

Artigo Original

Características dos usuários e fatores associados à soropositividade para o HIV em usuários de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Estado de São Paulo, 2000 a 2007

Characteristics from persons and factors associated to HIV-seropositivity at the São Paulo State testing & counseling sites, 2000 to 2007

Norma Farias, Mariza Vono Tancredi, Karina Wolffenbüttel, Ângela Tayra
Programa Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP

Recebido em 2/10/08 – Aprovado em 9/12/08

Resumo

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil dos usuários que realizaram testagem para o HIV nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Estado de São Paulo entre 2000 e 2007 e analisar as associações entre as características sociodemográficas e comportamentais frente à positividade para o vírus. As estimativas dos riscos (odds ratio) para HIV+ foram estudadas para as variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, categoria de exposição/vulnerabilidade, sífilis, hepatites. Realizou-se análise bivariada com nível de significância estatística de 5%. Os resultados mostram que foram realizadas 107.569 testagens para o HIV, com uma proporção de soropositivos de 7,5%. Dentre os sujeitos testados, 53% eram homens, 42% tinham entre 20 a 29 anos, 46% tinham 8 a 11 anos de estudo, 52% eram solteiros, 65% declararam ser heterossexuais, 3,2% realizaram testagem para sífilis, 4,4% para hepatite B e 16,5% para hepatite C. Foram identificadas associações entre a positividade para HIV e o sexo masculino (OR bruto=2,62; 2,49-2,76), 30 a 39 anos (OR 2,75; 2,00-3,81), viúvo (OR 1,90; 1,66-2,18). A escolaridade de 8 a 11 anos de estudo revelou fator protetor (OR 0,62; 0,52-0,74). Para a categoria de exposição homens que fazem sexo com homens (HSH) observou-se OR= 8,08 (7,63-8,57). Para a sífilis registrou-se OR= 6,01 (5,54-6,52), hepatite B (OR 5,75; 5,14-6,43) e hepatite C (OR 7,10; 5,17-9,73). Os resultados chamam a atenção para o risco acrescido de HIV entre HSH e portadores de sífilis e hepatites. Essas informações são importantes para direcionar ações de prevenção e de assistência, sobretudo em populações mais vulneráveis.

Palavras-chave: testagem para o HIV; aconselhamento; populações vulneráveis.

Abstract

The aim of this study was to describe the profile of the population tested for HIV at the São Paulo State testing & counseling sites (2000-2007), and to analyze the associations between socio-demographic and behavioral characteristics in relation to positivity for HIV infection. We used bivariate analysis and odds ratios were calculated for the following variables: gender, age, schooling, marital status, exposure/vulnerability, syphilis, hepatitis (95% CI). There were 107,569 HIV tests performed, with 7.5% of HIV positive tests. Among subjects tested for HIV, 53% were male, 42% were between 20-29 years of age, 46% had 8-11 years of schooling, 52% were single, 65% were heterosexuals, 3.2% were tested for VDRL, and 4.4% and 16.5% were tested for hepatitis B and hepatitis C, respectively. Associations with statistical significance in the bivariate analysis ($p < 0.05$) were found for males (crude OR =2.62; 2.49-2.76), 30-39 years of age (OR 2.75; 2.00-3.81), being a widower (OR 1.90; 1.66-2.18). There was protecting factor in 8-11 years of schooling (OR 0.62; 0.52-0.74). Among men who have sex with men (MSM) we observed OR=

8.08 (7.63-8.57). For syphilis we found an OR=6.01 (5.54-6.52), for hepatitis B (OR 5.75; 5.14-6.43) and for Hepatitis C (OR 7.10;5.17-9.73). The results show that the risk for syphilis and hepatitis is high in MSM. The information is important for decision makers in prevention and care, mainly in regard to more vulnerable populations.

Key words: HIV testing; counseling; vulnerable populations.

Introdução

A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) foi inicialmente descrita em 1981 e, logo a seguir, reconhecida como uma epidemia de grande importância para a saúde pública¹. A epidemia da infecção pelo HIV é um fenômeno dinâmico que envolve progressivamente mais segmentos da população, e sua forma de ocorrência está relacionada às questões de vulnerabilidades e à capacidade de enfrentamento das mesmas².

No Brasil, devido às desigualdades sociais e regionais, a propagação da infecção pelo HIV apresenta dimensões que ocasionam transformações significativas em seu perfil epidemiológico³. As maiores taxas de incidência de Aids aparecem nos indivíduos de 30 a 39 anos, sendo que tanto o número de casos como o de óbitos mostra um ligeiro aumento nas idades mais avançadas, indicando um leve “envelhecimento da epidemia”. O crescimento do número de casos entre homens heterossexuais, junto ao marcante predomínio desta forma de transmissão na população feminina, fortalece a hipótese de heterossexualização da epidemia^{3,4}.

Frente ao cenário de medo, de riscos e de vulnerabilidade da população, que emergiu associado ao impacto da Aids, o Ministério da Saúde, por meio da sua Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, deu início, no final dos anos 1980, à implantação, em nível nacional, dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico, que ficaram conhecidos como Coas. Hoje, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) constituem uma experiência ímpar na implantação de ações de prevenção entre a população geral e segmentos populacionais específicos⁵.

