



UNILASALLE
CENTRO UNIVERSITÁRIO LA SALLE



CELITA FRAPORTI

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE UMA POPULAÇÃO QUE
BUSCA O TESTE RÁPIDO COMO DIAGNÓSTICO INICIAL DO HIV EM UMA
UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO**

**Canoas
2015**

CELITA FRAPORTI

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE UMA POPULAÇÃO QUE
BUSCA O TESTE RÁPIDO COMO DIAGNÓSTICO INICIAL DO HIV EM UMA
UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Mestrado de Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La-Salle Unilasalle como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Dr^a. Prisca Ücker Calvetti

Co-Orientador: Dr. José Carlos de Carvalho Leite

Canoas - Unilasalle

2015

CELITA FRAPORTI

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE UMA POPULAÇÃO QUE
BUSCA O TESTE RÁPIDO COMO DIAGNÓSTICO INICIAL DO HIV EM UMA
UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada a banca examinadora do Mestrado de Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La-Salle Unilasalle como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Aprovado pela Banca Examinadora

Dr^a Prísla Ücker Calvetti
UNILASALLE

Dr. José Carlos de Carvalho Leite
UNILASALLE

Dr. Alexandre Ramos Lazzarotto
UNILASALLE

Dr^a Denise Quaresma da Silva
UNILASALLE

Dr^a Maria de Lourdes Drachler
UFRGS

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F838p. Fraporti, Celita.

Características sociodemográficas da população que busca o teste rápido como diagnóstico inicial do HIV em uma Unidade de Pronto-Atendimento: [manuscrito] / Celita Fraporti. – 2015.

47f.; 30 cm.

Dissertação (mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano) – Centro Universitário La Salle, Canoas, 2015.

“Orientação: Profª. Drª. Prislá Ücker Calvetti”.

“Coorientação: Prof. Dr. José Carlos de Carvalho Leite”.

1. Unidade de pronto-atendimento. 2. Perfil sociodemográfico. 3. Processo saúde-doença. 4. HIV. 5. AIDS. I. Calvetti, Prislá Ücker. II. Leite, José Carlos de Carvalho. III. Título.

CDU: 614

Dedico este trabalho ao incansável, sempre paciente e incentivador Cesar Salton, pela sua presença constante em todas as situações que me conduziram a finalizar a Dissertação deste Mestrado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Unilasalle - Canoas/RS, por ter me oportunizado a fazer parte da primeira turma de Mestrado Profissionalizante - Saúde e Desenvolvimento Humano.

Agradeço a toda a minha equipe e colegas de trabalho, pelo apoio e encorajamento durante toda a caminhada.

As minhas queridas colegas de Mestrado Nídea Rita Michels Dick e Joseli Nascimento Pinto. Pude comprovar que se pode caminhar sozinha, mas com apoio, ajuda, compartilhamento de saberes e de sofrimento tudo se torna mais leve. Muito obrigada por permitir que eu fizesse parte de suas vidas e assim pude chegar mais longe, realizar melhor meu trabalho e ser mais feliz.

Minha querida Orientadora Prisca Ücker Calvetti, com seu empenho persistência e carisma acreditou na minha proposta e principalmente no meu potencial para desenvolver o trabalho.

Ao Co-orientador Jose Carlos de Carvalho Leite, pelo apoio incentivo e sabedoria.

“O que realmente conta na vida não é apenas o fato de termos vivido; é a diferença que fizemos nas vidas dos outros que determina importância da nossa própria vida”.

Nelson Mandela

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi de investigar as características sociodemográficas de uma população que buscou o teste rápido de HIV e Sífilis como diagnóstico inicial da doença em uma Unidade de Pronto-Atendimento da região metropolitana de Porto Alegre. Trata-se de uma investigação retrospectiva, com abordagem através de questões relacionadas a dados pessoais do paciente, categoria de exposição e resultados dos testes rápido. As informações foram coletadas de 224 prontuários arquivados em uma Unidade de Pronto-Atendimento da região Metropolitana de Porto Alegre no período de janeiro de 2012 a outubro de 2014. Os formulários arquivados foram preenchidos pelos (as) enfermeiros(as) da Unidade de Pronto-Atendimento, no momento da aplicação do teste rápido de HIV, bem como da oferta do teste rápido para a Sífilis. Os resultados foram analisados no software SPSS 20.0. Os resultados encontrados no presente estudo são de que 54% dos usuários que buscaram a aplicação do teste são do sexo masculino. Quanto à escolaridade 58,9% dos pacientes que realizaram o teste rápido informaram que possuem o ensino fundamental completo. Com relação aos resultados dos testes 8,9% testes apresentaram resultado reagente para o HIV e 12,5% reagente para a Sífilis. A comparação entre categorias de exposição e faixa etária, dos usuários, apresentou relevância estatística pelo teste qui-quadrado ($p < 0,001$). Destaca-se que a comparação referente ao teste rápido da sífilis com o sexo obteve diferença significativa ($p = 0,004$). Conclui-se que o sexo masculino indica uma tendência maior na busca do teste rápido para o diagnóstico do HIV em uma Unidade de Pronto-Atendimento. A partir deste resultado faz-se necessário o planejamento e estratégias de saúde pública voltadas para este perfil populacional.

Palavras-chaves: HIV; Teste rápido; Unidade de Pronto-Atendimento; Processo saúde-doença.

ABSTRACT

The objective of this study refers to the identification of the sociodemographic profile of the population of one Emergency Care Unit of the Metropolitan region of Porto Alegre that sought the rapid HIV test and Syphilis as the initial disease diagnosis. This is an investigation, with approach through issues related to personal patient data, exposure category, and results of rapid tests. Data were collected from 224 medical charts archived in an Emergency Unit of the Metropolitan region of Porto Alegre from January 2012 to October 2014. The archived forms were filled out by (the) nurses (the) of one Emergency Care Unit the time of application of the rapid HIV test, as well as offering the rapid test Syphilis. The results were analyzed using SPSS 20.0 software. From the study population 54% are male, and 46% female. Regarding schooling 58.9% of patients who applied rapid test reported having completed elementary school. Regarding the results of the tests, 8.9% tests showed a positive result for HIV and 12.5% had reagent test for syphilis. The comparison among exposure categories and age groups of users, presented statistical relevance by the chi-square test ($p < 0.001$). It is noteworthy that the comparison related to the rapid test for syphilis with sex had significant difference ($p = 0.004$). It is concluded that the male tends to search the rapid test for HIV in one Emergency Care unit. From this it becomes necessary, planning and public health strategies aimed at this population profile.

Keywords: HIV; Rapid test; Emergency Care Unit; Health-disease process.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Estrutura do Vírus do HIV.....	19
Figura 2: Descrição do funcionamento do teste rápido do laboratório RAPID-CHECK-HIV	23
Figura 3: Descrição do funcionamento do teste rápido do laboratório BIOMANGUINHOS DPP - HIV e Sífilis	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos usuários que buscaram a aplicação do teste rápido de HIV, em uma Unidade de Pronto-Atendimento (n=224).....	33
Tabela 2: Comparação dos resultados dos testes rápido HIV (reagente e não reagente), aplicados em usuários de uma Unidade de Pronto-Atendimento, com os dados demográficos (n=224).	34
Tabela 3: Comparação dos dados sociodemográficos com os resultados do teste rápido da Sífilis (reagente e não reagente), aplicados em usuários de uma Unidade de Pronto-Atendimento (n=224).	35
Tabela 4: Comparação da escolaridade com a faixa etária dos usuários que buscaram a aplicação do teste rápido de HIV em uma Unidade de Pronto-Atendimento (n=224)	36
Tabela 5: Comparação das variáveis referentes à categoria de exposição quando cruzados com sexo, escolaridade e faixa etária dos usuários que buscaram a aplicação do teste rápido de HIV em uma Unidade de Pronto-Atendimento (n=224).....	36
Tabela 6: Comparação dos resultados relacionados ao teste rápido do HIV com os resultados do teste rápido da sífilis (n=224).....	37
Tabela 7: Comparação dos dias da semana em que o usuário aplicou o teste rápido com resultado do teste de HIV (n=224).	37

LISTA DE SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ARV – Antirretroviral

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DNA – Ácido Desoxirribonucléico

DST - Doença Sexualmente Transmissível

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH - Homens que fazem sexo com Homens

MS - Ministério da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

RNA – Ácido Ribonucléico

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatística

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNAIDS - Nações Unidas - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

UPA - Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo geral	17
2.1	Objetivos específicos	17
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1	Vírus da Imunodeficiência Adquirida e Sífilis, dados epidemiológicos e diagnóstico inicial.....	18
3.2	Teste rápido para diagnóstico do HIV e Sífilis em uma Unidade de Pronto-Atendimento.....	22
3.3	Testes rápido de HIV e Sífilis e o aconselhamento em uma Unidade de Pronto-Atendimento.....	26
4	METODOLOGIA	30
4.1	Delineamento.....	30
4.2	População e amostra	30
4.3	Instrumento.....	30
4.4	Procedimentos para a coleta de dados	31
4.5	Análise de dados	31
4.6	Procedimentos éticos	32
4.7	Produto social	32
5	RESULTADOS	33
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
	REFERÊNCIAS	42
	ANEXOS	46

1 INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são reconhecidas como um dos mais relevantes problemas de saúde pública em todo o mundo. Dentre as principais doenças descritas pode-se citar a sífilis e o HIV/ Aids (DUCAN, 2013). A organização Mundial de Saúde estima que a cada ano, 937.000 pessoas sejam contaminadas pela Sífilis (MS, 2014). Em relação ao HIV cerca de 718 mil pessoas no Brasil, vivem com HIV/Aids, destas 80% tem conhecimento de seu diagnóstico. O maior índice de infecção da doença é de homens que fazem sexo com homens (HSH), com índices de 14,2% (MARTINS et al., 2014).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em humanos (SIDA ou AIDS) está descrita desde 1981. A AIDS corresponde a uma entidade clínica secundária à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). O HIV, citado desde 1983, é um retrovírus originário a partir do vírus da imunodeficiência em macacos e tem nos chimpanzés seu hospedeiro natural. Existe uma família de retrovírus relacionada com o HIV que está presente nos seres humanos e macacos na África, a qual apresenta a mesma estrutura genômica e infecta os linfócitos T que possuem receptores CD4 (DUNCAN et al., 2013). Classificado na subfamília dos lentivírus (são vírus que possuem seu material genético constituído de RNA e possuem a enzima transcriptase reversa). A enzima transcriptase reversa é capaz de transformar o RNA viral em DNA. O DNA é inserido pela enzima integrase no DNA da célula infectada para começar o ciclo viral (FREITAS et al., 2006). A família dos lentivírus inclui vírus que podem provocar infecções com períodos de incubação prolongada (MS, 2010). Por este motivo, produzem degeneração lenta e progressiva do sistema imune (PORTO, 2007). O HIV pode ser transmitido durante relações sexuais, por meio de sangue, hemoderivados, compartilhamento de seringa, da mãe infectada para o concepto e no período de amamentação (RACHID; SCHECHTER, 2009).

