

PAULA JAYME DE ARAUJO

Estudo das características relacionadas à falha no
retorno para aconselhamento pós-teste e entrega de
resultado de HIV no Centro de Testagem e
Aconselhamento Betinho

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Heráclito Barbosa de
Carvalho

São Paulo

2006

À minha avó Marina, que partiu aos 95 anos, e sempre insistiu muito para que eu aprendesse Inglês, além de ter me ensinado o verdadeiro significado da fé.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e minha irmã, que nunca me negaram conhecimento, e sempre me proporcionaram meios para que eu pudesse viver e aprender cada vez mais.

Ao meu noivo, que entrou na minha vida após o início deste mestrado, e acabou se envolvendo tanto quanto eu; agradeço o apoio incondicional e a compreensão por ter suportado os momentos em que não pude lhe dar a devida atenção.

Ao Dr. Fábio Mesquita, que sugeriu o tema, e me proporcionou oportunidades na vida que resultaram neste estudo.

Ao Prof. Dr. Arthur Reingold da Universidade de Berkeley, Califórnia, que me recebeu em sua universidade e onde dei meus primeiros passos no estudo da Epidemiologia.

Ao meu orientador e amigo Prof. Dr. Heráclito Barbosa de Carvalho, que, estando comigo em Berkeley, ajudou-me a delinear este estudo e com quem pude concluí-lo; agradeço sua paciência, sua presteza e sua orientação.

Aos professores do Departamento de Medicina Preventiva da USP, que contribuíram na minha formação para este mestrado.

À Ilham El Maerrawi, Coordenadora do Programa de DST e Aids de São Vicente, que entendeu a importância do mestrado e me apoiou para que eu pudesse concluir este processo.

À equipe do CTA-Betinho, que fez parte deste estudo de várias maneiras, inclusive me ajudando a refletir o tema e suportando minhas ausências para aulas e orientações.

A Alessandro Barros, do Programa Nacional de DST e Aids, pela preciosa contribuição para que eu pudesse acessar o banco de dados do SI-CTA.

À Denise Serafim, do Programa Nacional de DST e Aids, pelas informações referentes aos CTA do Brasil.

A Renato Caires, pelo apoio na pesquisa virtual.

Aos meus colegas de mestrado que me socorreram em momentos de aflição.

Aos funcionários do departamento de Medicina Preventiva da USP, pelo apoio.

A todos com quem cometi injustiça, não citando nestes agradecimentos, mas que se sentiram parte deste processo em algum momento.

As ações de aconselhamento realizadas no âmbito dos CTA constituem a possibilidade de transformar o cidadão em sujeito de sua própria saúde e doença. Permite que ele passe a integrar, na sua experiência pessoal, as informações sobre aids e prevenção, e que encontre alternativas pessoais e coletivas para o enfrentamento das questões propostas pela epidemia.

SUMÁRIO

Lista de figuras

Lista de tabelas

Lista de abreviaturas e siglas

Lista de símbolos

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA	16
2.1 Falha no retorno segundo locais em que o teste de HIV foi realizado	16
2.2 Falha no retorno segundo características sócio-demográficas	18
2.3 Falha no retorno segundo resultado do teste de HIV	20
2.4 Falha no retorno segundo risco percebido e aferido para o HIV	21
2.5 Falha no retorno segundo exposição de risco para HIV	22
2.6 Falha no retorno segundo características relacionadas à testagem	23
2.7 Falha no retorno segundo doenças sexualmente transmissíveis	26
2.8 Falha no retorno segundo fatores psico-sociais	26
2.9 Falha no retorno segundo perfil da população	28
2.10 Falha no retorno segundo tempo de espera do resultado de HIV	29
3 OBJETIVO DO ESTUDO	31
3.1 Objetivo geral.	31
3.2 Objetivos específicos.....	31
4 MÉTODO.	32
4.1 População do estudo.....	32

4.2 Critérios de inclusão.....	32
4.3 Critérios de exclusão.....	32
4.4 Instrumento e coleta de dados	33
4.5 Protocolo utilizado na coleta de dados.....	34
4.6 Análise dos dados.....	34
5 RESULTADOS.....	39
6 DISCUSSÃO	52
6.1 Origem do cliente	52
6.2 Tipo de orientação.....	53
6.3 Primeiro teste no CTA	54
6.4 Faixa etária.....	55
6.5 CTA-Itinerante	57
6.6 Tempo de espera do resultado.....	60
6.7 Resultado do HIV	64
6.8 Considerações finais	67
6.9 Limitações do estudo.....	69
7 CONCLUSÃO.....	73
8 ANEXOS	76
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma para realização da testagem no CTA-Betinho. São Vicente, 2006.....	10
---	----

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1: Perfil do pacientes que realizaram coleta para testagem de HV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho segundo características individuais (sócio-demográficas) no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.....40
- Tabela 2: Características relacionadas à testagem encontradas em pacientes que realizaram coleta para testagem de HV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.....41
- Tabela 3: Análise bivariada de características individuais (sócio-demográficas) e falha no retorno (FNR) em pacientes que realizaram coleta para testagem de HV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.....43
- Tabela 4: Análise bivariada de faixa etária adolescente e falha no retorno (FNR) em pacientes que realizaram coleta para testagem de HV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.....44
- Tabela 5: Análise bivariada de características relacionadas à testagem e falha no retorno (FNR) em pacientes que realizaram coleta para testagem de HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.....45
- Tabela 6: Mediana de tempo de espera do resultado de HIV e avaliação da diferença de postos de Wilcoxon para pacientes que retornaram para pegar resultado e para os que falharam no retorno no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.....46
- Tabela 7: Análise bivariada de tempo de espera de resultado de HIV e falha no retorno (FNR) em pacientes que realizaram coleta para testagem no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.....47
- Tabela 8: Análise bivariada de tempo de espera por período e falha no retorno (FNR) em pacientes que realizaram coleta para testagem no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.....48
- Tabela 9: Resultado do teste de HIV em pacientes que realizaram coleta para testagem no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.....48

Tabela 10: Análise bivariada de resultado do teste de HIV e falha no retorno (FNR) em pacientes que realizaram coleta para testagem no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.....	49
Tabela 11: Análise multivariada por regressão logística das variáveis independentes associadas à falha no retorno (FNR) em pacientes (n=2732) que realizaram coleta para testagem do HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome de imunodeficiência adquirida
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DIR	Divisão Regional de Saúde
DST	Doença sexualmente transmissível
FNR	Falha no retorno
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papiloma vírus humano
HSH	Homem que faz sexo com homem
IC	Intervalo de confiança
MS	Ministério da Saúde
OR	<i>Odds ratio</i>
REF	Referência
SERV	Serviço
SI-CTA	Sistema de informações dos Centros de Testagem e Aconselhamento
UDI	Usuário de droga injetável

LISTA DE SÍMBOLOS

χ^2

chi quadrado

χ^2_t

chi quadrado de tendência

RESUMO

ARAÚJO PJ. Estudo das características relacionadas à falha no retorno para aconselhamento pós-teste e entrega de resultado de HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006. 109 p.

Introdução: Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) disponibilizam a testagem sorológica para o HIV, tendo como diferencial o aconselhamento, onde se pode trabalhar junto ao paciente as questões de vulnerabilidade individual e social que o expõe à infecção pelo HIV. Porém, alguns pacientes que realizam a testagem falham no retorno para o aconselhamento pós-teste e a entrega do resultado.

Objetivo: Investigar a associação entre falha no retorno (FNR) e características individuais, de testagem, tempo de espera do resultado e resultado do HIV.

Metodologia: Foi realizado um estudo observacional transversal com pacientes que fizeram a testagem sorológica para o HIV no CTA Betinho da cidade de São Vicente, São Paulo, entre janeiro de 2003 e dezembro de 2004. Os dados foram extraídos de um *software* criado pelo Ministério da Saúde, alimentado pelas informações obtidas no formulário de pré-teste preenchido pelo paciente. Utilizou-se o teste de *qui quadrado* para avaliar diferenças entre as variáveis categóricas, estabelecendo-se significância estatística de 5%, e a medida de associação *odds ratio*, com intervalo de confiança 95%. **Resultados:** Foram consideradas para estudo 2831 requisições. A FNR foi de 19,4% (n=548). Foram associadas a FNR: faixa etária ($\chi^2_t = 7,28$, $p=0,007$), faixa etária adolescente (OR=1,51, IC95%=1,19-1,92); origem do cliente (OR=1,41, IC95%=1,15-1,72); tipo de orientação (OR=1,86, IC95%=1,29-2,67); primeiro teste no CTA (OR=1,38, IC95%=1,04-1,83); CTA-Itinerante (OR=4,36, IC95%=3,33-5,71); tempo de espera do resultado ($\chi^2_t = 56,0$, $p<0,001$); tempo de espera do resultado maior que 30 dias (OR=1,31, IC95%=1,05-1,62); resultado HIV reagente (OR=3,18, IC95%=2,03-4,98). Após análise multivariada, permaneceram associadas à FNR: faixa etária adolescente (ORajustado=1,37, IC95%=1,05-1,79); CTA-Itinerante (ORajustado=5,27, IC95%=3,94-7,06); tempo de espera do resultado maior que 30 dias (ORajustado=1,86, IC95%=1,45-2,38); resultado HIV reagente (ORajustado=4,15, IC95%=2,67-6,46). **Discussão e Conclusão:** Aspectos relacionados à vulnerabilidade individual e social estariam contribuindo para FNR, principalmente em adolescentes e soropositivos. Procedimentos poderiam ser implantados em CTA para diminuir a FNR: busca consentida, ida a campo para entrega dos resultados, avaliação do CTA e valorização do aconselhamento pré-teste. A implantação de diagnóstico por teste rápido dependeria de maiores cuidados relacionados a questões do paciente e do serviço e à validação do teste. A FNR foi associada a: faixa etária, faixa etária adolescente, origem do cliente, tipo de orientação, primeiro teste no CTA, CTA-Itinerante, tempo de espera do resultado, tempo de espera maior que 30 dias, resultado HIV reagente. Estes resultados condizem com os obtidos na literatura internacional.

Descritores: 1. Aconselhamento; 2. HIV; 3. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; 4. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde

SUMMARY

ARAÚJO PJ. A study of the characteristics associated to failure to return for posttest counseling and HIV test result delivery at the HIV Counseling and Testing Center Betinho. [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2006. 109 p.

Introduction: The HIV Counseling and Testing Centers offer the HIV test and include counseling in their procedures. Social and individual vulnerability exposing the patients to HIV infection can be discussed during counseling. However, some of the patients who get tested fail to return for the posttest counseling and HIV test result delivery. **Objective:** The purpose of this study is to investigate the relation between the failure to return (FTR) and individual characteristics, test procedures, waiting period for the result and HIV test result. **Methods:** A cross-sectional study was conducted. Patients who got tested for HIV during the years of 2003 and 2004 at the HIV Counseling and Testing Center Betinho (CTA), in the city of São Vicente, State of São Paulo, were selected. Data was obtained from the pretest questionnaire answered by all patients and compiled in software created by the Ministry of Health. To analyze differences between category variables, chi-square was performed and evaluated at the $p=0.05$ level. Odds ratios with 95% confidence intervals were calculated as association measure. **Results:** This study analyzed 2,831 requests for testing. FTR during the study period was 19.4% ($n=548$). Variables associated to FTR were as follows: age ($\chi^2_t = 7.28$, $p=0.007$); teenagers (OR=1.51, CI95%=1.19-1.92); patient's reference (OR=1.41, CI95%=1.15-1.72); kind of pretest counseling (OR=1.86, CI95%=1.29-2.67); first HIV test at the CTA (OR=1.38, CI95%=1.04-1.83); Itinerant CTA (OR=4.36, CI95%=3.33-5.71); waiting period for the result ($\chi^2_t = 56.0$, $p<0.0001$); waiting period for the result of more than 30 days (OR=1.31, CI95%=1.05-1.62); HIV positive test result (OR=3.18, CI95%=2.03-4.98). After logistic regression, the following variables remained associated to FTR: teenagers (adjustedOR=1.37, CI95%=1.05-1.79); Itinerant CTA (adjustedOR=5.28, CI95%=3.94-7.06); waiting period for the result of more than 30 days (adjustedOR=1.86, CI95%=1.45-2.38); HIV positive test result (adjustedOR=4.15, CI95%=2.67-6.46). **Discussion and Conclusion:** FTR could be explained by some issues related to social and individual vulnerability, especially in the case of teenagers and HIV seropositives. Some procedures could be implemented to minimize FTR, such as consenting contact for delivery of results, field delivery of results, CTA procedures valuation and pretest counseling importance. The implementation of rapid test as diagnosis would demand more caution related to the patient and the test validation. FTR was associated to age, teenagers, patient's reference, kind of pretest counseling, first HIV test at the CTA, Itinerant CTA, waiting period for the result, waiting period for the result of more than 30 days, HIV positive test result. These results corroborate international studies.

Descriptors: 1. Counseling; 2. HIV; 3. Acquired Immunodeficiency Syndrome; 4. Health Knowledge Attitudes Practice

1 Introdução:

É fato que a epidemia da aids tem influenciado as questões de saúde das últimas décadas. No Brasil, desde seu surgimento, profissionais, comunidades, organizações governamentais e da sociedade civil, dentre outros, mobilizam-se para controlar a transmissão do vírus, conscientizando sobre suas formas de prevenção (Ministério da Saúde - MS, 1998).

Como referência teórica para as práticas da prevenção do vírus da imunodeficiência humana (HIV), hoje em dia, tem-se utilizado cada vez mais o conceito de “vulnerabilidade” (Mann,1992) em vez do conceito de “comportamento de risco”, que parecia limitar o entendimento da dinâmica da prevenção. Resumidamente, nessa primeira abordagem, não se responsabiliza apenas o sujeito pela sua capacidade de proteger-se da epidemia, como se preconiza no conceito de comportamento de risco, mas é preciso levar em conta as condições sociais, culturais e de recursos institucionais em que esta pessoa se insere (Ayres, 2003).

Assim, a vulnerabilidade se divide em individual, social e programática. Segundo Ayres (2003), fazem parte do componente individual da vulnerabilidade: o acesso da pessoa à informação sobre o HIV, a aids e as doenças sexualmente transmissíveis (DST), a sua capacidade de elaboração e incorporação da mesma nas suas preocupações cotidianas e o interesse ou possibilidade de transformar tais preocupações em práticas seguras. Ainda segundo o mesmo autor, o componente social da vulnerabilidade abrangeria os aspectos descritos acima em sua dimensão social, incluindo o acesso à informação através dos meios de comunicação e de escolaridade, a possibilidade de enfrentar barreiras culturais e sociais (como questões de gênero, influência familiar ou de amigos), de lutar pelos direitos, de

influenciar em decisões políticas e de lutar para não ser discriminado. Em complemento a estas duas situações, viria o componente programático, que é a capacidade dos gestores (principalmente dos Programas de DST e Aids) em efetivamente se comprometerem a democratizar os recursos de saúde e sociais para que o indivíduo e/ou a comunidade possam fortalecer-se frente à epidemia, garantindo acesso a insumos de prevenção, diagnóstico, tratamento adequado, etc... (Ayres,2003). A interação dinâmica entre estes três fatores resultaria no “empoderamento” (*empowerment*) individual, que, segundo Mann (1992), é o oposto da vulnerabilidade individual. Cabe aqui ressaltar, também, que esta dinâmica pode variar de acordo com o momento histórico de uma sociedade ou país, ou ainda de acordo com a fase de vida pessoal, aumentando ou diminuindo a vulnerabilidade ao HIV (Mann, 1992).

Frente a este novo conceito, as práticas de prevenção em doenças sexualmente transmissíveis, aids e hepatites no Brasil têm procurado incorporar em suas atuações esta visão, priorizando atingir populações de maior vulnerabilidade, em campo ou em serviços de saúde (MS, 2002b).

Parceiros fundamentais nas atuações de prevenção são os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Propostos pelo Ministério da Saúde, foram concebidos com o intuito de oferecer uma testagem diferenciada para o HIV, pois, além de informar os meios de transmissão e prevenção do vírus do HIV e das DST, o paciente tem a oportunidade de participar de um aconselhamento. O aconselhamento é, portanto, a chave mestra deste serviço e o que, a princípio, faria a diferença na tentativa de controle da epidemia, uma vez que abriria espaço para escutar o paciente e trabalhar dinamicamente a possibilidade de atitudes de

prevenção para não infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, procurando interferir na vulnerabilidade individual (MS, 1999).

Além disto, após o advento dos anti-retrovirais, o diagnóstico precoce do HIV passa a ser outra meta a ser atingida uma vez que o tratamento diminui a morbidade e mortalidade da doença, ajuda a prevenir a transmissão vertical (MS,2002b), além de propiciar uma diminuição da carga viral e reduzir a chance na transmissão do vírus por via sexual (Higgins et al., 1991; Krieger et al., 1995; Cohen et al., 1997; Quinn et al., 2000). Portanto, o CTA, sendo local de primeira testagem de muitas pessoas, colabora na detecção de novos casos de HIV, referenciando ao tratamento, e, neste sentido, é um componente institucional que minimiza a vulnerabilidade programática.

De acordo com o Manual de “Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento”, editado pelo Ministério da Saúde, são objetivos dos CTA:

1. Expandir o acesso ao diagnóstico da infecção do HIV;
2. Contribuir para redução dos riscos de transmissão do HIV;
3. Estimular a adoção de práticas seguras;
4. Encaminhar as pessoas HIV positivas para os serviços de referência, auxiliando os usuários no processo de adesão aos tratamentos anti-retrovirais;
5. Absorver a demanda por testes sorológicos nos bancos de sangue;
6. Estimular o diagnóstico de parcerias sexuais;
7. Auxiliar os serviços de pré-natal para testagem sorológica de mulheres gestantes;
8. Levantar informações sobre DST/aids e uso indevido de drogas para grupos específicos (MS, 1999, p.10).

Quanto às normas de organização, os seguintes princípios regem os CTA:

1. Acessibilidade e gratuidade: serviços com localização acessível para a população em geral, de base gratuita, respondendo à demanda espontânea e encaminhada;
2. Anonimato flexível e confidencialidade: os testes podem ser realizados de forma anônima ou identificados. A confidencialidade é um princípio assegurado pelos códigos de ética profissionais;
3. Agilidade e resolutividade: encaminhamento interno rápido e redução no prazo para entrega de resultado;
4. Aconselhamento adequado e não-pontual: processo de escuta ativa, levando o sujeito à reflexão de sua história frente aos riscos de exposição à infecção pelo HIV/DST, com vistas à busca de alternativas para mudanças. A partir daí, o aconselhamento não se restringe mais aos atendimentos pontuais pré e pós-teste;

5. Referência e contra-referência: garantia de encaminhamento ao serviço de assistência especializada, oferecendo acesso ao tratamento e monitoramento da infecção pelo HIV. Uma rede de referência assistencial deverá dar suporte à demanda gerada;
6. Equipe Interdisciplinar: o CTA tem a missão de implementar um processo educativo fundado na prevenção, apoio emocional para comunicação do diagnóstico e manejo das questões situacionais, convergindo, assim, para a necessidade de compartilhamento dos diversos saberes profissionais para o enfrentamento do cotidiano da prática desenvolvida (Silva; Barros, 2004, p.22).

Vale aqui ressaltar que, no decurso dos anos de funcionamento dos CTA no Brasil, foram sendo incorporadas novas práticas, até então não preconizadas em seus primórdios, a saber: redução de danos (possibilidade de troca de seringa para usuários de droga injetável no serviço, assim como o aconselhamento de uso seguro de droga); possibilidade de atividades “extra-muro” (aqui incluindo a coordenação de projetos de redução de danos em campo, atividades de prevenção com populações vulneráveis nos bairros e nas comunidades, através de agentes de saúde e profissionais dos CTA); trabalhos específicos com populações vulneráveis no serviço (grupos homens que fazem sexo com homens-HSH, travestis, adolescentes, grupos de educação em pares, etc...); testagem para o HIV em locais fora do espaço físico do serviço, com aconselhamento pré-teste e coleta de sangue (CTA-Itinerante/Volante) (MS, 1999); centros de capacitação em aconselhamento em DST e aids para serviços de saúde, utilizando-se da experiência da equipe do CTA neste tipo de intervenção (MS 2005e) .

O primeiro CTA foi fundado em Porto Alegre em 1988. O Brasil, atualmente possui 303 CTA em funcionamento. A maioria encontra-se na região Sudeste (n=99), seguida da região Sul (n=56), Nordeste (n=53), Centro Oeste (n=49) e Norte (n=42). Só no estado de São Paulo, concentram-se 48 CTA (Serafim, 2004).

No ano de 2002, o Ministério lançou, em nível nacional, a campanha “Fique Sabendo” (MS,2002a), procurando estimular o diagnóstico precoce do HIV de

forma espontânea, a fim de aumentar a qualidade de vida das pessoas infectadas, resultando em acesso ao tratamento mais rápido e diminuição da transmissão vertical. Estima-se que há, no Brasil, 300 a 400 mil pessoas infectadas que não conhecem sua sorologia e que o diagnóstico costuma ser realizado de 4 a 5 anos após a infecção. A cada ano, são realizados 1.8 milhões de testes e o Ministério da Saúde, com esta campanha, tem como meta aumentar em 1,5 vezes o número de testagens (4,5 milhões por ano) (MS, 2002b)

Para que essas metas sejam atingidas, o Ministério conta com o trabalho dos CTA, que testam gratuitamente a população, e propõe a inserção do diagnóstico do HIV nas redes básicas de saúde, com o mesmo modelo do CTA de aconselhamento pré e pós-teste (MS, 2005e).

Outro ponto a ser lembrado é a mais nova conquista dos CTA: servir de referência também para a testagem de triagem das hepatites B e C. A Organização Mundial da Saúde estima que existam 325 milhões de portadores crônicos de hepatite B e 170 milhões de hepatite C no mundo (MS, 2005d). Respalhando-se na tecnologia de aconselhamento, o Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais do Ministério da Saúde tem capacitado as equipes do CTA e seus laboratórios de referência para incluir essa demanda, preocupados com essa outra epidemia silenciosa. Isso irá contribuir para o aumento da demanda do CTA e, indireta e voluntariamente, para a testagem do HIV e o conhecimento do diagnóstico sorológico de mais pessoas.