O volume de atividades de aconselhamento e testagem voluntária para o HIV, assim como as características demográficas e comportamentais da clientela, foram descritos inicialmente em países desenvolvidos, onde essas estratégias de prevenção começaram a ser implantadas desde que os testes anti-HIV tornaram-se disponíveis, em 1985. Esses programas estavam incluídos em centros específicos de testagem e aconselhamento, serviços de doenças sexualmente transmissíveis, centros de tratamento de drogas, hospitais e prisões^{6,7}.

No Brasil, os Centros de Testagem e Aconselhamento encontram-se inseridos, em sua grande maioria, na rede de atenção do Sistema Único de Saúde – SUS (81,9%), especialmente em serviços de assistência especializada em HIV/Aids (40,9%), unidades básicas de saúde (21,6%) e serviços de atenção secundária, como centros diagnósticos, hospitais e policlínicas (19,4%)⁸.

Existe uma vasta literatura internacional sobre testagem e aconselhamento do HIV. Os estudos mais recentes têm abordado segmentos populacionais específicos, além do próprio debate sobre a eficiência e efetividade das estratégias utilizadas em relação ao impacto na prevenção e controle da infecção^{9,10}. No Brasil existem poucos estudos sobre as características da demanda em CTA, a prevalência de HIV e os fatores associados à infecção entre os usuários desses serviços.

Barcellos et al¹¹ analisaram a prevalência e os fatores de risco para o HIV em três centros desse tipo na cidade de Porto Alegre, em 1996. Bassichetto et al¹² estudaram o perfil da clientela e a soropositividade para o HIV durante os anos de 2001 e 2002 no CTA mais antigo da cidade de São Paulo e um dos maiores do País. Em um centro de testagem do Estado do Rio de Janeiro¹³, os autores avaliaram a prevalência de HIV positivo no biênio 2001/2002 entre homens e nas mulheres gestantes e não-gestantes. Estudos mais recentes foram realizados por Germano et al¹⁴ sobre populações que não retornam ao CTA para a busca de resultados de exames, de 2001 a 2004, no CTA de Rio Grande (RS); Wolffenbüttel, em 2006¹⁵, avaliou a organização tecnológica de centros de testagem e aconselhamento no Estado de São Paulo, a partir de um estudo de caso. Além desses, o Ministério da Saúde, a partir do Programa Nacional de DST/Aids, realizou o diagnóstico situacional dos CTA do Brasil, estudo descritivo de abrangência nacional⁸.

Os Centros de Testagem e Aconselhamento constituem sítios estratégicos para a oferta de testes anti-HIV, sífilis e hepatites B e C, assim como para oferta de aconselhamento individual e coletivo e acesso a outras atividades e insumos de prevenção. O conhecimento das características dos usuários que demandam

esses serviços e da evolução das soroprevalências constitui informações importantes para a elaboração de políticas públicas, estratégias de prevenção e de controle desses agravos.

O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil sociodemográfico e comportamental, bem como analisar as associações entre essas características e a soropositividade para o HIV em usuários de CTA que realizaram testagem específica e tiveram o resultado entregue. O estudo foi desenvolvido para os serviços cujas informações foram encaminhadas ao nível estadual do Programa DST/Aids, no período de 2000 a 2007.

Métodos

Estudo utilizando dados secundários do Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento para o Estado de São Paulo (SECTA) – módulo estadual para o acompanhamento centralizado dos exames dos CTA –, entre 2000 e setembro de 2007.

O SI-CTA (sistema de informação utilizado nos serviços locais) foi proposto pela Coordenação Nacional de DST/Aids (CN DST/Aids) a partir de 2000 e implantado progressivamente com a finalidade de otimizar o atendimento dos usuários, instrumentalizar a gestão dos serviços, funcionar como ferramenta de acompanhamento da evolução das prevalências da infecção pelo HIV em populações de alto risco usuáries dos CTA e contribuir para a vigilância epidemiológica do HIV^{16,17}.

As unidades de análise foram 38 CTA que informaram ao SECTA as atividades correspondentes a 262.918 atendimentos. A procura por esses serviços caracteriza-se como espontânea e o atendimento aos usuários é registrado numa ficha padronizada pelo Ministério da Saúde. Essa ficha é preenchida pelo aconselhador nas consultas de pré e pós-teste, e contém as características sociodemográficas, comportamentais e os resultados de sorologias para o HIV, hepatites B e C e teste de VDRL.

Ao final de 2007 havia 82 CTA no Estado de São Paulo. Portanto, é importante destacar a baixa proporção de serviços que implantaram o sistema e realizaram o encaminhamento dos registros de atendimento ao nível estadual nesse período (46%).

As variáveis incluídas no estudo foram: sexo, idade, escolaridade, estado civil, categoria de exposição/vulnerabilidades, resultados de testagem para HIV, sífilis e hepatites B e C.