Com o DNA das células alterado, o vírus do HIV reproduz cópias de si mesmo e multiplica-se no organismo humano utilizando especialmente células T-CD4. Após rompe os linfócitos em busca das demais células para disseminar a infecção. O HIV é um retrovírus, que compartilha com estes algumas propriedades comuns, tais como: período de incubação prolongada antes do surgimento da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e a depressão do sistema imune (BARTLETT; GALLANT; PHARM, 2010).

A infecção aguda pelo HIV caracteriza-se por um quadro clínico semelhante à mononucleose (doença infecciosa), e curso com carga viral elevada e queda transitória, mas significativa, da contagem de linfócitos T-CD4 (MS, 2010).

A Aids é a manifestação clínica avançada decorrente de um quadro de imunodeficiência causado pelo vírus HIV (BRASIL, 2010). À medida que a infecção progride, o sistema imunitário torna-se mais fraco, e o paciente fica mais suscetível a infecções oportunistas. O sistema imunológico não consegue lutar contra as infecções e doenças, deixando o corpo vulnerável trazendo como consequência a perda da capacidade de resposta do organismo diante de agentes como vírus, bactérias e outros microorganismos (RACHID; SCHECHTER, 2009). A Aids pode ser considerada uma doença crônica, para a qual não há cura, mas há tratamento. O indivíduo com HIV pode viver com o vírus por vários anos, sem manifestar nenhum sinal ou sintoma da doença (MS, 2012).

Também denominada como DST (doença sexualmente transmissível), a Sífilis, é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Treponema pallidum*, transmitida por contato direto durante a relação sexual ou da mãe para o filho, por via placentária, chamada de transmissão vertical (PORTO, 2007). Os primeiros sintomas da doença são pequenas feridas nos órgãos sexuais (cancro duro) e adenomegalias inguinais. As lesões não doem e mesmo sem tratamento irão desaparecer sem deixar cicatriz, porém a doença continua a se desenvolver (BRASIL, 2012).

Globalmente, estima-se que 35,3 milhões de pessoas viviam com o HIV destes, 2,3 milhões de pessoas foram infectadas em 2012. O total de mortes por Aids em todo o mundo em 2012 foi de 1,6 milhões de pessoas (UNAIDS, 2013). Na África do Sul aproximadamente 2,5 milhões de pessoas, entre adultos e crianças vivem com HIV. Este número é superado pelo Sul e Sudeste da Ásia com, 3,9 milhões dos casos de pessoas vivendo com HIV no ano de 2012 (UNAIDS, 2013). O Caribe, o leste europeu e a Ásia central apresentam a prevalência de 1% da população vivendo com HIV (MARTINS et al., 2014). Entre a população da América - Latina, a prevalência do HIV está em níveis elevados (0,2-0,7%), ou seja, 250.000 pessoas estão diagnosticadas com o vírus HIV (TEVA et al., 2012).

No Brasil, as notificações de pessoas infectadas com HIV, estão implantadas somente em alguns estados. No entanto conforme portaria Ministerial nº 1.271 de 06 de junho de 2014, define a lista Nacional de Doenças Compulsórias de abrangência em todo o território Nacional, na lista constam a Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). Após esta publicação da Portaria, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais publicou a Instrução Normativa elaborada e divulgada estabelecendo os procedimentos em relação aos casos de HIV notificados no Brasil, indicador este que até o momento não havia sido mapeamento no país. Tendo em vista que as notificações ainda não foram implantadas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de

Notificações) as notificações de HIV estão sendo realizadas nos formulários de notificação de casos de Aids. O Boletim epidemiológico de 2015 contará com informações obrigatórias de infecção pelo HIV em nível nacional (BRASIL, 2013).

As estimativas realizadas pelo departamento de DST (doenças sexualmente transmissíveis), Aids e Hepatites Virais são de que no Brasil 718 mil indivíduos vivem com HIV/Aids (MARTINS et al., 2014). Quanto a detecção de casos de Aids notificados pelo Sistema Nacional de Notificações e Agravos (SINAN), observa-se que o Brasil no ano de 2012, a taxa de notificações de casos de Aids foi de 20,21/100.000 habitantes. Em 2012a taxa de detecção de casos de Aids em homens foi de 26,1/100.000 habitantes e de 14,5/100.000 em mulheres com razão de sexos de 1,7 caso de homens contaminados para cada casos em mulheres (BRASIL, 2013).

A região sul do país supera a média nacional de detecção de casos com 30,9/100.000 habitantes com Aids (BRASIL, 2013). As taxas de detecção da Aids, segundo as Unidades da Federação denotam que o Rio Grande do Sul tem apresentado o maior índice desde 2006. A taxa de incidência da doença por cada 100.000 habitantes notificados pelo SINAN no ano de 2012 foi de 95,3na capital, seguido por Florianópolis com taxa de 71,6 (BRASIL, 2012). Os dados citados comparados com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde até junho de 2013 informam que Porto Alegre segue liderando a classificação por taxa de incidência de detecção de casos de Aids com 93,7 casos por 100.00 habitantes (BRASIL, 2013).

Nas cidades brasileiras com mais de 50.000 habitantes; Alvorada, no Rio Grande do Sul esteve à frente da lista do país com 97,7 casos novos de Aids (BRASIL, 2012). Segundo as informações obtidas no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde até junho de 2013 o município de Alvorada/RS segue liderando o número de detecção de casos novos de Aids. A taxa é de 98,8/100.00 habitantes (BRASIL, 2013) seguida por Porto Alegre com 93,7 casos notificados a cada 100.00 habitantes, quarta colocada é a cidade de Guaíba com 77,6/100.00 habitantes; o sétimo lugar é da cidade portuária de Rio Grande com 73,4/100.000 habitantes, em oitavo lugar a cidade de São Leopoldo com 72,3/100.000 habitantes, Viamão com 70,9/100.000 habitantes e finalmente a décima primeira colocada é a cidade de Canoas com 68,6/100.000 habitantes com Aids (BRASIL, 2013).

A taxa de coeficiente de mortalidade por Aids vem diminuindo no Brasil nos últimos dez anos, entretanto está tendência não é observada para todas as regiões. No ano de 2012, o índice de mortalidade para o Brasil foi de 5,5 óbitos/100.000 habitantes, enquanto que na região sul o coeficiente foi de 7,7/100.000 e no Rio Grande do Sul os resultados de óbitos foram de 11,11/100.000 habitantes (BRASIL, 2013). Do total de óbitos por Aids ocorridos no

Brasil no ano de 2012, 190.215, (71,6%) ocorreram entre os homens e, (28,4%) contabilizam óbitos entre as mulheres (BRASIL, 2013).

Neste contexto de elevação das taxas de casos da doença bem como de mortes por Aids no Brasil, o MS amplia as oportunidades de acesso ao diagnóstico inicial do HIV/Sífilis ofertando o teste rápido em todos os serviços de saúde do país tanto públicos como privados (BRASIL, 2013). A estratégia de disponibilização do teste rápido para o diagnóstico inicial de HIV/Sífilis explora diferentes experiências de assistência dentro dos serviços e políticas de saúde para que todos tenham acesso ao serviço (SOARES; BRANDÃO, 2012). O presente estudo pretende identificar quem são os usuários que buscam a aplicação do teste rápido de HIV/Sífilis como diagnóstico inicial da doença em uma Unidade de Saúde de Pronto-Atendimento (UPA) 24 horas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar as características sociodemográficas da população que busca o teste rápido como diagnóstico inicial do HIV em uma Unidade de Pronto-Atendimento da região Metropolitana de Porto Alegre.

2.1 Objetivos específicos

- Investigar a caracterização sociodemográfica da população que procura a aplicação do teste rápido de HIV.
- Identificar o meio de transmissão mais frequente em que a população esteve exposta.
- Correlacionar os resultados do teste rápido de HIV com o teste rápido da Sífilis.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Vírus da Imunodeficiência Adquirida e Sífilis, dados epidemiológicos e diagnósticos inicial

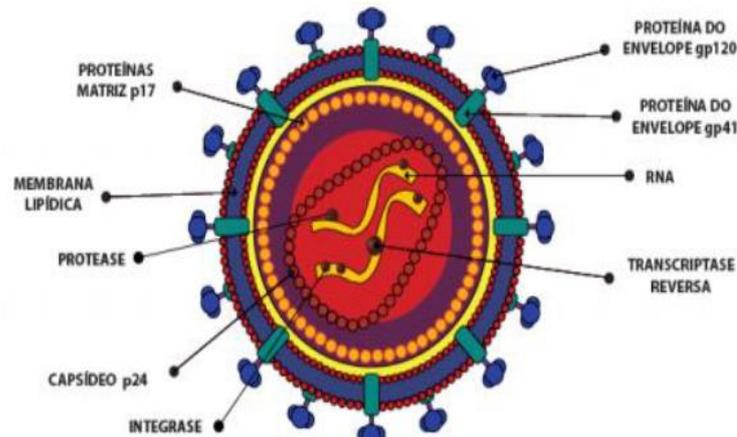
O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o principal responsável pela infecção humana. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) trata-se de um grupo de sinais e sintomas que, considerados em conjunto, caracterizam uma doença. Um distúrbio ou doença na qual a resposta imune está diminuída ou ausente. É caracterizada pela incapacidade de produzir uma resposta efetiva ao desafio de antígenos como, por exemplo, vírus bacterias, protozoários, fungos, células tumorais, na qual a pessoa não nasce com a doença e sim a adquire (MS, 2013). A Aids é definida como a forma mais grave de um espectro de doenças associadas à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Ela provoca lenta degeneração do sistema imunológico com o desenvolvimento de infecções oportunistas e malignidades (NETTINA, 2003).

