



SOROPREVALÊNCIA EM TESTAGEM ITINERANTE PARA SÍFILIS, HIV E HEPATITES
SOROPREVALENCE IN ITINERANT TESTS FOR SYPHILIS, HIV AND HEPATITES
SEROPREVALENCIA EN PRUEBAS ITINERANTE PARA SÍFILIS, VIH Y HEPATITIS

Josely Pinto de Moura¹, Alex Sandro Antonio Silva Ferreira²

RESUMO

Objetivo: identificar a soroprevalência de sífilis, HIV e hepatites B e C nos atendimentos de pacientes no CTA Itinerante do Ambulatório Escola. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo. Escolheu-se o método de pesquisa documental. Obteve-se o registro de 1125 usuários do serviço de CTA Itinerante no ano de 2017. Apresentaram-se os resultados em forma de tabelas. **Resultados:** identificou-se a soroprevalência de 79 (7,02%) casos confirmados de todas as patologias testadas (HIV, sífilis, hepatite B e C), incluindo 5 (0,44%) testes positivos para HIV; 4 (0,36%), para hepatite B; 7 (0,62%), para hepatite C e 63 (5,60%), para sífilis. **Conclusão:** reportou-se a alta prevalência de sorologias positivas, principalmente, para sífilis, que apresentou um número bem mais elevado. Conclui-se, portanto, que as infecções sexualmente transmissíveis estão presentes na população em geral e que o CTA Itinerante pode contribuir para identificar novos casos e, conseqüentemente, para que sejam encaminhados para o tratamento o mais precocemente possível, levando a um prognóstico favorável. **Descritores:** Estudos Seroepidemiológicos; HIV; Hepatite B; Hepatite C; Sífilis; Unidades Móveis de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to identify the seroprevalence of syphilis, HIV and hepatitis B and C in the care of patients in the Itinerant TCC of the Ambulatory Clinical Teaching Unit. **Method:** this is a quantitative, descriptive, retrospective study. The documentary research method was chosen. The registration of 1125 users of the Itinerant TCC service was obtained in 2017. The results were presented in the form of tables. **Results:** seroprevalence of 79 (7.02%) confirmed cases of all pathologies tested (HIV, syphilis, hepatitis B and C), including five (0.44%) positive HIV tests; four (0.36%) for hepatitis B; seven (0.62%) for hepatitis C and 63 (5.60%) for syphilis. **Conclusion:** a high prevalence of positive serologies was reported, mainly for syphilis, which presented a much higher number. It is concluded, therefore, that sexually transmitted infections are present in the population in general and that the Itinerant TCC can contribute to identify new cases and, consequently, to be referred to the treatment as early as possible, leading to a favorable prognosis.

Descriptors: Serum epidemiology; HIV; Hepatitis B; Hepatitis C; Syphilis; Mobile Health Units.

RESUMEN

Objetivo: identificar la seroprevalencia de sífilis, VIH y hepatitis B y C en las atenciones de pacientes en el CTA Itinerante del Ambulatorio Escuela. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. Se eligió el método de investigación documental. Se obtuvo el registro de 1125 usuarios del servicio de CTA Itinerante en el año 2017. Se presentaron los resultados en forma de tablas. **Resultados:** se identificó la seroprevalencia de 79 (7,02%) casos confirmados de todas las patologías probadas (VIH, sífilis, hepatitis B y C), incluyendo 5 (0,44%) pruebas positivas para el VIH; 4 (0,36%), para la hepatitis B; 7 (0,62%), para hepatitis C y 63 (5,60%), para sífilis. **Conclusión:** se reportó la alta prevalencia de serologías positivas, principalmente, para sífilis, que presentó un número mucho más elevado. Se concluye, por lo tanto, que las infecciones sexualmente transmisibles están presentes en la población en general y que el CTA Itinerante puede contribuir a identificar nuevos casos y, conseqüentemente, para que sean encaminhados al tratamiento lo más precocemente posible, llevando a un pronóstico favorable. **Descriptor:** Estudios Seroepidemiológicos; VIH; Hepatitis B; Hepatitis C; Sífilis; Unidades Móviles de Salud.

^{1,2}Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG. Passos (MG), Brasil. ORCID : <http://orcid.org/0000-0002-3856-4181> E-mail: josely.moura@uemg.br ORCID : <https://orcid.org/0000-0001-9832-6057> Email: alexenfermagem22@hotmail.com

Como citar este artigo

Moura JP de, Ferreira ASAS. Soroprevalência em testagem itinerante para sífilis, hiv e hepatites. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e239808 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239808>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que as infecções sexualmente transmissíveis (IST) aumentam a cada ano no Brasil e, também, no mundo, independentemente de gênero, classe ou raça; elas atingem, principalmente, os grupos de pessoas sexualmente ativas e, nesse meio, encontra-se um grande percentual que desconhece a sua situação sorológica. Destaca-se que, devido ao grande aumento das IST's, os recursos financeiros públicos sofrem com os altos custos para o tratamento.

Aponta-se, que, no país, foram realizadas as primeiras experiências oficiais de orientação e prevenção do HIV em 1988, com a implantação do primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). Registrou-se, no ano de 1997, uma mudança: a consolidação da prática de aconselhamento e a mudança do nome COAS para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).¹

Define-se que o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) tem como objetivo apresentar estratégias para o aconselhamento e o diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites B e C, juntamente aos demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), que realizam um atendimento de promoção, prevenção e equidade aos usuários.