Nos CTA a testagem e diagnóstico para esses agravos seguem as normas técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde. A soropositividade para o HIV é medida através da pesquisa de anticorpos com dois testes ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assays*) positivos e confirmação por um teste de imunofluorescência indireta ou pelo teste de Western-Blott. A partir de 2006, iniciou-se a implantação da testagem rápida diagnóstica anti-HIV e essa modalidade de testagem foi implantada em 40 serviços no Estado até setembro de 2008.

Para o diagnóstico de infecção pelo vírus HBV são considerados os marcadores HBs-Ag ou anti-HBC total reagentes; para a hepatite C o parâmetro é o marcador anti-HCV. O diagnóstico de sífilis é realizado pelo teste VDRL (*veneral disease research laboratories*).

Na análise estatística foram descritas as proporções de sujeitos soropositivos e soronegativos para o HIV, segundo as variáveis selecionadas para o estudo. Para a estimativa dos riscos (odds ratio) frente à soropositividade para o HIV foram realizadas análises bivariadas, considerando um intervalo de confiança de 95% ou valor de $P < 0,05$. A análise de dados foi feita utilizando o software SPSS, versão 15.0.

Resultados

Dentre o total de 262.918 atendimentos realizados no período, foram realizadas 107.569 testagens para o HIV com resultados entregues, correspondendo a 56.564 homens (53%) e 51.005 mulheres (47%). A proporção global de soropositividade no período de 2000 a setembro de 2007 foi de 7,5% ($n = 8.019$), sendo de 10,4% (5.863/56.564) no sexo masculino e de 4,2% (2.156/51.005) no sexo feminino. A proporção de soropositividade tem diminuído ao longo dos anos, atingindo 10,4% em 2002, 10,7% em 2003, 8% em 2004, 7% em 2005, 4,6% em 2006 e 4,0% em 2007.

A Tabela 1 mostra as características sociocomportamentais e as proporções de soropositivos entre os

indivíduos que realizaram testagem anti-HIV.

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas e comportamentais dos usuários de CTA, segundo o resultado da sorologia anti-HIV. Estado de São Paulo, 2000 a 2007.

Características dos usuários	HIV+				Total	
	SIM		Não		N	%
	N	%	N	%		
Sexo						
Masculino	5.863	73,1	50.701	50,9	56.564	52,6
Feminino	2.156	26,9	48.849	49,1	51.005	47,4
Total	8.019	100,0	99.550	100,0	107.569	100,0
Faixa etária						
<= 12	42	0,5	808	0,8	850	0,8
13-19	277	3,5	14.187	14,3	14.464	13,4
20-29	2.766	34,5	41.975	42,2	44.741	41,6
30-39	3.140	39,2	21.934	22,0	25.074	23,3
40-49	1.364	17,0	12.549	12,6	13.913	12,9
50-59	340	4,2	5.550	5,6	5.890	5,5
60 e +	90	1,1	2.547	2,6	2.637	2,5
Total	8.019	100,0	99.550	100,0	107.569	100,0
Escolaridade (em anos de estudo)						
Nenhuma	156	1,9	1.458	1,5	1.614	1,5
1 a 3	542	6,8	6.390	6,4	6.932	6,4
4 a 7	2.102	26,2	22.444	22,5	24.546	22,8
8 a 11	3.071	38,3	46.059	46,3	49.130	45,7
12 a mais	1.272	15,9	14.753	14,8	16.025	14,9
Ignorado	876	10,9	8.446	8,5	9.322	8,7
Total	8.019	100,0	99.550	100,0	107.569	100,0
Estado civil						
Casado/amigado	1.918	23,9	28.157	28,3	30.075	28,0
Solteiro(a)	4.240	52,9	51.335	51,6	55.575	51,7
Separado(a)	741	9,2	9.390	9,4	10.131	9,4
Viúvo(a)	273	3,4	2.108	2,1	2.381	2,2
Não informado	847	10,6	8.560	8,6	9.407	8,7
Total	8.019	100,0	99.550	100,0	107.569	100,0
Exposição/vulnerabilidades						
Heterossexual	2.810	35,0	67.549	67,9	70.359	65,4
HSH	2.672	33,3	7.945	8,0	10.617	9,9
MSM (bissexual)	259	3,2	9.716	9,8	9.975	9,3
Uso de drogas	2.278	28,4	14.340	14,4	16.618	15,4
Total	8.019	100,0	99.550	100,0	107.569	100,0
Sífilis*						
Sim	919	11,6	2.357	2,5	3.276	3,2
Não	6.997	88,4	92.503	97,5	99.500	96,8
Total	7.916	100,0	94.860	100,0	102.776	100,0
Hepatite B**						
Sim	440	18,8	2.616	3,9	3.056	4,4
Não	1.899	81,2	64.885	96,1	66.784	95,6
Total	2.339	100,0	67.501	100,0	69.840	100,0
Hepatite C***						
Sim	53	12,9	391	17,1	444	16,5
Não	357	87,1	1.891	82,9	2.248	83,5
Total	410	100,0	2.282	100,0	2.692	100,0

*n=102.776

**n=69.840

***n=2.692

Entre os sujeitos testados existe uma predominância da faixa etária de 20 a 29 anos (42%), solteiros (52%), com 8 a 11 anos de estudo (46%), heterossexuais (65%). A proporção de hepatite C foi de 16%, hepatite B 4% e tiveram um resultado reagente para o VDRL 3%.