A história natural da infecção do HIV não tratada está dividida nas seguintes etapas: transmissão viral de duas a três semanas, síndrome retroviral aguda de duas a três semanas, soroconversão de duas a quatro semanas. A média de tempo de vida do paciente infectado com HIV, sintomático é de oito anos, enquanto as estimativas para o doente de Aids sem tratamento de um a três anos (BARTLETT; GALLANT; PHARM, 2010). O ácido nucléico do HIV é composto por duas fitas de RNA, junto a estas fitas encontram-se três enzimas: integrase, transcriptase reversa e a protease. Uma camada protéica P24 envolve o ácido nucléico e as enzimas compondo o cerne viral. O cerne viral está envolvido por uma camada de proteína P 14, protegida por um envelope de lipídios de glicoproteínas GP 41 e GP 120. A GP 41 está ligada a GP 120, que é a projeção mais externa do vírus. Estas glicoproteínas são responsáveis pela conexão do vírus na célula do hospedeiro. O HIV infecta células que possuem receptores do tipo CD4 em sua superfície, que participam da defesa dos microorganismos. A partícula viral se aproxima da célula e a GP 120 se liga ao receptor CD4 da célula. Após a fixação ocorre a multiplicação do vírus no citoplasma celular (MYRON et al., 2011).

Os monócitos e macrófagos, cujas funções consistem em apresentar o antígeno às células T, iniciam a resposta imune do corpo, também são infectados pelo HIV. Tendo penetrado no corpo, o HIV liga-se de maneira mais eficaz às moléculas CD4, as quais se

localizam predominantemente na membrana celular dos linfócitos T4 auxiliares. O HIV destrói a molécula CD4, quando penetra para infectar o linfócito T. Com a invasão progressiva pelo HIV, a imunidade celular e humoral diminui, e as infecções oportunistas, que caracterizam esta doença, começam a aparecer (MEDCURSO, 2011).

Figura 1: Estrutura do Vírus do HIV



Fonte: <http://www.aids.gov.br>

O agente causal da SIDA é um retrovírus que infecta e enfraquece as células “protetoras” do sistema imunológico, denominadas linfócitos. Os linfócitos B secretam anticorpos para dentro dos líquidos corporais ou humores. Os linfócitos T penetram nas células vivas, um processo chamado de imunidade celular (COURA, 2005).

O HIV pode ser transmitido por via sexual (relação vaginal/anal, sexo oral); pelo sangue (via parenteral e vertical); e no período perinatal, de uma mãe infectada para a criança (MS, 2010). As manifestações clínicas típicas do portador do vírus são febre, adenopatias, faringite e erupção cutânea. Os sintomas imitam um resfriado comum. O sistema imunológico é comprometido por súbita diminuição nas células T auxiliares e por um aumento na carga viral durante breve período, antes de retornar aos valores basais (BARTLETT; GALLANT; PHARM, 2010).

Atualmente os esforços para o controle da epidemia de HIV/Aids no Brasil estão concentrados no diagnóstico precoce da infecção e do tratamento da Aids. A literatura sugere a administração do antirretroviral (ARV) após a infecção para reduzir o risco de contaminação do HIV e diminuir as chances de replicação viral (MAARTENS; CELUN; LEWIN, 2014). A aplicação do teste rápido para diagnóstico do HIV na população brasileira sexualmente ativa é de em torno de 40% (BRASIL, 2013). Na maioria dos países de média e baixa renda

pesquisados, a maioria de homens e mulheres que vivem com HIV nunca foi testada. A cobertura da testagem rápida para o HIV e o aconselhamento é baixo especialmente para adolescentes em todo o mundo (UNAIDS, 2013). Novas recomendações para tratamento de pacientes HIV incluem a oferta de antirretrovirais (ART) para todos os pacientes, independentemente da contagem de células CD4, as mudanças nas opções terapêuticas, e modificações no calendário e escolha do tratamento, reduzem as chances do surgimento de doenças oportunistas (THOMPSON, 2012).

A Portaria nº 29, do Ministério da Saúde, de 17 de dezembro de 2013, contém no Art. 1º o Manual Técnico para Diagnóstico de Infecção do HIV, e aplicação do teste rápido em adultos e crianças recomendados para diferentes cenários e situações que se adaptem à pluralidade de condições e à diversidade de serviços de saúde pública e privada do país (BRASIL, 2013).

O teste de HIV é o primeiro passo crítico na ligação de pessoas que vivem com HIV para o início do tratamento, e também fornece uma importante oportunidade de reforçar a prevenção do HIV (UNAIDS, 2012). O teste rápido para diagnóstico do HIV é assim denominado, pois permite a detecção de anticorpos anti-HIV na amostra de sangue do paciente em até 30 minutos (BRASIL, 2012).

Os serviços saúde do país disponibilizam também os testes rápido utilizados como diagnóstico inicial para a Sífilis e aplicados pelos profissionais de saúde. O teste rápido para a Sífilis é um teste do tipo (imunocromatográfico treponêmico), que detecta anticorpos específicos para *Treponema pallidum* em soro, plasma ou sangue total (BRASIL, 2010).

A doença da Sífilis apresenta-se como Sífilis Adquirida ou Congênita. A Sífilis Adquirida é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, seu agente etiológico é o *Treponema pallidum*. Possui evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, provocadas por espiroquetas (forma espiral), dotadas de filamentos que permitem movimentos de rotação e flexão (COURA, 2005).

Sua evolução é dividida em recente e tardia. A transmissão da Sífilis Adquirida é sexual, na área genitoanal, na quase totalidade dos casos. Na Sífilis Congênita ocorre a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, transmitida por via placentária em qualquer momento da gestação (FREITAS et al., 2006).

A evolução primária da Sífilis compreende o primeiro ano da doença e caracteriza-se por apresentar lesão inicial denominada cancro duro. É uma lesão única, indolor que aparece nas regiões genitais. A Sífilis secundária por sua vez caracteriza-se pelo surgimento de inúmeras lesões, em geral sessenta dias após a instalação do cancro inicial. Suas

manifestações clínicas compreendem, nas formas cutânea, óssea, cardiovascular nervosa e outra (COURA, 2005). A Sífilis possui o agente causador da doença denominado *Treponema pallidum*, com período de incubação de uma a três semanas podendo chegar a três meses. Os primeiros sintomas da doença são pequenas lesões nos órgãos sexuais.

Como diagnóstico inicial da Sífilis utiliza-se o teste rápido igualmente utilizado para o diagnóstico de HIV. O teste rápido para a Sífilis é um teste qualitativo para a detecção de anticorpos específicos para *Treponema pallidum* em soro, plasma ou sangue total (BRASIL, 2012). A janela imunológica é o período correspondente entre o início da infecção e a detecção dos anticorpos pelos testes laboratoriais. Considera-se janela imunológica o período correspondente entre o início da infecção e a detecção dos marcadores do HIV (antígeno ou anticorpo ou genoma viral) pelos testes laboratoriais.

Durante a janela imunológica os testes não detectam a infecção. Assim os resultados são negativos, mesmo se o paciente estiver infectado pelo vírus (MS, 2012).

A soroconversão é o termo utilizado para indicar que o organismo produziu anticorpos em resposta a um antígeno (nesse caso, do HIV). Esses anticorpos são detectáveis pelos testes sorológicos. Na maioria dos pacientes infectados pelo HIV, a soroconversão ocorre dentro de 30 dias após a contaminação. Entretanto, alguns indivíduos podem soroconverter após a terceira semana, e outros após meses (MAARTENS; CELUN; LEWIN, 2014). O mecanismo para estagiar a doença por HIV e definir Aids, são os achados clínicos e a contagem das células CD4. Uma contagem de células CD4 normal é de 800 a 1.000/mm³. Como o HIV destrói uma molécula CD4, quando penetra no linfócito T4, o número de células diminui ao passar do tempo (MEDCURSO, 2011).

Sendo assim, o usuário que desejar no momento da aplicação do teste rápido para diagnóstico inicial do HIV em uma Unidade de Pronto-Atendimento, também encontrará disponível o serviço de aplicação do teste rápido para a Sífilis. O teste rápido para a Sífilis possui o mesmo processo do teste rápido de HIV e serão necessários materiais para a lâmina correspondente ao teste da Sífilis. O profissional no momento do teste deve realizar o aconselhamento pré-teste para entender o contexto em que o paciente encontra-se e a sua expectativa quanto ao resultado do teste. Durante aplicação do teste rápido é o momento em que o profissional de saúde orienta o paciente quanto aos métodos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, esclarece dúvidas aos usuários e que o resultado do teste não é garantia que o usuário não esteja com a doença. No resultado do teste é importante salientar que se deve seguir fazendo a prevenção, que existe tratamento e que o diagnóstico positivo não é sinônimo de fim da vida ou até mesmo morte (SOARES; BRANDÃO, 2012).

A contextualização da pesquisa refere-se aos altos índices de mortes por Aids no Brasil e no mundo (MAARTENS; CELUN; LEWIN, 2014). O Rio Grande do Sul é o estado que lidera desde o ano de 2006 as taxas de casos de detecção de Aids anualmente, bem como o *ranking* das cidades com mais de 50.000 habitantes com maior índices de pessoas diagnosticadas no país (BRASIL, 2013). Estes resultados poderiam ser analisados de forma positiva se não fosse o Rio Grande do Sul, o estado que lidera também acima da média nacional o coeficiente de mortes por Aids no Brasil (BRASIL, 2013). Em algum seguimento do processo (acolhimento, teste rápido, diagnóstico, tratamento e aconselhamento), existem lacunas que permitem o número elevado de mortes pela Aids.

A relevância do estudo emerge da possibilidade de a partir da identificação dos fatores associados à busca do usuário em realizar o teste rápido para o diagnóstico do HIV em uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), serem desenvolvidas alternativas a partir de estratégias educativas, realizadas por indivíduos habilitados (LAZZAROTTO, 2008) para intensificar o aconselhamento aos usuários principalmente quanto às formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV.