Entende-se, que o papel do enfermeiro no CTA é de fundamental importância para as pessoas que buscam este serviço. Pontua-se que o trabalho realizado no CTA se estrutura no aconselhamento antes e após a testagem sorológica, tramando, assim, uma teia de assistencialismo que não se perde durante o processo de confirmação sorológica do cliente, além da dinâmica de serviço fundamentado na acessibilidade, gratuidade, anonimato e confidencialidade, agilidade, resolutividade e aconselhamento, sendo, também, de extrema importância que a equipe multidisciplinar seja muito bem treinada e saiba orientar os seus clientes.²

Consideram-se as infecções sexualmente transmissíveis (IST) um grave problema de saúde pública, no Brasil e em todo o mundo, fazendo com que, principalmente, os países em desenvolvimento sofram um grande impacto socioeconômico. Salienta-se que, desde 1996, com a disponibilização gratuita da terapia antirretroviral (TARV) para o tratamento de pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), se observou a redução em 49% da taxa de mortalidade pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e a diminuição das admissões hospitalares, confirmando, assim, a eficácia da terapia.³

Avalia-se que, devido aos bons resultados e ao aumento da expectativa e qualidade de vida proporcionada pela TARV, as infecções HIV/hepatite B (HBV), HIV/hepatite C (HCV) e HIV/*Treponema pallidum* (sífilis) se tornaram

importantes fatores para a morbimortalidade entre indivíduos soropositivos.³

Publicou-se, em 28 de abril de 2011, a Lei nº 12.401, que altera diretamente a Lei nº 8.080, de 1990, dispendo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Define-se, por esta lei, que o Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), tem como atribuições a incorporação, a exclusão e a alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.⁴

Ressalta-se que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que visam a garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde. Nota-se que podem ser utilizados como materiais educativos aos profissionais de saúde, auxílio administrativo aos gestores, regulamentação da conduta assistencial, perante o Poder Judiciário, e para a explicitação de direitos aos usuários do SUS.⁴

Observa-se, que a investigação da presença de coinfeção pelo HBV, HCV e sífilis em HIV positivos é de extrema importância para a saúde pública, com isso, podem ser feitas a tomada de decisão e a distribuição dos recursos públicos necessários para a prevenção e tratamento. Defende-se que os resultados desta investigação podem ser de suma importância para a avaliação da carga de hepatites virais e sífilis em pessoas vivendo com HIV/Aids e realizar medidas preventivas para grupos vulneráveis à coinfeção.³

Constata-se, que o tratamento das IST's deve ser realizado em unidades de atenção primária, por meio da abordagem sindrômica, estratégia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil. Possibilitam-se, com essa estratégia, prever o diagnóstico precoce e realizar o tratamento imediato das pessoas acometidas, evitando perdas, sequelas e a transmissão de doenças. Permite-se, assim, a realização do atendimento mesmo em locais de difícil acesso, onde há poucos recursos, situação que ocorre normalmente nos países em desenvolvimento.⁵

Pontua-se, que os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços de saúde que, em parceria com os demais serviços do Sistema Único de Saúde, trabalham para elaborar estratégias importantes na promoção da equidade de acesso ao aconselhamento e ao diagnóstico do HIV, das hepatites B e C e da sífilis. Tem-se, como objetivo, atuar, também, na prevenção dessas e das demais infecções sexualmente transmissíveis (IST), favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito

Moura JP de, Ferreira ASAS.

aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais.⁶

Iniciou-se, em 2011, em Belo Horizonte (MG), o processo de implantação dos testes rápidos (TR) para HIV, sífilis e hepatites virais na rede SUS-BH (Sistema Único de Saúde/Belo Horizonte). Percebeu-se que, naquele momento, a equipe responsável não foi suficiente para atingir a meta de capacitar e monitorar toda a rede. Fez-se por isso, necessário, em 2014, que a Coordenação Municipal de Saúde Sexual e Atenção às DST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria Municipal de Saúde iniciasse a execução do projeto CTA Itinerante. Destaca-se que esse serviço possibilitou formar uma nova equipe multiprofissional, composta por farmacêuticos, enfermeiros, assistentes sociais, médicos (infeccionistas) e psicólogos, com o intuito de se dar continuidade ao processo de implantação dos testes rápidos, promovendo, assim, capacitações e monitoramentos das Unidades Básicas de Saúde e as campanhas itinerantes com ações de testagem e prevenção das IST's.⁷

Salienta-se, que há estudos para a formação de um movimento forte para a construção de uma nova narrativa sobre o tratamento do HIV e uma nova meta definitiva e ambiciosa, porém, alcançável: até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus; até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente e, até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral. Postula-se que, quando esta meta for alcançada, pelo menos, 73% de todas as pessoas vivendo com HIV no mundo terão supressão viral, uma estatística três vezes maior que as atuais estimativas.⁸

Avalia-se que o progresso ocorrido nas áreas mais afetadas do mundo, o leste e o sul da África, tem sido impressionante. Registra-se que, com a aceleração do tratamento em combinação com as intervenções de prevenção existentes, as mortes relacionadas à Aids diminuíram quase pela metade nos últimos seis anos, e novas infecções diminuíram em cerca de 1,1 milhão para cerca de 790 mil, uma redução de 29%. Verifica-se que o progresso da região é comparável ao da América Latina e, se for sustentado, ambas alcançarão, provavelmente, os objetivos junto à Europa e América do Norte, que já atingiram o objetivo de 2020.⁹

Constata-se, que o Brasil é o país que apresenta o maior número de casos da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) na América Latina, com os primeiros casos registrados no início da década de 80. Compreende-se que a doença passou a ser reconhecida como um fenômeno social, após a desmistificação da ideia

Soroprevalência em testagem itinerante para...

de que acometia somente grupos restritos de risco, como, por exemplo, os homossexuais e os hemofílicos.¹⁰

Ressalta-se que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a sua manifestação clínica em fase avançada, ou síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), ainda são consideradas um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu caráter pandêmico e da sua transcendência. Nota-se que os indivíduos infectados pelo HIV, sem tratamento, evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+, entre as principais células alvo do vírus. Reforça-se que a história natural dessa infecção vem sendo alterada, consideravelmente, pela terapia antirretroviral (TARV), iniciada no Brasil em 1996, resultando no aumento da sobrevivência dos pacientes, mediante a reconstituição das funções do sistema imunológico e a redução de doenças secundárias.¹¹

