW, Liu K-L, Sackoff JE, Frieden TR. Risk factors for delayed initiation of medical care after diagnosis of human immunodeficiency virus. *Arch. Intern. Med*. 2008 Jun 9;168(11):1181–7.
27. UNAIDS, WHO. Policy Statement on HIV Testing [Internet]. Geneva; 2004. Acesso em 21 dez 2012. Disponível em: http://www.who.int/rpc/research_ethics/hivtestingpolicy_en_pdf.pdf
28. UNAIDS. WHO. Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities [Internet]. Geneva; 2007. Acesso em 21 dez 2012. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf
29. UNAIDS. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Acesso em 12 set 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/documents/20101123_globalreport_em.pdf

30. UNAIDS. UNAIDS World AIDS Day Report. 2012. Acesso em 3 dez 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434_WorldAIDSday_results_en.pdf

Tabela 1. Características sociodemográficas e histórico de violência de mulheres vivendo com HIV/Aids conforme uso de ARV.

Variável	Uso de ARV		
	Total n*	SIM n (%)*	NÃO n (%)*
Faixa etária (N, %)			
18 - 24	39	12 (30,8%)	27 (69,2%)
25 - 29	70	39 (55,7%)	31 (44,3%)
30 - 34	129	82 (63,6%)	47 (36,4%)
35 - 39	147	107 (72,8%)	40 (27,2%)
40 - 44	133	105 (78,9%)	28 (21,1%)
45 - 49	96	83 (86,5%)	13 (13,5%)
Raça/etnia			
Branca	376	273 (72,6%)	103 (27,4%)
Não branca	238	155 (65,1%)	83 (34,9%)
Escolaridade (N, %)			
até 8 anos de estudo	403	275 (68,2%)	128 (31,8%)
mais de 8 anos de estudo	211	153 (72,5%)	58 (27,5%)
Renda familiar			
Menos de 2 SM**	313	204 (65,2%)	109 (34,8%)
2 ou mais SM**	272	203 (75,5%)	66 (24,5%)
Histórico de violência			
Não	282	201 (71,3%)	81 (28,7%)
Sim	332	227 (68,4%)	105 (31,6%)
Total	614	428 (69,7%)	186 (30,3%)

* Números totais podem diferir para cada variável pela possibilidade de não resposta.

** SM: salários mínimos

Tabela 2. Características comportamentais e de cuidados de saúde em mulheres vivendo com HIV/Aids conforme uso de ARV.

Variável	Usa ARV		
	Total n*	SIM n (%)*	NÃO n (%)*
Tempo de diagnóstico de HIV em anos	7,0 (3 - 11)**	8,5 (5 - 12)**	4,0 (1 - 8)**
Motivo do teste anti-HIV			
Indicação clínica	220	166 (75,5%)	54 (24,5%)
Voluntário	196	142 (72,4%)	54 (27,6%)
Pré-natal	198	120 (60,6%)	78 (39,4%)
Número de gestações			
< ou = 3	433	299 (69,1%)	134 (30,0%)
> ou = 4	181	129 (71,3%)	52 (28,7%)
Número de filhos			
< ou = 3	490	342 (69,8%)	148 (30,2%)
> ou = 4	124	86 (69,4%)	38 (30,6%)
Parceiros últimos 12 meses			
0	102	84 (82,4%)	18 (17,6%)
1	435	299 (68,7%)	136 (31,6%)
2	48	31 (64,6%)	17 (35,4%)
3 ou mais	29	14 (48,3%)	15 (51,7%)
Parceiros durante a vida			
até 10	79	49 (62,0%)	30 (38,0%)
10 ou mais	535	379 (70,8%)	156 (29,2%)
Quando realizou último CP			
< 24 meses	494	352 (71,3%)	142 (28,7%)
> 24 meses	110	70 (63,6%)	40 (36,4%)
Uso de drogas prévio			
Sim	185	121 (65,4%)	64 (34,6%)
Não	427	305 (71,4%)	122 (28,6%)
Camisinha na última relação			
Sim	407	286 (70,3%)	121 (29,7%)
Não	194	133 (68,6%)	61 (31,4%)
Aborto provocado			
Sim	78	61 (78,2%)	17 (21,8%)
Não	482	329 (68,3%)	153 (31,7%)
Total	614	428 (69,7%)	186 (30,3%)

* Números totais podem diferir para cada variável pela possibilidade de não resposta.