Atrelado a todas estas características, o CTA tem um importante papel na Vigilância Epidemiológica do HIV (Coordenação Nacional de DST e Aids, 2002). O serviço traça um perfil da epidemia mais atualizado do que o traçado pelas notificações compulsórias dos casos de aids, uma vez que estas últimas referem-se

apenas a casos de pessoas já sintomáticas. Tendo em vista a média de 10 a 15 anos entre a infecção do HIV e o adoecimento (excluindo-se os portadores do vírus em tratamento), os novos casos de HIV detectados nos CTA propiciam uma visão mais aproximada do perfil das pessoas que se contaminam, mesmo tendo em perspectiva o que já foi mencionado acima, de que a média para o diagnóstico é de 4 a 5 anos (MS, 2002b).

Com todas essas vantagens, os serviços de testagem e aconselhamento mereceram especial atenção dos gestores para a criação e implantação de um sistema informatizado de cadastro de pacientes, gerenciamento de serviço e acompanhamento do perfil dos seus usuários, por meio de relatórios sistemáticos. Semeado no Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba por sua equipe multidisciplinar (Almeida; Evangelista; Ferreira, 2004), serviu de base para a criação, pelo Ministério da Saúde, do Sistema de Informações dos Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA). Este sistema tem, como objetivos:

1. Facilitar a organização do processo de trabalho nos CTA;
2. Facilitar a produção de indicadores da disponibilidade e distribuição dos recursos de saúde (perfil da oferta de serviços), de produção/productividade e sua cobertura populacional;
3. Facilitar a produção de indicadores do perfil da demanda atendida (espontânea e identificada por busca ativa através de atividades extra-muro);
4. Compor o sistema de vigilância epidemiológica do HIV e propiciar a realização de investigações científicas especiais (Coordenação Nacional de DST e Aids, 2002, p.10).

Por atingirem uma população específica e de maior vulnerabilidade, os dados obtidos pelo SI-CTA não podem ser tomados como indicadores de prevalência da infecção do HIV da população em geral de suas áreas de abrangência, mas é um norteador da prevalência de populações que testam nestes serviços. Também oferece a possibilidade de traçar um perfil da população atendida, ajudando gestores a traçarem metas de prevenção (Coordenação Nacional de DST

e Aids, 2002). O SI-CTA pode ser considerado, portanto, um importante instrumento de vigilância epidemiológica de segunda geração (Cardoso, 2005).

Dentro deste contexto insere-se o Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho (CTA – Betinho), da cidade de São Vicente (~ 320.000 habitantes), cidade litorânea do estado de São Paulo, onde o presente estudo foi desenvolvido. A cidade caracteriza-se por ser divisa com a cidade de Santos, fazendo parte da Região Metropolitana da Costa da Mata Atlântica, que abrange da cidade de Bertioga à cidade de Peruíbe. Esta região, até meados dos anos 90, figurava entre as de maior incidência de casos de aids do Brasil, com forte disseminação da epidemia do HIV por uso de droga injetável (Mesquita; Seibel, 2000). A situação, porém, continua a não ser confortável, pois foram notificados, pela Divisão Regional de Saúde (DIR) XIX de Santos, 9.202 casos de aids entre 1980 e 2004, só ficando atrás da DIR-I, da capital São Paulo, que notificou 57.645 casos no mesmo período (Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2004).

Atualmente, a cidade de São Vicente encontra-se no 12º lugar em notificação de casos de aids do Estado de São Paulo, com 1754 casos, de acordo com o último boletim epidemiológico de aids do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids do Estado de São Paulo (Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2004). Porém, segundo dados da vigilância epidemiológica local, São Vicente tem 2491 casos notificados de aids (de 1980 a novembro de 2004) e a categoria de exposição mais importante é a de relação heterossexual (727 casos) (Secretaria da Saúde de São Vicente, 2004b).

O CTA–Betinho abriu suas portas em agosto de 1996 para funcionamento. Desde sua inauguração, segue as diretrizes de atendimento traçadas pelo Ministério da Saúde, sendo um importante colaborador na implantação

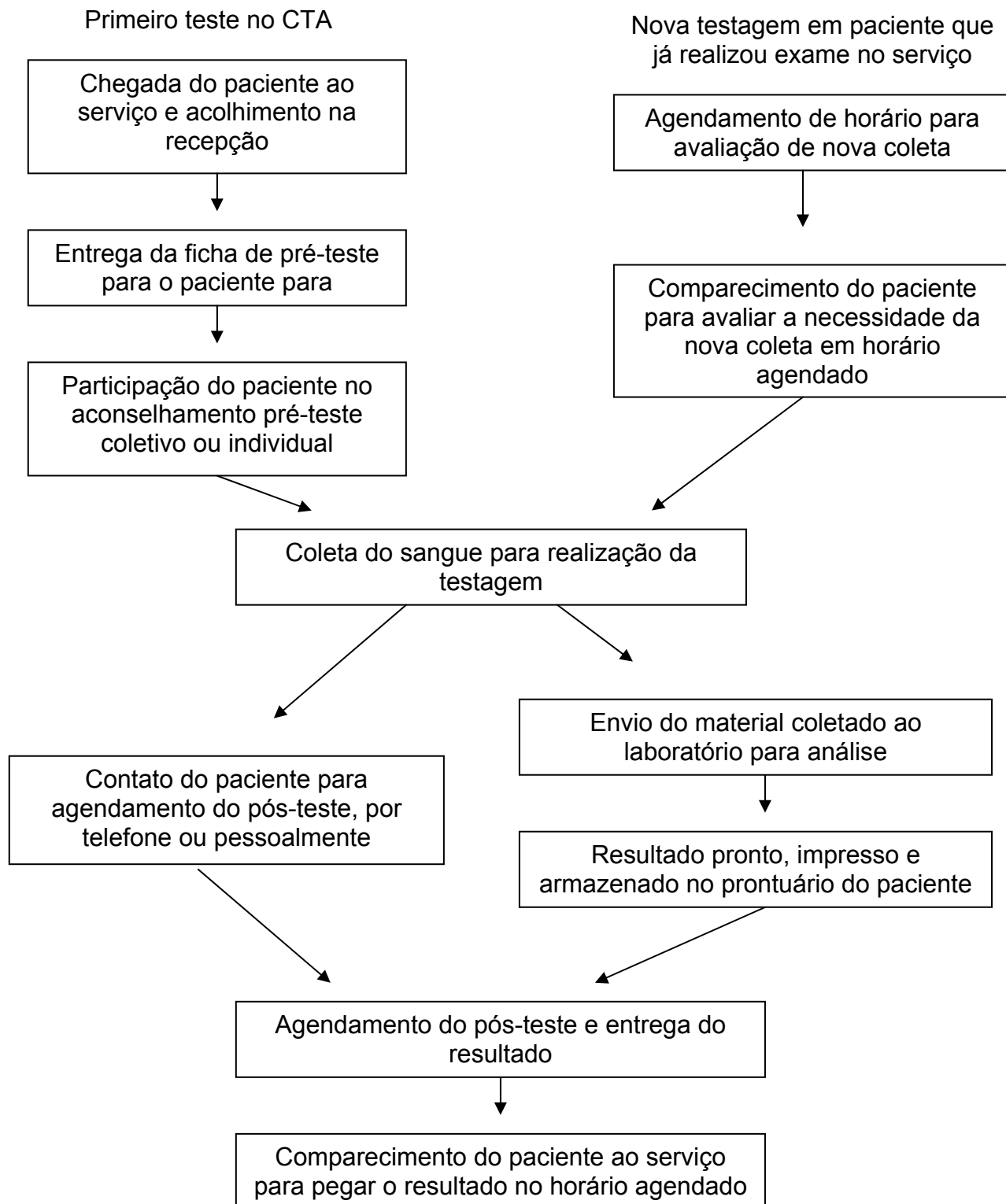
das seguintes estratégias no Brasil: CTA Itinerante/Volante para população geral e mais vulnerável (populações confinadas, usuários de droga, travestis etc...); na flexibilização do anonimato exigido para testagem; na disponibilização de preservativos femininos para sua população atendida (o Programa DST e Aids de São Vicente foi o primeiro a distribuir gratuitamente o preservativo feminino para população em geral em março de 1998); na implantação de troca de seringa e estratégias de redução de danos para usuários de droga injetável em CTA.

Para o paciente realizar a testagem no serviço, os procedimentos estabelecidos pelo CTA-Betinho são (Secretaria da Saúde de São Vicente, 2004a):

- **Participar de aconselhamento pré-teste sobre formas de transmissão e prevenção do HIV, DST e hepatites virais, que pode ser individual ou coletivo.** O aconselhamento em grupo (coletivo) tem horário pré-estabelecido, não sendo necessário o agendamento. O aconselhamento pré-teste individual é agendado. Há casos de coleta de sangue sem aconselhamento pré-teste, geralmente quando o paciente está adoecido ou não tem horário disponível para participar da atividade de aconselhamento naquele momento (está em horário de trabalho, por exemplo). Nessas situações, a coleta é realizada e o paciente é informado de que receberá as orientações referentes ao aconselhamento pré-teste na ocasião do pós-teste;
- **Realizar a coleta de sangue para testagem de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C.** É importante informar que as sorologias para hepatite B e C só começaram a ser realizadas em meados de março de 2004;

- **Participar de aconselhamento pós-teste para entrega dos resultados dos exames**, que visa trabalhar situações de vulnerabilidade pessoal para HIV/DST/hepatite, estimulando uso do preservativo, uso seguro de drogas, sempre negociando junto ao paciente a adoção de práticas seguras. É norma do serviço solicitar ao paciente que marque um horário para o aconselhamento pós-teste e a entrega do resultado. O agendamento pode ser por telefone ou pessoalmente. O prazo estabelecido pelo serviço para o contato e o agendamento da consulta pós-teste é de 15 dias, em média. Porém, esse prazo pode variar, estabelecendo o contato em 10, 20 ou 30 dias. Se o resultado de exame ainda não estiver disponível após o mencionado período, o paciente é solicitado a contatar novamente o serviço. O CTA-Betinho não faz busca ativa de seus pacientes e não registra informações de endereço e telefone dos mesmos. Eventualmente, em situações extraordinárias em que se avalia a necessidade do atendimento para o paciente, mesmo que ele retorne sem agendamento prévio, uma aconselhadora que esteja disponível pode entregar o resultado para o paciente.
- **Agendar orientação para nova coleta:** caso o paciente já tenha realizado alguma testagem no serviço e queira repetir o exame, aquele precisa agendar um horário para que seja avaliada a intenção e a necessidade da nova coleta. Caso o paciente realize o exame, os procedimentos para pegar o resultado são os mesmos descritos acima.

Figura 1: Fluxograma para realização da testagem no CTA-Betinho. São Vicente, 2006.



Outra forma de testagem é a participação na atividade de CTA-Itinerante. Esta intervenção consiste em oferecer o aconselhamento pré-teste e a coleta do sangue para testagem fora do espaço físico do CTA, geralmente atingindo populações mais vulneráveis (populações confinadas, usuários de droga, travestis, populações de baixa renda, de difícil acesso pela localização do CTA etc...). A solicitação da intervenção pode partir da comunidade ou pode ser de iniciativa da própria equipe do CTA e precisa ser programada com antecedência. A equipe, então, desloca-se até o local marcado para a intervenção, realiza o aconselhamento pré-teste coletivo e a coleta do sangue. Pede-se ao paciente que participou da atividade que busque seu resultado no CTA, agendando horário da mesma forma que os outros pacientes que realizaram a testagem no serviço. O CTA-Itinerante tem sido muito solicitado para realizar testagem junto à população atingida pelos Projetos de Prevenção do Programa Municipal de DST e Aids ou pelos seus parceiros. Durante 2003 e 2004, essas intervenções ocorreram em vários bairros. Em parceria com o Programa de Saúde da Família ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde, realizaram-se atividades nos bairros: Jóquei Clube (em 2003), México 70, Pompeba, Vila Ema, Parque Continental e Sambaiatuba (todas em 2004). Em parceria com o Projeto de Redução de Danos houve uma intervenção no bairro do Parque Bitarú (em 2003). Por último, a atividade ocorreu na unidade da Fundação do Bem Estar do Menor (FEBEM) São Vicente (em 2004), por solicitação da instituição.

Outros serviços oferecidos pelo CTA-Betinho são (Secretaria da Saúde de São Vicente, 2004a):

- **Orientação e entrega de preservativos masculinos no balcão para a população geral**, mesmo que não tenha passado por

aconselhamento pré ou pós-teste no serviço. Para profissionais do sexo e travestis, a cota é diferenciada. Estes últimos também recebem gel lubrificante;

- **Distribuição monitorada de preservativo feminino** para os usuários do serviço que já passaram por aconselhamento;
- **Orientação em Redução de Danos para usuários de drogas injetáveis e drogas não-injetáveis**, além da troca de agulhas e seringas para os primeiros;
- **DISK-aids**, que é serviço telefônico que tira dúvidas sobre a transmissão e prevenção de HIV/DST/Hepatite, além de dúvidas pertinentes ao assunto, como sexualidade, gravidez etc...
- **Parceria com os projetos de prevenção executados pelo Programa Municipal de DST e Aids**, que resulta em atendimento para aconselhamento pré e pós-teste e testagem de pessoas atingidas por estes projetos, como surdos, usuários de droga etc;

O CTA-Betinho trabalha com uma equipe multidisciplinar composta de duas assistentes sociais, duas psicólogas, uma auxiliar de enfermagem e uma auxiliar administrativa. Temos, portanto, quatro aconselhadoras que se revezam no trabalho de aconselhamento pré e pós-teste, atendimento do DISK-aids, distribuição de preservativos femininos e masculinos no balcão com orientação e execução de vários projetos de prevenção gerenciados pelo Programa Municipal de DST e Aids. A auxiliar de enfermagem, além do trabalho técnico de coleta do exame, foi treinada para atendimento do DISK-aids, distribuição de preservativos masculinos e femininos no balcão, agendamento de pós-teste e cuidar da rotina dos exames. A auxiliar administrativa também atende o DISK-aids, distribui preservativo feminino e

masculino no balcão e agenda pós-teste. Também é responsável pela parte administrativa do CTA-Betinho.

A referência laboratorial para testagem localiza-se no próprio município. Até julho de 2003, o laboratório funcionava com funcionários, equipamentos e kits laboratoriais financiados pela própria Secretaria Municipal de Saúde ou repasse de verba do Ministério da Saúde ao Programa Municipal de DST e Aids. Em agosto deste mesmo ano, o laboratório foi terceirizado para uma firma particular e passou a funcionar com equipamentos, kits e funcionários terceirizados, com repasse de verba da Prefeitura Municipal.

O CTA-Betinho já realizou 11.217 coletas de sangue e testagens para o HIV desde sua inauguração até dezembro de 2004. Ao todo, 448 pessoas tiveram sorologia positiva para o HIV, resultando uma taxa de 4% de soropositividade no total geral de exames realizados.

É importante destacar que o CTA-Betinho não realiza testagem para o HIV em caso de pré-natal. Eventualmente, gestantes são encaminhadas para esta sorologia, mas apenas são aceitas para aconselhamento pré e pós-teste e a coleta de sangue se tiverem sido referenciadas pelo hospital estadual da região, Hospital Guilherme Álvaro, pelo posto de saúde estadual ou por alguma clínica particular.

Em setembro de 2002, iniciou-se o uso do SI-CTA, com o cadastramento de todos os pacientes no sistema. Para otimizar a utilização do mesmo, foram inseridos, retroativamente, todos os pacientes, a partir de janeiro de 2002. O sistema facilitou muito o funcionamento do CTA, pois passou a emitir etiqueta com dados cadastrais do paciente, armazenar informações sobre o paciente, facilitar na busca de número de prontuários ou de nomes de pacientes que diziam já haver realizado o

exame e não lembrar a data, produzir estatísticas sobre o perfil da clientela, dentre outras vantagens.

Porém, dentro deste cenário descrito até aqui, surge uma questão importante a ser investigada: quem é a pessoa que vem ao CTA, realiza a coleta para testagem do HIV e não retorna para pegar seu resultado?

Os CTA foram concebidos para atender demandas espontâneas ou encaminhadas. A demanda encaminhada para testagem do HIV, mesmo que por solicitação médica, é orientada da não obrigatoriedade da realização do exame (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2001). Imagina-se, então, que as pessoas que realizam a coleta, não a estão testando contra a vontade e, mesmo assim, um percentual não retorna.

As conseqüências do não retorno para aconselhamento pós-teste e entrega do resultado atingem o poder público, a sociedade e o indivíduo. Para o poder público, perde-se a oportunidade de “trabalhar” a vulnerabilidade do indivíduo, através do aconselhamento; de detectar novos portadores do HIV e assim encaminhá-los para tratamento precoce; e de traçar o perfil da epidemia. Também existe o prejuízo financeiro, já que os testes são relativamente de custo elevado (hoje em dia, em São Vicente, a testagem no CTA para HIV, sífilis, hepatite B e C tem um custo de R\$ 72,90 por paciente).

Para a sociedade, perde-se a oportunidade de, indiretamente, rever normas, valores culturais, preconceitos etc..., por meio da figura daquele indivíduo que, face à reflexão a respeito de meios para proteger-se da epidemia, poderia questionar normas sociais e culturais.

Para o paciente que não retorna, perde-se a oportunidade de conhecer seu status sorológico e, caso seja portador do HIV, a oportunidade do tratamento

precoce e do controle da infecção. Pode-se supor que o indivíduo que chega ao serviço para a testagem, de alguma forma, preocupou-se com sua sorologia, questionou-se em relação a sua atitude (ou falta dela) à possibilidade de expor-se ao HIV, abriu a porta para refletir, junto com a equipe de saúde, a questão da sua vulnerabilidade, recebendo informações, passando por um processo de escuta ativa que o ajudaria a questionar comportamentos individuais, sociais e culturais. Porém, ele foi, testou, e não retornou, deixando para trás essa possibilidade de ganhos, de refletir a respeito de meios para prevenir-se, podendo refletir sua vulnerabilidade.

O fato é que a **falha no retorno** (FNR) para pegar o resultado do HIV é uma realidade em vários locais que realizam esta testagem, como será descrito no próximo tópico. Procurar encontrar características desta população de faltosos, então, é um passo importante que precisa ser dado pelos CTA nacionais.

Em concordância com a evolução histórica destes serviços no Brasil, que tanto se modificaram com o passar dos anos, este tipo de estudo poderia contribuir para implantar melhorias, tanto em suas normas de funcionamento, como em suas estratégias de abordagem à população alvo nas salas de aconselhamento, diminuindo, principalmente, a vulnerabilidade programática e individual.

Este trabalho, então, procurará identificar características associadas à falha no retorno (FNR) de pacientes que realizaram a testagem para o HIV no CTA-Betinho de São Vicente, através da análise do banco de dados do SI-CTA do serviço buscando, ao final, fazer uma leitura destas características sob a ótica da vulnerabilidade.

2 Revisão da Literatura Científica

A falha no retorno (FNR) é um tema que já foi investigado em outros estudos. As metodologias empregadas buscam associá-la a variáveis como: locais em que o teste do HIV foi realizado, faixa etária, sexo, escolaridade, etnia, estado civil, situação ocupacional, comportamento de risco para HIV, percepção de risco, risco aferido, conhecimento sobre HIV e DST, resultado do teste de HIV, testagem anterior, falha anterior em pegar resultado, vontade em realizar o teste, sentimentos em relação à testagem/teste, condição emocional da pessoa, presença de DST, característica da população, tempo de espera do resultado de HIV. Para melhor entendimento desta revisão, a descrição dos achados será dividida em itens.

2.1 Falha no retorno segundo locais em que o teste de HIV foi realizado.

A realização do teste de HIV pode ocorrer em diversos locais, não necessariamente em Centros de Testagem e Aconselhamento. As maiores falhas no retorno estão entre as pessoas que testam em Clínicas de DST. As taxas giram em torno de 37% e 58% (Ginsberg, 1989; Kappes et al., 1990; Valdisseri et al., 1993; Centers for Disease Control and Prevention-CDC, 1994; Fichtner et al., 1996; Wiley et al., 1998; Molitor et al., 1999; CDC, 2001; Hightow et al., 2003;).

Segundo Valdisseri et al. (1993), outros serviços de saúde têm alta FNR, como clínicas de planejamento familiar (46%) e clínicas de pré-natal/obstetrícia (42%). Essa informação já havia sido obtida por Slutsker et al. (1992), que relata que a chance de as pessoas não retornarem para pegar resultado em clínicas de DST,

de pré-natal, de tratamento de uso de drogas, de planejamento familiar e de tuberculose é um terço maior do que em Centros de Testagem e Aconselhamento.

Os Centros de Testagem e Aconselhamento têm taxas de retorno de seus pacientes para pegar resultado de HIV maior que outros serviços. A FNR em CTA é de 15% (Valdisseri et al., 1993; CDC, 1994), sendo que Molitor et al. (1999) relata 18% e o CDC (2001), 26%.

Entretanto, quando a intervenção do aconselhamento e a coleta são fora de seu espaço físico (CTA-Itinerante), a FNR é maior. Henrickson (1990) realizou uma intervenção entre usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo em uma unidade volante de testagem e constata que 80% dos testados não pegaram seus resultados. Observa-se que, neste caso, os pacientes deveriam ter ido retirar o resultado e passar por aconselhamento pós-teste no espaço físico do CTA de referência e não no local da coleta e que esta falha foi medida esperando-se que o paciente retornasse em duas semanas. Também, segundo Molitor et al. (1999), a FNR de unidades móveis é de 37%, sendo três vezes maior a chance de não retorno, quando comparado a locais de testagem alternativos (OR=3,84, IC99%=3,57-4,12). Um exemplo da testagem em locais alternativos é um projeto desenvolvido em Los Angeles, Califórnia, onde a testagem é oferecida para populações vulneráveis (HSH, bissexuais e travestis) em uma unidade móvel (van) e também em um shopping informal (*thrift stores*). Neste projeto, a falha no retorno para pegar resultado gira em torno de 34% e 12%, respectivamente (Mall et al., 2004a e 2004b).

2.2 Falha no retorno segundo características sócio-demográficas

Vários estudos constataam que a etnia é fator mais marcante para o não retorno, sendo os afro-americanos os que mais falham no retorno em relação a outras minorias étnicas e principalmente em relação aos brancos (Ginsberg, 1989; Rugg et al., 1989; Kappes et al., 1990; Nelson et al., 1990; Slutsker et al., 1992; Valdisseri et al., 1993; Fry et al., 1994; Schluter et al., 1996; Fichtner et al., 1996; Rotheram-Borus et al., 1997; Wiley et al., 1998; Molitor et al., 1999; Tao et al., 1999; CDC, 2001; Hightow et al., 2003). O não retorno desta população varia entre 28% e 75%.