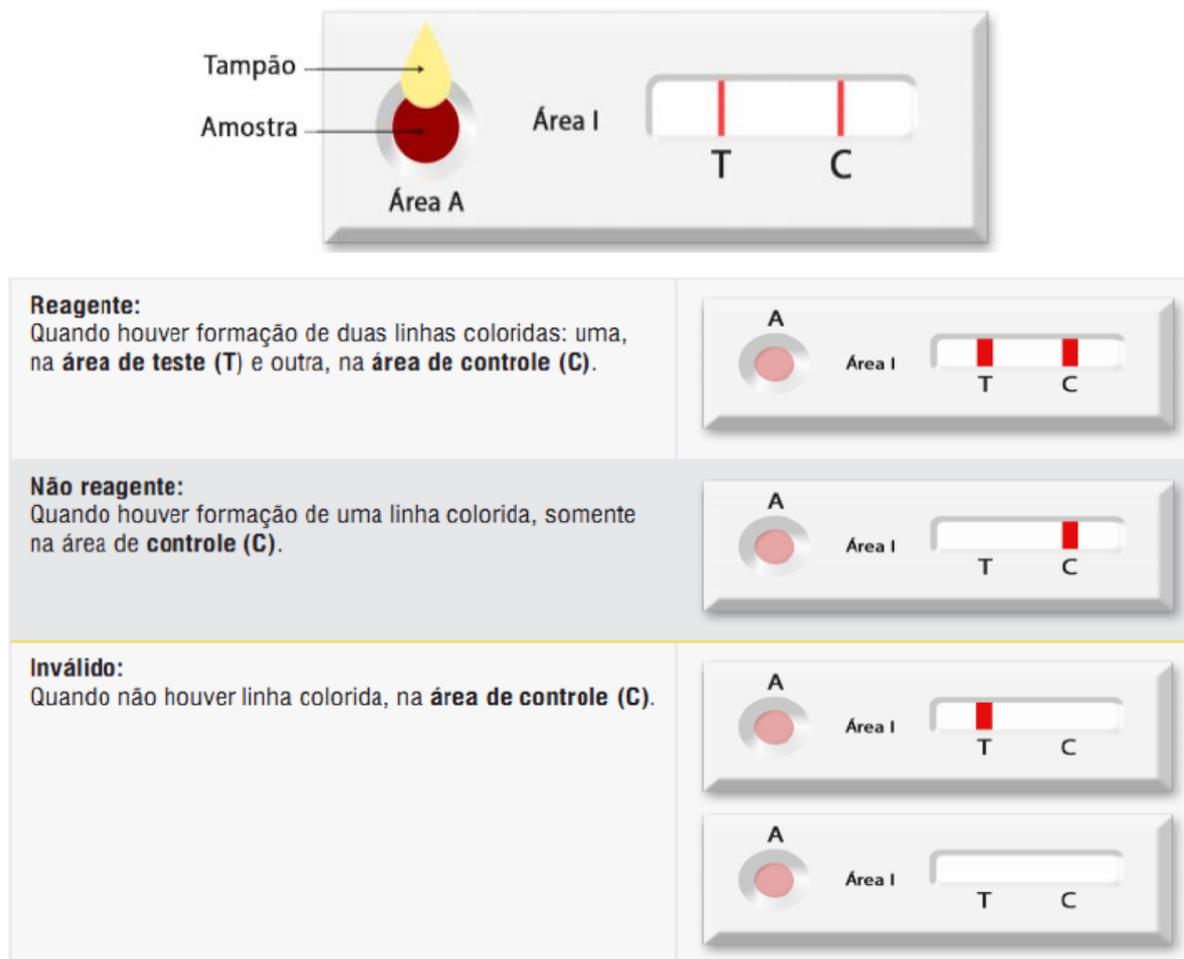
3.2 Teste rápido para diagnóstico do HIV e Sífilis em uma Unidade de Pronto-Atendimento

O teste rápido é utilizado para diagnóstico do HIV e da Sífilis e pode ser realizado em ambiente laboratorial e não laboratorial, permitindo a ampliação ao acesso do diagnóstico. Existem vários modelos de testes rápidos, o mais frequentes utilizados e recomendados pelo Ministério da Saúde são os testes em tiras imunocromatográfica (BRASIL, 2013).

A Figura 2 demonstra o funcionamento do teste. A amostra de sangue do paciente é colocada sobre a superfície sinalizada na membrana A. Após coloca-se sobre a amostra a solução do tampão. Os anticorpos da amostra migram lateralmente pela membrana passando pela área 1, iniciando-se a ligação com o conjugado e prosseguem em direção à área de teste (T).

Na área T, o composto anticorpo-conjugado liga-se aos antígenos do agente infeccioso, formando uma listra colorida. O sangue não ligado na área T ao anticorpo e o excesso do tampão migram, ao longo da membrana, em direção à área C onde são capturados por anticorpos anti-imunoglobulina, formando outra listra colorida.

Figura 2: Descrição do funcionamento do teste rápido do laboratório RAPID-CHECK-HIV



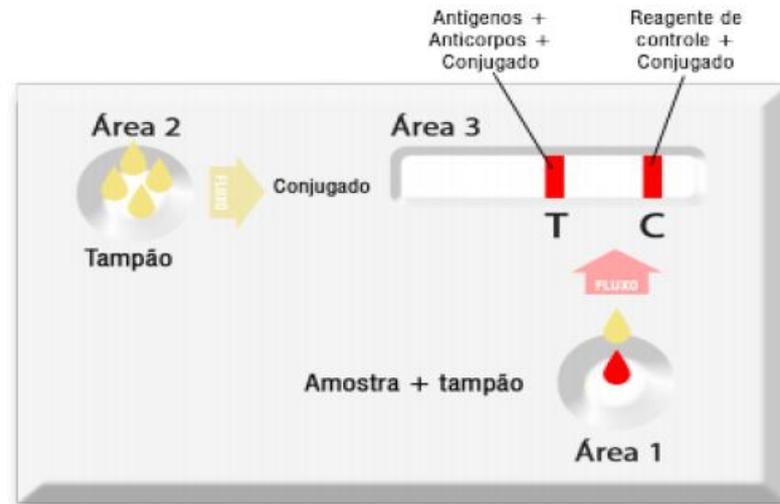
Fonte: Adaptado de: HIV: Estratégia para diagnóstico no Brasil - Telelab/MS. Disponível em: www.telelab.aids.gov.br

O teste imunocromatográfico de dupla migração, ou de duplo percurso – DPP (*dual path plataform*) caracteriza-se por utilizar uma membrana de nitrocelulose, na qual estão ligados antígenos e são subdivididos em três áreas (Figura 3):

- Local de aplicação da amostra e do diluente;
- Aplicação do tampão para permitir a migração dos fluídos;
- Antígenos onde ocorre a leitura do teste e do controle.

A amostra de sangue do usuário e o tampão são aplicados na área 1 do teste e seguem em direção à área 3. Se houver anticorpos na amostra de sangue, eles irão se ligar a estes antígenos demonstrados na área 3. Na sequência adiciona-se o tampão na área dois que permite a migração do material biológico. O conjugado continua o fluxo até ligar-se ao reagente da área de controle, resultando no surgimento de uma linha rosa ou púrpura, indicando que o resultado é válido.

Figura 3: Descrição do funcionamento do teste rápido do laboratório BIOMANGUINHOS DPP - HIV e Sífilis



<p>Reagente: Quando houver formação de duas linhas coloridas: uma na área de teste (T) e outra na área de controle (C).</p>	
<p>Não reagente: Quando houver formação de uma linha colorida somente na área de controle (C).</p>	
<p>Inválido: Quando não houver linha ou banda colorida na área de controle, o teste é inválido.</p>	

Fonte: Adaptado de: HIV: Estratégia para diagnóstico no Brasil - Telelab/MS. Disponível em: www.telelab.aids.gov.br.

Para o teste ser considerado válido, um teste deve sempre apresentar linha de controle visível, ao final da reação, independente do resultado da amostra.

Não há testes laboratoriais que apresentem 100% de sensibilidade e 100% de especificidade. Em decorrência disso, resultados falso-negativos, falso-positivos, indeterminados ou discrepantes entre os testes distintos podem ocorrer na rotina do exame (BRASIL, 2011).

Em novembro de 2012, a UNAIDS reiterou a sua oposição referente aos testes realizados obrigatoriamente em populações e destacou que, todas as formas de testagem e aconselhamento devem ser voluntários. O usuário deve realizar o teste com consentimento, de maneira confidencial e receber o aconselhamento. O resultado do teste deve ter conexão com

o cuidado tratamento e prevenção do indivíduo.

A lei orgânica de do Ministério da Saúde, Lei nº 8.080, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, organização e funcionamento dos serviços, reafirmando os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) (universalidade, equidade, integralidade) e as diretrizes organizacionais (regionalização, hierarquização, descentralização e participação social) (BRASIL, 1990).

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 prescreve que a saúde é direito de todos e um dever do estado, enquanto que o art.23, II, atribui competência comum à União, Estados Distrito Federal e Municípios para cuidar da saúde e assistência pública (KFOURI NETO, 2012).

Sendo assim, cumprindo uma determinação do Ministério da Saúde pela Portaria nº 29, aprovada em 17 de dezembro de 2013, Art. 1º aprova o Manual técnico de para diagnóstico de infecção do HIV, na aplicação do teste rápido, em adultos e crianças recomendados para diferentes cenários e situações que se adaptem à pluralidade de condições e à diversidade de serviços de saúde públicos e privados do país (BRASIL, 2013). As Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), em funcionamento no país deverão aplicar o teste rápido durante as 24 horas de funcionamento a todo o usuário que desejar realizar o teste. Teste pode ser aplicado pelo profissional enfermeiro ou médico que recebeu capacitação. O teste deve ser aplicado durante o turno de trabalho na Unidade de Pronto-Atendimento.

As Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como emergências hipertensivas, hipertermia fraturas, cortes, infarto, AVC (acidente vascular cerebral) e demais queixas apresentadas pelos usuários que buscam o serviço. Com isso ajudam a diminuir as filas nas emergências hospitalares. Os profissionais que trabalham em uma Unidade de Pronto Atendimento, diferente de uma Unidade Básica de Saúde, possuem um perfil totalmente voltado ao atendimento de urgência e a serem mais resolutivos e dinâmicos nas condutas. Este perfil de profissional pode atrair o usuário que deseja conhecer o resultado do teste rápido, porém não quer inicialmente um vínculo com um profissional de saúde. Neste contexto ressalta-se a importância de toda a equipe estar atenta no acolhimento deste usuário e atender a sua demanda, é o primeiro passo para que o usuário sinta-se com interesse em DAE continuidade ao tratamento de sua doença. A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, atendimento clínico, cirúrgico e pediátrico e com estrutura contendo raio-X, eletrocardiografia, laboratório de exames além de contarem com leitos e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade.

Quando o paciente chega às unidades, os médicos prestam atendimento, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles avaliam a necessidade de encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas. As UPAs fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências.

A Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011, do Ministério da Saúde, estabelece diretriz para a implantação do componente da Unidade de Pronto-Atendimento (UPA 24h), é o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (MS, 2011).

Art. 1º. Portaria estabelece diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto-Atendimento (UPA 24hs) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências.

§ 1º A Unidade de Pronto-Atendimento (UPA 24 horas) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre a Estratégia de Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências.

Art. 2º A UPA 24 horas tem as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências:

I - funcionar de modo ininterrupto nas 24 horas, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;

II - acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24 horas;

III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;

IV - estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de acolhimento, atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos conexos, atualizando-os sempre que a evolução do conhecimento tornar necessário;

V - articular-se com unidades básicas de saúde/saúde da família, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região (BRASIL, 2011).

A postura de todos os membros da equipe é um fator decisivo para que o usuário que busca a aplicação do teste sintá-se acolhido e desperte no mesmo a importância de dar seguimento ao tratamento. Uma atitude da equipe de saúde sem preconceito, julgamento rápida é dinâmica pode contribuir para a adesão ao cuidado de sua saúde.

3.3 Testes rápido de HIV e Sífilis e o aconselhamento em uma Unidade de Pronto-Atendimento

Conforme Myron et al. (2011), toda e qualquer estratégia de prevenção para O HIV é relevante e o aconselhamento deve ser considerado um instrumento valioso na adesão do paciente ao tratamento e na prevenção da doença.

A adesão ao esquema terapêutico antirretroviral (ARV) é ao mesmo tempo um dos maiores desafios para o sucesso do tratamento da Aids e a mais poderosa arma contra a doença. Essa terapêutica tem produzido resultados significativos, representados pelo prolongamento e melhoramento da qualidade de vida, diminuição de episódios mórbidos e do número de frequência de internações hospitalares (VILLARINHO, 2013).

O grande avanço dos medicamentos antirretrovirais (ARV) foi uma conquista para os pacientes com Aids, porém uma das principais dificuldades ainda é a adesão à terapêutica. Os motivos pelos quais há dificuldades na adesão ao tratamento são os efeitos colaterais dos fármacos, dificuldades socioeconômicas e baixa escolaridade (SOARES; BRANDÃO, 2012). O uso abusivo de álcool e morar sozinho também desmotivam o usuário a não comparecer a unidade de saúde e não receber os esclarecimentos importantes sobre a doença (CALVETTI et al., 2014).

A prevenção da transmissão sexual do HIV tem sido prioridade para o Ministério da Saúde (MS, 2013). Nenhuma prevenção ou intervenção é suficiente por si só. Vários avanços foram concretizados e dentre eles sugere-se a terapia antirretroviral (ARV) de prevenção, ou seja, a administração de medicamentos para a AIDS de imediato após a exposição antes mesmo da iniciação da contagem de células CD4 (MYRON et al., 2011). A circuncisão masculina também é identificada como fator de proteção reduzindo em 40% os índices de transmissibilidade nos homens que realizaram o procedimento (BARTLETT; GALLANT; PHARM, 2010).

O Aconselhamento realizado pelo profissional no serviço de saúde no momento da aplicação do teste rápido do HIV e Sífilis é mais um instrumento que vem contribuir para uma melhor adesão ao tratamento quando do resultado positivo e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida ao usuário infectado e orientação quanto a prevenção na transmissão do HIV e da Sífilis (SIMONSEN et al., 2014).

Para Santos et al. (2010), o aconselhamento estende-se além da capacidade informativa, o desafio é a constituição de uma assistência efetivamente mais democrática,

com enfoque na vulnerabilidade e um atendimento direcionado à mobilização de uma atitude participativa e autônoma dos usuários.

É um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV (MS, 2010). Neste contexto o instrumento do aconselhamento pré e pós-testagem do HIV e da Sífilis é muito importantes por tratar-se de transmissão de doenças relacionadas com a adoção de comportamentos de risco, além de inserir o indivíduo nos serviços de saúde, manter vínculo, orientar e estimular práticas seguras em relação à transmissão de doenças através de relação sexual desprotegida (DUNCAN et al., 2013).

O Profissional durante o aconselhamento deve ouvir a preocupação do indivíduo, sugerir questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades, promover informações, apoio e auxiliar na tomada de decisão para uma postura preventiva e busca de melhor qualidade de vida (MABUTO et al., 2014).

O processo de aconselhamento proporciona componentes que poderão ser utilizados pelos profissionais. No que se refere ao apoio emocional o profissional de saúde deve acolher o usuário em suas necessidades, e tentar estabelecer uma relação de confiança (BARROSO et al., 2010). O apoio educativo se dá através da troca de informações sobre DST/HIV/Aids, formas de adquirir a doença, transmissão prevenção, aquisição de medicamentos e direitos do usuário como portador da doença. Na avaliação de risco propõe-se dialogar sobre o modo de vida, exposições e situações de risco para as infecções relacionadas a práticas sexuais e uso de drogas sem proteção, promovendo assim um estilo de vida saudável.

No processo educativo do usuário deve-se reafirmar que o teste é confidencial e sigiloso, bem como todas as informações pelas quais permeiam o processo de diagnóstico e tratamento da doença. Também poder reafirmar sempre as informações sobre DST/HIV/Aids suas diferentes formas de transmissão e tratamento com ênfase para as situações de risco. No contexto educativo, a sensibilidade do profissional é importante no que diz respeito a identificar barreiras que possam dificultar práticas seguras do usuário a partir daquele momento de realização do teste, tais como: não conhecer ou não saber usar o preservativo, dificuldade de negociação sobre o uso do preservativo com o parceiro e compartilhamento de seringas. O usuário deve ser orientado sobre a necessidade de repetir o teste se o mesmo estiver no período da janela imunológica e tenha sido exposto a uma condição de risco para a infecção do HIV e DST (MS, 2011).

O profissional de saúde no momento da aplicação do pré-teste rápido:

- a) Trocar informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste e o impacto na vida do usuário;
- b) Considerar possíveis reações emocionais que possam ocorrer a partir do resultado;
- c) Reforçar a necessidade de tratamento do(s) parceiros(s) sexuais(s);
- d) Enfatizar a relação entre DST e HIV/Aids;
- e) Explorar qual o apoio emocional e social disponível (família, parceiros, amigos, trabalho e outros).

Diante do Resultado Negativo do teste rápido:

- a) Lembrar que o resultado negativo não significa imunidade;
- b) Lembrar que o resultado negativo significa que a pessoa: a) não está infectada ou b) está infectada tão recentemente que não produziu anticorpos para a detecção imunológica;
- c) Recomendar o referido teste, no fim do período da janela imunológica, e definir um plano de redução de riscos que leve em consideração as questões nas quais o usuário esteve exposto.

Diante de Resultado Positivo do teste rápido:

- a) Oportunizar tempo ao usuário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos, prestando apoio emocional;
- b) Enfatizar que o resultado positivo não significa morte, ressaltando que a infecção é tratável;
- c) Reforçar o uso de preservativo e não compartilhamento de agulhas injetáveis;
- d) Enfatizar a importância de comunicar o resultado ao(s) parceiros(s), e de que os mesmos realizem o teste;
- e) Referenciar o usuário para os serviços de assistência necessários;
- f) Informar o usuário que o SUS (sistema único de saúde) disponibiliza todo o tratamento e acompanhamento gratuitamente (MS, 2011).

Portanto o aconselhamento define-se como uma ferramenta fundamental que está atrelada a aplicação do teste rápido. Além de alavancar subsídios para o profissional que aplica o teste, o aconselhamento pode contribuir no esclarecimento de dúvidas do usuário.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo retrospectivo.

4.2 População e amostra

Os dados que compõem a pesquisa são referentes a 224 prontuários de pacientes de ambos os sexos que voluntariamente realizaram o teste rápido HIV e sífilis durante o ano de 2012 e 2013 até o mês de outubro de 2014 em uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) da região Metropolitana de Porto Alegre.

4.3 Instrumento

Para a coleta de dados da pesquisa foram utilizados quatro instrumentos:

- a) Ficha cadastral de ingresso do paciente no serviço de saúde contendo os dados pessoais: nome, data de nascimento, endereço (Anexo A);
- b) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para busca ativa de pacientes com HIV/Aids e Sífilis fornecido pela Coordenadoria-Geral de Vigilância e Saúde aplicado ao usuário no aconselhamento pré-teste rápido (Anexo B);
- c) Ficha cadastral para pacientes que solicitam a aplicação do teste rápido. O instrumento de aplicação do teste rápido identifica o perfil do paciente que realiza o teste com questões relacionadas ao sexo, gestação, escolaridade, cor/raça autorreferida, data de aplicação do teste, resultado do teste rápido de HIV (reagente, não reagente, inválido ou discordante). Resultado do teste rápido da Sífilis (reagente, não reagente, inválido ou discordante), e categoria de exposição ao HIV ou Sífilis. A categoria de exposição é uma informação fornecida pelo paciente dentre as seguintes opções nas quais o profissional de saúde questiona e marca com um "X": transmissão vertical, relação sexual com homens, relação sexual com mulheres, relação sexual com homens e com mulheres, uso de drogas injetáveis, transfusão de sangue, acidente com material biológico (Anexo C);
- d) Laudo com o resultado do exame. O laudo com o resultado do teste rápido do HIV/Sífilis é fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde e deve ser entregue ao paciente ao final do teste e aconselhamento. O laudo possui identificação e registro

do conselho do profissional que aplicou o teste bem como a identificação do serviço que aplicou o teste. O laudo contém inicialmente os dados pessoais do paciente com o nº do RG (registro geral). A dispensação do laudo do teste rápido ao usuário só é realizada mediante a apresentação de um documento com foto. A nenhum usuário sem documento é negada a realização do teste rápido, porém o laudo só é dispensado com a apresentação de um documento com foto. Na sequência do laudo tem-se a identificação do teste rápido aplicado como laboratório, lote e validade e o resultado do teste.

4.4 Procedimentos para a coleta de dados

Após a aprovação do projeto de pesquisa no comitê de ética, iniciou-se a revisão dos prontuários dos pacientes. Na Unidade de Pronto-Atendimento os prontuários dos pacientes estão armazenados no Serviço de Arquivamento Médico (SAME), através do relatório mensal de produção de atendimentos encaminhado a Secretaria Municipal de Saúde, foi identificada a quantidade de exames realizados dentro do período citado no projeto de pesquisa. Com este relatório foi solicitado ao SAME todos os prontuários dos pacientes que realizaram o teste rápido no Pronto-Atendimento. Nos prontuários buscaram-se as informações relacionadas aos dados pessoais: nome, endereço, data de nascimento, horário e data que aplicou o teste rápido. Os dados referentes ao sexo, gestação, cor/raça autorreferida escolaridade, categoria de exposição e o resultado do teste rápido do HIV/Sífilis e também a identificação do profissional que aplicou o teste rápido foram identificados no formulário de aplicação do teste rápido.