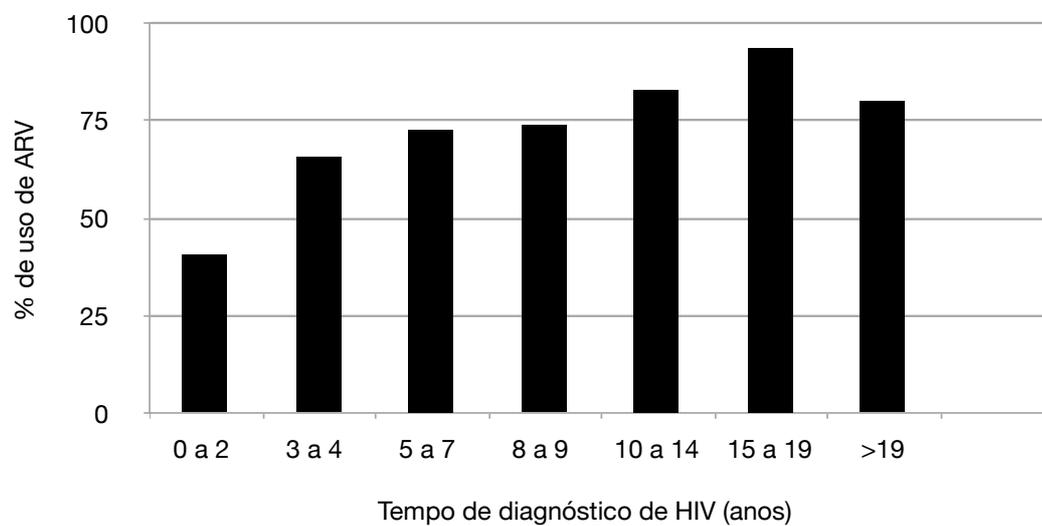
** Mediana (intervalo interquartilico)

Tabela 3. Modelos consecutivos de associação entre o tempo do diagnóstico de HIV/Aids e o uso de TARV

Variável	Uso de ARV		
	Modelo 1 RP (IC 95%)	Modelo 2 RP (IC 95%)	Modelo 3 RP (IC 95%)
Tempo de Diagnóstico de HIV			
0 a 2 anos	1	1	1
3 a 7 anos	1,72 (1,37 - 2,16)	1,59 (1,27 - 1,99)	1,66 (1,30 - 2,11)
8 ou mais	2,03 (1,64 - 2,51)	1,77 (1,43 - 2,18)	1,87 (1,50 - 2,37)
Faixa etária			
18 - 24		1	1
25 - 29		1,55 (0,92 - 2,62)	1,62 (0,83 - 3,15)
30 - 34		1,73 (1,04 - 2,85)	1,99 (1,05 - 3,77)
35 - 39		1,85 (1,21 - 3,04)	1,97 (1,04 - 3,75)
40 - 44		2,07 (1,26 - 3,40)	2,20 (1,15 - 4,17)
45 - 49		2,12 (1,29 - 3,48)	2,28 (1,19 - 4,32)
Raça/etnia			
Branca		1	1
Não branca		0,93 (0,83 - 1,04)	0,93 (0,83 - 1,05)
Escolaridade (N, %)			
até fundamental completo		1	1
médio ou mais		0,96 (0,86 - 1,08)	0,96 (0,85 - 1,09)
Renda familiar			
Menos de 2 SM*		1	1
2 ou mais SM*		1,16 (1,04 - 1,29)	1,13 (1,01 - 1,26)
Histórico de violência			
Não		1	1
Sim		0,99 (0,90 - 1,10)	0,99 (0,89 - 1,10)
Motivo do teste anti-HIV			
Indicação clínica			1
Voluntário			0,94 (0,83 - 1,07)
Pré-natal			0,87 (0,75 - 0,99)
Número de filhos			
< ou = 3			1
> ou = 4			0,96 (0,84 - 1,10)
Parceiros durante a vida			
até 10			1
10 ou mais			1,15 (0,95 - 1,40)
Já usou drogas			
Não			1
Sim			1,09 (0,96 - 1,24)
Camisinha na última relação			
Sim			1
Não			1,00 (0,89 - 1,13)
Aborto provocado			
Sim			1
Não			0,94 (0,83 - 1,07)