Em relação ao sexo, mulheres parecem falhar mais no retorno para pegar o resultado que homens (Ginsberg, 1989; Kappes et al., 1990; Nelson et al., 1990; Slutsker et al., 1992; Hightow et al., 2003), embora isso não seja consenso. Fitchner et al. (1996) encontra um dado reverso, onde a falha entre mulheres é menor (55,5%) do que em homens (60,4%) ($p < 0,001$). Também, em Valdisseri et al. (1993), as mulheres retornam mais para pós-teste que os homens ($OR = 1,13$ $IC_{95\%} = 1,11-1,15$), após análise multivariada. Outros estudos apontam não haver diferença na falha no retorno entre os sexos (Rugg et al., 1989; Fry et al., 1994; Wiley et al. 1998; Tao et al., 1999).

Interessante notar que os adolescentes (13 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 30 anos) são os que mais falham no retorno. Catania et al. (1990), Moore et al. (1990), Nelson et al. (1990), Slutsker et al (1992), Valdisseri et al. (1993), Fry et al. (1994), Schluter et al.(1996), Molitor et al. (1999) e Tao et al. (1999) constataam isso entre sua população estudada. Molitor et al. (1999) ainda acrescenta que a taxa de não retorno diminui conforme aumenta a faixa etária (em menores de 20 anos, a

FNR é duas vezes maior que em maiores de 59 anos $OR=2,27$, $IC99\%= 2,00-2,57$). Ilgbotu et al. (1994) encontra 66% de FNR entre adolescentes que testaram em Centros de Testagem e Aconselhamento da cidade de Houston, Texas. Em Ramon et al. (1998), mulheres com idade menor que 30 anos falham mais no retorno ($OR=1,5$). No estudo de Lazebnik et al. (2001), com adolescentes que testaram em clínica médica pública, a FRN é de 58%. Neste mesmo estudo, o retorno é associado a ter tido relação sexual desprotegida sob efeito de álcool ou drogas ($OR=3,0$, $IC95\%=1,7-5,0$). Rotheram-Borus et al. (1997), porém, entre adolescentes em risco entrevistados, 89,9% relata ter retornado para pegar o resultado de HIV.

Quanto à associação entre estado civil e FNR, existem conclusões diferentes. Em Miller (1996), mulheres solteiras retornam mais para pegar resultado. Hightow et al. (2003) associa FRN a nunca haver se casado (análise bivariada), comparado com quem já viveu uma relação marital (57% x 47%; $p=0,03$). Mais recentemente, Romo-Garcia et al. (2004) relaciona a FNR a pessoas casadas ($OR=0,20$, $IC95\%=0,07-0,57$ $p<0,002$), em estudo desenvolvido na cidade do México para avaliar falha no retorno em pacientes que testaram para o HIV.

Em relação à situação ocupacional, Sullivan et al. (2004) traz uma associação protetora com FNR para heterossexuais recrutados em clínicas de DST. Nesse estudo, a proteção é constatada para pessoas com grau de escolaridade maior que educação colegial (versus educação colegial $OR=0,5$, $IC95\%=0,3-0,9$) e pessoas que trabalham menos de 35 horas (versus desempregados $OR=0,5$, $IC95\%=0,3-0,9$). Portanto, baixa escolaridade e desemprego são preditores de FNR. No estudo de Romo-Garcia et al. (2004), a FNR é associada a pessoas que se dedicavam à venda ($OR=0,14$, $IC95\%= 0,04-0,57$, $p<0,005$).

Quanto à escolaridade, Ramon et al. (1998), em seu estudo com mulheres em idade reprodutiva, associa a baixa escolaridade à FNR em análise multivariada (OR=1,7). Catania et al. (1990) também já havia observado isto.

2.3 Falha no retorno segundo resultado do teste de HIV.

Para vários estudos, as pessoas com resultado de teste de HIV “reagente” falham menos no retorno que pessoas com resultado “não reagente”. Este relato encontra-se em: Ginsberg (1989), Kappes et al. (1990), Moore et al. (1990), Slutsker et al. (1992), Fry et al. (1994) e Ilegbodun et al. (1994). No estudo de Valdisseri et al. (1993), o retorno para pós-teste de pessoas que testaram “reagentes” para HIV é de 82% e para HIV “não reagente” é de 63%. Na análise multivariada, portanto, a chance de retorno de soropositivos é duas vezes maior que de soronegativos (OR=2,04; IC99%=1,96-2,12). No levantamento do CDC (1997), a FNR de HIV positivos é de 25% e de HIV negativos, é de 33%. Em Wiley et al. (1998), os que testaram “reagente” retornam mais que os que testaram “não reagente” (41% x 33%). Por outro lado, em Rugg et al. (1989), soropositivos falham mais no retorno que soronegativos. No estudo de Ladner et al. (1996), com mulheres grávidas em Rwanda, a FNR é associada ao resultado reagente de HIV (OR=0,7, IC95%=0,5-0,9, p=0,009). Em Hightow (2003), 58% das pessoas em que o resultado do HIV foi reagente em clínica de DST não retornam. No estudo de Mall et al. (2004a e 2004b), há FNR entre pessoas que testaram e tiveram sorologia reagente: nas testagens realizadas em shoppings informais, a FNR é de 32% e nas que realizaram o teste na unidade móvel (van), 54%.

2.4 Falha no retorno segundo risco percebido e aferido para HIV

Para alguns autores, pessoas que se percebem em risco retornam mais para pegar o resultado que pessoas que não se percebem em risco. Em Valdisseri et al. (1993), pessoas que relataram não ter conhecimento de ter tido risco para HIV (aqui interpretado como não se perceber em risco) têm o menor retorno (56,6%) que todos os outros que relataram terem tido algum risco (perceber-se em risco, porcentagens variando de 88,3 a 57,2%).

O estudo de Fichtner et al. (1996) também exemplifica isto. Este trabalho investigou a influência do risco percebido e do risco aferido na aceitação em fazer o teste de HIV, retornar para resultado e status sorológico em clínicas de DST. Risco aferido foi definido como: ter tido DST ulcerativa, ter usado droga injetável na vida, ter tido parceiro usuário de droga injetável, ter trocado sexo por dinheiro ou droga, ter tido cinco ou mais parceiros no último ano; e risco percebido através de uma pergunta no questionário: “você tem algum motivo para preocupar-se em ter se exposto ao HIV por parceiro sexual ou compartilhamento de seringa?”. Em seu estudo, quem apresenta risco percebido e risco aferido se submete mais a aconselhamento pré-teste para HIV que quem não apresenta nenhum desses dois riscos. Porém, em uma análise de interação, o risco aferido é menos importante na decisão em passar pelo aconselhamento pré-teste do que risco percebido. Quem se percebe em risco ou efetivamente expõe-se mais ao HIV (risco aferido) aceita mais realizar a testagem para o HIV que os que não se percebem em risco ou que não têm risco aferido. Finalmente, pessoas que se percebem em risco retornam mais que as que não se percebem em risco (52,9% x 36,7%, $p < 0,001$). O risco aferido, entretanto, não tem efeito na possibilidade de retorno da população estudada.

Em Nyamathi et al. (2000), mulheres de rua que tinham maior risco percebido para aids retornam mais para pegar seus resultados.

Por fim, Sahlu et al. (1999), encontra um dado diferente, em que a percepção de risco para HIV é associada com evitar o aconselhamento pós-teste, para o grupo de mulheres. Também em Sullivan et al. (2004), na população de seu estudo (HSH, UDI e heterossexuais em clínicas de DST), as pessoas com menor risco percebido retornam mais para pegar o resultado que pessoas com maior risco percebido (HSH $p=0,008$; heterossexuais $p=0,002$ e UDI $p=0,0001$).

2.5 Falha no retorno segundo exposição de risco para o HIV.

Em relação ao termo “exposição de risco para HIV”, Moore et al. (1990) coloca que a ausência de exposição de risco é preditor de FNR. Em Schuller et al. (1996), pacientes de alto risco para HIV retornam mais para pós-teste que os de baixo risco (aqui definidos como os que relataram não ter tido contato HSH, não ter usado droga injetável, não ter trocado dinheiro por droga, não ter tido relação com portador do HIV - $p<0,000001$). Ainda segundo Miller et al. (1996), mulheres com risco acrescido para HIV, ou seja, com múltiplos parceiros, relação sexual anal, uso inconstante de preservativo e história de DST falham menos para pegar resultado.

Falando-se mais especificamente de comportamentos que poderiam trazer risco para infecção do HIV, são associados com FNR:

- Uso recente de droga injetável, risco para HIV que não homem que faz sexo com homem, pessoas engajadas em atividade de prostituição (Slutsker et al., 1992);

- Mulheres que relataram relação sexual com desconhecido e que injetaram drogas mais de uma vez por dia ($p < 0,05$) (Solomon et al., 1996);
- Pessoas sem história de sexo oral recente (comparadas com pessoas que relataram esta prática; $26\% \times 10\%$, $p < 0,05$) e que relataram contato com sangue através de práticas sadomasoquistas ou piercing (comparadas com quem não teve este contato; $15\% \times 9\%$, $p < 0,05$) (Bell et al., 1996);
- Pacientes de baixo risco para HIV que tiveram múltiplos parceiros no último mês (Schluter et al., 1996);
- Pessoas que trocaram sexo por dinheiro ou droga (FNR=23%), usaram crack ou anfetaminas durante relação sexual (FNR=22%, para os dois grupos) (Molitor et al., 1999);
- Risco através de relação heterossexual (comparada com pessoas que não reportaram este risco, $56\% \times 44\%$, $p = 0,05$), história de uso de droga, incluindo droga injetável (comparados com pessoas sem esta história, $66\% \times 34\%$, $p = 0,02$) (Hightow et al., 2003);
- E pessoas que nunca usaram preservativos (OR=0,36; IC95%=0,14-0,96, $p < 0,04$) (Romo-Garcia et al., 2004).

2.6 Falha no retorno segundo características relacionadas à testagem

Algumas características relacionadas à testagem foram investigadas nos estudos.

Primeiramente, existe uma diferença na FNR entre pessoas que tinham intenção em testar para HIV e outras que testaram sem esta intenção primária. Obviamente, as que tinham intenção em testar falham menos no retorno que as que não tinham. Isto é o que nos mostra Valdisseri et al. (1993), Wiley et al. (1998), Tao et al. (1999), Lazebnik et al. (2001) e Hightow et al. (2003). Tao et al. (1999) compara aqueles que testaram compulsoriamente por questões de emprego, imigração, serviço militar e seguro, mais os que testaram para hospitalização ou cirurgia com aqueles que fizeram o exame por iniciativa própria e encontra que os primeiros falham mais no retorno. O *odds* para FNR de quem testou compulsoriamente em 1994 é de 2,81 (IC95%=1,65-4,78) e o de quem testou para cirurgias ou hospitalização é de 4,39 (IC95%=2,46-7,84), tendo como grupo de referência os que testaram por iniciativa própria. Lazebnik et al. (2001), em seu estudo com adolescentes, constata que adolescentes que foram à clínica de atendimento com intenção de testar para o HIV, têm uma chance de retorno quase três vezes maior que os adolescentes que foram à clínica por outros motivos e realizaram a testagem (OR=2,9, IC95%=1,3-3,8). Em Hightow et al. (2004) os clientes que vieram à clínica de DST com propósito de fazer o teste falham menos no retorno que os que vieram por outras questões (33% \times 57%, $p=0,01$).

Outra característica importante foi que quem já havia falhado uma vez ou mais para pegar o resultado tem maior possibilidade em falhar novamente. Bell et al. (1996) encontra associação entre FNR e pacientes já faltosos para pegar resultado de HIV. De 23 pacientes nesta situação, 26% falham novamente (em comparação com 10,7% de outros pacientes que falharam no retorno, $p<0,05$). Também em Molitor et al. (1999), 32% das pessoas que já haviam falhado, reincidem (OR=1,91, IC99%=1,78-2,05, comparados com quem nunca falhou ou nunca se submeteu ao

teste). Este fator é mais evidente em intervenções de CTA Itinerante. Por fim, Hightow et al. (2003) relata que clientes da clínica de DST que apresentaram FNR em mais de 50% das vezes que testaram, continuam a falhar mais que os que tinham FNR menor ou igual a 50% (91% x 35%, $p < 0,01$).

Outros fatores relacionados à testagem também são relatados como fator de influência na FNR. Por exemplo, Bell et al. (1996) coloca que pacientes referenciados de serviços de saúde falham mais no retorno (20% x 10%, $p < 0,05$) que os não vindos destes locais. Em Tao et al. (1999), pessoas que não participaram de aconselhamento pré-teste tem FNR maior que os que participaram (OR=2,65, IC95%=1,25-5,59), embora esse dado não tenha se mantido significativo após análise logística. Em Schuller (1996), pacientes que não eram familiares à clínica de DST (estavam indo pela primeira vez) falham mais no retorno que aqueles que já haviam estado na clínica. Em Wiley (1998), em estudo realizado também em clínica de DST, pacientes que testaram pela primeira vez falham mais no retorno que quem já havia realizado pelo menos um teste. Em Hightow et al. (2003), 50% dos pacientes que testaram a primeira vez na clínica de DST falham no retorno.

Em trabalho realizado em Mombasa, Kenya, Inion et al. (2002) constata a importância do papel do aconselhador para garantir o retorno do paciente para pós-teste. O aconselhador é determinante para fazer com que a população que freqüentava a clínica de saúde aceitasse a testagem e retornasse para o resultado. A FNR foi de 23%.

2.7 Falha no retorno segundo doenças sexualmente transmissíveis

Em Schluter et al. (1996), pacientes com DST tratável (de corrimento, sífilis em estágio inicial e doença inflamatória pélvica) e os que apenas tiveram contato com portador de DST são mais faltosos. A mesma conclusão já havia sido constatada no estudo de Fitchner et al. (1994), onde pacientes com DST tratável (clamídia e gonorréia em homens e doenças ulcerativas em mulheres) falham mais no retorno.

Em Ramon et al. (1998), para mulheres em que foi oferecida a testagem em consulta ginecológica, a FNR é associada a vir à consulta sem ser por motivo de infecção genital (OR=1,5).

Hightow et al. (2003) coloca, em seu estudo em clínica de DST na cidade de Wake County, que clientes que se apresentaram na clínica com sintomas de DST têm FNR maior que os que se apresentaram sem sintoma (64% x 47%, $p < 0,01$). Dentre os diagnósticos de DST, pessoas com doenças ulcerativas e ou de corrimento falham mais no retorno que pessoas sem DST diagnosticada (FNR 65% e 63% x 48%, $p < 0,01$). No mesmo estudo, porém, estar infectado pelo papiloma vírus humano (HPV) foi fator de proteção para falha no retorno, ou seja, pacientes diagnosticados com HPV retornam mais do que os que não tiveram DST diagnosticada (49% x 22%; $p < 0,01$).

2.8 Falha no retorno segundo fatores psico-sociais

Para Rugg et al. (1989), o medo de pegar o resultado influencia no não retorno. Essa observação também se encontra em Sullivan et al. (2004). No estudo

deste último, pessoas foram indagadas a respeito do porquê não retornaram para pegar os resultados e as razões mais citadas são que estavam muito ocupadas ou esqueceram (entre 43% dos HSH) ou que achavam que os locais de testagem iriam entrar em contato se o resultado fosse reagente (entre 40% dos usuários de droga injetável - UDI - e 58% dos heterossexuais de clínica de DST). Porém, em média, 25% de toda a população estudada (HSH, UDI e heterossexuais) alega não ter retornado por medo de pegar o resultado.

Em Catania et al. (1990), grande ansiedade em relação à aids e pouco conhecimento sobre a testagem do HIV e sobre a doença são preditores de falha em estudo que investigava fatores psico-sociais relacionados à FNR. Em Tao et al. (1999), pessoas com menos conhecimento sobre HIV falham mais no retorno para pegar o resultado que os que tinham maior conhecimento sobre o tema (OR=0,59, IC95%=0,39-0,90). Assim também para Stein et al (2000), os conhecimentos sobre aids e testagem influenciam para o não retorno.

Bell et al. (1996) aplicou um questionário contendo uma escala de 5 pontos para “medo em relação à aids” na população de Sacramento (Califórnia-EUA) que realizou o teste de HIV em um Centro de Testagem. Comparando-se os questionários dos entrevistados que falharam no retorno com os que não falharam, os fatores que têm efeitos significativos para FNR são: maior medo de contaminar-se por procedimentos médico/hospitalares, maior preocupação em ter se contaminado por contato casual e maior dificuldade em conversar sobre sexo seguro.

Em Nyamathi et al. (2000), em seu estudo com mulheres de alta vulnerabilidade, fatores associados ao retorno para pegar o resultado são: maior suporte social, maior conhecimento sobre aids, maior percepção de risco para aids

(já citado anteriormente), maior habilidade para lidar com problemas, aí incluindo maior auto-estima e menos comportamento sexual de risco ($p \leq 0,05$).

2.9 Falha no retorno segundo perfil da população

Homens que fazem sexo com homens (HSH) são os que menos falham no retorno de pegar os resultado segundo Campbell et al (1991, 1992), Slutsker et al. (1992), Valdisseri et al. (1993), CDC (2001) e Sullivan et al. (2004). O não retorno gira em torno de 10% a 24%.

Por outro lado, usuários de droga injetável são os que menos retornam, dado este relatado primeiramente em Ginsberg (1989) e Kappes et al. (1990). Em Bell et al. (1996), a FNR de usuários de droga injetável é de 30% e de usuários de crack, de 23%. Em Molitor et al. (1999), o não retorno de usuários de droga injetável é de 23% (OR=2,61, IC99%=2,45-2,77, grupo de referência foi HSH).

No estudo de Sullivan et al. (2004), a população estudada foi indagada se alguma vez havia realizado o teste de HIV e não retornado para buscar o resultado. Como resultado, 27% dos UDI responderam que haviam realizado o teste, mas não haviam retornado para pegar o resultado, com média de falha de 2 vezes, enquanto entre HSH e heterossexuais, a FNR foi de 10% e 20%, respectivamente, com média de falha de 1 vez.

Em Bergenstrom et al. (2004), 46% dos usuários de droga testados falham no retorno, sendo que o retorno é associado a ter realizado o teste antes de 12 meses do período do estudo (OR 3,15 IC 1,17-8,10).

Mais recentemente, Telles et al. (2004) realiza um estudo qualitativo com usuários de droga a respeito da aceitação do teste rápido entre esta população e os

entrevistados relatam baixo retorno para pegar os resultados do HIV. Além dessa conclusão, o trabalho comenta que uma das razões para usuários de droga rejeitarem a maneira tradicional de testagem é o intervalo entre a coleta de sangue e o resultado.

2.10 Falha no retorno segundo tempo de espera do resultado de HIV

Dowing et al. (1998) comenta, em seu estudo, que 25% dos pacientes que testaram para HIV em Kampala, Uganda, no período de 1990 a 1996, não retornaram para pegar o resultado ou porque falharam no retorno ou porque o resultado não ficou pronto em duas semanas (prazo dado para retorno). Ainda traz o dado de que, em Wilkinson et al. (1997), 17% dos pacientes que testaram em um hospital rural na África do Sul nunca receberam seus resultados sendo que o prazo de retorno do resultado era de 21 dias e 9% destes resultados nem chegaram a serem enviados de volta para o hospital solicitante.

Fylkesnes et al. (1999) comenta, em seu estudo realizado no Zambia, que os pacientes tiveram que esperar várias semanas para retornar para pós-teste em virtude do tempo em que o resultado demorou a ficar pronto e que isto explica, em parte, a grande proporção de falha no retorno.

Um estudo realizado por Cross (1999) investiga se o tempo em que o resultado ficava pronto influenciou no retorno do paciente, comparando dois grupos, um em que o resultado ficava pronto em 3 dias, e outro em que o resultado ficava pronto em duas semanas. Não há diferença no retorno para pegar o resultado entre dois grupos em função do tempo de espera do resultado. Características como etnia, idade, sexo e local de testagem são as que influenciaram na FNR. O estudo conclui

que o mais importante para garantir o retorno é o cliente estar preparado e motivado para vir buscar o resultado.

Ferreira et al. (2001), em seu estudo, comenta que a falta de insumo para realização do exame de HIV fez com que o paciente esperasse até 90 dias para o mesmo ficar pronto e isto é motivo de queda na qualidade do serviço. Em seu estudo, 51,6% das pessoas receberam o resultado entre 21 a 30 dias, 28,9% entre 31 e 45 dias e 0,8% em mais de 60 dias. No mesmo trabalho, havia a aplicação de um questionário pré-teste e um pós-teste para os entrevistados, este último a ser aplicado na ocasião da entrega do resultado. A autora comenta, em seus resultados, que, 132 pessoas responderam os dois questionários e que 140 dos que responderam o primeiro, acabaram por não responder o segundo, pois houve atraso na emissão dos resultados devido à falta de kit para realização dos exames.

Finalmente, em Spielberg et al. (2001 e 2003), são investigadas barreiras para realização da testagem do HIV entre usuários de droga injetável freqüentadores de programas de troca de agulhas e seringas, pacientes de clínicas de DST e HSH freqüentadores de saunas. Um dos motivos citados para evitar a testagem ou postergá-la é a ansiedade associada ao tempo de espera do resultado (neste caso, uma a duas semanas). Alguns participantes relataram não terem capacidade de tolerar os sentimentos vividos durante a espera do resultado (Spielberg, 2001). Entre o grupo de HSH e de pacientes de clínica de DST, o adiamento da realização do teste por esta demora do resultado é significativo, comparado com o grupo de UDI (66% x 48%, $p=0,03$) (Spielberg, 2003).

3 Objetivo do estudo

3.1 Objetivo geral

Investigar a associação entre falha no retorno (FNR) e variáveis relacionadas às características individuais (sócio-demográficas), às características de testagem, ao tempo de espera do resultado e ao resultado do HIV dentro do CTA.

3.2 Objetivos específicos

- a. Determinar a associação entre FNR e características individuais (sócio-demográficas) dos pacientes;
- b. Determinar a associação entre FNR e características relacionadas à testagem;
- c. Determinar a associação entre FNR e o tempo de espera do resultado;
- d. Determinar a associação entre FNR e o resultado de HIV.

4 Método

Foi utilizado para essa investigação um estudo do tipo observacional transversal, realizado no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2004, no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho da cidade de São Vicente, São Paulo, Brasil.

4.1 População do estudo

Pacientes que procuraram o serviço e realizaram a testagem para o HIV.