Aponta-se, que o HIV-1 e HIV-2 são retrovírus da família Lentiviridae, pertencentes ao grupo dos retrovírus citopáticos e não oncogênicos, necessitando, para se multiplicar, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do ácido ribonucleico (RNA) viral para uma cópia do ácido desoxirribonucleico (DNA), que pode, então, se integrar ao genoma do hospedeiro.¹¹

Verifica-se que o HIV pode ser transmitido por via sexual, pelo sangue (via parenteral e de mãe para filho) e pelo leite materno e, desde o momento de aquisição da infecção, o portador do HIV é transmissor. Sabe-se que a transmissão pode ocorrer mediante: relações sexuais desprotegidas; utilização de sangue ou seus derivados não testados ou não tratados adequadamente; recepção de órgãos ou sêmen de doadores não testados; reutilização e compartilhamento de seringas e agulhas e acidente ocupacional durante a manipulação de instrumentos perfurocortantes contaminados com sangue e secreções de pacientes.¹¹

Comprova-se que o período de incubação e o tempo entre a infecção pelo HIV e o aparecimento de sinais e sintomas da fase aguda, denominada síndrome retroviral aguda (SRA), é de uma a três semanas,¹¹ e o período de latência após a infecção aguda, o tempo de desenvolvimento de sinais e sintomas da Aids é, em média, de dez anos. Contrapõe-se, entretanto, que os sinais e sintomas de imunodeficiência associada à infecção pelo HIV, não Aids, podem aparecer com tempo de latência variável após a infecção aguda.¹¹

Podem-se considerar, no Brasil, o público gay e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), as mulheres profissionais do sexo, travestis,

Moura JP de, Ferreira ASAS.

transexuais e pessoas que usam drogas como populações-chave.¹¹

Relata-se que, uma vez agravada a imunodepressão, o portador da infecção pelo HIV apresenta infecções oportunistas (IO), causadas por microrganismos não considerados usualmente patogênicos, ou seja, não capazes de desencadear doenças em pessoas com o sistema imune normal; no entanto, microrganismos normalmente patogênicos também podem, eventualmente, causar IO. Confirma-se que, porém, nessa situação, as infecções necessariamente assumem um caráter de maior gravidade ou agressividade, para serem consideradas oportunistas.¹¹

Refere-se o teste rápido, ao teste de HIV que deve ser realizado em local que permite fornecer o resultado durante o período de atendimento do cliente, como durante a consulta médica, atendimento em Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), atendimento em domicílio, atendimento em unidade de testagem móvel, em organização não governamental, entre outros. Orienta-se que, assim que é diagnosticado como portador da infecção pelo HIV, o indivíduo deve ser encaminhado de imediato para um atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS ou para um Serviço de Assistência Especializada (SAE).¹¹

Pode-se obter a amostra de sangue por punção da polpa digital ou por punção venosa em tubo contendo anticoagulante. Prefere-se o sangue coletado por punção digital porque permite a testagem na presença do cliente, proporcionando um resultado de imediato e preciso.¹¹

Definem-se as hepatites virais como doenças causadas por diferentes tipos de vírus hepatotrópicos que têm as suas características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas, e os mais relevantes são os vírus A (HAV), B (HBV), C (HCV), D (HDV) e E (HEV). Pontua-se que esses vírus são pertencentes, especificamente, às seguintes famílias: Picornaviridae, Hepadnaviridae, Flaviviridae, Deltaviridae e Hepeviridae.¹¹

Especifica-se que a hepatite B é considerada suscetível aos indivíduos com perfil sorológico HBsAg, anti-HBc e anti-HBs negativos, concomitantemente. Define-se a imunidade adquirida naturalmente pela presença do anti-HBc e anti-HBs reagentes. Percebe-se que o anti-HBc pode ser o único indicador da imunidade natural detectável, pois, com o tempo, os níveis de anti-HBs podem se tornar indetectáveis. Salienta-se que a vacina contra a hepatite B induz a formação de anti-HBs isoladamente.¹¹

Constata-se que a hepatite C é suscetível aos indivíduos com perfil sorológico anti-HCV negativo. Aponta-se que o cliente infectado pelo vírus C apresenta a sorologia anti-HCV reagente por um período indefinido, porém, esse padrão não

Soroprevalência em testagem itinerante para...

distingue se houve a resolução da infecção ou se o mesmo se tornou portador crônico. Alerta-se que ainda não existe vacina para a hepatite C.¹¹

Afirma-se que, assim que o indivíduo entra em contato com o vírus, ele desenvolve a hepatite aguda assintomática ou sintomática. Entende-se que esse quadro agudo pode ocorrer na infecção por qualquer um dos vírus e possui os seus aspectos clínicos e virológicos limitados aos primeiros seis meses. Verifica-se que o período prodromico ou pré-ictérico ocorre após o período de incubação do agente etiológico e anteriormente ao aparecimento da icterícia. Descreve-se que os sintomas são inespecíficos: anorexia; náuseas; vômitos; diarreia ou, raramente, constipação; febre baixa; cefaleia; mal-estar; astenia e fadiga; aversão ao paladar ou olfato; mialgia; fotofobia; urticária; artralgia ou artrite e exantema papular ou maculopapular. Revela-se que, com o aparecimento da icterícia, há uma diminuição dos sintomas prodromicos. Observa-se que, na fase de convalescência, há o desaparecimento da icterícia. Constata-se que a recuperação completa ocorre após algumas semanas, mas a fraqueza e o cansaço podem persistir por vários meses.¹¹