* SM: Salários mínimos

Figura 1. Percentual de uso de TARV pelo tempo de diagnóstico de HIV, em anos.



7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento da infecção pelo HIV e da aids evoluiu muito nos últimos anos, propiciando melhora na qualidade de vida e diminuindo a mortalidade das pessoas vivendo com HIV e aids. O Brasil, em conformidade com as diretrizes internacionais, vem buscando o tratamento cada vez mais precoce da infecção pelo HIV, a fim de evitar a deterioração do sistema imunológico. Desde outubro de 2012, houve a expansão da recomendação de início do tratamento para pessoas assintomáticas com contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 500. Entretanto, o melhor benefício possível, obtido com o uso de antirretrovirais cada vez mais potentes e menos tóxicos, só é alcançado se o diagnóstico da infecção pelo HIV for feito de maneira oportuna. Numa situação ideal, nenhuma pessoa teria seu diagnóstico de infecção pelo HIV quando seu CD4+ já estivesse abaixo de 500.

Além da testagem voluntária para o HIV, estimulada pelo Ministério da Saúde através do programa *Fique Sabendo*, a UNAIDS recomenda solicitações de exame anti-HIV vinculadas ou a características clínicas associadas à aids, ou à avaliação da prevalência de HIV em determinada população ou subgrupo dessa população. Essas oportunidades de testagens baseadas em características clínicas ou em prevalência do HIV na região dependem de um conhecimento do médico ou da sua equipe sobre essas informações. Como na prática, essa abordagem pode nem sempre ser bem sucedida, é importante que se discuta outras abordagens diagnósticas.

A testagem para o HIV no pré-natal é uma estratégia que funciona e tem impacto na transmissão materno-infantil do HIV. Na amostra analisada, 32,4% das mulheres tiveram seu diagnóstico durante o pré-natal. Além disso, o diagnóstico no momento do pré-natal foi o único fator de proteção associado ao uso de ARV. Esses dados sugerem que as mulheres que fazem o diagnóstico durante o pré-natal o fazem em um momento mais oportuno, novamente mostrando o benefício desta rotina.

Entretanto, deve-se considerar que essa estratégia contempla apenas as mulheres grávidas com acesso ao pré-natal, excluindo aquelas mulheres

que já passaram da idade reprodutiva ou que não tiveram gestação. Atualmente os benefícios do uso da TARV terapêutica são tão evidentes quando seu uso para prevenção da transmissão vertical, mas as rotinas de testagem não são tão difundidas para a população geral ou incorporadas à protocolos clínicos quanto a testagem durante o acompanhamento de pré-natal.

Em relação à terapia antirretroviral, quase 70% das mulheres avaliadas faziam uso de medicação com indicação terapêutica no momento da entrevista. Apesar de se tratar de um estudo transversal, no qual não é possível avaliar adesão ao acompanhamento, esses dados podem indicar que as mulheres menos graves, sem indicação de TARV, são menos aderentes às consultas e por isso não foram incluídas na amostra. Entretanto, deve ser avaliada também a possibilidade de estas mulheres não terem tido a oportunidade de fazer o diagnóstico de HIV.

Os avanços obtidos nos últimos anos em relação ao tratamento e em relação à prevenção da transmissão do HIV só são alcançados se houver diagnóstico em momento oportuno. Além disso, após o diagnóstico, é necessário que as pessoas vivendo com HIV e aids sejam inseridas nos serviços de saúde e possam manter acompanhamento médico adequado.