4.2 Critérios de inclusão

Os pacientes que realizaram a testagem foram cadastrados no SI-CTA, que gerou uma “requisição” para cada coleta. Portanto, foram incluídas no estudo as requisições do SI-CTA correspondentes ao período do estudo.

4.3 Critérios de exclusão

Apenas uma requisição de cada paciente foi selecionada, ou seja, se uma mesma pessoa realizou a testagem para o HIV mais de uma vez entre 2003 e 2004, sua requisição correspondente à coleta de “repetição” foi excluída.

Também foram excluídas as requisições em que o paciente apenas participou da orientação pré-teste e não colheu o sangue para testagem e as

requisições que foram canceladas. O motivo do cancelamento de uma requisição foi variado, podendo ser:

- Por duplicidade de cadastro;
- Por erro na inserção de dado em algum campo;
- Por falha de acesso à requisição pelo sistema.

4.4 Instrumento e coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um formulário pré-teste (anexo A) e inseridos no SI-CTA. Este formulário foi preenchido pelo próprio paciente antes do mesmo participar do aconselhamento pré-teste e realizar a coleta de sangue. Caso o paciente não fosse alfabetizado, uma das funcionárias o auxiliava no preenchimento. Para o paciente que, eventualmente, realizou a coleta de sangue sem aconselhamento pré-teste, o preenchimento ocorreu antes da coleta de sangue.

Estes dados, então, foram inseridos no SI-CTA. A inserção de dados foi realizada por profissionais de nível superior ou médio, que são, respectivamente, as aconseladoras do serviço ou a auxiliar administrativa.

O formulário pré-teste continha informações sobre o nome do paciente, seus dados sócio-demográficos, o motivo da realização do exame e a origem da clientela. Outras informações contidas neste formulário eram a respeito de renda familiar, conhecimento sobre transmissão e prevenção de DST e aids. Estas últimas não foram utilizadas no estudo pois não tinham campo de inserção no SI-CTA.

4.5 Protocolo utilizado na coleta de dados

Para finalidade do estudo, todas as requisições dos anos de 2003 e 2004 que não estavam totalmente preenchidas no SI-CTA foram completadas. Dados que não puderam ser coletados foram inseridos como “não informado”. O resultado do teste do HIV também foi inserido no sistema. Para as requisições que pertenciam a pacientes que falharam no retorno, o campo de entrega de resultado foi deixado em branco.

Os dados relativos ao tempo de espera do resultado do HIV foram obtidos manualmente. Para isto, calculou-se o intervalo de tempo existente entre a data da coleta do sangue do paciente e a data registrada em livro em que os resultados ficaram prontos, foram impressos e guardados no prontuário do paciente. Tal data foi obtida nas anotações no livro de registro do CTA. O tempo de espera do resultado do HIV foi calculado em dias.

As informações colhidas do formulário de pré-teste (anexo A) são compatíveis com as informações solicitadas pelo SI-CTA (anexo B), mas não estão formuladas da mesma maneira. As adaptações estabelecidas para inserção dos dados no SI-CTA referentes à escolaridade, situação ocupacional, origem da clientela e motivo da realização do teste do formulário pré-teste para o SI-CTA encontram-se no anexo C.

4.6 Análise de dados

Os dados obtidos foram armazenados em banco de dados do SI-CTA e exportados para *softwares* utilizados para ajustes de inconsistência e análise. Foram

realizadas análises descritivas e bivariadas. Para esses procedimentos, foram utilizados os programas EpiInfo, versão 6.04 (Dean, 1996) e Stata, versão 8.2® (Stata, 1993).

Na análise descritiva, foi traçado o perfil da população testada nos anos 2003 e 2004.

A variável dependente foi denominada “falha no retorno” (FNR) – para acompanhar a nomenclatura internacional - e definida como requisições com a data de entrega de resultado em branco. As variáveis independentes do estudo foram escolhidas e também criadas de acordo com os dados obtidos. Foi utilizado o teste de *chi quadrado* (χ^2) para avaliar diferenças entre variáveis categóricas, estabelecendo-se uma significância estatística (*alfa*) de 5%. Utilizou-se medida de associação o *odds ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95% (IC=95%). Aqui cabe lembrar que, em estudos transversais, a medida de associação mais adequada seria a “razão de prevalência”. Neste caso, a escolha da medida *odds ratio* (OR) teve como fundamento o fato de ela ser também muito utilizada para esse tipo de estudo, com vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens, estão a maior simplicidade nos cálculos e a maior facilidade de comparação com os estudos anteriores sobre FNR. Quanto à desvantagem, existe uma superestimação do risco, que é ampliada lenta e gradativamente, na medida em que os valores dessas prevalências assumem valores maiores que 10% (Fletcher et al., 2003).

A análise bivariada foi conduzida testando a associação de FNR às seguintes variáveis: relacionadas ao indivíduo (sócio-demográficas: sexo, escolaridade, situação ocupacional, estado civil, faixa etária, gestação); relacionadas à testagem (ano da realização da testagem, CTA Itinerante, origem do cliente, tipo

de orientação, motivo da procura, primeiro teste no CTA), tempo de espera do resultado e resultado do teste de HIV.

Em relação às variáveis descritas acima, algumas foram padronizadas para facilitar comparação com estudos anteriores. Podemos citar:

- Escolaridade: foi excluído o dado “não informado”;
- Situação ocupacional: foi construída uma variável, onde “empregado” foi escolhida como uma categoria e “autônomo/não empregado” como outra, incluindo: “autônomo”, “desempregado”, “estudante”, “do lar”, “aposentado”. O dado “não informado” foi excluído da análise;
- Estado Civil: foi construída a variável onde “solteiro” foi escolhida como uma categoria e “não solteiro” como outra, abrangendo: “casado/amasiado”, “viúvo” e “separado”. Novamente, “não informado” foi excluída da análise;
- Faixa etária: categorizada a partir do campo “idade” (anos), em cinco faixas etárias: 13 a 19 anos; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49 e mais de 50 anos; outra análise bivariada foi conduzida, categorizando idade em duas faixas: “13 a 19 anos” e “maior que 19 anos”.
- CTA Itinerante: variável binária construída a partir da numeração dos prontuários dos pacientes, que é diferenciada para quem colhe o sangue no CTA e quem colhe em CTA-Itinerante. Com isto, estabeleceu-se a separação CTA Itinerante “sim”/“não”.
- Origem do cliente: variável construída a partir do campo “origem da clientela”. As categorias: “material de divulgação”, “amigos/usuários”, “jornais/rádio/televisão”, “serviço de informação telefônica” e “outros” foram considerados como “não referenciado por serviço de saúde” e

transformados em uma categoria, e: “serviço/profissional de saúde” e “banco de sangue”, estabelecidas como “referenciado por serviço de saúde”. Foram excluídos os dados “não informado”;

- Tipo de Orientação: foi categorizada em: “orientado em pré-teste“, aqueles que passaram por orientação “coletiva”, “individual” e “individual e coletiva”, e “não orientado em pré-teste” (orientação “nenhuma”).
- Motivo da Procura: O campo “exposição à situação de risco” foi considerado uma categoria e colocado separado de todas as outras. A variável ganhou o nome de “motivo exposição” e foi categorizada como “sim”/“não”.
- Tempo de espera do resultado: foi categorizada a partir do dado “tempo de espera do resultado do HIV”, nas seguintes faixas: 1 a 30 dias; 16 a 30 dias; 31 a 45 dias; 46 a 60 dias; 61 a 75 dias; mais de 75 dias. Para outra análise bivariada, a espera do resultado também foi dividida nas categorias “menor ou igual a 30 dias” e “maior que 30 dias” e nomeada “tempo de espera por período”. Se, por ventura, o exame não foi realizado por hemólise de sangue ou amostra insuficiente, o dado foi excluído da análise.

Por fim, para controle de possíveis variáveis de confusão, foi realizada análise multivariada através de regressão logística onde a significância estatística foi avaliada pelo teste de razão de verossimilhança (*likelihood ratio test*), considerando-se como significante $p < 0,05$. No modelo, foram consideradas as variáveis que apresentaram associação com a variável desfecho de até 5% (*alfa*) de significância estatística, ou aquelas que, diante do contexto, foram julgadas importantes para

serem testadas. Para isto, utilizou-se o pacote estatístico Stata, versão 8.2® (Stata, 1993).

5 Resultados

Foram obtidas 3401 requisições referentes aos anos de 2003 e 2004. Deste total, foram excluídas 80 requisições (2,4%) canceladas, 79 (2,3%) cadastradas como apenas “orientação” (que significa que o paciente não colheu o sangue para testagem) e 411 (12,1%) requisições que pertenciam a pacientes que realizaram mais de uma testagem para o HIV durante os anos de 2003 e 2004, portanto, com dados repetidos. Foram, então, incluídas para análise, 2831 (83,2%) requisições. Do total destas requisições consideradas, foram cadastradas 1110 (39,2%) no ano de 2003 e 1721 (60,8%) no ano de 2004. A falha no retorno (FNR) total do período de 2003 e 2004 foi de 19,4% (n=548).

Das requisições cadastradas para testagem, 90,2% (n=2554) dos pacientes colheram o sangue no próprio CTA e 9,8% (n=277) em intervenções fora do serviço, em CTA-Itinerante. A maioria das requisições informou como local de moradia do paciente a própria cidade de São Vicente (95,7%). Pacientes vindos de outras localidades somaram 4,3%, podendo ser das cidades de Santos, Praia Grande, Guarujá, Cubatão e Pedro de Toledo, cidades que fazem divisa com São Vicente ou encontram-se próximas.

A tabela 1 descreve o perfil dos pacientes que realizaram a coleta para testagem de HIV no CTA-Betinho, segundo características individuais (sócio-demográficas). A maioria dos pacientes que realizou a testagem foi do sexo feminino (n=1540, 54,4%). Quanto à escolaridade, a maior parte possuía de 8 a 11 anos completos de estudo (n= 1315, 46,5%), sendo que 43,1% não possuíam o ensino fundamental completo ou nunca estudaram (porcentagem acumulada – escolaridade nenhuma, de 1 a 3 anos e de 4 a 7 anos).

Tabela 1: Perfil dos pacientes que realizaram coleta para testagem de HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho segundo características individuais (sócio-demográficas) no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.

Características	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<i>Sexo</i>		
Feminino	1540	54,4
Masculino	1291	45,6
Total	2831	100,0
<i>Escolaridade</i>		
Nenhuma	75	2,6
1 a 3 anos	245	8,7
4 a 7 anos	900	31,8
8 a 11 anos	1315	46,5
12 anos ou mais	262	9,3
Não Informado	34	1,2
Total	2831	100,0
<i>Situação Ocupacional</i>		
Autônomo	226	8,0
Desempregado	853	30,1
Empregado	1132	40,0
Estudante	155	5,5
Do lar	284	10,0
Aposentado	127	4,5
Não Informado	54	1,9
Total	2831	100,0
<i>Estado Civil</i>		
Casado/amigado	905	32,0
Solteiro	1488	52,6
Separado	283	10,0
Viúvo	110	3,9
Não Informado	45	1,6
Total	2831	100,0
<i>Faixa Etária</i>		
13 – 19 anos	435	15,4
20 – 29 anos	989	34,9
30 – 39 anos	648	22,9
40 – 49 anos	449	15,9
> 50 anos	310	11,0
Total	2831	100,0
<i>Gestante</i>		
Não	2803	99,0
Sim	28	1,0
Total	2831	100,0

FONTE: SI-CTA Betinho

Observou-se que 40,0% (n=1132) estavam empregados e 30,1% (n= 853) desempregados. A maioria era solteira (n=1488, 52,6%) e os casados constituíam 32,0% (n=905) do grupo. Em relação à idade, a concentração ficou na faixa etária de 20 e 29 anos (n=989, 34,9%). A média de idade encontrada foi de 32,2 anos (desvio padrão mais ou menos 12,7 anos), a mediana de 29,0 anos e a moda 20,0 anos. O

menor valor foi de 13 anos e o maior de 81 anos. Por fim, notou-se que 28 gestantes (1%) realizaram o teste para o HIV no CTA-Betinho.

Tabela 2: Características relacionadas à testagem encontradas em pacientes que realizaram coleta para teste de HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.

Características	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<i>Origem da Clientela</i>		
Material de divulgação	305	10,8
Amigos/usuários	792	28,0
Jornais/rádio/televisão	85	3,0
Banco de sangue	3	0,1
Serviço/profissional de saúde	1446	51,1
Serviços de informação telefônica	3	0,1
Outros	161	5,7
Não informado	36	1,3
Total	2831	100,0
<i>Tipo de Orientação</i>		
Individual	724	25,6
Coletiva	1936	68,4
Nenhuma	167	5,9
Individual e Coletiva	4	0,1
Total	2831	100,0
<i>Motivo da Procura</i>		
Exposição à situação de risco	1669	59,0
Encaminhado por serviço de saúde	457	16,1
Encaminhado por banco de sangue	8	0,3
Encaminhado por clínica de recuperação	18	0,6
Sintomas relacionados ao HIV	8	0,3
Admissão em emprego/forças armadas	28	1,0
Conhecimento do status sorológico	312	11,0
Exame pré-natal	13	0,5
Conferir resultado anterior	41	1,4
Janela Imunológica	33	1,2
DST	30	1,1
Prevenção	11	0,4
Outros	203	7,2
Total	2831	100,0
<i>Primeiro Teste no CTA</i>		
Não	422	14,9
Sim	2409	85,1
Total	2831	100,0

Fonte: SI-CTA Betinho

A tabela 2 descreve características relacionadas à testagem dos pacientes que vieram ao CTA-Betinho. A grande maioria dos pacientes passou por aconselhamento pré-teste coletivo (n=1936, 68,4%). As pessoas que souberam do CTA-Betinho por meio de serviços de saúde representaram 51,1% (n=1446) do grupo e as que vieram por indicação de amigos ou usuários representaram 28,0% (n=792).

Quanto ao motivo da procura, grande parte dos pacientes submeteu-se ao teste por ter passado por situação de risco (59,0%, n=1669). Os que indicaram que fizeram a testagem por solicitação médica (cirurgias e diagnóstico complementar) representaram 16,1% do grupo (457). Quem já havia realizado testagem no CTA entre 1996 (início do funcionamento do serviço) e 2002 e repetiu o exame no período do estudo, ou seja, não estava realizando a testagem pela primeira vez no serviço, representou 14,9% (n=422) do grupo estudado.

As tabelas a seguir descrevem a análise bivariada dos dados, associando-se as variáveis do estudo com a variável dependente falha no retorno (FNR).

De acordo com a tabela 3, a associação entre falha no retorno e características sócio-demográficas só foi encontrada para faixa etária, sendo encontrado um efeito de tendência ($\chi^2_{\dagger} = 7,28$, $p=0,007$). De fato, a faixa etária pertencente aos adolescentes, de 13 a 19 anos (n=110, 25,3%), falhou mais no retorno. Tomando como referência esta faixa etária, todas as outras tiveram um efeito protetor na chance de falha no retorno, conforme mostrou a coluna de *odds* da tabela 3. As outras variáveis, sexo, escolaridade, situação ocupacional, estado civil e gestação não foram associadas à variável de resposta do estudo.

Tabela 3: Análise bivariada de características individuais (sócio-demográficas) e falha no retorno (FNR) em pacientes que realizaram coleta para testagem de HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.

Característica	N	Falha no retorno n (%)	Odds (IC 95%)	χ^2	Valor do p
Sexo					
Feminino	1540	289 (18,8)	ref.	0,76	0,385
Masculino	1291	259 (20,1)	1,09(0,90-1,32)		
Total	2831	548 (19,4)			
Escolaridade					
Nenhuma	75	13 (17,3)	ref.	1,87	0,760
1 a 3 anos	245	39 (15,9)	0,90(0,43-1,91)		
4 a 7 anos	900	171 (19,0)	1,12(0,58-2,19)		
8 a 11 anos	1315	253 (19,2)	1,14(0,60-2,20)		
12 anos ou mais	262	46 (17,6)	1,02(0,49-2,12)		
Total*	2797	522 (18,7)			
Situação Ocupacional					
Autônomo/Não empregado	1645	313 (19,0)	ref.	0,45	0,503
Empregado	1132	204 (18,0)	0,94(0,76-1,14)		
Total*	2777	517 (18,6)			
Estado Civil					
Não solteiro	1298	224 (17,3)	ref.	2,30	0,130
Solteiro	1488	290 (19,5)	1,16(0,95-1,42)		
Total*	2786	514 (18,4)			
Faixa Etária					
13 – 19 anos	435	110 (25,3)	ref.	7,28	0,007
20 – 29 anos	989	185 (18,7)	0,68(0,52-0,90)		
30 – 39 anos	648	124 (19,1)	0,70(0,52-0,95)		
40 – 49 anos	449	75 (16,7)	0,59(0,42-0,83)		
> 50 anos	310	54 (17,4)	0,62(0,43-0,91)		
Total	2831	548 (19,4)			
Gestante					
Não	2803	542 (19,3)	ref.	0,08	0,780
Sim	28	6 (21,4)	1,14(0,41-3,00)		
Total	2831	548 (19,4)			

FONTE: SI-CTA Betinho

* Excluídos dados não informados

Estatisticamente significativo em negrito e itálico

ref. – referência

† *qui quadrado* de tendência (χ^2_t)

Foi realizada outra análise bivariada para idade, dividindo-se a faixa etária em duas categorias, de “13 a 19 anos” e “maior que 19 anos”, conforme tabela 4. A FNR entre adolescentes (de 13 a 19 anos) foi maior em relação aos pacientes maiores de 19 anos. A chance de falha desta faixa etária foi de 51% a mais que os pacientes com mais de 19 anos (OR=1,51; IC95%=1,19-1,92; p=0,0007).

Tabela 4: Análise bivariada de faixa etária adolescente e falha no retorno (FNR) em pacientes que realizaram coleta para testagem de HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.

Característica	N	Falha no retorno n (%)	Odds (IC 95%)	x²	Valor do p
<i>Faixa Etária Adolescente</i>					
Maior que 19 anos	2396	438 (18,3)	ref.		
13-19 anos	435	110 (25,3)	1,51(1,19-1,92)	11,58	0,0007
Total	2831	548 (19,4)			

FONTE: SI-CTA Betinho

Estatisticamente significativa em negrito e itálico

Segundo a tabela 5, a falha no retorno (FNR) foi associada a características de testagem, sendo elas: CTA-Itinerante, origem do cliente, tipo de orientação e primeiro teste no CTA. Não foi associada, porém, ao ano de testagem e ao motivo da realização do exame (exposição à situação de risco).

Notou-se que a chance de FNR das pessoas que participaram de CTA-Itinerante e realizaram coleta fora do serviço foi muito maior que a chance de FNR das que colheram o sangue no próprio serviço (OR=4,36; IC95%=3,33-5,71; $p < 0,0001$).

Pacientes que foram referenciados por serviços ou profissionais de saúde tiveram 41% a mais de chance de falha no retorno que os que foram referenciados por amigos, meios de comunicação ou materiais de divulgação (OR=1,41; IC95%=1,15-1,72; $p < 0,001$).

Em relação ao tipo de orientação, para aqueles pacientes que não participaram de aconselhamento pré-teste e só realizaram a coleta de sangue para testagem, a chance de falha no retorno foi aproximadamente 80% maior que aqueles pacientes que se submeteram a algum tipo de orientação pré-teste (OR=1,86; IC95%=1,29-2,67), com associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Tabela 5: Análise bivariada de características relacionadas à testagem e falha no retorno (FNR) em pacientes que realizaram coleta para testagem de HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.

Característica	N	Falha no retorno n (%)	Odds (IC 95%)	x²	Valor do p
<i>Ano</i>					
2003	1110	197 (17,7)	ref.	3,03	0,082
2004	1721	351 (20,4)	1,19(0,97-1,45)		
Total	2831	548 (19,4)			
<i>CTA-Itinerante</i>					
Não	2554	420 (16,4)	ref.	141,83	<0,0001
Sim	277	128 (46,2)	4,36(3,33-5,71)		
Total	2831	548 (19,4)			
<i>Origem do Cliente</i>					
Não referenciado serv. saúde	1346	215 (16,0)	ref.	12,18	<0,001
Referenciado serv. saúde	1449	306 (21,1)	1,41(1,15-1,72)		
Total*	2795	521 (18,6)			
<i>Tipo de Orientação</i>					
Orientado em pré-teste	2664	498 (18,7)	ref.	12,73	<0,001
Não orientado em pré-teste	167	50 (29,9)	1,86(1,29-2,67)		
Total	2831	548 (19,4)			
<i>Motivo Exposição</i>					
Sim	1669	305 (18,3)	ref.	3,05	0,081
Não	1162	243 (20,9)	1,18(0,98-1,43)		
Total	2831	548 (19,4)			
<i>Primeiro teste no CTA</i>					
Não	422	65 (15,4)	ref.	4,97	0,026
Sim	2409	483 (20,0)	1,38(1,04-1,83)		
Total	2831	548 (19,4)			

FONTE: SI-CTA Betinho

* Excluídos dados não informados

Estatisticamente significativo em negrito e itálico

ref.- referência

serv. - serviço

Os pacientes de outros anos (que realizaram o primeiro teste no CTA entre 1996 e 2002) e que retornaram para nova testagem no período do estudo (2003 e 2004), falharam menos no retorno que os que testaram pela primeira vez durante este período. O *odds ratio* de quem colheu pela primeira vez foi de 1,38 (IC95%=1,04-1,83) em relação aos “repetentes”. Esta diferença também foi estatisticamente significativa (p=0,026)

As tabelas 6, 7 e 8 trazem os dados referentes a tempo de espera do resultado de HIV.

A média encontrada para o resultado ficar pronto foi de 29,3 dias, com desvio padrão de mais ou menos 22,6 dias. A mediana foi de 22,0 dias e a moda foi igual a 13,0 dias. O primeiro valor foi de 01 dia (exame pronto no dia seguinte à coleta) e o último, de 161 dias (exame pronto 161 dias após a coleta). Calcularam-se as médias em dias dos pacientes que retornaram para pegar o resultado e dos que não retornaram. Em relação ao ano de 2003, a média em dias em que o resultado ficou pronto de quem retornou foi de 21,0 dias (desvio padrão de mais ou menos 15,3) e de quem não retornou, de 27,0 dias (desvio padrão de mais ou menos 20,3). Para o ano de 2004, a média foi de 33,2 dias para retornos (desvio padrão de mais ou menos 23,7) e 40,6 dias para falha no retorno (desvio padrão de mais ou menos 26,5). Já para o período total, o resultado de quem retornou ficou pronto na média de 28,3 dias (desvio padrão de mais ou menos 21,6), e de quem não retornou, 35,5 dias (desvio padrão de mais ou menos 25,2).