Postula-se, que a hepatite B pode ser detectada por meio de testes rápidos ou laboratoriais. Identifica-se o HBsAg (antígeno de superfície do HBV) como o primeiro marcador da infecção, detectável em torno de 30 a 45 dias após a infecção, e pode permanecer detectável por até 120 dias nos casos de hepatite aguda. Caracteriza-se, se continuar por mais de seis meses, a infecção crônica. Compreende-se que o Anti-HBc IgM é um marcador de infecção recente que, geralmente, surge 30 dias após o aparecimento do HBsAg, e é encontrado no soro até 32 semanas após a infecção. Aponta-se que o Anti-HBc Total é a expressão que se refere a um teste capaz de detectar anticorpos anti-HBc das classes IgG e IgM. Confere-se imunidade ao HBV pelo Anti-HBs (anticorpos contra o antígeno de superfície do HBV) quando presente nos títulos adequados (pelo menos, 10UI/mL). Pontua-se que o seu surgimento, normalmente, está associado ao desaparecimento do HBsAg, atuando como um indicador de cura e imunidade, e está presente isoladamente em pessoas que tomaram a vacina contra o HBV. Define-se que o HBV DNA é o material genético do vírus. Corresponde-se a sua quantificação à carga viral circulante no indivíduo. Ressalta-se que, por ser um indicador direto da presença do vírus, pode ser usado como teste confirmatório no diagnóstico da infecção pelo HBV.¹¹

Pode-se detectar, em relação à hepatite C, o Anti-HCV (anticorpo contra o HCV) por meio do teste rápido ou teste sorológico laboratorial. Trata-se do marcador que indica o contato prévio

com o vírus. Identifica-se na infecção aguda ou crônica e no paciente curado, não diferenciando, portanto, a fase da doença. Registra-se que, após a infecção, esse marcador demora de oito a 12 semanas para ser detectado, mantendo-se reagente indefinidamente. Utiliza-se o HCV RNA (RNA do HCV) para comprovar a presença do vírus, e pode ser detectado entre uma a duas semanas após a infecção. Salienta-se que, quando não detectado, pode indicar a cura ou resposta sustentada ao tratamento.¹¹

Define-se a sífilis como uma infecção bacteriana sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*. Verifica-se que, quando não tratada, progride ao longo de muitos anos, sendo classificada como sífilis primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária. Considera-se o *T. pallidum* como uma bactéria gram-negativa, do grupo das espiroquetas, de alta patogenicidade.¹¹

Apura-se que o modo de transmissão pode ser sexual, vertical ou sanguíneo, sendo que a transmissão sexual é a principal. Reconhece-se que os sítios de inoculação do *T. pallidum* são, em geral, os órgãos genitais, podendo ocorrer, também, manifestações extragenitais (lábios, língua e áreas da pele com solução de continuidade). Aponta-se que a transmissão vertical pode ocorrer durante toda a gestação, resultando, muitas vezes, em graves danos para o feto ou para a criança. Observa-se que o período de incubação dura de dez a 90 dias e apresenta uma média de 21 dias a partir do contato sexual infectante.¹¹

Alerta-se que a transmissibilidade da sífilis adquirida requer a presença de lesões (cancro duro, condiloma plano, placas mucosas, lesões úmidas); em gestantes, a sífilis pode ser transmitida para o conceito (transmissão vertical) por via transplacentária, em qualquer fase da gestação, sendo a maior probabilidade de infecção na fase primária e a menor, na fase latente.¹²

Sabe-se que a doença pode ou não ter expressão clínica logo após a infecção, sendo importante que o profissional saiba conduzir a investigação laboratorial após a suspeita de risco de infecção pelo HIV. Considera-se imprescindível, além disso, conhecer os conceitos de janela epidemiológica e soroconversão.¹¹

Define-se a janela epidemiológica como o tempo decorrido entre a infecção e o aparecimento ou detecção de um marcador da infecção; a duração desse período depende do tipo do teste. Denomina-se soroconversão o período que denota o processo de desenvolvimento de anticorpos contra um patógeno específico.¹¹

Relata-se que o indicado, em média, para o período de janela imunológica, é de 30 dias, pois, nele, a maioria dos indivíduos apresentará resultados positivos nos conjuntos de testes

diagnósticos para a detecção da infecção pelo HIV. Postula-se que, em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta. Descreve-se que os objetivos do tratamento são melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevivência, pela redução da carga viral e reconstituição do sistema imunológico.¹¹

Entende-se que a sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano, causada pelo *T. pallidum*, uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905. Estabelece-se que todos os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos exames laboratoriais, que desempenham um papel fundamental no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento.¹²

Identifica-se a penicilina como um dos medicamentos que podem ser utilizados para o tratamento da sífilis. Devem-se seguir os pacientes em intervalos mais curtos, a cada 60 dias; no caso das gestantes, devem ser avaliadas mensalmente, com o teste não treponêmico, considerando a detecção da possível indicação de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica.¹²

Ressalta-se que a hepatite viral B é uma infecção de transmissão parenteral, predominantemente, pela via sexual. Reforça-se que a transmissão vertical também pode ocorrer, ocasionando uma evolução desfavorável, com maior chance de cronificação. Acrescenta-se que, diferentemente da hepatite viral A, as infecções causadas pelo HBV são habitualmente anictéricas em mais de dois terços das pessoas infectadas.¹²

Estima-se que aproximadamente 5% a 10% das pessoas infectadas se tornam portadoras crônicas do HBV (do inglês *Hepatitis B Virus*). Calcula-se que cerca de 20% a 25% dos casos crônicos de hepatite B que apresentam replicação do vírus evoluem para a doença hepática avançada. Nota-se que a infecção pelo HBV também é condição para o desenvolvimento da hepatite D, causada pelo vírus Delta.¹²

Revela-se que o HBV apresenta uma elevada infectividade e permanece viável durante um longo período quando fora do corpo (por exemplo, em uma gota de sangue). Recomenda-se a vacinação contra a hepatite B para todas as pessoas, independentemente da idade e/ou condições de vulnerabilidade (Nota Informativa nº 149/2015 - CGPNI/DEVIT/SVS/MS). Indica-se, para as áreas endêmicas, como a região Norte, a realização de sorologia para hepatite B prévia e a vacinação das pessoas suscetíveis.¹²

Afirma-se que, apesar da progressão da cobertura vacinal e do acesso ampliado às

orientações para a prevenção das IST's, ainda há um crescente número de diagnósticos de hepatite B, com aproximadamente dez mil novos casos detectados e notificados anualmente. Soma-se esse índice ao número expressivo de portadores já diagnosticados e em acompanhamento, elevando o impacto da doença no território brasileiro.¹²