4.5 Análise de dados

Os dados foram tabulados de acordo com levantamento das informações obtidas nos instrumentos da pesquisa. As informações foram digitadas em planilha do Excel e posteriormente importados à análise estatística através do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0.

Foram realizadas análises descritivas e inferenciais. Essas implicaram associação entre grupos levando-se em conta a forma de organização da informação. Para variáveis com distribuição não-normal, o teste de Mann-Witney. Para variáveis contínuas, o teste Shapiro-

Wilke Kolmogorv Smirnov usado; para categóricas, o teste Qui-quadrado. Para avaliar os níveis de correlação entre variáveis contínuas os índices de Person (distribuição normal) e de Sperman (distribuição não-normal) foram utilizados. Foi considerado o nível de significância estatística de 5% e como evidência de associação entre grupos.

Foram realizadas estatísticas descritivas e inferenciais. A associação entre grupos foi analisada com o emprego do teste Qui-Quadrado, enquanto que as diferenças entre médias foram verificadas com *t* de *Student* para amostras independentes e *Mann-Witney* para variáveis com distribuição assimétrica. Foram considerados estatisticamente significativos os resultados de $p \leq 0,05$.

4.6 Procedimentos éticos

O Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário La Salle de Canoas-RS analisou e aprovou o projeto de pesquisa sob o Protocolo nº 737. 089, intitulado: “Perfil da População que busca o teste rápido como diagnóstico inicial do HIV em uma Unidade de Pronto-Atendimento da Região Metropolitana de Porto Alegre”.

4.7 Produto social

A partir da identificação dos fatores associados na busca do usuário em realizar o teste rápido HIV e Sífilis em uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA). O produto Social constitui-se na elaboração de um manual prático de instruções de aplicação do teste rápido para os enfermeiros que trabalham em uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA). O manual prático possui o passo a passo da aplicação do teste rápido bem como uma descrição breve de como realizar o aconselhamento pré e pós-teste rápido aos pacientes que buscam o Pronto-Atendimento como porta de entrada para o diagnóstico inicial da doença. Objetiva-se com este manual simplificar e facilitar o processo de aplicação do teste rápido ao perfil de profissionais que trabalham em um serviço de emergência (Anexo E).

5 RESULTADOS

Para a caracterização geral do grupo de usuários que procuraram à aplicação do teste rápido em uma Unidade de Pronto-Atendimento de região Metropolitana de Porto Alegre a pesquisa identificou os dados referentes ao sexo, idade, cor/raça autorreferida e a escolaridade dos usuários. Durante o período de janeiro de 2012 a outubro de 2014, 224 usuários que buscaram a aplicação do teste rápido eram a maioria do sexo masculino 54% (121) e 46% (103) usuárias do sexo feminino (Tabela 1).

Quanto à cor/raça autorreferida (Tabela 1) 47,8% (107) declaram-se da cor branca, 27,2% (61) da cor preta 14,3% (32) da cor parda, 1,3 % (03) indígena e 9,4% (21) ignoram a sua cor.

Com relação à escolaridade, 58,9% (132) usuários que aplicaram o teste rápido declararam que possuíam o ensino fundamental completo. Referente ao ensino médio completo 41,1% (92) usuários informaram que possuíam o ensino médio completo. Os dados coletados descritos revelaram que referente à faixa etária, a categoria predominante que buscou aplicação do teste rápido de HIV em um Pronto-Atendimento são de adultos com 76,3% (171) e as crianças e adolescentes representaram 23,7% (53) do total de usuários que buscou a aplicação do teste rápido.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos usuários que buscaram a aplicação do teste rápido de HIV, em uma Unidade de Pronto-Atendimento (n=224).

Características sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	121	54,0
Feminino	103	46,0
Cor/Raça		
Branca	107	47,8
Preta	61	27,2
Parda	32	14,3
Indígena	3	1,3
Ignorado	21	9,4
Escolaridade		
Ensino Fundamental	132	58,9
Ensino Médio	92	41,1
Faixa Etária		
Crianças e Adolescentes	53	23,7
Adultos	171	76,3

As informações sociodemográficas referentes aos 224 usuários que aplicaram o teste rápido foram categorizadas com o resultado da aplicação do teste rápido reagente e não reagente (Tabela 2), não havendo evidência e diferenças entre os grupos. Quanto ao sexo, 20 testes rápido de HIV aplicados em uma Unidade de Pronto-Atendimento obtiveram o resultado positivo, destes resultados encontrados evidenciaram que 70% (14) dos usuários são do sexo masculino e 30% (6) do sexo feminino. Quanto à cor/raça autorreferida, as categorias foram agrupadas em branca e não branca. A categoria não branca incluiu os usuários que se definiram da cor: preta, amarela, parda indígena ou ignorou sua cor/raça no momento da aplicação do teste rápido. Os usuários da cor branca 3,6% (8) do total de usuários com resultado positivo para o vírus HIV enquanto que 5,4% (12) de cor não branca obtiveram resultado positivo para o HIV. A categoria escolaridade foi agrupada em ensino fundamental completo para analfabetos, 1ª a 4ª série, 5ª a 8ª série, e ensino fundamental completo, ensino médio incompleto. Os usuários que declararam escolaridade ensino fundamental completo 12,1% (16) apresentaram resultado reagente para o teste rápido do HIV, enquanto que no ensino médio completo 4,3% (4) obtiveram resultado positivo para o teste rápido do HIV com representação estatística e o valor de ($p=0,035$). Os resultados do teste rápido reagente para HIV, quando relacionados com a idade demonstram dos 53 testes aplicados, nenhuma criança ou adolescente foi diagnosticado com o vírus HIV, enquanto que 11,7% (20) dos usuários com resultado positivo para o teste rápido são adultos com relevância estatística significativa valor de ($p=0,003$).

Tabela 2: Comparação dos resultados dos testes rápido HIV (reagente e não reagente), aplicados em usuários de uma Unidade de Pronto-Atendimento, com os dados sociodemográficos ($n=224$).

Teste Rápido do HIV	HIV Reagente	HIV Não Reagente	
Variáveis	n (%)	n (%)	Valor de p
Sexo			
Masculino	14 (70%)	107 (52,2%)	0,101
Feminino	6 (30%)	97 (47,5%)	
Raça/cor			
Branca	8 (3,6%)	96 (42,9%)	0,358
Não Branca	12 (5,4%)	108 (48,2%)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental	16 (12,1%)	116 (87,9%)	0,035
Ensino Médio	4 (4,3%)	88 (95,7%)	
Faixa Etária			
Crianças Adolescentes	0 (0%)	53 (100%)	0,003
Adultos	20 (11,7%)	151 (88,3%)	

Teste Qui-quadrado.

Tabela 3: Comparação dos dados sociodemográficos com os resultados do teste rápido da Sífilis (reagente e não reagente), aplicados em usuários de uma Unidade de Pronto-Atendimento (n=224).

Teste Rápido da Sífilis	Sífilis Reagente	Sífilis Não Reagente	
Variáveis	n (%)	n (%)	Valor de p
Sexo			
Masculino	22 (18,2%)	99 (81,8%)	0,004
Feminino	6 (5,8%)	97 (94,2%)	
Raça/cor			
Branca	20 (19,2%)	84 (80,8%)	0,004
Não Branca	8 (6,7%)	112 (93,3%)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental	17 (12,9%)	115 (87,1%)	0,504
Ensino Médio	11 (12,0%)	81 (88,0%)	
Faixa Etária			
Crianças Adolescentes	6 (11,3%)	47 (88,7%)	0,489
Adultos	22 (12,9%)	149 (87,1%)	

Teste Qui-quadrado.

Os resultados da Tabela 3 descrevem os dados sociodemográficos relacionados ao teste rápido da sífilis (reagente e não reagente). O sexo masculino representa 18,2% (22) dos usuários que receberam o resultado confirmatório para a sífilis em comparação a 5,8% (6) do sexo feminino com representação estatisticamente significativa sendo o valor de ($p=0,004$).

Quanto à cor 19,2% (20) dos usuários que receberam o resultado reagente para o teste da sífilis são da cor branca e resultado estatisticamente significativo com o valor de ($p=0,004$).

A maioria dos usuários que aplicaram o teste rápido da sífilis com resultado reagente 12,9% (17) possui o ensino fundamental não apresentando resultado significativo com valor de ($p=0,504$).

No que diz respeito à faixa etária 11,3% (6) entre crianças e adolescentes receberam o resultado reagente para Sífilis em uma Unidade de Pronto-Atendimento, enquanto 12,9% (22) adultos confirmaram a doença após o teste rápido, não representando estatisticamente um valor significativo ($p=0,489$).

Tabela 4: Comparação da escolaridade com a faixa etária dos usuários que buscaram a aplicação do teste rápido de HIV em uma Unidade de Pronto-Atendimento (n=224)

Variável	Crianças e Adolescentes	Adultos	Valor de <i>p</i>
	n (%)	n (%)	
Escolaridade			0,021
Ensino Fundamental	38 (28,8%)	94 (71,2%)	
Ensino Médio	15 (16,3%)	77 (83,7%)	

Teste Qui-quadrado

As correlações realizadas na Tabela 4 são relacionadas à comparação da escolaridade com a faixa etária e sugerem existir diferença significativa com ($p=0,021$). Observou-se que a maioria dos usuários que busca o teste rápido do HIV são adultos e possuem o Ensino Fundamental 71,2% (94) enquanto que os usuários que possuem o Ensino Médio representam 83,7% (77) dos testes rápido aplicados em uma Unidade de Pronto-Atendimento.

Tabela 5: Comparação das variáveis referentes à categoria de exposição quando cruzados com sexo, escolaridade e faixa etária dos usuários que buscaram a aplicação do teste rápido de HIV em uma Unidade de Pronto-Atendimento (n=224).