Na tabela 6, seguem as medianas de tempo de espera do resultado por ano, divididas em quem pegou o resultado e quem falhou no retorno. Para estabelecer significância estatística, utilizou-se o teste de avaliação da diferença de postos de Wilcoxon ou teste U de Mann-Whitney, uma vez que a distribuição da variável “tempo de espera do resultado” não observa uma distribuição normal.

Tabela 6: Mediana de tempo de espera do resultado de HIV e avaliação da diferença de postos de Wilcoxon para pacientes que retornaram para pegar resultado e para os que falharam no retorno no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.

Período	N	n (%)	Falha no retorno		z	Valor do p
			Não	Sim		
2003	1102	191 (17,3)	17,0	20,0	-3,315	<i>0,0009</i>
2004	1692	322 (19,0)	27,0	36,0	-4,698	<i><0,0001</i>
Total*	2794	513 (18,4)	22,0	29,0	-5,712	<i><0,0001</i>

FONTE: Livro de Registro CTA-Betinho

* Excluídos exames não realizados

Estatisticamente significante em negrito e itálico

As diferenças nas medianas em que o resultado do HIV ficou pronto para pessoas que retornaram para pegar o resultado e pessoas que falharam foram significativas para os dois anos, de 2003 ($p=0,0009$) e 2004 ($p<0,0001$), bem como para o período total ($p<0,0001$). Percebeu-se, que no ano de 2003, as medianas encontravam-se mais próximas que em 2004.

Tabela 7: Análise bivariada de tempo de espera de resultado de HIV e falha no retorno (FNR) em pacientes que realizaram coleta para testagem no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.

Tempo de espera do resultado	N	(%)	Falha no retorno n (%)	Odds (IC 95%)	χ^2_t	Valor do p
01-30 dias	1802	(64,5)	265 (14,7)	ref.		
31-45 dias	472	(16,9)	95 (20,1)	1,46(1,12-1,91)		
46-60 dias	220	(7,9)	56 (25,5)	1,98(1,41-2,79)		
61-75 dias	159	(5,7)	59 (37,1)	3,43(2,39-4,92)		
Mais que 75 dias	141	(5,0)	40 (28,7)	2,09(1,40-3,12)	56,0	<0,0001
Total*	2794	(100,0)	513 (18,4)			

FONTE: Livro de Registro CTA-Betinho

* Excluídos exames não realizados

χ^2_t = *qui quadrado* de tendência

Estatisticamente significativo em negrito e itálico

De acordo com a tabela 7, tempo de espera do resultado foi associado à FNR com valor de $p<0,0001$, sendo encontrado efeito de tendência ($\chi^2_t=56,0$). Em relação ao período de 1 a 30 dias, todos os outros pacientes em que o resultado ficou pronto em mais que 30 dias, tiveram uma chance maior de falha no retorno, conforme mostra a coluna de *odds* da tabela 7. Os pacientes falharam mais quando os resultados demoraram entre 61 e 75 dias para ficarem prontos (37,1%), sendo a chance desta falha ser superior a 3 vezes em relação à falha de quem o resultado ficou pronto em até 30 dias (OR=3,43, IC95%=2,39-4,92).

Para aprofundar a análise desta variável, dividiu-se o tempo de espera do resultado em duas categorias, “menor ou igual a 30 dias” e “maior que 30 dias”. Isto foi assim estabelecido pois a orientação dada em pré-teste para o paciente entrar em contato com o serviço e saber se o resultado estava pronto variou de 10 a 30

dias. Portanto, os resultados realizados até este período estavam dentro da faixa de expectativa do serviço e do paciente de ficarem prontos.

Tabela 8: Análise bivariada de tempo de espera por período e falha no retorno (FNR), em pacientes que realizaram coleta para testagem no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.

Tempo de espera por período	N	Falha no retorno n (%)	Odds (IC 95%)	x²	Valor do p
Menor ou igual a 30 dias	855	134 (15,7)	ref.		
Maior que 30 dias	1939	379 (19,5)	1,31 (1,05-1,62)	5,94	0,0148
Total*	2794	513 (18,4)			

FONTE: Livro de Registro CTA-Betinho

* Excluídos exames não realizados

Estatisticamente significativo em negrito e itálico

Pela tabela 8, para os pacientes com o resultado pronto em mais de 30 dias, a chance de falha no retorno foi aproximadamente 30% maior que os que tiveram seus resultados prontos em até 30 dias (OR=1,31; IC95%=1,05-1,62), com significância estatística $p=0,0148$.

As tabelas 9 e 10 referem-se a questões relacionadas ao resultado de HIV.

O CTA-Betinho, neste período do estudo, apresentou uma porcentagem de 3,2% de resultados reagentes ($n=92$). A grande maioria, conforme esperado, foi de resultados não reagente (94,6% $n=2679$).

Tabela 9: Resultado do teste de HIV em pacientes que realizaram coleta para testagem no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.

Característica	Frequência (n)	Porcentagem (%)
<i>Resultado de HIV</i>		
Não Reagente	2679	94,6
Reagente	92	3,2
Indeterminado	20	0,7
Discordante	3	0,1
Não realizado	37	1,3
Total	2831	100,0

Fonte: SI-CTA Betinho

A FNR, apresentada na tabela 10, foi maior para quem teve sorologia positiva para o HIV (40,2%) do que para quem teve sorologia negativa (17,5%).

Pacientes com resultado reagente tiveram chance de falha no retorno maior que 3 vezes que pacientes com resultado não reagente (OR=3,18; IC95%=2,03-4,98), sendo estatisticamente significativa ($p < 0,0001$).

Tabela 10: Análise bivariada de resultado do teste de HIV e falha no retorno (FNR) em pacientes que realizaram coleta para testagem no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.

Característica	N	Falha no retorno n (%)	Odds (IC 95%)	χ^2	Valor do p
<i>Resultado de HIV</i>					
Não Reagente	2679	468 (17,5)	ref.		
Reagente	92	37 (40,2)	3,18 (2,03-4,98)	30,88	<0,0001
Total*	2771	505 (18,2)			

FONTE: SI-CTA Betinho

*Excluídos resultados: indeterminados, discordantes e não realizados.
Estatisticamente significativa em negrito e itálico

Para controle de possíveis variáveis de confusão foi feita a regressão logística tendo sido selecionadas as variáveis independentes que possuíam medida de associação (OR) com significância estatística (alfa) menor que 5%. Foram incluídas no modelo as seguintes variáveis:

- Faixa etária adolescente
- Testagem: CTA-Itinerante, origem do cliente, tipo de orientação, primeiro teste;
- Tempo de espera por período;
- Resultado do HIV.

As variáveis “faixa etária” e “tempo de espera do resultado” não foram incluídas por se entender que estariam mais bem representadas por “faixa etária adolescente” e “tempo de espera por período”. Também não foram incluídas variáveis com significância estatística (*alfa*) menor que 5%, uma vez que nenhuma foi considerada relevante para esta análise. A tabela 11 apresenta o resultado desta análise.

Tabela 11: Análise multivariada por regressão logística das variáveis independentes associadas à falha no retorno (FNR) em pacientes (n=2732) que realizaram coleta para testagem do HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho no período de 2003 e 2004. São Vicente, 2006.

Característica	OR Bruto	OR Ajustado	IC95%	Valor do p
<i>Faixa Etária Adolescente*</i>	1,51	1,37	1,05-1,79	0,0213
<i>CTA-Itinerante*</i>	4,36	5,28	3,94-7,06	<0,0001
<i>Tempo de espera por período*</i>	1,31	1,86	1,45-2,38	<0,0001
<i>Resultado do HIV*</i>	3,18	4,15	2,67-6,46	<0,0001

As seguintes variáveis foram incluídas no modelo: faixa etária adolescente, CTA-Itinerante, origem do cliente, tipo de orientação, primeiro teste, tempo de espera do resultado por período, resultado do HIV.

* N= 2732

No modelo final, portanto, a FNR, para participar da orientação pós-teste e pegar o resultado de HIV, ficou associada à faixa etária adolescente (OR ajustado=1,37; IC95%=1,05-1,79; p=0,0213), ao fato de o paciente ter participado de CTA-Itinerante (OR ajustado=5,28; IC95%=3,94-7,06; p<0,0001), ao fato do resultado do HIV ter demorado mais de 30 dias para ficar pronto (OR ajustado= 1,86; IC95%=1,45-2,38; p<0,0001) e ao fato do resultado ser reagente para o HIV (OR ajustado=4,15; IC95%=2,67-6,46; p<0,0001).

Houve um pequeno decréscimo no valor do *odds* para faixa etária adolescente (OR bruto=1,51 – OR ajustado=1,37) após ajuste da análise multivariada.

No sentido inverso, houve um aumento nos valores dos *odds* para CTA-Itinerante, tempo de espera por período e resultado do HIV. As diferenças mais importantes foram nos *odds* de CTA-Itinerante e resultado do HIV. Para CTA-Itinerante, o *odds* ajustado passou a ser OR=5,28 aumentando de mais de quatro (OR bruto=4,36) para mais de cinco vezes a chance de falha no retorno nesta atividade. Para resultado do HIV, a chance de FNR para pacientes soropositivos passou de três (OR bruto=3,18) para quatro vezes (OR=4,15) em relação aos soronegativos. Para o tempo de espera do resultado por período, o acréscimo foi menor, porém aumentou-se a chance de falha no retorno de quem teve o resultado

pronto em mais de 30 dias para quase duas vezes a mais do que quem teve seu resultado pronto em até 30 dias (OR bruto=1,31 x OR ajustado=1,86).

As outras variáveis do estudo incluídas no modelo, a saber: origem do cliente, tipo de orientação e primeiro teste, perderam sua significância estatística.

6 Discussão

O presente estudo se propôs a investigar a falha no retorno (FNR) em pacientes que realizaram a testagem para o HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho.

Em análise bivariada, as variáveis associadas à falha no retorno foram: faixa etária, faixa etária adolescente, origem do cliente, tipo de orientação, primeiro teste no CTA, CTA-Itinerante, tempo de espera do resultado, tempo de espera por período e resultado de HIV. Para análise multivariada, não foram incluídas “tempo de espera do resultado” e “faixa etária” pois se considerou mais apropriado incluir apenas “faixa etária adolescente” e “tempo de espera por período”, que melhor representavam estes fatores. Portanto, em análise multivariada, permaneceram associadas à FNR as variáveis: faixa etária adolescente, CTA-Itinerante, tempo de espera por período e resultado de HIV.

Para discutir estes resultados, primeiramente, cabem observar alguns aspectos das associações encontradas apenas em análise bivariada.

6.1 Origem do cliente

Em análise bivariada, a FNR foi associada à origem do cliente. Os pacientes que vieram referenciados de serviços de saúde (serviço/profissional de saúde e bancos de sangue) tiveram maior falha que os referenciados por amigos ou usuários, jornais/rádio/televisão, serviço de informação telefônica, materiais de divulgação e outros. No estudo de Bell (1996), os pacientes referenciados de serviços de saúde também falham mais.

No CTA-Betinho, a maior parte das pessoas referenciadas de serviços de saúde realizou a testagem por solicitação médica. Isso pode dar à testagem um caráter não voluntário, ou seja, o paciente não fez a coleta por iniciativa própria e por desejo, mas porque alguém solicitou. Neste sentido, outros estudos apontam para o fato de que o retorno para pegar o resultado de HIV é maior quando a pessoa tem a intenção em realizar a testagem. Em Tao et al. (1999), a FNR é associada a pacientes que realizaram o teste por solicitação médica (cirurgias ou internação) ou compulsoriamente (serviço militar, de imigração, seguro de saúde, emprego) em comparação a quem tem a intenção de testar. A intenção em realizar o teste de HIV também aumenta o retorno para Valdisseri et al. (1993), Wiley et al. (1998), Lazebnik et al. (2001) e Hightow et al. (2003).

Os pacientes referenciados de serviços de saúde constituem uma população diferenciada da que chega por demanda espontânea. Sabendo-se que são pacientes que podem falhar no retorno, cabe à equipe do CTA sensibilizá-los. Assim, não se perde a oportunidade de conscientizá-los sobre sua vulnerabilidade frente à infecção do HIV, sobre a importância da testagem e do retorno para pegar o resultado.

6.2 Tipo de orientação

Pacientes que não participaram de orientação pré-teste antes da coleta de sangue falharam mais no retorno que os que tiveram algum tipo de orientação pré-teste, seja ela individual, coletiva ou ambas. Isso confirmou a associação encontrada por Tao et al. (1999).

No CTA Betinho, estes pacientes que não passaram por orientação pré-teste foram, geralmente, aqueles com maior dificuldade em adequar seus horários aos horários do serviço. Também pacientes que chegaram adoecidos e não tinham condições de participar do pré-teste, acabaram por realizar apenas a coleta. Estes aspectos, por si só, já poderiam explicar a FNR dos referidos pacientes. Se o paciente já teve dificuldade em realizar a testagem no CTA por conta do horário, é lícito pensar que ele teria a mesma dificuldade para retornar e pegar o resultado. Da mesma forma, se a pessoa estava adoecida, talvez não tenha conseguido retornar para pegar o resultado ou acabou realizando a coleta em outro serviço de saúde e, por isto, não retornou. De qualquer forma, esse dado apontou para a importância da realização do aconselhamento pré-teste antes da coleta de sangue. Nos casos descritos acima, o CTA poderia investir em alternativas de abordagem para garantir alguma orientação pré-teste para o paciente, já que o mesmo talvez não consiga se adequar aos procedimentos padrão do serviço.

6.3 Primeiro teste no CTA

A associação encontrada entre FNR e primeiro teste no CTA confirmou os achados de Schuller et al. (1996), Wiley et al. (1998) e Hightow et al.(2003). Estes estudos, porém, foram realizados em clínicas de DST, locais aonde a FNR é descrita como sendo uma das mais expressivas (Ginsberg, 1989; Kappes et al.,1990; Valdisseri et al., 1993; CDC, 1994; Fichtner et al., 1996; Wiley et al., 1998; Molitor et al., 1999; CDC, 2001; Hightow et al., 2003). Dados relacionados à associação entre FNR e primeira testagem em Centros de Testagem e Aconselhamento não são relatados.

De qualquer forma, foi importante notar que os pacientes que não estavam realizando a primeira coleta no CTA foram os que mais retornaram para pegar seus resultados. Isto pôde demonstrar um bom vínculo com o serviço. Alguns estudos (Minayo et al., 1999; Ferreira et al., 2001) comentam o quanto os pacientes sentem-se satisfeitos com o acolhimento e o atendimento realizados pelas equipes de CTA, o que é um fator que facilita muito o retorno dos usuários.

A seguir, discutem-se as outras características que foram associadas a FNR e que permaneceram significativas após análise multivariada.

6.4 Faixa etária

A FNR foi associada à variável faixa etária e à variável faixa etária adolescente. No modelo final, a faixa etária adolescente permaneceu associada após ajustes da análise multivariada, confirmando informações de outros estudos, como os de Catania et al. (1990), Moore et al. (1990), Nelson et al. (1990), Slutsker et al (1992), Valdisseri et al. (1993), Fry et al. (1994), Ilgbody et al. (1994), Schluter et al.(1996), Ramon et al. (1998), Molitor et al. (1999), Tao et al. (1999) e Lazebnik et al. (2001).

Os adolescentes são considerados população vulnerável para infecção de HIV/DST pelo Programa Nacional de DST e Aids (MS, 2005b). Características de comportamento ligadas à referida fase, como onipotência, necessidade de auto-afirmação, falta de limites, questionamento de normas e valores, ansiedade, dúvida e frustração (Takiuti, 1997) aumentam a vulnerabilidade individual, a qual pode ser agravada pela falta de apoio familiar ou social, e existindo o contato com drogas lícitas e ilícitas e violência, que podem ocorrer no cotidiano da população de baixa

renda (Dunn, 1999; Ruzany, 2003), aumentar a vulnerabilidade social. Questões de gênero também podem influenciar na vulnerabilidade do adolescente, principalmente quando se espera que a menina tenha um comportamento “passivo” frente à sociedade em relação à iniciação sexual e o menino adote uma postura mais ativa, dificultando, entre outras coisas, a negociação do uso de preservativo (Paiva, 2000). Valdisseri et al. (1993) comenta que adolescentes são caracterizados como propensos a se engajarem em comportamentos de risco e como pessoas que inapropriadamente aferem seu risco. Além disso, o grau de percepção de risco para HIV e DST é baixo e menos acentuado em mulheres adolescentes e jovens (Gil et al., 2000; Antunes et al., 2002). Como consequência, observou-se, em 2004, uma taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de aids de 1,6 em adolescentes do sexo masculino (13 -19 anos) e de 2,2 em adolescentes do sexo feminino (MS, 2005c).

O fato de se ter relacionado a falha no retorno (FNR) com adolescência neste estudo é, portanto, muito preocupante. Devido à alta vulnerabilidade individual e social a que estão sujeitos, o não retorno para buscar o resultado do HIV não possibilita o profissional de saúde a discutir vulnerabilidade com esta população. O CTA precisaria voltar sua atenção para esta população que vem realizar a testagem, buscando alternativas de acolhimento em pré-teste, adaptando-o às características e vulnerabilidades dos mesmos, não se esquecendo de reforçar a importância de pegar o resultado.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde também pode ser outro fator que explica esta FNR, segundo Valdisseri et al. (1993). A dificuldade de acesso poderia, a princípio, até ser por não ter dinheiro para deslocar-se ao CTA para pegar o resultado ou por falta de identificação com os serviços de saúde. Seja qual for o

motivo, não investigado por este estudo, esta população merece uma atenção especial para minimizar a dificuldade de acesso.

6.5 CTA-Itinerante

A falha no retorno em pacientes que participaram de CTA-Itinerante permaneceu significativa mesmo após ajuste para variáveis de confusão. A chance destes pacientes não retornarem para pegar o resultado foi cinco vezes maior do que quem realiza a testagem no espaço físico do CTA. De fato, Henrickson et al. (1990) e Molitor et al. (1999) atentam para o fato de que o não retorno da população que testa em locais fora do espaço do CTA é alto. Segundo Henrickson et al. (1990), a FNR chega a 80% e, para Molitor et al. (1999), a FNR é três vezes maior quando comparada a locais de testagem alternativos. Em Mall et al. (2004a), na testagem realizada em unidade móvel (van) com população de maior vulnerabilidade (HSH, bissexuais e travestis), a FNR é de 34%.

O CTA-Itinerante, ou Volante, como é chamado em alguns locais, é uma proposta alternativa difundida pelo Ministério da Saúde (MS, 1999) para aumentar o número de pessoas interessadas em realizar a testagem para o HIV e conhecer sua sorologia. Como vantagens, vêem-se a possibilidade de facilitar o acesso à testagem do HIV, uma vez que o serviço desloca-se para a comunidade e a maior chance em atingir populações de maior vulnerabilidade, como, por exemplo, usuários de droga, que têm dificuldade em acessar serviços de saúde (Mesquita; Seibel, 2000). Constatou-se, porém, neste estudo, que o objetivo desta estratégia pode estar sendo atingido parcialmente. Apesar da orientação e a testagem estarem sendo

realizadas, os resultados dos exames acabaram não sendo entregues, pois as pessoas não retornaram para buscá-los.

Em relação aos procedimentos do serviço, o fato de a pessoa ter testado para o HIV fora do espaço físico do CTA e ter sido orientado a ir até o mesmo para buscar o resultado pode ter dificultado a entrega. Isso é observado por Henrickson et al. (1990). Em seu estudo, os usuários que participaram da atividade foram orientados a retirar os resultados dos exames de HIV realizados no espaço físico do CTA. Havia, por trás disto, a intenção em vincular o usuário ao serviço. Herinckson et al. (1990), porém, comenta que isto pode ter facilitado a falha no retorno (FNR), principalmente porque a testagem atingiu populações de maior vulnerabilidade (usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo). A intenção em vincular os pacientes ao serviço foi a mesma pensada pela equipe do CTA-Betinho, quando solicitou a eles que viessem pegar o resultado no CTA. Acredita-se, porém, que isto acabou por não surtir o efeito desejado. Além disto, cabe atentar para o fato de que, por atingir populações de maior vulnerabilidade e de difícil acesso, características relacionadas a questões da vulnerabilidade individual e social destas populações poderiam estar influenciando nesta falha no retorno. O fato da discriminação e da pobreza dificultarem o acesso ao serviço de saúde denunciam uma falta de atenção para vulnerabilidade social e programática destas pessoas. O CTA-Itinerante procurou, por um lado, minimizar esta questão quando foi buscar o sujeito para a testagem, mas falhou em perceber seu contexto, dificultando a entrega. Nesse sentido, cabe ao CTA repensar a estratégia do CTA-Itinerante, talvez modificando o “contrato” com as pessoas, levando o resultado do exame até elas, na comunidade, ou investindo em novas técnicas de testagem, a saber, nos testes rápidos para esta intervenção. Esta proposta, porém, não pode ser realizada sem levar em conta

outros contextos em que estão inseridas as pessoas, sob o risco de tutelá-las ou vitimizá-las (Ayres et al., 2003). Facilitar o acesso ao resultado seria apenas uma medida alternativa, enquanto a sociedade civil e os Programas de DST/aids estariam trabalhando para intervir na inclusão social e no acesso aos serviços de saúde para estas populações vulneráveis.

Outra observação a respeito de CTA-Itinerante apontada por Molitor et al. (1999), é a de que, na verdade, a intenção da testagem para o HIV nestes pacientes, de alguma forma, é “impulsionada” pelo profissional da saúde, na medida em que é ele quem se desloca para oferecer o aconselhamento e o exame, o que pode tirar o caráter “voluntário” da testagem e influenciar na falha no retorno. De fato, pôde-se perceber, na prática do CTA-Itinerante, que algumas pessoas realizaram a testagem apenas por circunstância, por estarem ali, no local da testagem ou por persuasão do grupo. Talvez estas pessoas não tivessem o real interesse em conhecer sua sorologia e por isto não buscaram seus resultados.