Para isso, é importante se pensar em estratégias para a expansão do diagnóstico precoce vinculadas a estratégia para garantir o acesso aos serviços especializados. Nesse contexto, teste rápido, que vem tendo seu uso ampliado, é uma ferramenta importante para garantir o vínculo adequado das pessoas com diagnóstico recente de HIV aos serviços de saúde. Quando esse diagnóstico é realizado dentro do serviço de saúde, esse vínculo já pode ser feito imediatamente, evitando-se perdas de pacientes.

8 ANEXOS

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

ANEXO A: Parecer Consubstanciado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



COMISSÃO DE PESQUISA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Rua Ramiro Barcelos, 2400/4º andar
Porto Alegre - RS, BRASIL - CEP 90035-003
compesq@famed.ufrgs.br



PARECER CONSUBSTANCIADO

Porto Alegre, 30 de setembro de 2009.

Referencia: Projeto de pesquisa – Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/AIDS em Porto Alegre

Autores: Daniela Riva Knauth (pesquisadora responsável), Luciana Barcellos Teixeira, Alvaro Vígo e Flávia Bulegon Pilecco.

Adequação do título: adequado

Revisão da literatura: adequada.

Adequação dos objetivos frente a literatura: adequada

Justificativa do projeto: Objetivo: Verificar as implicações da feminilização da epidemia do HIV/AIDS nas decisões de saúde sexual e reprodutiva das mulheres, comparando-as com mulheres soronegativas para o HIV.

Desenho e metodologia do projeto (grupos experimentais, procedimentos, indicadores de resultado, tipo de estudo, fase da pesquisa). Critérios de participação (recrutamento, inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa).

O trabalho trata de um estudo transversal e descritivo e analítico, sendo um projeto de tese de doutorado em epidemiologia. O seu desfecho será o resultado de análises quantitativas e qualitativas dos componentes da pesquisa, analisando as mulheres HIV positivas na situação de vulnerabilidade frente a doença.. Será implementado um questionário de avaliação com treinamento prévio dos pesquisadores. Trata-se de um trabalho de Saúde Coletiva e o projeto tem interesse prático e sob o ponto de vista de informações sobre a população em estudo, comparando-as com as HIV negativas muito importante. O tema é relevante e de interesse em saúde populacional. Os métodos propostos no projeto estão adequados aos objetivos. A bibliografia é atual. Orçamento e cronograma compatível com a execução do projeto.

Fontes de Custeio: Edital Universal do CNPq/2009 (edital MCT/CNPq numero 14/2009)

Confidencialidade e questão ética (Responsabilidade do pesquisador em não divulgar dados individuais). Será solicitado consentimento informado

Departamento(s) envolvido(s) no projeto: Departamento de Medicina Social e PPG Epidemiologia



COMISSÃO DE PESQUISA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Rua Ramiro Barcelos, 2400/4º andar
Porto Alegre - RS, BRASIL - CEP 91035-003
compesq@famed.ufrgs.br



Análise crítica de riscos: não há

Termo de consentimento livre e esclarecido: adequado

Data prevista para o início da pesquisa: 01/10/2009

Duração total da pesquisa: 26 meses

Local da pesquisa: Programa de Pós graduação em epidemiologia

Parecer final: APROVAR projeto para ser encaminhado ao Comitê de Ética da UFRGS.


Profa Maria Isabel Edelweiss
Coordenadora da Comissão de Pesquisa

ANEXO B: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO**



O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2008216

Título : Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/Aids

Pesquisador (es)

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
ALVARO VIGO	PESQUISADOR		
DANIELA RIVA KNAUTH	PESQUISADOR RESP		
LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA	PESQUISADOR		
FLÁVIA BULEGON PILECCO	PESQUISADOR		

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS na reunião n° 62, ata n°14 de 17/12/2009 por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta - feira , 18 de dezembro de 2009