Conhece-se a hepatite C como uma infecção de transmissão principalmente parenteral. Marca-se a história natural do HCV pela evolução silenciosa; muitas vezes, a doença é diagnosticada décadas após a infecção, e os sinais e sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas crônicas do fígado, manifestando-se apenas em fases mais avançadas. Compõe-se o tratamento para a hepatite C por medicamentos antivirais por um longo período de tempo, até que o corpo do paciente esteja totalmente livre do vírus.¹²

Calcula-se, que 20,9 milhões de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral até junho de 2017. Estima-se que 36,7 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com HIV em 2016. Registraram-se 1,8 milhão de novas infecções pelo HIV em 2016 e, nesse ano, um milhão de pessoas morreram por causas relacionadas à Aids. Aponta-se que 76,1 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia e, durante esse período, 35 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas à doença.⁹

Informa-se que, em 2016, havia 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV, incluindo 34,5 milhões de adultos, 17,8 milhões de mulheres (com 15 anos ou mais) e 2,1 milhões de crianças menores de 15 anos.⁹

Verifica-se que, em junho de 2017, 20,9 milhões de pessoas vivendo com HIV tinham acesso à terapia antirretroviral; em 2015, eram 17,1 milhões e, em 2010, eram 7,7 milhões. Nota-se que, em 2016, cerca de 53% de todas as pessoas vivendo com HIV tiveram acesso ao tratamento e que cerca de 54% dos adultos com 15 anos ou mais vivendo com HIV tiveram acesso ao tratamento, mas apenas 43% das crianças de zero a 14 anos tiveram acesso. Acrescenta-se que, em 2016, cerca de 76% das mulheres grávidas vivendo com HIV tinham acesso a medicamentos antirretrovirais para prevenir a transmissão do HIV para os seus bebês.⁹

Calcula-se que, em todo o mundo, 1,8 milhão de pessoas foram infectadas pelo HIV em 2016. Ressalta-se que, desde 2010, as novas infecções por HIV entre os adultos caíram cerca de 11%, de 1,9 milhão para 1,7 milhão, em 2016. Reduziram-se as novas infecções por HIV entre crianças em 47% desde 2010, de 300 mil, para 160 mil, em 2016.⁹

Estima-se que as mortes por causas relacionadas à Aids caíram 48% desde o pico em 2005. Concluiu-se que, em 2016, um milhão de pessoas morreram por causas relacionadas à Aids

em todo o mundo, em comparação a 1,9 milhão, em 2005, e 1,5 milhão, em 2010.⁹

Sabe-se que, na América Latina, em 2016, havia 1,8 milhão de pessoas vivendo com HIV. Registraram-se, em 2016, 97 mil novas infecções por HIV na região. Salienta-se que o número de novas infecções por HIV não variou entre 2010 e 2016. Apura-se que, na América Latina, 36 mil pessoas morreram de causas relacionadas à Aids, em 2016. Percebe-se que, entre 2010 e 2016, o número de mortes relacionadas à Aids na região caiu 12%. Afirma-se que a cobertura do tratamento em 2016 foi de 58% entre todas as pessoas vivendo com HIV na América Latina. Detectaram-se 1.800 novas infecções por HIV entre crianças na América Latina, em 2016.⁹

Avalia-se que, atualmente, que se vive um momento de grandes expectativas, em que diversos estudos têm apresentado evidências científicas de que a chance de qualquer pessoa HIV positiva, com carga viral indetectável, transmitir o vírus a um parceiro sexual é "cientificamente equivalente a zero". Realizou-se, um estudo prospectivo e observacional, multicêntrico, em 14 países europeus, que envolveu 1166 casais soropositivos para o HIV, em casais heterossexuais e HSH (homens que fazem sexo com homens) sorodiferentes, realizando relações sexuais sem o uso de preservativo e com o parceiro HIV positivo usando terapia antirretroviral (ART) supressiva duradoura. Esclarece-se que a supressão viral duradoura significa não ter o vírus no sistema por vários meses, com a adesão adequada ao uso dos medicamentos. Objetivou-se avaliar a taxa de transmissão do HIV nestes casais. Matricularam-se 1166 casais, que tiveram 1238 anos de acompanhamento elegíveis (acompanhamento mediano de 1,3 anos por casal). Apura-se que, neste período de seguimento, não houve casos documentados de transmissão intraparental do HIV com um limite superior de confiança de 95% de 0,30 por 100 pares-anos de acompanhamento. Acrescenta-se que não houve nenhum caso de transmissão do HIV dentro dos casais que praticaram 58 mil atos de sexo sem camisinha. Mostra-se, portanto, pelo estudo *Partner*, uma estimativa de risco zero da transmissão do HIV, quando o parceiro soropositivo tem a carga viral indetectável; no entanto, os limites de confiança de 95% sugerem que, com os anos elegíveis acumulados até o momento, os níveis apreciáveis de risco não podem ser excluídos, particularmente, para o sexo anal e quando considerados sob a perspectiva de um risco cumulativo ao longo de vários anos. Sugere-se que um acompanhamento adicional em longo prazo é necessário para fornecer estimativas mais precisas de risco.¹³

Demonstrou-se, em outro estudo, como o ensaio da Rede de Ensaio de Prevenção do HIV (HPTN) 052, que a terapia antirretroviral (ART) previne mais de 96% das infecções geneticamente ligadas causadas pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) em casais sorodiscordantes. Conclui-se, portanto, que o tratamento bem-sucedido do HIV é uma ferramenta altamente eficaz para a prevenção da transmissão sexual do vírus.¹⁴

Lançou-se, no início de 2016, o slogan *Undetectable = Untransmissable* (U = U), pela *Prevention Access Campaign*, para promover a descoberta de que pessoas infectadas com o HIV suprimido não podem transmitir sexualmente o vírus para outras pessoas. Aceita-se esta ideia, agora, na comunidade de HIV/Aids, como resultado do acúmulo de evidências desde o início dos anos 2000. Endossou-se a campanha por mais de 400 organizações de 60 países diferentes desde o seu lançamento. Verifica-se que o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos aderiu ao movimento em uma carta divulgada no Dia Nacional de Conscientização sobre HIV/Aids para gays, enfatizando o fato de que o tratamento do HIV avançou e as PVHIV têm a possibilidade de viver vidas longas e saudáveis, com chance zero de transmitir sexualmente o vírus a outras pessoas, se fizerem um tratamento efetivo. Avalia-se que a campanha U = U é simples, mas extremamente importante e baseada em uma base sólida de evidências científicas. Defende-se que ela, certamente, encorajará cada vez mais pessoas com HIV a procurar tratamento, podendo colaborar com o combate ao estigma e que, também, poderia ter um impacto positivo na saúde pública, bem como nos indivíduos.¹⁵

Ressalta-se, contudo, que somente com a realização do diagnóstico será possível às PVHIV iniciar o seu tratamento de forma precoce.