Observa-se ainda, nos estudos de Valdisseri et al. (1993), Fitchner et al. (1996) e Nyamathi (2000), que a percepção de risco influencia mais no retorno para buscar o resultado que o risco aferido. A testagem em CTA-Itinerante, na comunidade, pode estar atingindo mais pessoas que não se percebem em risco e, portanto, têm maior chance de FNR. Nesse sentido, o aconselhamento coletivo que está sendo realizado para esta comunidade pode estar trabalhando pouco as questões do risco, e, ampliando esta visão, as questões da vulnerabilidade. De fato, às vezes estas intervenções foram realizadas sob condições adversas e acabaram por se limitar a uma palestra antes da realização da testagem onde só foi possível trabalhar a informação didática. Irwin et al. (1996) observa que os aconselhamentos não interativos e didáticos trazem menor aceitação de testagem e retorno que os

aconselhamentos centrados no cliente. Também fala da importância em se adaptar o aconselhamento às questões culturais, neste caso, fator fundamental, já que se está lidando com a comunidade e com populações vulneráveis. Apesar do fato parecer complexo, em se tratando de aconselhamento coletivo, é importante destacar o que comenta Filgueiras et al. (1999): embora o aconselhamento coletivo tenha um caráter mais educativo, existem possibilidades de se valorizar a interação entre o profissional e os usuários, quando se incentiva a troca de conhecimentos, a verbalização das suas dúvidas e temores, reconhecendo que os usuários têm um conhecimento prévio sobre o assunto e que levá-lo em consideração é a chance que se tem para revitalizar tal conhecimento e até redimensionar a vulnerabilidade deste grupo. Para que estes objetivos sejam atingidos, é importante um bom planejamento das intervenções do CTA-Itinerante para que se possam diminuir as condições adversas de algumas intervenções.

6.6 Tempo de espera do resultado

A FNR foi associada ao tempo de espera do resultado (análise bivariada) e ao tempo de espera por período (análise bivariada e multivariada), sendo que pacientes cujos resultados ficaram prontos em mais de 30 dias tiveram uma chance de falha quase duas vezes maior que pacientes cujos resultados ficaram prontos em até 30 dias. A análise realizada das medianas de tempo de espera do resultado para pacientes que vieram buscar o resultado e pacientes que falharam no retorno mostrou diferenças significativas entre as medianas dos dias em que os resultados ficaram prontos para FNR.

A espera do resultado é problemática para o paciente e para o serviço. Embora no estudo realizado por Cross (1999), esse fator não seja significativo para influenciar na falha no retorno, vários outros autores que investigaram o tema atribuem à espera do resultado algum desconforto que pode interferir no bom andamento do processo. Wilkinson et al. (1997), Dowing et al. (1998) e Fylkesnes et al. (1999) comentam isso em estudos realizados em países africanos, onde a espera do resultado de várias semanas foi determinante para aumentar a proporção da falha no retorno, embora isto não tenha sido analisado estatisticamente. Mais perto de nossa realidade, Ferreira et al. (2001) fala do quanto a falta de insumos para realização do teste e, por conseqüência, a demora do resultado, influenciam na qualidade do serviço. Minayo et al. (1999), em sua avaliação dos CTA da região do Nordeste do Brasil, relata que os pacientes, quando vêm realizar a testagem, têm fantasias como medo de pegar um resultado positivo, vergonha ou medo de entrar no serviço, receio em encontrar alguém conhecido e de ser taxado como doente. Após o atendimento pré-teste, eles acalmam-se e passam a confiar no serviço. Porém, quando o resultado demora a ficar pronto, ou é inconclusivo, as fantasias retornam. Ainda seguindo a mesma linha, Spielberg et al. (2001 e 2003) relata que a pessoa pode nem chegar a realizar a testagem para o HIV devido à ansiedade da espera do resultado.

A dificuldade na realização rápida do exame é uma realidade em vários CTA do Brasil. Minayo et al. (1999) comenta o quanto a falta de proximidade do CTA em relação ao laboratório ou a grande demanda que este último atende implicam para diminuir a qualidade do serviço prestado. Além disso, os insumos para realização do teste são caros e constantemente os CTA têm que lidar com a falta de recursos para a compra de kits. A conseqüência é a ansiedade, tanto do paciente,

quanto dos profissionais de saúde, que têm que lidar com situações muitas vezes embaraçosas mediante os pacientes, que querem os resultados prontos. A situação se agrava muito quando o paciente está adoecido, pois a cobrança, principalmente da família, é intensa.

Apenas uma ação conjunta poderia dar alguma solução para o problema. O comprometimento dos gestores para o bom andamento do processo é imprescindível. São necessárias ações que visem diminuir a vulnerabilidade programática, sem deixar de lado a participação da sociedade civil organizada, que poderia cobrar das autoridades uma solução para o caso. A política de testagem para o HIV, incentivada pelo Ministério da Saúde através da campanha “Fique Sabendo” (MS, 2002a), fica altamente comprometida se os exames demoram ou, às vezes, nem chegam a serem realizados. As equipes dos CTA também acabam ficando desestimuladas, o que atrapalha no atendimento ao público.

Uma das alternativas para solucionar a questão seria a introdução dos testes rápidos para diagnóstico nestes serviços. Vários estudos apontam que a falha no retorno cai muito (retorno de 95% a 99%) quando se é utilizado teste rápido para testagem, inclusive com populações de maior vulnerabilidade, como usuários de droga injetável, profissionais do sexo, pacientes de clínicas de DST e em intervenções de CTA-Itinerante. Dentre estes estudos, podemos citar os de Wilkinson et al. (1997), Kassler et al. (1997), CDC (1998), Dowing et al. (1998), Fylkesnes et al. (1999), Keenan et al. (2001), Metcalf et al. (2002), Wickrema et al. (2002), Spielberg et al. (2003), Burstein et al. (2004), Pujatch et al. (2004), Nikohma et al. (2004), Van Overloop et al. (2004). Outros estudos recomendam, em suas conclusões, a introdução do teste rápido para aumentar o retorno dos pacientes em pós-teste para pegar o resultado, como em Fitchner et al. (1996), Molitor et al.

(1999), Tao et al. (1999), Hightow et al. (2003), Mall et al. (2004a), Sullivan et al. (2004) e Telles et al. (2004).

A introdução do teste rápido em Centros de Testagem e Aconselhamento é uma perspectiva do Ministério da Saúde, mas ainda não é uma realidade. Ainda não existem CTA que aplicam esta técnica. Atualmente, o teste rápido é recomendado para testagem em gestantes na maternidade, acidente ocupacional, violência sexual, em serviços de atenção básica de difícil acesso e está sendo utilizado em algumas pesquisas. Entre 2002 e 2004, foi realizado um protocolo para validação, sendo implantado em 12 municípios da região Norte. Há a perspectiva de produção nacional de dois testes já validados (Serafim, 2005).

O uso do teste rápido, entretanto, requer alguns cuidados e reflexões. É preciso, como dito acima, realizar protocolos para sua validação e estudar o custo-benefício desta técnica, antes de introduzi-la nos CTA. Somente a vontade em beneficiar o usuário não é o suficiente pois o custo do teste rápido também é alto e a prevalência da epidemia nas diversas regiões podem influenciar nos resultados, levando ao aumento ou diminuição de exames falso positivos ou falso negativos.

Há também que se considerar outra questão. A introdução do teste rápido em CTA poderia interferir negativamente na sua principal característica, que é levar o paciente a refletir suas questões de vulnerabilidade frente à infecção do HIV. Fylkesnes et al. (1999) lembra que é necessário dar ao paciente tempo suficiente para que ele reflita sobre as questões de seu risco e se prepare para pegar o resultado. Com o teste rápido, este “tempo” ficaria comprometido. Além disto, haveria a necessidade de introduzir novos procedimentos no serviço. Estes procedimentos, então, precisariam ser bem pensados e estruturados a fim de que os aconselhamentos pré-teste e pós-teste se adaptem às especificações e

conseqüências de um teste rápido, sem correrem o risco de perderem seus benefícios. Para finalizar, Fylkesnes et al. (1999) sugere que se deve respeitar o paciente, dando ao mesmo a opção entre o teste rápido ou a testagem convencional. Enfim, esta possibilidade de opção entre os dois tipos de testagem seria uma boa saída para o CTA.

6.7 Resultado do HIV

A Falha no Retorno foi associada ao resultado reagente para o HIV no CTA-Betinho. Este dado foi bastante preocupante, uma vez que a chance de falha de uma pessoa, com resultado reagente, no retorno foi quatro vezes maior que uma pessoa com resultado não reagente. Este resultado não seguiu os achados da maioria dos outros estudos sobre o tema, em que pessoas cujo resultado de teste de HIV foi “reagente” falham menos no retorno que pessoas em que o resultado foi “não reagente”. Isto é apontado por Ginsberg (1989), Kappes et al. (1990), Moore et al. (1990), Slutsker et al. (1992), Fry et al. (1994) e Ilegbodu et al. (1994), Valdisseri et al. (1993), CDC (1997) e Wiley et al. (1998). Os estudos que associam a falha no retorno a resultados reagentes para o HIV são os de Rugg et al. (1989) e Ladner et al. (1996).

A falha no retorno de pessoas com sorologia reagente para o HIV tem conseqüências sérias para a Saúde Pública. Esta pessoa não terá chance de fazer o acompanhamento médico e o tratamento, tenderá a adoecer, sua perspectiva de sobrevida fica comprometida, bem como sua qualidade de vida. Soma-se a isso a possibilidade de transmitir o vírus, ou para parceiros sexuais, se não tiver um comportamento seguro na relação sexual; ou para parceiros de uso de droga

injetável, se compartilhar apetrechos do uso; ou para o filho, caso seja mulher e fique gestante.

Neste estudo, a falha no retorno foi estabelecida apenas para uma testagem do paciente no período. Como o Ministério da Saúde preconiza duas amostras diferentes com resultado reagente para confirmar diagnóstico (MS, 2005a), o estudo mostrou a falha daqueles que nem retornaram para pegar o resultado da primeira amostra e realizar a segunda coleta. Este paciente, portanto, não teve noção de sua sorologia.

Alguns trabalhos apontam o medo em pegar o resultado como fator que influencia na falha no retorno (Rugg et al., 1989; Sullivan et al., 2004). De acordo com a história de vida do paciente, o simples fato de ter realizado a coleta pode aumentar sua ansiedade em relação ao resultado, facilitando fantasias a respeito do medo de receber um diagnóstico reagente. Isto, portanto, pode facilitar a FNR nestes casos.

Mas limitar a falha no retorno do paciente soropositivo ao medo de pegar o resultado é deixar de considerar outros aspectos importantes. Sabe-se que o perfil atual da epidemia no Brasil indica uma pauperização e feminilização da mesma, dentre outras características (Castilho; Chequer, 1999, Parker; Camargo Júnior, 2000). Portanto, a epidemia tem atingido pessoas com grande vulnerabilidade social e individual. Em alguns casos, estas pessoas sofrem com questões como baixa auto-estima, discriminação, violência doméstica etc..., e, poucas vezes, têm habilidade emocional para superar estes problemas. Lida-se, então, com um paciente de alta vulnerabilidade, que não conseguiu se proteger, no decurso de sua vida, e infectou-se. Descobrir este fato, em uma sociedade cujo imaginário ainda é preconceituoso em relação ao tema, pode ser bastante penoso. Inconscientemente,

estas pessoas podem estar fugindo ou negando esta realidade, muitas vezes até porque já vêm realizar o exame de certa forma esperando um resultado positivo. Se isto for verdade, a intervenção fica bastante complicada para estimular o retorno para pegar o resultado. Há que se respeitar, também, o momento em que a pessoa esteja preparada emocionalmente para receber a notícia. Isso vai ao encontro do que disse Nyamathi et al. (2000), para quem maior habilidade para lidar com problemas emocionais e uma maior auto-estima são fatores que aumentaram o retorno para pegar o resultado. Talvez políticas públicas de direitos humanos e inserção social possam ajudar neste aspecto.

Quanto ao CTA, é necessária uma melhor abordagem em aconselhamento pré-teste do que uma sorologia positiva implicaria para o paciente, trabalhando questões que possam dar segurança a ele, estimulando-o a pegar o resultado, qualquer que ele seja, reagente ou não reagente. Outra alternativa é inserir no serviço a busca consentida. Alguns CTA já o fazem em pré-teste (Serafim, 2005), solicitando ao paciente um consentimento de contato caso o mesmo não retorne. Isto é uma solução viável, que serve tanto para os faltosos de sorologias reagentes, quanto para os de resultado não reagente.

Para finalizar, não se pode descartar a hipótese de que estas pessoas não retornam para pegar o resultado simplesmente porque não se percebem em risco. Em estudo de Ventura-Filipe et al. (2000), metade das mulheres soropositivas entrevistadas relatam que não se percebiam em risco e nunca imaginaram que poderiam ser portadoras do HIV. Ainda 25% delas citam que não faziam parte do grupo de risco. Como dito anteriormente, a percepção de risco é fator determinante para buscar o resultado (Valdisseri et al., 1993; Fitchner et al., 1996; Nyamathi et al. 2000). Se os pacientes não se percebem em risco, podem não ter o interesse em

saber sua sorologia. Novamente aqui, cabe à equipe do CTA sensibilizar os pacientes para suas vulnerabilidades no aconselhamento pré-teste, estimulando o retorno.

6.8 Considerações finais

Em suma, pode-se pensar que algumas mudanças nos procedimentos do serviço poderiam melhorar a taxa de retorno dos pacientes para aconselhamento pós-teste e busca do resultado de HIV. Algumas delas, entretanto, não dependeriam apenas de esforço local. Medidas a curto prazo poderiam ser implantadas com maior facilidade. Outras, a médio e longo prazo, dependeriam de articulação com outros autores e até poderiam ser estendidas para outros CTA.

A curto prazo, a introdução da busca consentida para os pacientes do serviço que falharam no retorno e a ida a campo para entregar o resultado de pessoas que participaram de CTA-Itinerante são medidas viáveis que podem resultar em melhoria imediata da taxa de retorno. Uma maior atenção aos procedimentos do aconselhamento pré-teste também pode ajudar, aqui cabendo à equipe do CTA atentar para o fato de que pacientes soropositivos e adolescentes têm maior chance de falha no retorno. Acima de tudo, os pacientes precisam ser estimulados a retornarem, e o momento do aconselhamento pré-teste é crucial para esta intervenção. Aliás, o aconselhamento pré-teste acaba por ser fundamental para o serviço e deve ser melhor valorizado. Ferreira et al. (2001) destaca isto em seu estudo, atentando para o fato de que é no aconselhamento pré-teste que se deve, preferencialmente, trabalhar a vulnerabilidade do paciente. É através deste último,

também, que se tem uma maior chance de vincular quem vem para realizar o teste, garantindo o retorno.

A médio prazo, ficaria a tentativa de um maior comprometimento dos gestores em relação à logística da realização da testagem. Outra medida que pode ser tomada a médio prazo, é tentar encontrar formas alternativas de aconselhamento pós-teste e entrega de resultado. Existem experiências de entrega de resultado por telefone que diminuem a falha no retorno (Schluter et al., 1996) e outras poderiam ser criadas, de acordo com a realidade e criatividade do serviço. Poderia-se pensar, também, em estabelecer horários diferenciados para o funcionamento do CTA que não coincidam com horário comercial, facilitando o comparecimento do paciente ao serviço. A implantação de uma medida alternativa ainda não realizada, porém, teria que vir acompanhada de um estudo de viabilidade e custo-benefício.

A longo prazo, a introdução do teste rápido como alternativa de testagem para o HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento é uma medida importante, que pode aumentar muito a taxa de retorno de seus pacientes. Novamente aqui, é importante um estudo para validação do algoritmo e de custo-benefício. A referida medida, entretanto, ficaria vinculada à política do Ministério da Saúde para esses serviços.

Acrescenta-se, aqui, a importância de um monitoramento e a avaliação do serviço. Filgueiras et al. (1999) relata que a atitude de escuta ativa em aconselhamento nos CTA é uma das diretrizes mais problemáticas e mais parcialmente cumpridas. Portanto, a equipe de CTA necessita fazer uma auto-avaliação, visando minimizar este problema. A dificuldade histórica em monitorar e analisar a rotina do serviço de saúde e de contextualizá-la, pode encobrir detalhes da realidade que estariam fazendo a diferença para a questão da testagem e do

retorno dos pacientes. O óbvio é o mais difícil de ser enxergado. Portanto a resposta, às vezes, é muito simples e basta um olhar mais apurado para que ela venha à tona.

Espera-se que este estudo possa ter contribuído para o melhor entendimento da questão investigada. Por ser um estudo local, é importante estimular outros CTA a voltarem sua atenção para este tema e realizarem outros estudos relacionados à FNR. O maior conhecimento do problema poderá ajudar a traçar políticas públicas mais efetivas na área da prevenção e adequar procedimentos dos serviços de testagem e aconselhamento para lidar com falha no retorno para aconselhamento pós-teste e entrega de resultado do HIV. Espera-se também contribuir para levantar questões para estudos relacionados à vulnerabilidade individual e social destas pessoas que falham no retorno.

6.9 Limitações do estudo

Embora a abordagem metodológica utilizada neste estudo (observacional transversal) tenha tido suas vantagens, como ter ajudado para execução rápida, simples e pouco dispendiosa; e ter contribuído para dar subsídios para criação de hipóteses sobre os fatores ligados ao evento (FNR), algumas limitações puderam ser observadas.

Primeiramente, os dados encontrados referem-se ao CTA-Betinho e, a princípio, não podem ser generalizados para outros CTA. Alguns CTA funcionam de maneira muito diferente, como, por exemplo, não fazem aconselhamento pré-teste coletivo, apenas individual, ou possuem laboratório próprio, dentro do mesmo espaço físico, ou já marcam o retorno, sem que o paciente precise ligar ou procurar

o serviço para saber se o resultado está pronto. Para estes casos exemplificados, os dados encontrados no CTA-Betinho são mais difíceis de serem generalizados.

Pode ter ocorrido viés de informação pois as fichas pré-teste do CTA-Betinho e do SI-CTA não são idênticas. Esta é uma limitação na utilização dos dados do SI-CTA que é apontada no estudo de Griep et al. (2004). Para controlar este fator, procurou-se padronizar a transcrição das respostas (anexo 3). Entretanto, a digitação dos dados no SI-CTA foi realizada por mais de uma pessoa do serviço e não foi realizada dupla checagem, o que pode dar margem para que tenham ocorrido erros na inserção dos dados.

Outra limitação é em relação ao procedimento para agendamento de pós-teste e entrega do resultado, que não puderam ser controlados em todos os seus aspectos. No CTA-Betinho, o agendamento é marcado por telefone, ou no balcão, pelo próprio paciente, que é orientado em pré-teste a ligar ou comparecer ao serviço para saber se o resultado está pronto e marcar horário para entrega. Não foi controlado, por exemplo, o número de vezes que o paciente ligou ou compareceu ao serviço para saber do resultado do seu exame antes de desistir de vir buscá-lo. Também, prazo dado para o paciente estabelecer contato pode ter variado de 10 a 30 dias, e esta variação não pôde ser incluída na análise. Além disso, alguns pacientes acabaram por ser atendidos em pós-teste sem horário prévio agendado, principalmente aqueles tinham maior dificuldade em retorno, por exemplo, por causa de seus horários de trabalho, que coincidiam com os do serviço. Esses fatores podem ter interferido como viés na medida de associação relacionada ao tempo de espera do resultado.

Outro fator refere-se ao resultado do exame do HIV. A testagem reagente para o HIV é a que mais demora a ser concluída, pois, segundo o Ministério da

Saúde (2005a), além de se realizar como triagem a técnica do “Elisa”, existe ainda a necessidade da realização do exame confirmatório (Imunofluorescência/Western Blot) e a realização de uma segunda coleta, para realização de outro exame “Elisa”, confirmando o diagnóstico. Para testagem não reagente, apenas um exame “Elisa” é necessário para fechar diagnóstico. Porém, nas testagens ocorridas no CTA-Betinho no período de 2003 e 2004, a espera do resultado para pacientes soropositivos foi muito problemática, com bastante atraso na conclusão do diagnóstico tanto da primeira testagem, quanto da segunda. Este fator, portanto, pode ter causado um viés na medida de associação entre FNR e resultado positivo para HIV, superestimando o *odds*. Optou-se, neste momento, por não realizar esta análise. Esta vertente do estudo pode ser tema para investigação futura.

Ainda não se pode dizer se o paciente que falhou no retorno realizou a testagem em outro serviço de saúde e por isto não voltou. Na região em que se encontra do CTA-Betinho, existem mais quatro CTA relativamente próximos, o da cidade de Santos, Praia Grande, Guarujá e Cubatão. Não há, entre estes serviços, uma checagem de pacientes que realizam a testagem em mais de um lugar. Os próprios pacientes, porém, comentam que já realizaram o exame em CTA vizinhos. Como não se pôde controlar este fator, talvez estas pessoas que falharam no retorno não estejam deixando de saber sua sorologia e participar de aconselhamento como se imaginou.

Neste trabalho, os comportamentos de risco para HIV, como parceria fixa ou eventual, frequência de uso de preservativo com parceiro, número de parceiros no último ano, tipo de exposição para HIV, foram, a princípio, incluídos no modelo de análise, porém apresentaram pouca relevância (dado não mostrado) e foram excluídos. Provavelmente isto ocorreu pelo número reduzido de dados que se

conseguiu obter a este respeito dos que falharam no retorno, uma vez que estas informações, no CTA-Betinho, só são colhidas em pós-teste e, portanto, não puderam ser colhidas de quem falhou no retorno.

A exclusão das requisições de pacientes que testaram mais de uma vez no período de 2003 e 2004 (n=411), a princípio, não descaracterizou as medidas de associação do estudo (dado não mostrado). Porém, é importante observar que uma análise comparativa para FNR entre os que testam pela primeira vez em CTA e os que repetem a testagem mais de uma vez pode também ser objeto de futuros estudos sobre o tema.