Na população soropositiva para o HIV (n=8019) essa proporção foi cerca três vezes maior entre homens que entre as mulheres: 73% contra 27%. Em relação à faixa etária, os indivíduos de 30 a 39 anos apresentaram o maior percentual de HIV positivos (39%) entre as faixas, enquanto os de 60 anos e mais tiveram a menor proporção (1%).

Entre aqueles que possuíam até 11 anos de estudo, nota-se uma elevação concomitante da proporção de soropositivos à medida que a escolaridade aumenta, sendo menor entre os não-escolarizados (2%) e maior entre aqueles com 8 a 11 anos de estudo (38%). No entanto, nos indivíduos com o maior nível de escolaridade (12 anos e mais de estudo) essa tendência se modifica, com a proporção de HIV positivos

sendo cerca de duas vezes menor que na categoria anterior.

No que concerne ao estado civil, a proporção de sorologias positivas foi mais elevada entre os solteiros (53%) do que entre os casados/amigados (24%), separados (9%) e viúvos (3%). Em relação ao comportamento sexual e às vulnerabilidades, os sujeitos pertencentes à categoria de exposição heterossexual apresentaram a maior proporção de sorologias positivas para HIV (35%), seguidos dos homens que fazem sexo com homens (HSH) (33%); a proporção de soropositivos entre os usuários de drogas foi de 28%. As mulheres bissexuais apresentaram a menor proporção de HIV positivo: 3,2%. A co-infecção HIV/HBV foi mais elevada (19%) do que as co-infecções HIV/HCV (13%) e HIV/sífilis (12%).

Análise dos fatores associados à sorologia positiva para o HIV

A Tabela 2 apresenta a associação entre a infecção pelo HIV e as variáveis sociodemográficas, comportamentais e os resultados de sorologias para sífilis e hepatites B e C. Os indivíduos do sexo masculino apresentaram 2,6 vezes mais chance de infecção pelo HIV que o sexo feminino ($p < 0,001$). A faixa etária de adolescentes (13 a 19 anos) e de 60 anos e mais mostraram efeito protetor: a chance de ser HIV positivo é cerca de 60% menor entre os primeiros ($p < 0,001$) e de 30% ($p < 0,05$) entre os segundos, comparados às crianças de 12 anos e menos tomadas como categoria de referência. O maior risco foi detectado entre os sujeitos de 30 a 39 anos, praticamente triplicando em relação à faixa de 12 anos e menos ($p < 0,001$).

Tabela 2 - Distribuição das características sociodemográficas e comportamentais dos usuários de CTA, segundo a soropositividade para o HIV. Estado de São Paulo, 2000 a 2007.

Características dos usuários	Total N	HIV+ N	%	OR bruto N	IC 95% %	p
Sexo						
Feminino	51.005	2156	26,9	1,00	-	-
Masculino	56.564	5.863	73,1	2,62	2,49 - 2,76	< 0,001
Faixa etária						
<= 12	850	42	0,5	1,00	-	-
13-10	14.464	277	3,5	0,38	0,27 - 0,53	< 0,001
20-29	44.741	2.766	34,5	1,27	0,92 - 1,76	0,135
30-39	25.074	3.140	39,2	2,75	2,00 - 3,81	< 0,001
40-49	13.913	1.364	17,0	2,09	1,51 - 2,90	< 0,001
50-59	5.890	340	4,2	1,18	0,84 - 1,66	0,327
60 e mais	2.637	90	1,1	0,68	0,46 - 1,01	0,042
Escolaridade (em anos de estudo)						
Nenhuma	1.614	156	1,9	1,00	-	-
1 a 3	6.932	542	6,8	0,79	0,65 - 0,96	0,015
4 a 7	24.546	2.102	26,2	0,88	0,74 - 1,04	0,126
8 a 11	49.130	3.071	38,3	0,62	0,52 - 0,74	< 0,001
12 e mais	16.025	1.272	15,9	0,81	0,67 - 0,96	0,015
Ignorado	9.322	876	10,9	-	-	-
Estado civil						
Casado/amigado	30.075	1.918	23,9	1,00	-	-
Solteiro(a)	55.575	4.240	52,9	1,21	1,15 - 1,28	< 0,001
Separado(a)	10.131	741	9,2	1,16	1,06 - 1,27	< 0,001
Viuvo(a)	2.381	273	3,4	1,90	1,66 - 2,18	< 0,001
Nao Informado	9.407	847	10,6	-	-	-
Exposição/vulnerabilidades						
Heterossexual	70.359	2.810	35,0	1,00	-	-
HSH	10.617	2.672	33,3	8,08	7,63 - 8,57	< 0,001
Mulher bissexual	9.975	259	3,2	0,64	0,56 - 0,73	< 0,001
Uso de drogas	16.618	2.278	28,4	3,82	3,60 - 4,05	< 0,001
Sífilis						
Não	99.500	6.997	88,4	1,00	-	-
Sim	3.276	919	11,6	6,01	5,54 - 6,52	< 0,001
Hepatite B						
Não	66.784	1.899	81,2	1,00	-	-
Sim	3.056	440	18,8	5,75	5,14 - 6,43	< 0,001
Hepatite C						
Não	2.248	357	87,1	1,00	-	-
Sim	444	53	12,9	7,10	5,17 - 9,73	< 0,001