Decidiu-se, considerando o CTA Itinerante ou a unidade móvel de saúde como uma estratégia eficaz para a identificação de casos novos de HIV, sífilis e hepatites B e C, por realizar um estudo com o objetivo de identificar a soroprevalência de sífilis, HIV e hepatites B e C nos atendimentos do CTA Itinerante do Ambulatório Escola (AMBES), realizados durante o ano de 2017.

OBJETIVO

- Identificar a soroprevalência de sífilis, HIV e hepatites B e C nos atendimentos do CTA Itinerante do Ambulatório Escola (AMBES).

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo.¹⁶⁻⁷ Escolheu-se, quanto aos meios de pesquisa, o método documental. Utilizaram-se, nesta categoria, dados arquivados em um banco de dados do AMBES.

Considera-se o AMBES um centro de referência regional em prevenção e tratamento de IST, HIV/Aids e hepatites virais de um município do Estado de Minas Gerais.

Pontua-se que o centro possui uma equipe multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos infectologistas, técnicos de Enfermagem, psicólogo, assistente social, farmacêutico, nutricionistas, bem como acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Medicina, Biomedicina, Serviço Social e Nutrição.

Salienta-se que o serviço possui o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e a Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM). Sabe-se que o CTA atende, por demanda espontânea, toda a população para a realização de testes rápidos de Anti-HIV (Aids), Anti-HCV (hepatite C), HBsAg (hepatite B) e sífilis, incluindo a coleta venosa para outros exames complementares e a distribuição gratuita de preservativos. Realizam-se campanhas com CTA Itinerantes e educação em saúde nas escolas, empresas, presídios, etc.

Acrescenta-se que o AMBES também realiza testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C em todas as pessoas que foram expostas a uma situação de risco a material biológico, profilaxia pós-exposição de risco (PEP), tais como acidentes ocupacionais ou não ocupacionais, relação sexual desprotegida ou violência sexual, realizando o seu acompanhamento clínico laboratorial. Efetua-se, atualmente, também, a profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP).

Informa-se que, no SAE, para pacientes com sorologia positiva para HIV e/ou IST, o ambulatório oferece consultas médicas especializadas, todos os tipos de exames necessários e o acompanhamento do tratamento, atuando, também, como um campo de ensino, pesquisa e extensão, onde estes acadêmicos aperfeiçoam as práticas, contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Usaram-se, no estudo realizado, dados do banco de dados do AMBES, sendo um registro de 1125 sujeitos usuários do serviço de CTA Itinerante no ano de 2017. Destaca-se que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos, utilizou dados de domínio público e de acesso irrestrito, sem identificação dos indivíduos, portanto, dispensando a apreciação por parte do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

Consideraram-se como critérios de inclusão os usuários registrados no banco de dados do CTA Itinerante no ano de 2017 e, como critérios de exclusão, os usuários não registrados.

Objetivou-se identificar a soroprevalência de sífilis, HIV e hepatites B e C de pessoas atendidas no CTA Itinerante do AMBES e caracterizar estes pacientes.

Pontua-se que o banco de dados se apresentava disposto por CTA Itinerantes mensais realizados

nas campanhas de datas comemorativas, como Carnaval, Dia da Luta Contra as Hepatites, Dia Mundial da Luta Contra a Aids e, também, em empresas e instituições que solicitaram a testagem da sua equipe.

Compilaram-se as diversas planilhas, referentes aos meses de janeiro a dezembro de 2017, que contemplavam todos os sujeitos testados em CTA Itinerantes, em uma única planilha, para a consolidação dos dados obtidos. Dispuseram-se,

posteriormente, em tabelas e gráficos, por meio do programa *Microsoft Excel*, para a apresentação dos resultados. Analisaram-se os dados por meio de estatística descritiva simples e apresentaram-se em valores absolutos e percentuais, com o propósito de avaliar e discutir os resultados finais.

RESULTADOS

Mostrou-se, pelos coletados no CTA Itinerante do AMBES, no ano de 2017 nas tabelas a seguir:

Tabela 1. Incidência de resultados de HIV positivos no CTA Itinerante do AMBES. Passos (MG), Brasil, 2017.

Mês	Nº testado	HIV	%
Janeiro	0	0	0,00
Fevereiro	57	0	0,00
Março	0	0	0,00
Abril	0	0	0,00
Maio	122	1	0,82
Junho	50	2	4,00
Julho	195	0	0,00
Agosto	228	2	0,88
Setembro	122	0	0,00
Outubro	182	0	0,00
Novembro	169	0	0,00
Dezembro	0	0	0,00
Total	1125	5	0,44

Tabela 2. Incidência de resultados de hepatite B positivos no CTA Itinerante do AMBES. Passos (MG), Brasil, 2017.

Mês	Nº testado	Hep B	%
Janeiro	0	0	0.00
Fevereiro	57	0	0.00
Março	0	0	0.00
Abril	0	0	0.00
Maio	122	0	0.00
Junho	50	0	0.00
Julho	195	0	0.00
Agosto	228	2	0.88
Setembro	122	1	0.82
Outubro	182	1	0.55
Novembro	169	0	0.00
Dezembro	0	0	0.00
Total	1125	4	0.36

Tabela 3. Incidência de resultados de hepatite C positivos no CTA Itinerante do AMBES. Passos (MG), Brasil, 2017.