Variáveis	Transmissão Vertical n (%)	Relação sexual com Homens	Relação sexual com Mulheres	Relação sexual com homens e com Mulheres	Uso de drogas injetáveis	Acidente com material biológico	Exposição mais de uma categoria	valor de <i>p</i>
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo								
Feminino	8 (3,6%)	68 (30,4%)	6 (2,7%)	4 (1,8%)	0 (0%)	3 (1,3%)	14 (6,2%)	0
Masculino	6 (2,7%)	7 (3,1%)	79 (35,3%)	3 (1,3%)	1 (0,4%)	3 (1,3%)	22 (9,8%)	
Escolaridade								
Ensino Fundamental	14 (6,2%)	42 (18,8%)	43 (19,2%)	4 (1,8%)	0 (0%)	6 (2,7%)	23 (10,3%)	0,005
Ensino Médio	0 (0%)	33 (14,7%)	42 (18,8%)	3 (1,3%)	1 (0,4%)	0 (0%)	13 (5,8%)	
Faixa etária								
Crianças								
Adolescentes	8 (3,6%)	19 (8,5%)	13 (5,8%)	4 (1,8%)	0 (0%)	2 (0,9%)	7 (3,1%)	0,008
Adultos	6 (2,0%)	56 (25,0%)	72 (32,1%)	3 (1,3%)	1 (0,4%)	4 (1,8%)	29 (12,9%)	

Teste Qui-quadrado

Outro elemento investigado no presente estudo, para a identificação do perfil sociodemográfico dos usuários que buscam a aplicação do teste rápido como diagnóstico inicial do HIV/Sífilis, em uma Unidade de Pronto-Atendimento, são os dados apresentados na Tabela 5. As variáveis correlacionadas são a categoria de exposição com os dados referentes à escolaridade dos usuários a qual apresentam um valor significativo ($p=0,005$). Os resultados também sugerem

significância estatística quando cruzados com o sexo ($p \leq 0,001$) e a faixa etária ($p=0,008$).

Tabela 6: Comparação dos resultados relacionados ao teste rápido do HIV com os resultados do teste rápido da sífilis (n=224).

Variável	Sífilis Reagente	Sífilis não Reagente	Valor de <i>p</i>
	n (%)	n (%)	
Teste de HIV			
Reagente	4 (1,8%)	16 (7,1%)	0,228
Não reagente	24 (12,5%)	196 (87,5%)	

Teste Qui-quadrado

Os dados apresentados na Tabela 6 são referentes aos resultados dos testes rápido de HIV e Sífilis. Dos 224 testes HIV aplicados em um serviço de Pronto-Atendimento 12,5% (24) dos usuários obtiveram resultado do teste reagente para a Sífilis, porém não reagente para o teste de HIV. Do total de usuários 1,8% (4) obtiveram resultado reagente para ambos os testes aplicados.

Tabela 7: Comparação dos dias da semana em que o usuário aplicou o teste rápido com resultado do teste de HIV (n=224).

Variável	HIV Reagente	HIV Não Reagente	Valor de <i>p</i>
	n (%)	n (%)	
Dia da semana			
Segunda a Sexta-feira	15 (6,7%)	162 (72,3%)	0,413
Sábados e Domingos	5 (2,2%)	42 (18,8%)	
Feriados			

Teste Qui-quadrado

O presente estudo buscou também identificar os dias em que os usuários procuraram a aplicação do teste rápido em uma Unidade de Pronto-Atendimento com funcionamento durante 24 horas (Tabela 7). O resultado do cruzamento ($p=0,413$) não apresentou significância estatística. A quantidade de testes realizados durante a semana, em horário comercial foi de 177 representando 84,8% do total de testes aplicados. A quantidade de teste rápido para diagnóstico de HIV/Sífilis aplicados nos finais de semana foi de 47 que representa 21% do total. Do total de 20 resultados de testes para o HIV, 15 destes resultados foram diagnosticados em horários de segunda à sexta-feira, em que as Unidades Básicas de Saúde estão em funcionamento.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram investigados 224 prontuários de usuários que buscaram a aplicação do teste rápido de HIV e Sífilis em uma Unidade de Pronto-Atendimento durante o período de janeiro de 2012 a outubro de 2014. A caracterização da amostra demonstra que a maioria dos usuários são adultos do sexo masculino, de cor/raça branca e possuem o Ensino Fundamental completo. A categoria de exposição a qual os usuários citaram no momento da aplicação do teste foi relação sexual com mulheres, seguida pela relação sexual com homens. Ao que se refere aos resultados dos testes rápido de HIV, a maioria dos testes com resultados reagentes foram aplicados no sexo masculino. Conforme (TELLES DIAS et al., 2007), o teste rápido pode ser considerado uma valiosa ferramenta, que permite que o usuário ao saber precocemente do resultado do teste, receba as informações e o aconselhamento e é encaminhado para o tratamento necessário.

Tendo em vista que as notificações de HIV positivo, sem a dosagem de carga viral ainda não foram implementadas no Sistema Nacional de Notificações de Doenças Compulsórias (SINAN) as notificações de HIV estão sendo realizadas nos formulários de notificação de casos de Aids. Há também em todo o território Nacional a capacitação dos profissionais de saúde para registro e notificação do HIV. Até o mês de junho de 2014, foram notificados no SINAN NET 70.677 casos de infecção pelo vírus HIV entre adultos e 773 crianças (BRASIL, 2014).

Os resultados das tabelas que apresentaram significância estatística estão relacionados aos cruzamentos das variáveis: escolaridade, faixa etária e a categoria de exposição. Em estudo realizado por Seidl et al. (2007) encontrou-se associações significativas entre maior grau de escolaridade com melhor adesão ao tratamento antirretroviral (ARV). Miranda et al. (2007) afirma que o maior grau de escolaridade é fator protetor de vulnerabilidade a exposição do Vírus do HIV. Hurtado et al. (2011) inferem que o nível de escolaridade está relacionado ao aumento na prevalência de caso de Sífilis e HIV.

Chang et al. (2014) em sua pesquisa realizada em Taiwan reforça a importância da educação no que diz respeito à prevenção da doença. É notável, e com necessidade de início imediato de ações de saúde pública voltadas a políticas de prevenção, promoção e educação da população ao tratar-se do contexto do HIV, teste rápido e exposição à doença. Fazem-se necessários incentivos ininterruptos de prevenção da contaminação do vírus.

Os resultados do teste da Sífilis por sua vez apresentaram prevalência de 78% de testes positivos para o sexo masculino, resultado este que confirma estudos realizados por Yang et al. (2013) no Texas que sugere que o aumento dos índices de casos de sífilis no sexo

masculino está relacionado a homens que fazem sexo com homens. Este dado é confirmado por Guy et al. (2011) em estudo australiano que homens que fazem sexo com homens, é um fator de risco para o aumento de casos de Sífilis. A mesma afirmação é feita por Hu et al. (2014) em estudo realizado com homens chineses relacionado a fatores de risco no aumento de casos de sífilis no sexo masculino. A população chave de alto risco para contaminação do Vírus HIV são os homens que fazem sexo com homens. A atividade sexual de maior risco para a transmissão do HIV é o sexo anal estimada em 0,1-3% enquanto que o ato vaginal é de 0,1%. São consideradas duas causas de aumento do risco de contaminação para o sexo anal (1) a camada de mucosa retal é frágil (2) pela maior chance de trauma, o vírus inocula diretamente no sangue da mucosa retal (MEDCURSO, 2011). Para Martins et al. (2014), a epidemia traz um impacto não só na saúde física, mas isolamento social, de estigma, ignorância e discriminação da população mais vulnerável.

Outro dado relevante da pesquisa, porém não sugere existir diferença significativa diz respeito aos resultados dos cruzamentos da (Tabela 7) quanto aos dias em que os usuários se submeteram a aplicação do teste rápido. Dentre os 224 usuários identificados 173 (78,3%) realizaram o teste rápido durante a semana, horário este, em que as UBS/ESF (Unidade Básica de Saúde e Estratégia de Saúde da Família) estão em atendimento para a realização deste tipo de procedimento.

Conforme Duncan et al. (2013), as Unidades Básicas de saúde(UBS) e estratégia de Saúde da Família (ESF) têm com objetivo principal ser resolutivas conforme as demandas e necessidades respondendo as solicitações e anseios da população delimitada. Servir de porta de entrada do usuário no SUS (Sistema Único de Saúde), promover a saúde, trabalhar com a população no que diz respeito à prevenção, tratamento de doenças, planejamento do cuidado, monitorar o plano terapêutico, aconselhamento dentro outros. A ESF/UBS é o serviço adequado no qual o usuário deveria procurar quando do interesse na realização do teste rápido e não um serviço de emergência. No entanto, Haag, Gonçalves e Barcellos (2013) relatam que há uma imensa preocupação das equipes que trabalham no Centro de Tratamento Especializado (CTA) de que o aconselhamento não esteja sendo aplicado de forma clara, portanto não está sendo efetivo. Segue-se uma demanda de agenda, diferente de uma UPA, a qualquer horário, sem agenda o usuário pode aplicar o teste. Vê-se neste contexto a necessidade de ampliação de política públicas de incentivo a população para a aplicação do teste rápido de HIV e Sífilis como primeira iniciativa do paciente referente a procura pelo diagnóstico. Com o diagnóstico realizado há maior possibilidade de intervenção junto ao usuário e uma tentativa mais concreta de reduzir os altos índices de incidência da doença,

oportunizar o início e a adesão ao tratamento e conseqüentemente redução do número de mortes liderado pelo RS (MS, 2014). Ressaltar a importância do aconselhamento. No momento do aconselhamento é o tempo em que o paciente está com o profissional de saúde e pode esclarecer todas as suas dúvidas quanto à doença, fatores de risco, ao mesmo tempo em que o profissional deve incentivar o autocuidado, o uso de preservativos e preservar o (a) parceiro (a).

O produto Social desta pesquisa sugere a equipe de enfermeiros que trabalham em Unidades de Pronto-Atendimento e conseqüentemente são os responsáveis pela aplicação do teste rápido, um Manual de Aconselhamento e Aplicação do Teste Rápido do HIV/Sífilis. O manual possui informações preliminares do HIV e da Sífilis, passo a passo da realização do teste e as informações sobre o aconselhamento. No que diz respeito ao aconselhamento a manual fornece todas as informações necessárias para o profissional quando da aplicação do teste rápido para o usuário Conforme Santos et al. (2010), todo o profissional de saúde é provedor de informações sobre a importância da adesão ao tratamento antirretroviral (ARV). O aconselhamento configura-se um instrumento que promove uma melhor integração entre o profissional e o paciente contemplando o usuário em todas as dimensões escuta diálogo visando à adesão ao tratamento antirretroviral (ARV).