 JOSÉ ARTUR BOGO CHIES
 Coordenador do CEP-UFRGS

Bruno Cassel Neto
 Vice-Pró-Reitor de Pesquisa
 PROPESQ/UFRGS

ANEXO C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco de T. 100
CEP 91001-900 - Porto Alegre - RS
Fone: 3091.2000
CNPJ: 07.047.988/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
Av. Francisco de T. 100, 1000
Setor de Saúde Criança S.A.S.
CNPJ: 07.047.988/0001-20

HOSPITAL CRISTO REDEEMTOR S.A.
Rua Beneditina, 100, 1000
CEP 91001-900 - Porto Alegre - RS
Fone: 3091.2000
CNPJ: 07.047.988/0001-20

HOSPITAL PENHA S.A.
Rua Montebello, 111
CEP 91001-900 - Porto Alegre - RS
Fone: 3091.2000
CNPJ: 07.047.988/0001-20



Ministério da Saúde - Decreto nº 38.214/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 19 de abril de 2010 reavaliou o estudo apreciado em reunião extraordinária realizada em 24 de março de 2010 referente ao seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 10-011

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

FLAVIA BULEGON PILECCO

ÁLVARO VIGO

LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA

DANIELA RIVA KNAUTH

Título: Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/AIDS em Porto Alegre.

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC, bem como os Eventos Adversos ocorridos. O Pesquisador compromete-se a encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 20 de abril de 2010.

Vitto Giancristoforo dos Santos
Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador do CEP

ANEXO D: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100517

Versão do Projeto: 22/11/2010

Versão do TCLE: 23/03/2011

Pesquisadores:

LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA

ALVARO VIGO

FLÁVIA BULEGON PILECCO

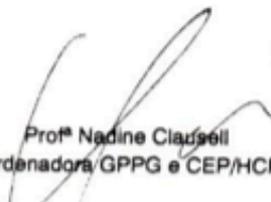
DANIELA RIVA KNAUTH

Título: SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES NO CONTEXTO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS EM PORTO ALEGRE

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 30 de março de 2011.


 Prof.ª Nadine Claudell
 Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO E: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Daniela Riva Knauth
Registro do CEP: 623 **Processo N°:** 001.012109.11.8
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – todas as Gerencias Distritais
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.012109.11.8, referente ao projeto de pesquisa: “**Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo no contexto do HIV/AIDS em Porto Alegre**”, tendo como pesquisador responsável Daniela Riva Knauth cujo objetivo é Avaliar a associação entre o diagnóstico de soropositividade para o HIV/Aids e prática de aborto; Avaliar a associação de soropositividade para o HIV/Aids e relato de violência física e sexual; Investigar o uso de métodos contraceptivos pelas mulheres que vivem com HIV/Aids; Compreender as especificidades do contexto de vulnerabilidade para o vírus que se apresenta para as mulheres infectadas pelo HIV/Aids em relação às mulheres soronegativas.”

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 25/04/2011

Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP

ANEXO F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através de um núcleo de estudos na área de saúde sexual e reprodutiva, está conduzindo uma pesquisa na cidade de Porto Alegre com mulheres entre 18 e 49 anos. Essa pesquisa está sendo realizada em vários serviços de saúde e, após a conclusão do estudo, serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nessa cidade.

Estamos fazendo um convite para você participar do estudo, caso você concorde, deverá assinar esse documento em duas vias (uma que ficará arquivada com os documentos da pesquisa e outra que será entregue a você). A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma a duas horas, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. Você não precisará informar seu nome completo, nem apresentar documentos de identificação. Os dados dessa entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído.

A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta; depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar uma das pesquisadoras responsáveis: Daniela Riva Knauth ou Luciana Barcellos Teixeira, pelo telefone: (51) 33085461.

Declaração de consentimento:

Eu fui convidada e aceitei participar desta entrevista. Li as informações acima ou estas foram lidas para mim. Eu tive a oportunidade de perguntar tudo que eu queria saber sobre o estudo e obtive respostas satisfatórias. Eu entendi o motivo deste estudo, os procedimentos e os riscos e benefícios desses procedimentos.