Mês	Nº testado	Hep C	%
Janeiro	0	0	0.00
Fevereiro	57	0	0.00
Março	0	0	0.00
Abril	0	0	0.00
Maio	122	0	0.00
Junho	50	0	0.00
Julho	195	2	1.03
Agosto	228	4	1.75
Setembro	122	0	0.00
Outubro	182	0	0.00
Novembro	169	1	0.59
Dezembro	0	0	0.00
Total	1125	7	0.62

Tabela 4. Incidência de resultados de sífilis positivos no CTA Itinerante do AMBES. Passos (MG), Brasil, 2017.

Mês	Nº testado	Sífilis	%
Janeiro	0	0	0.00
Fevereiro	57	4	7.02
Março	0	0	0.00
Abril	0	0	0.00
Mai	122	6	4.92
Junho	50	1	2.00
Julho	195	6	3.08
Agosto	228	13	5.70
Setembro	122	3	2.46
Outubro	182	15	8.24
Novembro	169	15	8.88
Dezembro	0	0	0.00
Total	1125	63	5.60

Tabela 5. Incidência de resultados de positivos no CTA Itinerante do AMBES. Passos (MG), Brasil, 2017.

Mês	Nº testado	Total Positivo	%
Janeiro	0	0	0.00
Fevereiro	57	4	7.02
Março	0	0	0.00
Abril	0	0	0.00
Mai	122	7	5.74
Junho	50	3	6.00
Julho	195	8	4.10
Agosto	228	21	9.21
Setembro	122	4	3.28
Outubro	182	16	8.79
Novembro	169	16	9.47
Dezembro	0	0	0.00
Total	1125	79	7.02

Registrou-se um total de 79 (7,02%) casos confirmados entre 1125 pessoas testadas no ano de 2017 no CTA Itinerante.

DISCUSSÃO

Constatou-se, ao se verificar a soroprevalência do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatite B (VHB), em gestantes do noroeste paranaense, a partir dos resultados de exames sorológicos de triagem no pré-natal de 1.534 pacientes atendidas durante o primeiro semestre de 2010, que a positividade para o HIV foi de 0,3% e a sorologia para VHB, pelo marcador HBsAg, foi positiva em 0,5% das gestantes.¹⁸ Apresentou-se, nesta pesquisa, uma soroprevalência para HIV de 0,44% e, para hepatite B, de 0,36%, portanto, em maior número de casos positivos de HIV e menor número de casos de hepatite B.

Sabe-se que, no período entre 2007 e 2011, o Centro de Testagem e Aconselhamento do Centro de Referência Municipal em IST/HIV/Aids de Feira de Santana registrou um total de 20.332 atendimentos, dos quais 558 (2,7%) apresentaram soropositividade para o HIV, sendo 321 do sexo masculino e 237, do sexo feminino.¹⁹ Mostrou-se, conforme previsto, o número de testes positivos no serviço de referência bem superior aos identificados no CTA Itinerante, pois são realizados na prática diária, em número de testagens bem superior e, também, por indivíduos que buscam o serviço por livre demanda, presumidamente, por terem realizado algum tipo

de exposição de risco. Propicia-se, contudo, pelo CTA Itinerante, a busca de uma clientela diferente, aquela que não comparece ao serviço de referência por livre e espontânea vontade, portanto, possibilitando a ampliação do diagnóstico.

Encontraram-se, em um estudo que realizou a triagem clínica e sorológica de 6139 doadores de sangue do Hemocentro Regional de Cruz Alta, com o objetivo de verificar a soroprevalência de doenças infecciosas nos doadores de sangue, no período de janeiro de 2013 a junho de 2014, os seguintes resultados: 280 (4,56%) foram considerados inaptos por apresentar algum marcador sorológico positivo. Conclui-se que os resultados apontam para a importância da triagem sorológica a fim de se garantir a segurança transfusional e se evitar a infecção de indivíduos que necessitam de transfusões sanguíneas.²⁰

Recrutaram-se, em um estudo com o objetivo de descrever comportamentos de risco e prevalências de HIV e sífilis em uma população de homens que fazem sexo com homens (HSH) em Belo Horizonte (MG), 274 HSH. Relata-se que os participantes eram, principalmente, indivíduos jovens, com alta escolaridade, das classes sociais A/B, que se autorreferiram gays ou homossexuais e tinham alta proporção do uso irregular de preservativos. Registra-se que as prevalências ponderadas da infecção pelo HIV e de sífilis foram, respectivamente, 10,3% e 13,9%, corroborando a premissa de que a epidemia do HIV no Brasil se

Moura JP de, Ferreira ASAS.

caracteriza como concentrada em populações-chave, incluindo homens que fazem sexo com homens (HSH).²¹

Aponta-se que, ao se analisar a prevalência e o perfil de vulnerabilidade ao HIV de 1.405 moradores de rua usuários de instituições de acolhimento de São Paulo (SP), de 2006 a 2007, a prevalência do HIV foi de 4,9% (17,4% dos quais apresentaram, também, sorologia positiva para sífilis).²² Destaca-se que, para esta população, o resultado se mostrou bem superior ao obtido neste estudo.

CONCLUSÃO

Apresentou-se, no CTA Itinerante realizado pelo AMBES no ano de 2017, para a detecção de HIV, hepatites B e C e sífilis, durante campanhas em datas comemorativas, como Carnaval, Dia da Luta Contra as Hepatites, Dia Mundial da Aids e por solicitação de empresas, uma soroprevalência total de 79 (7,02%) casos confirmados das doenças testadas, sendo elas: HIV; sífilis e hepatites B e C. Calcularam-se cinco (0,44%) casos positivos para HIV, quatro (0,36%), para hepatite B, sete (0,62%), de hepatite C e 63 (5,60%), para sífilis.

Reporta-se a alta prevalência de sorologias positivas, principalmente, para sífilis, que apresentou um número bem mais elevado, demonstrando a situação de reemergência desta doença.