Para o estado civil, os dados de usuários de CTA mostraram que ser viúvo, solteiro ou separado aumenta em 90%, 16% e 21%, respectivamente ($p < 0,001$), a chance de ser HIV positivo em relação aos casados/amigados (categoria de referência).

Na análise do comportamento sexual, os HSH apresentaram oito vezes mais chance de infecção pelo HIV do que a população heterossexual (categoria de referência) ($p < 0,001$). O uso de drogas praticamente quadruplica a chance de ser HIV positivo ($p < 0,001$). As mulheres bissexuais apresentam um efeito protetor frente à soropositividade para o HIV, com uma chance cerca de 25% menor de infecção pelo HIV que os heterossexuais ($p < 0,001$).

As outras doenças (sífilis, hepatite B e C) mostraram forte associação com a soropositividade para o HIV. A sorologia reagente para o VDRL aumentou em seis vezes a probabilidade de infecção pelo HIV ($p < 0,001$). Os usuários com sorologias reagentes para as hepatites B e C apresentaram, respectivamente, cerca de 6 e 7 vezes mais chance de positividade para o HIV ($p < 0,001$).

Discussão

Os achados do presente trabalho mostraram o perfil dos usuários que realizaram testagem para o HIV nos Centos e Testagem e Aconselhamento do Estado de São Paulo entre 2000 e 2007. Esse estudo, realizado a partir dos 38 CTA que informaram suas atividades ao Programa Estadual de DST/Aids no período considerado, não pode ser considerado representativo para o conjunto dos CTA paulistas. Cabe ressaltar que cerca de 50% dos atendimentos informados entre 2000 e 2007 foram provenientes de CTA da Capital. Essa seleção deve ser considerada ao se interpretar os resultados dos serviços de aconselhamento e testagem. O número e a proporção de atendimentos realizados em cada ano pelos 28 municípios notificantes – além da cidade de São Paulo – e os respectivos CTA são citados em publicação anterior¹⁸.

Os CTA apresentam grande diversidade na sua tipologia e diferentes avaliações de desempenho, o que deve refletir diferentes métodos de coleta e de sistemática no manuseio do sistema de informação local. Essa variabilidade pode interferir na qualidade dos dados, assim como não se pode falar de um padrão que possa garantir a homogeneidade dos mesmos.

Vale salientar que o SI-CTA foi criado para monitorar o perfil dos usuários e resultados de sorologias, e sua efetividade reflete, portanto, as diferentes condições técnico-operacionais desde a implantação, suporte técnico e processamento de dados na rotina dos serviços. Essas limitações, que podem estar presentes quando se analisam bases de dados secundários, introduzem vieses nos resultados da informação, fato que deve ser considerado na interpretação e generalização dos mesmos. No entanto, é importante enfatizar, os dados de CTA constituem um fundamental instrumento para o monitoramento de vigilância comportamental e do HIV nos sistemas locais de saúde, justificando-se investimentos nesses serviços e na melhoria da qualidade da informação.

No presente estudo não foi possível diferenciar entre os indivíduos que realizaram teste para o HIV pela primeira vez dos que passaram por testagens repetidas. Assim, não se pode conhecer a soroprevalência na população que frequentou os CTA no período, mas a proporção de testagens que tiveram resultados positivos ou não em relação ao total de testagens realizadas. No que diz respeito às variáveis sociodemográficas e comportamentais, observou-se um percentual importante de dados ignorados, fazendo com que os mesmos sejam também interpretados com cautela.

A proporção de positividade para o HIV em usuários de CTA vem diminuindo ao longo do tempo, o que pode ser explicado pelo aumento da população que busca esses serviços e que representa, provavelmente, uma clientela menos exposta ao risco de infecção.

A soropositividade observada em cada ano da série histórica foi maior que àquela encontrada em população albergada no município de São Paulo em 2002 e 2003 (1,8%)¹⁹, menor que em centro de testagem na cidade de Fortaleza em 2005 (6,3%)²⁰, no CTA Rio Grande do Sul nos anos de 2001 a 2004 (1,1%, 2,4%, 2,3%, 1,7%, respectivamente)¹⁴, nos serviços de testagem anônima e gratuita da França (5,0%) em 2001 e 2002²¹ e maior que nos serviços de testagem voluntária dos Estados Unidos (1,5%) em 2002²². O diagnóstico situacional dos CTA do Brasil realizado pelo Ministério da Saúde em 2006 identificou que 36,9% dos CTA brasileiros possuem taxa de positividade de HIV de até 0,99%, 50,4% das taxas entre 1% e 5% e apenas 12,7% com taxas de positividade acima de 5%⁸.