Os pacientes que utilizam o serviço de uma UPA, por vezes não conseguem agendar o teste na Unidade Básica, principalmente pelo horário em que a mesma encontra-se com as portas abertas e disponibilizando o serviço à população. Os resultados encontrados foram também que mesmo com as Unidades Básicas abertas, a maior parte dos testes rápidos foram aplicados durante a semana no serviço de urgência, podendo este fator estar relacionado ao acolhimento da equipe a flexibilização da aplicação do teste e aos profissionais do serviço de emergência não possuem vínculo com o usuário.

O serviço de uma Unidade de Pronto-Atendimento destina-se a servir de retaguarda para os grandes centros de saúde e para o Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU), no entanto por se tratar de uma epidemia de incidência e mortes por AIDS no país e o RS e liderar o ranking com os piores indicadores desde 2006 (MS, 2014), várias iniciativas estão sendo incentivadas para o diagnóstico inicial da doença do maior número possível de indivíduos. Uma das iniciativas citadas pelo estudo de Díaz et al. (2011) é as gestantes conduzirem os parceiros a fazerem o diagnóstico e iniciarem o tratamento. Há uma demanda de pacientes que não procuram a Atenção Básica, não possuem ficha família e seu atendimento de saúde é em quase sua totalidade realizada nos serviços de emergência. Neste sentido é importante o conhecimento de toda a equipe sobre a disponibilização da aplicação

do teste rápido no serviço de saúde de Pronto-Atendimento. Para Reis et al. (2010), o comportamento voluntário de buscar atendimento deve ser valorizado pela equipe de saúde mediante ao acolhimento do usuário, fator determinante na adesão ao tratamento. Outro fator de extrema relevância está relacionado ao conhecimento do profissional no que diz respeito à referência do usuário no seguimento do tratamento, integração do mesmo na rede e realização de exames com o (a) parceiro (a).

Por fim registra-se também que outro fator importante para o usuário aderir o tratamento é o de lançar mão de todos profissionais que fazem parte da equipe no serviço de Pronto-Atendimento e usar do fator de convencimento para que o usuário saia do serviço com todas as dúvidas esclarecidas e fortalecido para esta grande transformação inesperada na sua vida. O profissional que acolhe e aplica o teste rápido deve estar à disposição para ouvir as inquietações e por vezes fantasias do usuário referente ao resultado do teste e modo de transmissão da doença a fim de realizar o encaminhamento adequado.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Léa Maria Moura; SOARES, Ariane Pontes; SOARES, Bianca Coelho; ARAÚJO, Maria Alix Leite; SILVA, Denise Maia Alves da. Percepção dos Usuários acerca do aconselhamento pré-teste anti-HIV em uma Unidade de referência em Fortaleza, Ceará. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.12, n.1, p 23-9 dez. 2010.

BARTLETT, John G.; GALLANT, Joel E.; PHARM, Paul A. **Medical Management of HIV infection**. Johns Hopkins University School of Medicine, 2009-2010.

BRASIL Ministério da Saúde. **AIDS**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Versão preliminar Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids**. Brasília, 2012. Disponível em:<<http://www.aids.org.br>>. Acesso em: 20 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Manual técnico para diagnóstico de infecção pelo HIV**. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comunidade cidadania**: unidade de pronto-atendimento. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br>>comunidade cidadania-Unidade de Pronto-Atendimento>. Acesso em: 15 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: AIDS e DST**. Ano IX, 01 Junho de 2012. Versão Preliminar. Disponível em <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 09 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: AIDS e DST**. Ano X 02 junho de 2013. Versão Preliminar. Disponível em <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

CALVETTI, Prislá Ücker; GIOVELLI, Graziely; GAUER, Gabriel; MORAES, João F. Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.63, p.16-27, 2014.

CHANG, Y.H.; LIU, W.C.; CHANG, S.Y.; WU, B.R.; WU, P.Y.; TSAI, M.S. et al. Associated factors with syphilis among human immunodeficiency virus-infected men who have sex with men in Taiwan in the era of combination antiretroviral therapy. **J Microbiol Immunol Infect**. Taiwan, 2014.

DÍAZ, Olavarrieta C.; VALENCIA, J.; WILSON, K.; GARCÍA, S.G.; TINAJEROS, F.; SANCHEZ, T. **Assessing the effectiveness of a notification strategy of patient-driven partner among pregnant women infected with syphilis in Bolivia**. Inglaterra, agosto 2011.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J.; DUNCAN, Michel Schmidt; GIUGLIANI, Camila. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FREITAS, Fernando; MENKE, Carlos Henrique; RIVOIRE, Waldemar Augusto; PASSOS, Eduardo Pandolfi. **Rotinas em Ginecologia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GUY, R.J.; SPELMAN, T.; STOOVE, M.; EL-HAYEK, C.; GOLLER, J.; FAIRLEY, C.K. et al. Risk factors for HIV seroconversion in men who have sex with men in Victoria, Australia: results from a sentinel surveillance system. **Sex Health**, v. 8, n. 3, p. 319-29, sept. 2011.

HAAG, Cristina Beatriz; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; BARCELLOS, Nêmora Tregnago. Gestão e processos de trabalho nos Centros de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre-RS na perspectiva de seus aconselhadore. **Physis**, v. 23, n.3, p. 723-39, 2013.

HU, Q.H.; XU, J.J.; ZOU, H.C.; LIU, J.; ZHANG, J. DING, H.B. et al. Risk factors associated with prevalent and incident syphilis among an HIV-infected cohort in Northeast China. **BMC Infect Dis.**, v. 14, n. 1, p. 658, dec. 2014.

HURTADO, I.; ALASTRUÉ, I.; PAVLOU, M.; TASA, T.; PÉREZ-HOYOS, S. **Tendencia creciente de la sífilis entre los pacientes en un centro de información y prevención del SIDA**. Espanha, 2011.

LAZZAROTTO, Alexandre Ramos et al. O conhecimento de HIV/Aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1833-40, 2008.

MAARTENS, Gary; CELUN, Connie; LEWIN, Sharon R. HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention: **Lancet**, 2014.

MABUTO, Tonderai; LATKA, Mary H.; KUWANE, Bulelani; CHURCHYARD, Gavin J.; CHARALAMBOUS, Salome; HOFFMANN, Christopher. Four Models of HIV Counseling and Testing: Utilization and Test Results in South Africa. **LoS ONE**, v. 9, n. 7, p. 1, jul. 2014.

MARTINS, Telma Alves; KERR, Ligia Franco Sansigolo; KENDALL, Carl; MOTA, Rosa Maria Salami. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 3, n. 1, 2014.

MEDCURSO. **Síndrome da imunodeficiência adquirida/Aids**. Ciclo 1, v. 2, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. Brasília: MS, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual de Capacitação para Profissionais de Saúde utilizando testes rápidos**. Brasília: MS, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: MS, 2012

MIRANDA, Angelica Espinosa et al. Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro. Brasil, 2007. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 489-97, 2013.

MYRON, S.; COHEN, M.D.; CHEN, Y.Q.; Mc CAULEY, M. et al. Prevention of HIV-1 infection With early antiretroviral therapy. **The New England Journal Of Medicine**, v. 365, n. 6, p. 493-505, 2011.

KFOURI-NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil dos Hospitais**. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 2012.

NETTINA, Sandra M. **Prática de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PORTO, Celmo Celeno. **Vademecum de Clínica Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

RACHID, Marcia; SCHECHTER, Mauro. **Manual de HIV/AIDS**. 9. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

REIS, Ana Catarina; LEANCASTRE, Leonor; GUERRA, Marina Prista; REMOR, Eduardo. **Relação entre Sintomatologia Psicopatológica Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida na Infecção do HIV e AIDS**. Universidade do Porto, Portugal. Espanha: Universidade Autónoma de Madrid, 2010. Disponível em: <WWW.scielo.br/prc>. Acesso em: 10 jun. 2014.

SANTOS, Valquíria Jesusmara; DRUMOND, Elaine Freitas; GOMES, Adriana da Silva; CORREA, Cristal Marinho; FREITAS; Maria Imaculada de Fátima. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão ao tratamento à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Universidade Federal de Belo Horizonte, 2010.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; MELCHIADES, Adriana; FARIAS, Vivane; BRITO, Alexander. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n.10, p. 2305-16, 2007.

SIMONSEN, S.E.; KEPKA, D; THOMPSON, J.; WARNER, E.L.; SNYDER, M.; RIES, K.M. Department of family and Preventive Medicine. Division of Public Health, University of Utah, 375 Chipeta Way, Suite A, Salt Lake City, UT. **Preventive health care among HIV positive women in a Utah HIV/AIDS Clinic: a retrospective cohort study**. England, 2014.

SOARES, Priscilla da Silva; BRANDÃO, Elaine Reis. O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. **Saúde Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 940-53, 2012.

TELELAB. **Diagnóstico e Monitoramento**. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <www.telelab.aids.gov.br>. Acesso em: 20 set. 2014.

TELLES-DIAS. P.R.; WESTMAN, S.; FERNANDEZ, A.E.; SANCHEZ, M. Rapid Test Working Group Perceptions of HIV rapid testing among injecting drug users in Brazil. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 94-100, dez. 2007.

TEVA, Inmaculada; BERMUDEZ, Maria Paz; RAMIRO, M. Teresa; BUELA-CASAL, Gualberto. Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA em Latino-América em La primera década Del siglo XXI: Análisis de las diferencias entre países. **Revista Médica**, Chile, v. 140, n. 1, p. 50-8, 2012.

THOMPSON, M.A.; ABERG, J.A.; HOY, J.F.; TELENTI, A.C.; CAHN, P.; ERON, J.J. et al. Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection: 2012 Recommendations of the International Antiviral Society USA Panel. **JAMA**, v. 308, n. 4, p. 387-402, 2012.

UNAIDS. **AIDS Global Report Epidemiology**. UNAids, 2013. Disponível em: <<http://www.uniaids.org>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 66, n.2, p. 271-7, 2013.

YANG, B.I.; HALLMARK, C.J.; HUANG, J.S.; WOLVERTON, M.L.; MCNEESE-WARD, M.; ARAFAT, R.R. Characteristics and risk of syphilis diagnosis among HIV-infected male cohort: a population-based study in Houston, Texas. **Sexually Transmitted Disease**, v. 40, n. 12, p. 957-63, dec. 2013.

ANEXOS