Conclui-se, de acordo com os dados do estudo, que as infecções sexualmente transmissíveis estão presentes na população em geral e que o CTA Itinerante pode contribuir para identificar novos casos e, conseqüentemente, para que sejam encaminhados para o tratamento o mais precocemente possível, propiciando benefícios pessoais e de saúde pública e levando a um prognóstico favorável.

Avalia-se, também, com base nos estudos apresentados, que uma pessoa vivendo com HIV, que tenha a carga viral suprimida de forma sustentada, não apresenta risco de transmissão do HIV. Defende-se que este conhecimento tem o potencial para alterar as percepções negativas em torno da doença, colaborando, assim, para a minimização do estigma relativo ao vírus. Entende-se que, quanto mais PVHIV tiverem o diagnóstico realizado, fizerem o tratamento adequadamente e apresentarem a sua carga viral indetectável, mais perto se chegará do fim da epidemia.

REFERÊNCIAS

1. Souza V, Czeresnia D, Natividade C. Counseling for HIV prevention: the view of users at a testing center. *Cad Saúde Pública*. 2008 July; 24(7):1536-44. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700008>

Soroprevalência em testagem itinerante para...

2. Santos SS, Ramos CMO, Leite JL, Lima SBS. A enfermagem em um centro de testagem e aconselhamento. In: 61 Congresso Nacional de Enfermagem, 2009. Anais do 61 Congresso Nacional de Enfermagem, Centro de Convenções do Ceará. [Internet]. Fortaleza: CBEN; 2009 Dec [cited 2018 Aug 8]. p. 130-3. Available from: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00016.pdf

3. Santos OP, Souza MR, Borges CJ, Noll M, Lima FC, Barros PS. Hepatitis B and C and Syphilis: prevalence and characteristics associated to coinfection among seropositive individuals. *Cogitare Enferm*. 2017;22(3):51693. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51693>

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2018 June 2018]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>

5. Araújo MAL, Rocha AFB, Cavalcante GF, Moura HJ, Galvão MTG, Lopes ACUM. Sexually transmitted diseases in primary health care unit in Northeastern Brazil. *Cad Saúde Coletiva*. 2015 Oct/Dec; 23(4):347-53. Doi: [10.1590/1414-462X201500040051](https://doi.org/10.1590/1414-462X201500040051)

6. São Paulo (Estado), Secretaria de Estado da Saúde, Coordenação do Programa Estadual DST/AIDS-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças. Guidelines for Voluntary Counseling and Testing Centers (VCT) in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2018 June 15];43(2):383-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/IT-SES.pdf>

7. Moraes J, Moraes JT, Nascimento RLF. Strategic planning and implementation of rapid testing for HIV, syphilis and viral hepatitis in the capital of a Brazilian state: Experience report. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2016 Jan/Mar [cited 2018 Aug 10];29(1):139-44. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4146/pdf>

8. UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. 90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2015 [cited 2018 Sept 15]. Available from: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf

9. UNAIDS. Relatório do UNAIDS é 'ponto de referência vital' para monitorar progressos na resposta ao HIV. *The Lancet*. 2017

Moura JP de, Ferreira ASAS.

July;390(10092):333. Doi:

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31920-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31920-7)

10. Vilela MP, Brito TRP, Goyatá SLT, Arantes CIS. Epidemiological profile of the clientele in HIV Testing and Counseling Center in Alfenas, Minas Gerais. Rev eletrônica enferm. 2010 Apr/June;12(2):326-30. Doi:

<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5200>.

11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços Guia de Vigilância em Saúde: volume único [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 June 15]. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>

12. Ministério da Saúde (BR), Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT): atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2018 July 15]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf

13. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-Positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. JAMA. 2016 July;316(2):171-81. Doi: [10.1001/jama.2016.5148](https://doi.org/10.1001/jama.2016.5148).

14. Cohen MS, Chen YQ, Marybeth M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. N Engl J Med. 2016 Sept; 375(9): 830-9. Doi: [10.1056/NEJMoa1600693](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1600693)

15. Editorial. U=U taking off in 2017. Lancet HIV. 2017 Nov;4(11):PE475. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30183-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30183-2)

16. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999.

17. Kirk J, Miller ML. Reliability and validity in qualitative research. London: Sage; 1986.

18. Ferezin RI, Bertolini DA, Demarchi IG. Prevalence of positive serology for HIV, hepatitis B, toxoplasmosis and rubella in pregnant women from the northwestern region of the state of Paraná. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013 Jan/Feb; 35(2):66-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000200005>

19. Pereira BS, Amaral MTRA, Costa HS, Silva CAL, Sampaio VS. Factors associated with HIV/AIDS infection among adolescents and young adults enrolled in a Counseling and Testing Center in the State of Bahia Brazil, Ciênc Saúde Coletiva. 2014 Mar;19(3):747-58. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.16042013>

Seroprevalência em testagem itinerante para...

20. Martins APB, Silva B, Molin DBD, Mendes GA. Seroprevalence of infectious diseases in blood donors at the Blood Center of Cruz Alta-Rio Grande do Sul. Clin Biomed Res. 2015;35(4):211-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.58832>

21. Guimarães MDC, Ceccato MGB, Gomes RRFM, Rocha G, Camelo L, Carmo RA, et al. Vulnerability and factors associated with HIV and syphilis among men who have sex with men, Belo Horizonte, MG. 2013 Jan; 23(4):412-26. Doi: [10.5935/2238-3182.20130067](https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130067)

22. Grangeiro A, Holcman MM, Onaga ET, Alencar HDR, Placco ALN, Teixeira PR. Prevalence and vulnerability of homeless people to HIV infection in São Paulo, Brazil. Brasil. Rev Saúde Pública. 2012 Aug;46(4):674-84. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000037>

Submissão: 12/02/2018

Aceito: 21/05/2019

Publicado: 07/06/2019

Correspondência

Josely Pinto de Moura

E-mail: josely.moura@uemg.br



Todo conteúdo desse artigo foi licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)