A busca pela prevenção e investigação para o HIV nos CTA do Estado de São Paulo verificou-se tanto para a população masculina como a feminina, sendo ligeiramente superior entre a primeira. A soropositividade

para o HIV mais elevada no sexo masculino corrobora os achados de outros estudos de CTA em populações específicas; entre os indivíduos não-abusadores de drogas em CTA de Porto Alegre²³, os homens tiveram duas vezes mais chances de serem HIV positivo do que as mulheres (Pechansky, 2005); nos indivíduos do mesmo serviço que faziam uso de substâncias os autores encontraram odds ratio de 1,8 no sexo masculino, tomando como categoria de referência o sexo feminino²⁴.

Os sujeitos testados se caracterizaram por serem majoritariamente jovens (20 a 29 anos) e solteiros. Esses achados são concordantes com a evolução das atividades de Centros de Testagem e Aconselhamento no Brasil e em outros países^{20,25}. Porém, a maior proporção e o maior risco para o HIV encontram-se na faixa etária de 30 a 39 anos, o que foi observado também na análise dos centros de testagem da França em 2001 e 2002²¹ e na cidade de Porto Alegre no final dos anos 1990¹¹. Os dados populacionais da epidemia de Aids no Estado de São Paulo mostram que a incidência de casos vem se apresentando mais elevada nessa faixa etária – entre os homens, desde meados dos anos 1990, e entre as mulheres, a partir de 2002²⁶.

No presente estudo, todas as categorias de estado civil apresentaram, significativamente, maior chance para ser HIV positivo que os indivíduos casados/amigados, o que é similar a outros estudos realizados no Brasil em CTA e ambulatórios especializados^{20,27}.

Os indivíduos mais escolarizados foram predominantes nos CTA, assim como apresentam as proporções mais elevadas de resultados positivos para o HIV. Os usuários com nenhuma escolaridade representaram menos de 2% dos que realizaram testes, sugerindo que os CTA no Estado de São Paulo estão atingindo predominantemente uma população mais favorecida do ponto de vista socioeconômico. Esses dados diferem daqueles encontrados nos estudos de clientela de CTA no Estado do Rio de Janeiro¹³ e na cidade de Fortaleza²⁰, onde a maior proporção de usuários tem menos de oito anos de estudo.

Por outro lado, os achados são concordantes com a análise de usuários de CTA no Rio Grande do Sul, onde mais de 50% dos usuários se caracterizaram por ter oito ou mais anos de estudo¹¹. Como se tratam de análises realizadas em populações de serviços de saúde, não se pode fazer inferências tendo em vista a população geral nem o uso de indicadores populacionais, como os índices de desenvolvimento humano, para explicar diferenças socioeconômicas na demanda.

A grande maioria dos usuários que buscaram os CTA referiu ser heterossexual; porém, a proporção de positividade para o HIV nas categorias heterossexual e HSH difere pouco, sendo ligeiramente superior entre os primeiros. Apesar da proporção de usuários HSH ser consideravelmente menor que aquela de heterossexuais, essa primeira população revelou-se mais exposta ao risco de HIV. A dinâmica da epidemia de Aids no Estado, assim como no País, caracterizou-se inicialmente pela maior proporção de casos entre os homossexuais e bissexuais masculinos, apresentando uma diminuição dessa tendência em relação à população heterossexual desde 1996, padrão semelhante ao observado no nível nacional^{26,28}.

A partir de 2004, no Estado de São Paulo registrou-se um ligeiro aumento da proporção de casos notificados de Aids em homens homo/bissexuais com 13 anos ou mais de idade, porém bem menor que entre os heterossexuais. Em 2005, o percentual de casos masculinos homo/bissexuais foi de 28,1% dentre os 3.873 casos notificados, contra 42,5% na categoria de exposição heterossexual²⁶.

No entanto, estudos recentes têm mostrado que a população HSH apresenta um risco elevado de infecção pelo HIV. Beloqui²⁹ analisou o risco relativo dessa população em relação à população heterossexual masculina de 15 a 49 anos no Brasil, de 1996 a 2003. O autor constatou que os riscos de desenvolver Aids entre os HSH declinaram ao longo do tempo em relação aos heterossexuais, porém permaneceu mais elevado, representando um risco relativo de 26 no início do período estudado e de 19, no final. Essas informações mostram a vulnerabilidade elevada dos HSH em relação à Aids, chamando a atenção para o incremento de estratégias específicas de prevenção da infecção pelo HIV nessa população.

No presente estudo, ressalta-se também a importância dos usuários de qualquer tipo de droga, incluindo as drogas lícitas e ilícitas, assim como as diversas formas de uso, como a segunda situação de risco na população que buscou a realização de testagem anti-HIV, assim como a alta proporção de soropositivos nessa população (28%), depois das categorias de exposição sexual. Os indivíduos que fizeram uso de drogas apresentaram forte associação com a soropositividade para o HIV, mostrando vulnerabilidade para a infecção, o que sugere a necessidade de manter estratégias específicas de prevenção por parte dos CTA.