Nome por extenso

Assinatura

Data

ANEXO G: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através de um núcleo de estudos na área de saúde sexual e reprodutiva, está conduzindo uma pesquisa na cidade de Porto Alegre com mulheres entre 18 e 49 anos. Essa pesquisa está sendo realizada em vários serviços de saúde e, após a conclusão do estudo, serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nessas cidades.

Estamos fazendo um convite para você participar do estudo, caso você concorde, deverá assinar esse documento em duas vias (uma que ficará arquivada com os documentos da pesquisa e outra que será entregue a você). A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma a duas horas, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. Você não precisará informar seu nome completo, nem apresentar documentos de identificação. Os dados dessa entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído.

A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta; depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar uma das pesquisadoras responsáveis: Daniela Riva Knauth ou Luciana Barcellos Teixeira, pelo telefone: (51) 33085461. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, pode contatar o Sr. Vitto Giancristoforo dos Santos, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, no telefone 33572407.

Versão Aprovada em

19 ABR. 2010


Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador-geral do CEP-GHC

Declaração de consentimento:

Eu fui convidada e aceitei participar desta entrevista. Li as informações acima ou estas foram lidas para mim. Eu tive a oportunidade de perguntar tudo que eu queria saber sobre o estudo e obtive respostas satisfatórias. Eu entendi o motivo deste estudo, os procedimentos e os riscos e benefícios desses procedimentos.

Nome por extenso**Assinatura****Data****Versão Aprovada em**

19 ABR, 2010


Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador-geral do CEP-GHC

ANEXO H: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) está conduzindo a pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres no Contexto do HIV/Aids em Porto Alegre. Essa pesquisa está sendo realizada com mulheres entre 18 e 49 anos em vários serviços de saúde e tem por objetivo compreender as decisões reprodutivas e os comportamentos sexuais das mulheres. Após a conclusão do estudo serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva.

Estamos fazendo um convite para você participar do estudo, caso você concorde, deverá assinar esse documento em duas vias (uma que ficará arquivada com os documentos da pesquisa e outra que será entregue a você). A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma hora, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. A participação não terá nenhum custo financeiro para você.

Os dados dessa entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído. Para garantir a qualidade da pesquisa, você poderá ser contatada posteriormente, através do telefone informado, por outro pesquisador do estudo. Neste contato serão confirmados alguns dados como idade, número de filhos, escolaridade, situação conjugal, a fim de garantir que a entrevista foi de fato realizada e os dados registrados corretamente. A confirmação destes dados com os da entrevista original serão realizadas pelos pesquisadores principais do estudo, pois somente estes têm a identificação dos participantes, garantindo a confidencialidade das informações.

A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta e mesmo depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar a pesquisadora responsável, Profa. Daniela Riva Knauth pelo telefone: (51) 33085461. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA no telefone 3359-8304.

Participante

Nome do Entrevistador

Assinatura

Assinatura

Data _____

Data _____

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA
VERSÃO APROVADA

_____/_____/_____

ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada (o) para participar da pesquisa "Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo no contexto do HIV/AIDS em Porto Alegre". Essa pesquisa tem como objetivo "investigar as especificidades das mulheres vivendo com HIV/Aids no que concerne à saúde sexual e reprodutiva, comparando-as com mulheres soronegativas para o HIV". O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através de um núcleo de estudos na área de saúde sexual e reprodutiva, está conduzindo uma pesquisa na cidade de Porto Alegre com mulheres entre 18 e 49 anos. Essa pesquisa está sendo realizada em vários serviços de saúde e, após a conclusão do estudo, serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nessas cidades.

A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma a duas horas, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. Você não precisará informar seu nome completo, nem apresentar documentos de identificação. Os dados dessa entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído.

A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta; depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar a pesquisadora responsável, Profa. Daniela Knauth pelo telefone (51) 33085461, e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde no telefone 32895517 / 91441379 .

Assinatura

Data

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (s) pesquisador (a) responsável.

