



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
PRÓ- REITORIA DE PESQUISA E PÓS- GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

HELVYA ROCHELLE TÁVORA MINOTTO

SOROPREVALÊNCIA DE HIV/IST, CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO EM  
ADULTOS JOVENS DE ESTADO BRASILEIRO COM ELEVADA INCIDÊNCIA DE  
AIDS- UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL.

BOA VISTA, RR

2017

Helvya Rochelle Távora Minotto Soroprevalência de HIV/IST, Conhecimento e Percepção em Adultos Jovens de Estado Brasileiro com elevada incidência de AIDS- Um Estudo de Base Poblacional

2016

HELVYA ROCHELLE TÁVORA MINOTTO

SOROPREVALÊNCIA DE HIV/IST, CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO EM  
ADULTOS JOVENS DE ESTADO BRASILEIRO COM ELEVADA INCIDÊNCIA DE  
AIDS- UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL.

Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Programa de Pós- Graduação em  
Ciências da Saúde, da Universidade  
Federal de Roraima, como parte dos  
requisitos para obtenção do título de  
Mestre em Ciências da Saúde. Área  
de concentração: Vigilância  
Epidemiológica e Indicadores de  
Agravos à Saúde na Fronteira Pan-  
Amazônica

Orientador: Prof. Dr. Allex Jardim da  
Fonseca.

BOA VISTA, RR

2017

HELVYA ROCHELLE TÁVORA MINOTTO

SOROPREVALÊNCIA DE HIV/IST, CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO EM  
ADULTOS JOVENS DE ESTADO BRASILEIRO COM ELEVADA INCIDÊNCIA DE  
AIDS- UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Vigilância Epidemiológica e Indicadores de Agravos à Saúde na Fronteira Pan- Amazônica. Defendida em 11 de Agosto de 2017 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

---

Prof. Dr. Allex Jardim da Fonseca  
Orientador / PROCISA- UFRR

---

Prof. Dr. José Geraldo Ticianeli  
Docente do Curso de Medicina- UFRR

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jackeline da Costa Maciel  
Docente Curso de Enfermagem e PROCISA – UFRR

---

Prof. Dr. Alexander Sibajev  
Docente do Curso de Medicina

Aos meus pais, Lúcio e Silvia Távora, exemplos de dedicação a família e aos seus  
pacientes.

Ao meu amado esposo Marcelo e meus filhos, João Pedro e Lucas.

Às minhas irmãs, que sempre estiveram ao meu lado e vibraram com minhas  
conquistas.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido Marcelo Minotto, por todo apoio dado durante a realização desta pesquisa, por compreender a minha ausência, por estar ao meu lado em todos os momentos.

Ao meu orientador e amigo Dr. Allex Jardim da Fonseca, por todos os ensinamentos, pelo apoio, orientação e amizade. Sem dúvida um dos melhores seres humanos que eu conheci na vida!

Aos meus alunos que fizeram parte da equipe de pesquisadores deste trabalho e que foram fundamentais para o desenvolvimento deste: Cibelle Carneiro Farias, Dkaion Vilela de Jesus, Hendel Santana Moraes, Ingrid Ferreira Buttenbender, Isabella Seixas Martins, Mayara Gabrielle Souto, Paulo Henrique Brasil Hass Gonçalves Filho, Randielly Mendonça da Costa, Sarah de Oliveira Silva, Thais Suelen Israel Ferreira, Valéria Vieira da Silva Coutinho.

Às minhas amigas Patrícia Renovatto e Cynthia Oliveira pelo apoio incondicional.

Aos meus amigos do mestrado, turma 2016, Darlim, Nara, Luciana, Tamine, Derlano, Gabriela, Heriberto, Kelly, Ronaldo, Tomás, Neila, Dayana, Estácio e Marcella pelos momentos compartilhados nos últimos meses, por toda contribuição que cada um de vocês deu para meu crescimento pessoal e profissional.

## RESUMO

No Brasil, estima-se que a prevalência de HIV/IST é de 0,4 a 0,7% na população entre 15 e 49 anos, sendo observado um aumento do número de casos na região norte e em Roraima, demonstrando uma falha de controle e prevenção dessas infecções. Nos últimos anos Roraima tem apresentado um aumento expressivo do número de casos novos de AIDS, levando há uma necessidade de avaliar a prevalência da infecção pelo HIV e demais ISTs nesse Estado, bem como avaliar os fatores relacionados a essa falha de controle e prevenção. **Objetivos:** avaliar a prevalência de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C em Roraima, e correlacionar com conhecimento e percepção sobre o assunto. **Métodos:** estudo de corte transversal, de base populacional, desenhado como um inquérito domiciliar para avaliar a soroprevalência de ISTs por meio de teste rápido, e descrever o conhecimento e a percepção sobre estas infecções de adultos jovens (20 a 39 anos) do Estado de Roraima – localizado na Amazônia brasileira, em 2016. Foi utilizado um método de amostragem aleatório, por conglomerado, hierárquico. **Resultados:** Foram incluídos 727 adultos jovens em 5 municípios (Boa Vista, Iracema, Bonfim, Canté e Pacaraima). A média de idade foi 31,1 anos ( $\pm$  12,9), e 57,7% eram mulheres. A prevalência de IST foi 5,8% (IC95% = 4,2% - 7,8%), de HIV foi 0,91% (IC95% = 0,42% - 1,98%), sífilis foi 3,2% (IC95% = 2,10% - 4,84%) e hepatite B 1,83% (IC95% = 1,05% - 3,17%). Não houve positividade para hepatite C e também não houve diferença significativa de prevalência de IST entre os gêneros, apesar dos homens apresentarem conhecimento significativamente inferior às mulheres, bem como percepções menos distorcidas sobre IST. Baixa escolaridade, desconhecer a transmissão sexual do HIV, acreditar que AIDS é uma doença curável e não ter medo de contrair HIV foram fatores de risco independentes para IST. **Conclusão:** A prevalência de HIV/IST em Roraima é elevada, acima da média nacional. A falta de conhecimento e a percepção equivocada acerca da infecção pelo HIV são fatores determinantes para a elevada prevalência. Há a necessidade de medidas de educação continuada com foco neste seguimento da sociedade roraimense para tentar controlar a epidemia, tais como utilização de mídias sociais e aplicativos multimídia que tenham uma linguagem mais eficiente para esses jovens.