No que concerne às doenças sexualmente transmissíveis (DST), elas têm sido referidas na literatura como

fatores de risco para a infecção pelo HIV³⁰. Em relação à sífilis, a proporção de VDRL reagente foi inferior àquela detectada em moradores de rua da cidade de São Paulo (5,7%)¹⁹. A co-infecção HIV/sífilis relatada no estudo de CTA na região Sul do País¹¹ foi mais de três vezes superior (37%) do que nos CTA do presente estudo, o que pode ser explicado pelas diferenças de perfil das populações estudadas.

A análise bivariada mostrou forte associação entre a sífilis e a soropositividade para o HIV. Um estudo realizado em Atlanta (EUA) em pacientes atendidos em clínica de DST mostrou que pessoas com sífilis tinham mais freqüentemente infecção pelo HIV: 24% contra 2% em pessoas HIV negativas³¹.

A proporção global de infecção pelo vírus da hepatite B foi menor que em CTA da cidade de Fortaleza (11%), e a proporção de co-infecção HIV/HBV foi semelhante àquela nesse mesmo CTA da capital cearense (18%)²⁰. No entanto, vale salientar que os dados do presente estudo são indicativos de um período mais longo e representa a média de resultados de vários CTA para o Estado do Ceará. A hepatite B também apresentou forte associação com a soropositividade para o HIV, confirmando achados de outros autores³².

Em relação à hepatite C, a proporção de usuários infectados por esse vírus foi cerca de quatro vezes maior que para a hepatite B; apesar da importante associação entre a hepatite C e a soropositividade para o HIV, a proporção de co-infecção HCV/HIV foi menor que a co-infecção HBV/HCV, dados concordantes com aqueles encontrados no CTA de Fortaleza²⁰. Os fatores de risco clássico de infecção pelo HCV relatados na literatura são o uso de drogas injetáveis e de *piercing*, embora sejam documentados atualmente casos de transmissão por via sexual³³. Assim, faz-se necessário o rastreamento para HIV entre pessoas portadoras de HCV, como também o monitoramento de anticorpos para HCV em pessoas HIV infectadas e HCV negativas. Nas atividades de CTA a prática de testagem para hepatites deve ser estimulada, assim como recomendações específicas de prevenção, sobretudo em populações mais vulneráveis ao risco desses agravos.

Considerações finais

A expansão e as atividades dos CTA devem ser acompanhadas através de avaliações e monitoramento, no sentido de refinar o conhecimento sobre o perfil dos usuários e otimizar os benefícios de prevenção que podem estar relacionados com o aconselhamento e a testagem para o HIV e também outras DST. Além dos dados de recorte da população geral, devem ser avaliadas as informações sobre populações específicas, como adolescentes, usuários de drogas e homens que fazem sexo com homens.

Da mesma forma, fazem-se necessárias análises diferenciais por áreas geográficas, como a Capital e Interior, áreas rurais e peri-urbanas, a fim de detectar as diversidades de tipologias dos centros e dos usuários, visando à adaptação da oferta de serviços de acordo com os contextos observados. No sentido de aumentar a abrangência de análise da clientela desses serviços, é importante promover a ampliação da implantação do SI-CTA em todos os CTA do Estado de São Paulo.

Os CTA constituem um dispositivo prioritário no que diz respeito à vigilância de segunda geração do HIV, no sentido de captar mais precocemente os indivíduos soropositivos. Uma proporção substancial desses indivíduos realiza apenas testes HIV numa fase tardia da infecção: são freqüentemente doentes, apresentam uma alta taxa de mortalidade e são menos propensos a responder ao tratamento³⁴. Ao mesmo tempo, o diagnóstico tardio contribui para diminuir a prevenção da transmissão. Assim, além de apresentar condições para a captação de usuários e oferta de testes na rotina, o aconselhamento e a testagem nos CTA podem contribuir para a redução de comportamentos de alto risco e redução da infectividade. Nesse sentido, as estratégias para encorajar a realização de testes anti-HIV através do aconselhamento na população constituem importantes componentes para a prevenção e o controle da epidemia de Aids.

Referências bibliográficas

1. Centers for Diseases Control and Prevention - CDC. *Pneumocystis pneumonia* – Los Angeles. MMWR.1981;30:250-2.
2. Wood E, Montaner JSG, Chan K, Tyndall MW, Schechter MT, Bangsberg D et al. Socioeconomic status, access to triple therapy, and survival from HIV-disease since 1996. *Aids*. 2002;16:2065-72.
3. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2001;34(2):207-17.
4. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A Aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol*.