7 Conclusão

A falha no retorno (FNR) para aconselhamento pós-teste e entrega do resultado de HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho, em análise bivariada, foi associada à:

a. Características individuais (sócio-demográficas):

- Faixa etária ($\chi^2_t = 7,28$, $p=0,007$). Tomando como referência a faixa etária dos adolescentes, as outras tiveram uma proteção no retorno:

20-29 anos OR=0,68 IC95%=0,52-0,90

30-39 anos OR=0,70 IC95%=0,52-0,95

40-49 anos OR=0,59 IC95%=0,42-0,83

maior que 50 anos OR=0,62 IC95%=0,43-0,91;

- Faixa etária adolescente, em que a chance de FNR de pacientes com idades entre 13 e 19 anos foi maior que em paciente maiores de 19 anos (OR=1,51, IC95%=1,19-1,92).

b. Características relacionadas à testagem:

- Origem do cliente, na qual pacientes referenciados de serviços de saúde apresentaram maior chance de falha que os pacientes não referenciados de serviços de saúde (OR=1,41, IC95%=1,15-1,72);
- Tipo de orientação, em que pacientes que não participaram de nenhum tipo de orientação pré-teste tiveram chance de FNR maior que os que participaram de orientação pré-teste individual, coletiva ou ambas (OR=1,86, IC95%=1,29-2,67);

- Primeiro teste no CTA, com paciente que testaram pela primeira vez no serviço com mais chance de FNR que paciente não testaram pela primeira vez (OR=1,38, IC95%=1,04-1,83);
- CTA-Itinerante, no qual os pacientes que participaram desta atividade tiveram mais chance de falha no retorno que pacientes que realizaram a testagem no espaço físico do CTA, (OR=4,36, IC95%=3,33-5,71).

c. Tempo de espera do resultado:

- Medianas (dias) de tempo de espera do resultado para pacientes que retornaram para pegar o resultado e pacientes que falharam no retorno para o ano de 2003 (17,0 x 20,0; p=0,0009), ano de 2004 (27,0 x 36,0, p<0,0001) e para o período total (22,0 x 29,0, p<0,0001)
- Tempo de espera do resultado ($\chi^2_t = 56,0$, p<0,0001) sendo que, em relação ao tempo de 1 a 30 dias em que o resultado ficou pronto, a tendência de falha no retorno foi maior para os outros períodos:
 - 31-45 dias OR=1,46 IC95%=1,12-1,91
 - 46-60 dias OR=1,98 IC95%=1,41-2,79
 - 61-75 dias OR=3,43 IC95%=2,39-4,92
 - mais que 75 dias OR=2,09 IC95%=1,40-3,12;
- Tempo de espera do resultado por período, encontrando que, em pacientes cujo resultado ficou pronto em mais de 30 dias, a chance de FNR foi maior que em pacientes cujo resultado ficou pronto em até 30 dias (OR=1,31, IC95%=1,05-1,62).

- d. Resultado do HIV:** sendo a chance de falha no retorno para pacientes soropositivos maior que para pacientes soronegativos (OR=3,18, IC95%=2,03-4,98).

Para completar a análise, foi realizada a análise multivariada, incluindo no modelo as variáveis: faixa etária adolescente, origem do cliente, tipo de orientação, primeiro teste no CTA, CTA-Itinerante, tempo de espera do resultado por período, resultado do HIV. Não foram incluídas as variáveis faixa etária e tempo de espera do resultado, pois elas já estavam representadas por faixa etária adolescente e tempo de espera do resultado por período. Como resultado, permaneceram associadas à falha no retorno (FNR) após ajuste por regressão logística:

- a. **Características individuais (sócio-demográficas):** faixa etária adolescente, sendo a chance de FNR de pacientes com idade entre 13 e 19 anos maior que em paciente maiores de 19 anos (ORajustado=1,37, IC95%=1,05-1,79).
- b. **Características relacionadas à testagem:** CTA-Itinerante, em que os pacientes que participaram desta atividade tiveram mais chance de falha no retorno que pacientes que realizaram a testagem no espaço físico do CTA (ORajustado=5,28, IC95%=3,94-7,06).
- c. **Tempo de espera por período,** pois para pacientes em que o resultado ficou pronto em mais de 30 dias, a chance de FNR foi maior que para pacientes em que resultado ficou pronto em até 30 dias (ORajustado=1,86, IC95%=1,45-2,38).
- d. **Resultado do HIV,** sendo a chance de falha no retorno para pacientes soropositivos maior que para pacientes soronegativos (ORajustado=4,15, IC95%=2,67-6,46).

8 Anexos

Anexo A: Formulário de pré-teste do CTA-Betinho

		CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO BETINHO		PROGRAMA MUNICIPAL DST AIDS SÃO VICENTE	
Nº REGISTRO:		DOCUMENTO:		DATA:	
NOME/SENHA:					
BAIRRO:			CIDADE:		
SEXO:		DATA DE NASC: ____/____/____		IDADE: _____	
MASCULINO FEMININO		CIDADE ONDE NASCEU: _____			
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO CASADO/AMASIADO SEPARADO/DIVORCIADO VIÚVO OUTROS					
ESCOLARIDADE: NÃO SABE LER, NEM ESCREVER 2º GRAU INCOMPLETO SABE LER E ESCREVER 2º GRAU COMPLETO 1º GRAU INCOMPLETO SUPERIOR INCOMPLETO 1º GRAU COMPLETO SUPERIOR COMPLETO					
APOSENTADO DESEMPREGADO - HÁ QUANTO TEMPO: _____ PROFISSÃO: _____ OCUPAÇÃO ATUAL: _____				EMPREGADO COM REGISTRO EM CARTEIRA SEM REGISTRO EM CARTEIRA	
QUAL A RENDA SOMANDO TODAS AS PESSOAS QUE MORAM NA CASA: ATÉ 01 SALÁRIO MÍNIMO DE 01 A 02 SALÁRIOS MÍNIMOS DE 02 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS DE 03 A 05 SALÁRIOS MÍNIMOS MAIS DE 05 SALÁRIOS MÍNIMOS SEM RENDA					
COMO VOCÊ SOUBE DO CTA: AMIGOS (AS) TV RÁDIO PALESTRAS JORNAL SERVIÇO DE SAÚDE CARTAZ OUTROS					
QUAL O MOTIVO QUE TROUXE VOCÊ AO CTA: BUSCA DE INFORMAÇÃO FAZER TESTE ANTI-HIV AMBOS					
INDIQUE O MOTIVO DE FAZER O TESTE:		CONTATO SEXUAL USO DE DROGAS SOLICITAÇÃO MÉDICA ACIDENTE DE TRABALHO CONVIVE COM PESSOAS COM AIDS		TRANSFUSÃO DE SANGUE TRATAMENTO DE DROGAS GRAVIDEZ/PRÉ-NATAL ADMISSÃO DE EMPREGO OUTROS _____	

VOCÊ SABE O QUE É DOENÇA VENÉREA OU SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL?

SIM

NÃO

DAS DOENÇAS ABAIXO, ASSINALE QUAIS VOCÊ SABE QUE SE PEGA ATRAVES DE RELAÇÃO SEXUAL:

TUBERCULOSE
SÍFILIS (CANCRO DURO)
CANCRO MOLE (MULA)

MENINGITE
GONORRÉIA
CÓLERA

CONDILOMA (CRISTA DE GALO)
PNEUMONIA
AIDS

ASSINALE AS ALTERNATIVAS ABAIXO QUE VOCÊ ACREDITA QUE POSSA PEGAR O VÍRUS DA AIDS:

DOANDO SANGUE
TRANSFUSÃO DE SANGUE
NA PISCINA
NO BANHEIRO
NO DENTISTA
NA MANICURE
RELAÇÃO SEXUAL
CONVIVENDO COM PESSOAS PORTADORAS DO VÍRUS HIV
COMPARTILHANDO AGULHAS OU SERINGAS
DA MÃE PARA O FILHO DURANTE A GRAVIDEZ
DA MÃE PARA O FILHO DURANTE O PARTO
DA MÃE PARA O FILHO DURANTE AMAMENTAÇÃO
DE PESSOA APARENTEMENTE SAUDÁVEL
PICADA DE MOSQUITOS E OUTROS INSETOS

ASSINALE AS ALTERNATIVAS QUE, NA SUA OPINIÃO PREVINEM AIDS:

USAR PRESERVATIVO
DIMINUIR O NÚMERO DE PARCEIROS
FAZER SEMPRE O EXAME ANTI-HIV
TER RELAÇÃO SOMENTE COM QUEM TEM EXAME NEGATIVO DE HIV
NÃO COMPARTILHAR OBJETOS PESSOAIS (TOALHAS, COPOS, TALHERES, ETC.)
NÃO TER MAIS RELAÇÃO SEXUAL

ESCREVA O QUE VOCÊ FAZ PARA SE PROTEGER DO VÍRUS DA AIDS:

VOCÊ CONHECE ALGUM LUGAR EM SÃO VICENTE PARA TRATAMENTO DE PESSOAS QUE ESTÃO COM O VÍRUS DA AIDS (HIV) ?

NÃO

SIM . QUAL? _____

VOCÊ CONHECE OS TRABALHOS DE PREVENÇÃO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS DESENVOLVIDOS EM SÃO VICENTE?

SIM

NÃO

QUAIS: _____

 **OBRIGADO!!!**

Anexo B: Formulário de entrada de dados no SI-CTA

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA

LOCAL DE ORIGEM: ¹	<input type="text"/>	Nº DE REQUISIÇÃO NO SI-CTA:	<input type="text"/>
DATA ATENDIMENTO:	/ /	TIPO DE ORIENTAÇÃO (PRÉ-TESTE):	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Coletiva <input type="checkbox"/> Individual e Coletiva
ORIENTADOR(ES):	<input type="text"/>	VAI FAZER COLETA (SANGUE):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
NOME (SENHA):	<input type="text"/>	Nº DE PROTOCOLO: ²	<input type="text"/>
TESTE NOMINAL:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	SEXO:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
DATA DE NASCIMENTO:	/ /	GESTANTE:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
ZONA:	<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	CIDADE:	<input type="text"/>
BAIRRO:	<input type="text"/>	ESTADO/UF:	<input type="text"/>
MOTIVO DA PROCURA: ³	<input type="checkbox"/> [1] Exposição a situação de risco <input type="checkbox"/> [2] Encaminhado por serviço de saúde <input type="checkbox"/> [3] Encaminhado por banco de sangue <input type="checkbox"/> [4] Encaminhado por clínicas de recuperação <input type="checkbox"/> [5] Sintomas relacionados ao HIV <input type="checkbox"/> [6] Admissão em emprego/Forças Armadas <input type="checkbox"/> [7] Conhecimento de status sorológico <input type="checkbox"/> [8] Exame pré-natal <input type="checkbox"/> [9] Conferir resultado anterior (da 1ª amostra) <input type="checkbox"/> [10] Janela imunológica <input type="checkbox"/> [11] DST <input type="checkbox"/> [12] Prevenção <input type="checkbox"/> [13] Outros. Especificar:		
	PRIMEIRO TESTE NESTE CTA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 1ª AMOSTRA:⁴ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não MOTIVO DA REPETIÇÃO: <input type="checkbox"/> [3] Conferir resultado anterior Nº DE REQUISIÇÃO ANTERIOR: [] (na 1ª amostra)		
	ENCAMINHAMENTOS PRÉ-TESTE (Marque com X a opção): <input type="checkbox"/> [1] Nenhum <input type="checkbox"/> [6] Psicólogo <input type="checkbox"/> [2] Repetir/Inconclusivo <input type="checkbox"/> [7] Tratamento de DST <input type="checkbox"/> [3] Repetir/Janela imunológica <input type="checkbox"/> [8] Realizar HIV <input type="checkbox"/> [4] Repetir/2ª amostra <input type="checkbox"/> [9] Orientações Gerais <input type="checkbox"/> [5] Ambulatório <input type="checkbox"/> [10] Outros.		
	LOCAL DE ENCAMINHAMENTO: <input type="text"/>		

ESCOLARIDADE (em anos de estudos concluídos):	SITUAÇÃO PROFISSIONAL:	ESTADO CIVIL/SITUAÇÃO MARITAL:
<input type="checkbox"/> [1] Nenhum	<input type="checkbox"/> [1] Autônomo	<input type="checkbox"/> [1] Casado(a)/Amigado(a)
<input type="checkbox"/> [2] 1 a 3 anos de estudos concluídos	<input type="checkbox"/> [2] Desempregado	<input type="checkbox"/> [2] Solteiro(a)
<input type="checkbox"/> [3] 4 a 7 anos de estudos concluídos	<input type="checkbox"/> [3] Empregado	<input type="checkbox"/> [3] Separado(a)
<input type="checkbox"/> [4] 8 a 11 anos de estudos concluídos	<input type="checkbox"/> [4] Apenas estudante	<input type="checkbox"/> [4] Viúvo(a)
<input type="checkbox"/> [5] 12 a mais anos de estudos concluídos	<input type="checkbox"/> [5] Do lar	<input type="checkbox"/> [99] Não informado
<input type="checkbox"/> [99] Não informado	<input type="checkbox"/> [6] Aposentado	
	<input type="checkbox"/> [99] Não informado	

JÁ PROCUROU BANCO DE SANGUE PARA FAZER TESTE PARA HIV: Sim Não

ORIGEM DA CLIENTELA:	TIPO DE EXPOSIÇÃO (marque com X até 2 opções de resposta):
<input type="checkbox"/> [1] Material de divulgação	<input type="checkbox"/> [1] Relação Sexual
<input type="checkbox"/> [2] Amigos/Usuários	<input type="checkbox"/> [2] Transfusão de sangue
<input type="checkbox"/> [3] Jornais/Rádio/Televisão	<input type="checkbox"/> [3] UDI
<input type="checkbox"/> [4] Banco de sangue	<input type="checkbox"/> [4] Hemofílico
<input type="checkbox"/> [5] Serviço/Profissional de Saúde	<input type="checkbox"/> [5] Ocupacional
<input type="checkbox"/> [6] Serviços de informação telefônica	<input type="checkbox"/> [6] Transmissão vertical (materno-infantil)
<input type="checkbox"/> [7] Outros. Especificar:	<input type="checkbox"/> [7] Não possui risco
<input type="checkbox"/> [99] Não informado	<input type="checkbox"/> [8] Outros. Especificar:
	<input type="checkbox"/> [99] Não informado

¹ Refere-se ao LOCAL DE ATENDIMENTO. Em geral, corresponde ao próprio CTA.

² O campo Nº DE PROTOCOLO refere-se ao Nº do Prontuário deste usuário no serviço (se houver).

³ O campo MOTIVO DA PROCURA refere-se ao motivo referido pelo usuário. Marque X para selecionar a melhor opção de resposta.

⁴ O campo 1ª AMOSTRA somente será registrado como NÃO quando o MOTIVO DA REPETIÇÃO for para "Conferir resultado anterior" (da 1ª amostra).

COMPARTILHOU SERINGAS COM OUTROS USUÁRIOS NO ÚLTIMO ANO?
 [1] Sim [2] Não [3] Não lembra
 [98] Não se aplica [99] Não informado

PEGOU ALGUM TIPO DE DST NOÚLTIMO ANO?⁵

[] Sim [] Não

Especifique: **Nº DE PARCEIROS SEXUAIS NO ÚLTIMO ANO:**

[1] Nenhum [5] 11 a 50
 [2] 01 [6] 51 a 100
 [3] 02 a 04 [7] Mais de 100
 [4] 05 a 10 [99] Não informado

TIPO DE PARCEIRO (na vida):

[1] Homens
 [2] Mulheres
 [3] Homens e Mulheres
 [98] Não se aplica
 [99] Não informado

USO DO PRESERVATIVO COM PARCEIRO FIXO (atual):

[1] Sempre
 [2] Nunca
 [3] Às vezes
 [98] Não se aplica
 [99] Não informado

USO DO PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO FIXO:⁶

[1] Sim
 [2] Não
 [3] Não lembra
 [98] Não se aplica
 [99] Não informado

MOTIVO DE NÃO USAR PRESERVATIVO COM PARCEIRO FIXO (atual):

[1] Não gostar [12] Não tinha consciência
 [2] Não acredita na eficácia [13] Não tem condições de comprar
 [3] Não sabe usar [14] Não deu tempo/tesão
 [4] Parceiro(a) não aceita [15] Desejo de ter filho
 [5] Não dispunha no momento [16] Tamanho do preservativo pq/gd
 [6] Confia no parceiro [17] Disfunção sexual
 [7] Uso de drogas/álcool [18] Estupro/violência
 [8] Não consegue negociar [19] Outros
 [9] Achou que o outro não tinha HIV [98] Não se aplica
 [10] Acha que não vai pegar [99] Não informado
 [11] Negociou não usar preservativo

RISCO DO PARCEIRO FIXO (atual):

[1] Relação extra-conjugal [8] Passado sexual
 [2] Homo/bissexualidade [9] Não atribui risco
 [3] Transfundido [10] DST
 [4] UDI [11] Não sabe
 [5] Uso de outras drogas [12] Outros
 [6] Portador de HIV [98] Não se aplica
 [7] Desconfia de relação [99] Não informado
 extra-conjugal

USO DO PRESERVATIVO COM PARCEIRO NÃO FIXO (na vida):

[1] Sempre
 [2] Nunca
 [3] Às vezes
 [98] Não se aplica
 [99] Não informado

USO DO PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO NÃO FIXO:

[1] Sim
 [2] Não
 [3] Não lembra
 [98] Não se aplica
 [99] Não informado

MOTIVO DE NÃO USAR PRESERVATIVO COM PARCEIRO NÃO FIXO:

[1] Não gostar [12] Não tinha consciência
 [2] Não acredita na eficácia [13] Não tem condições de comprar
 [3] Não sabe usar [14] Não deu tempo/tesão
 [4] Parceiro(a) não aceita [15] Desejo de ter filho
 [5] Não dispunha no momento [16] Tamanho do preservativo pq/gd
 [6] Confia no parceiro [17] Disfunção sexual
 [7] Uso de drogas/álcool [18] Estupro/violência
 [8] Não consegue negociar [19] Outros
 [9] Achou que o outro não tinha HIV [98] Não se aplica
 [10] Acha que não vai pegar [99] Não informado
 [11] Negociou não usar preservativo

RECORTE POPULACIONAL:⁷

[1] População em geral [7] Usuários de outras drogas
 [2] Populações confinadas [8] Pessoas vivendo com HIV/aids
 [3] Caminhoneiros [9] Portadores de DST
 [4] Trabalhadores do sexo [10] Hemofílicos e politransfundidos
 [5] Homens que fazem sexo com homens [11] Profissionais de saúde
 [6] Usuários de drogas injetáveis (UDI) [12] Travestis

LOCAL DE ENCAMINHAMENTO: **PRESERVATIVOS ENTREGUES:** []**DATA DA ENTREGA DO RESULTADO:** / /**ORIENTADOR DA ENTREGA:** **NOTAS DE ORIENTAÇÃO:** **ENCAMINHAMENTOS PÓS-TESTE**

(marque com X até 2 opções):

[1] Nenhum [5] Ambulatório
 [2] Repetir/Inconclusivo [6] Psicólogo
 [3] Repetir/Janela imunológica [7] Tratamento de DST
 [4] Repetir/2ª amostra [8] Outros.

RESULTADOS:HIV Triagem: HIV Confirmatório: Hepatite B (HbsAg): Sífilis:

Titulação para Sífilis (Marque X):

[] Doença ativa
 [] Cicatriz sorológica

Legenda:

1 – Não Reagente
 2 – Reagente
 3 – Indeterminado
 4 – Ignorado
 5 – Discordante
 6 – Não realizado

⁵ Refere-se à abordagem sindrômica ou ao diagnóstico prévio realizado em algum serviço de saúde. Neste caso, registrar qual a DST referida (Especifique).

⁶ O campo **USO DO PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO FIXO** refere-se a relações sexuais anal, vaginal e oral com o parceiro fixo atual.

⁷ O preenchimento do campo **RECORTE POPULACIONAL** deve seguir a lógica das propostas de prevenção/intervenção a serem desenvolvidas pelo serviço.

Anexo C: Adaptações para inserção de dados do formulário
pré-teste para o SI-CTA

Quadro 1: Adaptação da informação “escolaridade” do formulário de pré-teste para o SI-CTA.

Adaptação realizada	Apresentação do dado no Formulário de pré-teste (anexo 2)	Apresentação do dado no SI-CTA (anexo 3)	
<p>Perguntou-se ao paciente até que série do primeiro, segundo ou terceiro grau o mesmo havia completado os estudos e acrescentou-se esta informação na ficha pré-teste para calcular anos de estudo a ser inserido no SI-CTA. Dado em branco foi inserido como “não informado”</p>	Escolaridade	Escolaridade (em anos de estudo concluídos)	
	Não sabe ler nem escrever	→	Nenhum
	1º grau incompleto	→	1 a 3 anos de estudo 4 a 7 anos de estudo
	1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo	→	8 a 11 anos de estudo
	Superior incompleto Superior completo	→	12 ou mais anos de estudo
	Saber ler e escrever	→	Opção não considerada

Quadro 2: Adaptação da informação “situação ocupacional” do formulário de pré-teste para o SI-CTA.

Adaptação realizada	Apresentação do dado no Formulário de pré-teste (anexo 2)	Apresentação do dado no SI-CTA (anexo 3)
<p>As classificações “empregado”, “desempregado” e “aposentado” são idênticas. Para pessoas que informavam no campo profissão/ocupação atual do formulário pré-teste que eram estudantes ou do lar, foi dada prioridade a esta informação para cadastro no SI-CTA em detrimento das outras. Os dados em branco foram inseridos como “não informado”.</p>	(Sem título)	Situação Ocupacional
	Aposentado	Aposentado
	Desempregado	Desempregado
	Empregado	Empregado
	Profissão/Ocupação: do lar	Do lar
	Profissão/Ocupação: estudante	Estudante
Profissão/Ocupação: autônomo	Autônomo	

Quadro 3: Adaptação da informação “como soube do CTA” do formulário de pré-teste para “origem da clientela” no SI-CTA.

Adaptação realizada	Apresentação do dado no Formulário de pré-teste (anexo 2)	Apresentação do dado no SI-CTA (anexo 3)
	Como soube do CTA	Origem da clientela
<p>Quase todos os dados são compatíveis. Os dados não compatíveis, como “cartaz” e “palestras” foram inseridos como “material de divulgação” no SI-CTA. Porém, quando o paciente referia que a palestra havia sido ministrada por um profissional de saúde, foi inserido no campo “serviço/profissional de saúde”. Dado em branco foi inserido como “não informado”.</p>	Amigos	Amigos/usuários
	Jornal TV Rádio	Jornal/TV/Rádio
	Serviço de Saúde Palestra (ministrada por profissional de saúde)	Serviço/Profissional de saúde
	Cartaz Palestra	Material de Divulgação
	Outros	Outros

Quadro 4: Adaptação da informação “Indique o motivo de fazer o teste” do formulário de pré-teste para “motivo da procura” no SI-CTA.

Adaptação realizada	Apresentação do dado no Formulário de pré-teste (anexo 2)	Apresentação do dado no SI-CTA (anexo 3)	
<p>As categorias “contato sexual”, “uso de drogas”, “transusão de sangue” e “acidente de trabalho” foram inseridas como “exposição à situação de risco”; “solicitação médica”, como “encaminhado de serviço de saúde”; “tratamento de drogas”, como “encaminhado de clínicas de recuperação”; “convive com pessoas com aids”, como “conhecimento do status sorológico” ou “outros”. As demais categorias encontram-se nos dois formulários. Essas informações, porém, foram checadas em pós-teste e a inserção do dado modificada, caso não estivesse compatível com o motivo alegado pelo paciente no pré-teste. No caso, porém, de falha no retorno, esta dupla checagem não pôde ser realizada.</p>	Indique o motivo de fazer o teste	Motivo da procura	
	Contato sexual Uso de drogas Solicitação médica Acidente de trabalho	→	Exposição à situação de risco
	Solicitação médica	→	Encaminhado de serviço de saúde
	Tratamento de drogas	→	Encaminhado de clínicas de recuperação
	Gravidez/pré-natal	→	Exame pré-natal
	Admissão em emprego	→	Admissão em emprego/ Forças Armadas
	Convive com pessoas com Aids	→	Conhecimento do status sorológico Outros
Outros	→	Outros Encaminhado do banco de sangue Sintomas relacionados ao HIV Conferir resultado anterior Janela imunológica DST Prevenção	

9 Referências Bibliográficas:

- Almeida MRC, Evangelista MCF, Ferreira MH. A inserção do SI-CTA no processo de trabalho de um CTA – resgate. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.68-73(Falar lucro). (Coleção DST/aids – Série Estudos, Pesquisa e Avaliação nº 8).
- Alves K, Kimberly OS, Caseiro M, Rutherford G, Falcão ME, Sucupira MC, Busch MP, Rawal BD, Diaz RS. Risk factors for incident HIV infection among anonymous HIV testing site clients in Santos, Brazil:1996-1999. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 32(5):551-559.
- Antunes MC et al. Diferenças na prevenção da AIDS entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública* 2002;36(4):88–95.
- Ayres JRJM, França I Jr, Calazans GF, Saletti HC Filho. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p117-139 (Para relação).
- Bell RA, Molitor F, Flynn N. On returning for one's HIV test result: demographic, behavioral and psychological predictors. *AIDS* 1997; 11(2):263-264.
- Bergstrom A, Quan VM, Voytec C, Glang PNV, Nam LNV, Go V. Factors influencing return for post-test counseling by IDUs in Northern Vietnam: results from a cross-sectional survey. Abstract presented at XV Int. Conf. AIDS; 2004; Bangkok, Thailand.
- Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda; 1981.
- Bindman AB, Osmond D, Hecht FM, et al. Multistate evaluation of anonymous HIV testing and access to medical care. *JAMA* 1998; 280:1416-1420.
- Burstein GR, Newman DR, San Antonio-Gaddy ML, Richardson-Moore AL, Krchnavek K, Sonoda R, Branson BM. Client preferences for quick OraQuick test results in 3 US states. Abstract presented at XV Int. Conf. AIDS; 2004; Bangkok, Thailand.
- Campbell C, Cahill K, Voigt R, Moore M. HIV counseling/testing in public STD clinics, US 1989-1990. Abstract (nº M.C.3339) presented at VII Int. Conf. AIDS; 1991; Florence, Italy.
- Campbell C, Dillon B, Valdisseri R, Gerber R, Todd K, Walsh C. HIV counseling/testing in public STD clinics, US 1990-1991. Abstract (nº PoC 4810) presented at VIII Int. Conf. AIDS; 1992; Amsterdam, The Netherlands.
- Cardoso AJC, Griep RH, Carvalho HB, Barros A, Silva SB, Remien RH. Sexual behavior and HIV-infection among pregnant women receiving prenatal care in Brazil. Abstract (nº A-00101504-02957) presented at 3rd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment; 2005; Rio de Janeiro, Brasil.

- Castilho EA, Chequer P, Szwarcwald CL. A aids no Brasil. In: Rouquayrol E, Almeida N (eds). *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica;1999. p.271-284.
- Catania JA, Kegeles SM, Coates TJ. Psychosocial predictors of people who failure to return for their HIV test results. *AIDS* 1990; 4:261-262.
- Centers for Disease Control and Prevention CDC. CTS client record database: US total, 1993 annual report. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 1994.
- Centers for Disease Control and Prevention. HIV Counseling and testing in publicly funded sites: 1995 summary report. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 1997.
- Centers for Disease Control and Prevention. HIV Counseling and testing in publicly funded sites annual report, 1997 and 1998. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2001.
- Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Boletim Epidemiológico AIDS Ano XXIII Número 1 Outubro 2004. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids; 2004. 20p.
- Cohen MS, Hoffman IF, Royce RA et al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. AIDSCAP Malawi Research Group. *Lancet* 1997; 349:1868-1873.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Aids e ética médica. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2001. 94p.
- Coordenação Nacional de DST e Aids. O sistema de informações dos Centros de Testagem e Aconselhamento e a Vigilância Epidemiológica do HIV. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. SI-CTA: caderno de treinamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 62p. (Adaptado do Guia de Vigilância Epidemiológica, 1999-2000, Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde).
- Cross HS. Effect of time between HIV testing and availability of test results on posttest counseling return rates (dissertation).University of Pennsylvania; Philadelphia, 1999.
- Dean AD, Dean JA, Burton JH, Dicker RC. Epiinfo, revised version 6.04: a word processing, data base, and statistics program for Public Health on IBM – compatible Microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention CDC; 1996.
- Downing RG, Otten RA, Marum E, Biryahwaho B, Alwano-Edyegu MG, Sempala SDK, Fridlund CA, Dondero TJ, Campbell C, Rayfield MA. Optimizing the delivery of HIV Counseling and Testing Services: The Uganda Experience Using rapid HIV Antibody Test Algorithms. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1998; 18(4):384-388.
- Dunn J. Usuários de Cocaína: seus perfis, padrões de uso e comportamento de risco para a transmissão do vírus HIV. São Paulo, 1999.
- Ferreira MPS, Silva CMFP, Gomes MCF, Silva SMB. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) –resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001; 6(2):481-490.

- Fichtner RR, Robins CB, Johnson WD, Fishbein M, Anderson JE, Holtgrave DR. Person with STD: is HIV counseling and testing reaching them?. Abstract (nº PCO 536) presented at X Int Conf AIDS 1994 August 7-12; Yokohama, Japan.
- Fichtner RR, Wolitski RJ, Johnson WD, Rabins CB, Fishbein M. Influence of perceived and assessed risk on STD clinic clients' acceptance of HIV testing, return for results, and HIV serostatus. *Psychology, Health & Medicine* 1996; 1(1):83-98
- Filgueiras SL, Deslandes SF. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(sup. 2):121-131.
- Fletcher H, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia Clínica*. 3ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed; 2003.
- Fry LJ, Fernandes RAJ. HIV prevention: factors that predict compliance with testing and counseling procedures. *J Am Osteopath Assoc* 1994; 94:825-830
- Fylkesnes K, Haworth A, Rosensvärd C, Kwapa PM. HIV counseling and testing: overemphasizing high acceptance rates a threat to confidentiality and the right to know. *AIDS* 1999; 13:2469-2474.
- Gil AC, Temporini ER. Prevenção da AIDS entre estudantes universitários: existe influência dos pares? *Medicina (Ribeirão Preto)*; 2000,33(2): 147-154.
- Ginsberg MM. Effectiveness of voluntary HIV antibody testing provided at a clinic treating sexually transmitted diseases. Poster Abstract (nº M.A.P. 62) presented at V Int. Conf. AIDS; 1989 June 4-9; Montreal, Canada.
- Gonçalves HA. Manual de monografia, dissertação e tese: inclui exercício prático e normas de referência, citações e notas de rodapé - NBRs 14724/10520/6023-2002. São Paulo: Avecamp; 2004.
- Gordis L. *Epidemiology*. 2nd edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2000.
- Griep RH, Paula LR, Almeida A, Quadra MCO. Perfil de usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento a partir de dados do SI-CTA. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.56-67(A infecção epidemia). (Coleção DST/Aids – Série Estudos, Pesquisa e Avaliação nº 8).
- Hennekens CH, Buring JE. *Epidemiology in Medicine*. Boston: Little, Brown and Co.;1987.
- Henrickson M. A mobile HIV education, counseling and testing unit: a pilot initiative. *AIDS Educ Prev* 1990; 2(2):137-144.
- Higgins D, Galavotti C, O'Reilly K, Schnell D, Moore M, Rugg D. Evidence for effects of HIV antibody counseling, testing, referral, and partner notification services. *Arch Intern Med* 1991;153:1225-1230.
- Hightow LB, Miller WC, Leone PA, Wohl D, Smursynski M, Kaplan AH. Failure to return for HIV posttest counseling in a STD clinic population. *Aids Educ Prev* 2003; 15(3):282-290.
- Ilgobodu AE, Frank ML, Poindexter AN, Johnson D. Characteristics of teens tested for HIV in a metropolitan area. *J of Adolesc Health* 1994; 15:479-484.

Inion I, Galliard P, Mandallya K, Fonck K, Mungai A, Kenga W, Ngombo D, Musya P, Claeys P, Temmerman M. Voluntary counseling and testing for HIV integrated in a public health setting, Monbasa, Kenya. Abstract presented at XIV Int. Conf. AIDS; 2002; Barcelona, Spain.

Irwin KL, Valdisseri RO, Holmberg SD. The acceptability of voluntary HIV antibody testing in the United States: a decade of lessons learned. *AIDS* 1996; 10:1707-1717.

Kahn HA, Sempos CT. *Statistical Methods in Epidemiology*. New York Oxford: Oxford Press;1989.

Kappes R, Moye J, Kunches L, Wener B. Tailoring pre-test counseling in sexually transmitted disease (STD) clinics according to anticipated non-return rates in subcategories of patients. Poster Abstract (n° S.C. 676) presented at VI Int. Conf. AIDS; 1990 June 20-23; San Francisco, USA.

Kassler WJ, Dillon BA, Haley C, Jones WK, Goldman A. On-site rapid HIV testing with same-day results and counseling. *AIDS* 1997;11:1045-1051.

Kassler WJ, Haley C, Jones WK, Gerber AR, Kennedy EJ, George JR. Performance of a rapid, on-site human immunodeficiency virus antibody assay in a public health setting. *J Clin Microbiol* 1995; 33:2899-2902.

Keenan PA, Keenan JM. Rapid HIV testing in urban outreach: a strategy for improving posttest counseling rates. *AIDS Educ Prev* 2001; 13:541-550.

Krieger JN, Coombs RW, Collier AC et al. Intermittent shedding of human immunodeficiency virus in semen, implications for sexual transmission. *J Urol* 1995; 154:1035-1040.

Ladner J, Valeriane L, Msellati P, Nyiraziraje M, De Clercq A, Van de Perre P, Francois D. A cohort study of factors associated with failure to return for HIV post-test counseling in pregnant women: Kigali, Rwanda, 1992-1993. *AIDS* 1996; 10(1): 69-75.

Lazebnik R, Hermida T, Szubski R, Dieterich-Colon S, Grey SF. The proportion and characteristics of adolescents who return for anonymous HIV test results. *Sex Transm Dis* 2001. 2001;28:401-404.

Luppi C, Eluf-Neto J, Sabino E, Buccheri V, Barreto C, Ungaro ABS. Late diagnosis of HIV Infection in Women Seeking Counseling and Testing Services in São Paulo, Brazil. *AIDS Care* 2001; 15(7): 391-397.

Mall KL, Stanley BL. Bringing integrated HIV and STD screening services to the community using a mobile van. Abstract presented at XV Int. Conf. AIDS; 2004a; Bangkok, Thailand.

Mall KL, Stanley BL. HIV counseling and testing in thrift stores- an alternative testing program that reaches high-risk individuals. Abstract presented at XV Int. Conf. AIDS; 2004b; Bangkok, Thailand.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. *Aids in the world*. Cambridge: Harvard University Press; 1992.

Mesquita FC, Seibel S, organizadores. *Consumo de drogas: desafios e perspectivas*. São Paulo: Hucitec, 2000. (SaúdeLoucura (textos) 14)

Metcalf CA, Cross H, Dillon BA, Douglas JM, Malotte CK, Young PA, Lindsey CA, Peterman TA. Randomized controlled trial of HIV counseling with rapid and stand HIV testing (RESPECT-2). Abstract presented at XV Int. Conf. AIDS; 2002; Barcelona, Spain.

Miller KS, Hennessy M, Wendell DA, Webber MP, Schoenbaum EE. Behavioral Risks for HIV infection associated with HIV testing decisions. *AIDS Educ Prev* 1996; 8(5):394-402.

Minayo MCS, Souza ER, Assis SG, Cruz Neto O, Deslandes SF, Silva CMFP. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Coas da região Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(2):355-367.

Ministério da Saúde MS. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aids no Brasil: um esforço conjunto governo-sociedade*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 106p.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST e Aids. *Manual Fique Sabendo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a. 16p.

Ministério da Saúde. *O perfil da aids no Brasil e metas do governo para o controle da epidemia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b. 17p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA): manual*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. 32p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Fluxograma para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 anos [on line]. [citado em 05 de dezembro de 2005a]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISAAA6ADAPTBRIE.htm>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Criança/adolescente/jovem [on line]. [citado em 12 de dezembro de 2005b]. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISFC0B5D98PTBRIE.htm>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico Aids e DST. Ano II - nº 1 - 01ª - 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2005; 2005c*.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. *Manual de aconselhamento em hepatites virais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005d. 43p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Oficina de aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005e. 63p. (Série Manuais nº 66)

Molitor F, Bell RA, Truax SR, Ruiz JD, Sun RK. Predictors of failure to return for HIV test result and counseling by test site type. *AIDS Educ Prev* 1999; 11(1):1-13.

Moore M, Bowen GS, Cahill K, Kirby CD. Characteristics of persons not returning for HIV test results and counseling at publicly funded test sites, U.S., 1989. Abstract (nº S.C. 649) presented at VI Int. Conf. AIDS; 1990 June 20-23; San Francisco, USA.

Nelson A, Alleyne D, Rose T et al. Characteristics associated with a low return rate for HIV post-test counseling among clients in a community-based sexually transmitted disease clinic in Los Angeles County. Abstract (nº SC 672) presented at VI Int. Conf. AIDS; 1990 June 20-23; San Francisco, USA.

Nkohma J, Moses A, Mwale G, Zimba C, Dzyemba W, Kamanga S, Murotho J, Jones D, Van der Horst C. Successes in the use of rapid versus Elisa testing in the implementation of PMTCT programs. Abstract presented at XV Int. Conf. AIDS; 2004; Bangkok, Thailand.

Nyamathi AM, Stein JA, Swanson JM. Personal, cognitive, behavioral and demographic predictors of HIV testing and STD in homeless women. *J Behav Med* 2000; 23(2):123-147.

Paiva, V. "Os gêneros, o sensual e o reprodutivo" in Paiva, V. "Fazendo arte com camisinha" – São Paulo: Summus, 2000. p.141-177 (Neste questão)

Parker R, Camargo Júnior KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad. Saúde Pública* 2000;16(1):89-102.

Pugatch D, O'Connell JV, Blanton E, Smith K, Mayer K, Flanigan TP, Brown LK, Lally M. Developing an HIV rapid testing initiative for youth. Abstract presented at XV Int. Conf. AIDS; 2004; Bangkok, Thailand.

Quinn T, Wawer M, Sewankambo N, Serwadda D, Li C & Wabwire-Mangen F. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med* 2000; 342:921-929.

Ramon R, La Ruche G, Sylla-Koko F, Boka-Yao A, Bonard D, Coulibaly IM, Wellfens-Ekra C, Dabis F. HIV counseling and testing: behavior and practices of women of childbearing age in Abidjan, Côte D'Ivoire. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998;17(5):470-476.

Rockwell R, Bardell b, Sotheran JL, Weston JA, Friedman SR, Des Jarlais DC. Predictors of return by IDUs to an HIV clinic for post-HIV counseling on the lower east side, NYC. Abstract (n° PO-D15-3882) presented at IX Int. Conf. AIDS; 1993 June 6-11; Berlin, Germain.

Romo-Garcia J, Morales-Carcaño A, Leon-Juaréz E, Hernández-Tepichín G, López JS. Factors associated with failure to return for HIV result and counseling in a STD clinic population. Mall KL, Stanley BL. HIV counseling and testing in thrift stores- an alternative testing program that reaches high-risk individuals. Abstract presented at XV Int. Conf. AIDS; 2004; Bangkok, Thailand.

Rotheram-Borus MJ, Gillis JR, Reid HM, Fernandez MI, Gwadz M. HIV testing, behaviors, and knowledge among adolescents at high risk. *J Adolesc Health* 1997; 20:216-225.

Rugg D, Higgins D, Schnell D. Failure to return for HIV test results: a second look at determinants. Poster Abstract (n° E 717) presented at V Int. Conf. AIDS; 1989 June 4-9; Montreal, Canada.

Ruzany MH et al. A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS? *J. Pediatr.* 2003;79(4):349-354.

Sahlu T, Kassa E, Agonafer T, Tsegaye A, Rinke de Wit T, Gebremariam H, Doorly R, Spijkerman I, Yeneneh H, Coutinho RA, Fontanet AL. Sexual behaviors, perception of risk of HIV infection, and factors associated with attending HIV post-test counseling in Ethiopia. *AIDS* 1999;13(10):1263-1272.

Schluter WW, Judson FN, Baron AE, McGill, WL, Marine, W, Douglas Jr JM. Usefulness of human immunodeficiency virus post-test counseling by telephone for low-risk clients of an urban sexually transmitted disease clinics. *Sex Transm Dis* 1996;23(3):190-197.

Secretaria da Saúde de São Vicente. Programa Municipal de DST e Aids. Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho. Protocolo de atendimento CTA-Betinho – São Vicente. São Vicente: Secretaria da Saúde de São Vicente; 2004a. 23p.

Secretaria da Saúde de São Vicente. Vigilância Epidemiológica. Dados epidemiológicos de casos de Aids da Cidade de São Vicente – São Vicente. São Vicente: Secretaria da Saúde de São Vicente; 2004b.

Serafim D. CTA, histórico e tendências. Apresentado no I Encontro de Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de São Paulo; 2004 Dezembro 15-17; São Paulo, Brasil.

Serafim D. Dúvidas sobre CTA via Internet. paulajayme@uol.com.br [mensagem pessoal] [citado em 04 de novembro de 2005]. E-mail para Denise Serafim (denises@ids.gov.br).

Silva MB, Barros SR. CTA: contextualizando a sua história. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.19-25(A partir SUS). (Coleção DST/aids – Série Estudos, Pesquisa e Avaliação nº 8).

Slutsker I, Klockner R, Fleming D. Factors associated with failure to return for HIV post-test counseling. *AIDS* 1992; 6:1226-1227.

Solomon L, Moore J, Gleghorn A, Astemborski J, Vlahov D. HIV testing behaviors in a population of inner-city women at high risk for HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1996;13(3):267-272.

Spielberg F, Branson BM, Goldbaum GM, Lockhart D, Kurth A, Celum CL, Rossini A, Critchlow CW, Wood RW. Overcoming barriers to HIV testing: preferences for new strategies among clients of needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 32(3):318-328.

Spielberg F, Kurth A, Gorbach PM, Goldbaum G. Moving from apprehension to action: HIV counseling and testing preferences in three at-risk population. *Aids Educ Prev* 2001;13(6):524-540.

StataCorp; 4905 Lakeway Drive, College Station, TX 77845, USA, Stang e Stimson; 1993.

Stein JA, Nyamathi A. Gender differences in behavioral and psychosocial predictors of HIV testing and return for test results in a high-risk population. *AIDS Care* 2000; 12:343-356.

Sullivan PS, Lansky A, Drake A. Failure to return for HIV test results among persons at high risk for HIV infection. HITS-2000 Investigators. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 35(5):511-518.

Takiuti, A.D. A saúde da mulher adolescente-1993. In: Madeira, F.R. (org.) Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1997. p. 213-290.

Tao G, Branson BM, Kassler WJ, Cohen RA. Rates of receiving HIV Test Results: Data from the U.S. National Health Interview Survey for 1994 and 1995. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999;22(4):395-400.

Tavolaro P, Azzolini C, Ribeiro FA, Quintella LC, Araujo PJ. Adolescentes e AIDS – um breve estudo da vulnerabilidade e das representações sociais que permeiam as questões da AIDS nesta fase da vida. [trabalho de conclusão apresentado para a disciplina “Pesquisa Qualitativa e Representação Social da Saúde e da Doença: aspectos metodológicos e instrumentais”]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

Telles PR, Westman S, Needle R. Assessing feasibility and acceptability of rapid testing for injecting drug users (IDUs) in five Brazilian cities. Abstract presented at XV Int. Conf. AIDS; 2004; Bangkok, Thailand.

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas. Grupo DiTeses. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso. Vânia M. B. de Oliveira Funaro, coord....[et al]. São Paulo: SIBi-USP, 2004. (Cadernos de Estudos; 9).

Valdiserri RO, Moore M, Gerber AR, Campbell CH Jr, Dillon BA, West GR. A study of clients returning for counseling after HIV testing: implications for improving rates of return. *Public Health Rep* 1993;108(1):12-18.

Van Overloop CE, Mpanya IG, Kabamba TJ, Pedrique B, Zachariah R. Rapid whole blood HIV testing increases return rates after voluntary counseling and testing (VCT) in primary health facilities in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo. Abstract presented at XV Int. Conf. AIDS; 2004; Bangkok, Thailand.

Ventura-Filipe EM, Bigamelli LE, Leme B, Santos NJS, Garcia S, Paiva V, Hearst N. Risk perception and counseling among positive women in São Paulo, Brazil. *Int J STD AIDS* 2000; 11:112-114.

Wickrema R, Scotti R, Navaline H, Mark H, Flore D, Davis-Vogel A, Metzger D. Randomized trial comparing return rates for hiv test results using home-collection test kits and clinic-based testing. Abstract presented at XV Int. Conf. AIDS; 2002; Barcelona, Spain.

Wiley DJ, Frerichs RR, Ford WL, Simon P. Failure to learn human immunodeficiency virus test results in Los Angeles public sexually transmitted disease clinics. *Sex Transm Dis* 1998; 25(7):342-345.

Wilkinson D, Wilkinson N, Lombard C, Martin D, Smith A, Floyd K, Ballard R. On-site HIV testing in resource-poor settings: is one rapid test enough?. *AIDS* 1997; 11:377-381.