2002;5:286-308.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Manual. Brasília, 1999.
6. Erickson B, Wasserheit JN, Rompalo AM, Brathwaite W, Glasser D, Hook EW. Routine voluntary HIV screening in STD clinic clients: characterization of infected clients. *Sex Transm Dis.* 1990;17(4):194-9.
7. Centers for Diseases Control and Prevention - CDC. Anonymous or confidential HIV counseling and voluntary testing in federally funded testing sites – United States, 1995-1997. *MMWR.* 1999;48(24):509-13.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Contribuição dos Centros de Testagem e Aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008; p. 108.
9. Centers for Diseases Control and Prevention - CDC. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health-care settings. *MMWR.* 2006;55(RR 14):1-17.
10. Obermeyer CM, Osborn M. The utilization of testing and counseling for HIV: a review of the social and behavioral evidence. *Am J Public Health.* 2007;97(10):1762-74.
11. Barcellos NT, Fuchs SC, Fuchs FD. Prevalence of and risk factors for HIV infection in individuals testing for HIV at counseling centers in Brazil. *Sexually Transmitted Diseases.* 2003;30(2):166-73.
12. Bassichetto KC, Mesquita F, Zacaro C, Santos, EA, Oliveira SM, Veras MASM et al. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da rede municipal de São Paulo, com sorologia para o HIV. *Rev Bras Epidemiol.* 2004;7(3):302-10.
13. Araújo LC, Fernandes RCSC, Coelho MCP, Medina-Acosta E. Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da cidade de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2005;14(2):85-90.
14. Germano FN, Silva TMG, Mendoza-Sassi R, Martinez AMB. Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu status sorológico – Rio Grande, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008;13(3):1033-40
15. Wolffenbüttel K. A organização tecnológica do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no enfrentamento da epidemia de DST/Aids no Estado de São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa; 2006.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Vigilância do HIV no Brasil. Novas diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. Série Referência, n. 2. 2002.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Sistema de informação dos centros de testagem e aconselhamento em Aids. SI-CTA versão 2.0. Manual de utilização. Brasília; 2005.
18. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/Aids. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Centros de Testagem e Aconselhamento – Análise dos atendimentos dos usuários de CTA no Estado de São Paulo, de 2000 a 2007. *Boletim Epidemiológico – DST/Aids.* Dezembro 2007; 1:26-37.
19. Brito VOC, Parra D, Facchini R, Buchalla CM. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(Supl. 2):47-56.
20. Araújo ML, Sales AAR, Diogenes MAR. Hepatites B e C em usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Fortaleza – Ceará. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2006;18(3):161-7.
21. Le Vu S, Herida M, Pillonel J, Allemand M, Couturier S, Semaille C. Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan 2001 et 2002 d'activité du dépistage du VIH en France. *BEH.* 2004;17:65-8.
22. Centers for Diseases Control and Prevention - CDC. Voluntary HIV testing as part of routine medical care – Massachusetts, 2002. *MMWR.* 2004;53:523-6.
23. Pechansky F, Diemen LV, Kessier F, De Boni R, Surrat H, Inciardi J. Preditores de soropositividade para HIV em indivíduos não abusadores de drogas que buscam Centros de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(1):266-74.
24. Pechansky F, Kessier F, Diemen LV, Inciardi J, Surrat H. Uso de substâncias, situações de risco e soroprevalência em indivíduos que buscam testagem gratuita para HIV em Porto Alegre, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18(4/5):249-55.
25. Di Meo M, Grange F, Mulberg C, Guillaume JC. Caractéristiques et l'évolution des consultants, des facteurs de risque et des comportements dans un Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH. *Ann Dermatol Venereol.* 2004;131:165-70.
26. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/Aids. Divisão de Vigilância Epidemiológica. *Boletim Epidemiológico – DST/Aids.* CVE; ano XXVI, nº 1; dezembro de 2007.

27. Silva ACM, Baroni AA. Fatores de risco para infecção pelo HIV em pacientes com o vírus da hepatite C. Rev Saúde Pública 2006;40(3):482-8.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Boletim Epidemiológico DST/Aids. Dezembro de 2007; 1.
29. Beloqui JA. Risco relativo para Aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. Rev Saúde Pública. 2008;42(3):437-42.
30. Piot P, Islam MQ. Sexually transmitted diseases in the 1990s. Global epidemiology and challenges for control. Sex Transm Dis. 1994;21(2 Suppl):S7-13.
31. Fleming DT, Levine WC, Trees DL, Tambe P, Toomey K, St Louis ME. Syphilis in Atlanta during an era of declining incidence. Sex Transm Dis. 2000;27(2):68-73.
32. Alter MJ. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection. Journal of Hepatology. 2006;44:S6-9.
33. Ghosn J, Deveau C, Goujard C, Garrique I, Saïchi N, Galimand J et al. Increase in hepatitis C virus in HIV-1-infected patients followed up since primary infection. Sex Transm Inf. 2006;82:458-60.
34. Girardi E, Sabin CA, Monforte AA. Late diagnosis of HIV infection: Epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007;46(Suppl 1):S3-8.

Correspondência/Correspondence to:

Norma Farias
Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana
CEP: 04121-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tels.: 55 11 5539-0750/3445 – Fax: 55 11 5539-3445
E-mail: nfarias@crt.saude.sp.gov.br



Bepa
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 1º andar, s. 135 – CEP: 01246-000
São Paulo - SP - tels.: (11) 3066-8823 / 3066-8825
e-mail: bepa@saude.sp.gov.br