**Palavras-chave:** HIV; infecção sexualmente transmissível; sífilis; hepatite B; conhecimento; percepção.

## ABSTRACT

In Brazil, it is estimated that the prevalence of HIV/STI is 0.4 to 0.7% of the population between 15 and 49 years, being observed an increase in the number of cases in the North and in Roraima, demonstrating a failure of control and prevention of these infections in recent years has shown a significant increase in Roraima in the number of new cases of AIDS leading there is a need to assess the prevalence of HIV infection and other ISTs in this State, as well as assess the factors related to this failure of control and prevention. Objectives: to evaluate the prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and hepatitis C in Roraima, and correlate with knowledge and insight on the subject. Methods: cross-sectional study, a population-based, designed as a household survey to evaluate the seroprevalence of ISTs through rapid test and describe the knowledge and perception about these infections of young adults (20 to 39 years) of the State of Roraima-located in Brazilian Amazon, in 2016. It was used a random sampling method, conglomerado, hierarchical. Results: 727 young adults were included in 5 municipalities (Boa Vista, Iracema, Bonfim, Canté and Pacaraima). The average age was 31.1 years ( $\pm 12.9$ ), and 57.7% were women. The prevalence of STIS was 5.8% (95% CI = 4.2%-7.8%), HIV was 0.91% (95% CI = 0.42%-1.98%), syphilis was 3.2% (95% CI = 2.10%-4.84%) and hepatitis B 1.83% (95% CI = 1.05%-3.17%). There was no positivity for hepatitis C also there was no significant difference in prevalence of STIS among the genera, though the men present knowledge significantly less than women, as well as less distorted perceptions about IST. Low schooling, unaware of the sexual transmission of HIV, believe that AIDS is a curable disease and not to be afraid of contracting HIV were independent risk factors for STIs. Conclusion: the prevalence of HIV/STI in Roraima is high, above the national average. The lack of knowledge and the misperception about the HIV infection are determining factors for the high prevalence. There is a need for continuing education with a focus in this follow-up to the Roraima society to try to control the epidemic, such as use of social media and multimedia applications that have a more efficient language for these young people.

Keywords: HIV; sexually transmitted infection; syphilis; hepatitis B; knowledge; perception.

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1:</b> Características Demográficas Da Amostra. Roraima, 2016.....	18
<b>Tabela 2:</b> Avaliação de desfechos de conhecimento, percepção e soroprevalência de HIV e ISTs, Roraima, 2016.....	19
<b>Tabela 3:</b> Análise univariada e multivariada entre características sociodemográficas, conhecimento e percepção sobre IST, considerando a soroprevalência de IST como desfecho, Roraima, 2016.....	21

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

OMS- Organização Mundial da Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

IC- Intervalo de Confiança

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	12
2. OBJETIVOS .....	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
3. METODOLOGIA.....	17
3.1. Cenário e população do estudo.....	17
3.2. Amostra e Amostragem.....	17
3.3. Procedimentos de pesquisa .....	18
3.4. Análise de dados.....	18
3.5. Aspectos éticos .....	19
4. RESULTADOS .....	19
5. DISCUSSÃO .....	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXO A- Questionário HIV .....	35
ANEXO B- Questionário 2 .....	38
ANEXO C- TCLE.....	39

## 1. INTRODUÇÃO

Desde o início da epidemia de AIDS na década de 1980, a prevenção baseada no uso de preservativos tem sido a espinha dorsal e o grande desafio para o controle do número de novos casos de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. A princípio, o maior impasse era o desconhecimento sobre o HIV e suas possíveis alterações no organismo (FERREIRA,2003). Baseado nisso, o Ministério da Saúde fez um grande esforço para alertar a população sobre os riscos dos diversos comportamentos sexuais. Como por exemplo, a campanha governamental brasileira durante o carnaval de 2008 possuía o *slogan* “Seja bom de cama, use camisinha”, e 100 mil tatuagens temporárias foram distribuídas, com as palavras: “Eu tenho atitude. Eu uso camisinha”. E de fato, evidências mostraram que 98% da população brasileira conhecia o vírus do HIV e 95% da população sabia como prevenir a infecção em 2010 (AYRES, 2012). Entretanto, a persistência de elevada incidência de HIV no Brasil sugere que outros fatores podem estar influenciando o comportamento sexual da população quanto ao cuidado pessoal e à prevenção da AIDS, incitando novos desafios para o controle da doença (DOURADO,2006).

O comportamento sexual é diverso e dependente das percepções pessoais. Sofre influência de fatores sociais, culturais e da situação socioeconômica dos indivíduos, e os motivos que levam os adultos jovens a terem práticas sexuais desprotegidas são multifatoriais. Apesar da escassez de pesquisas abordando a percepção sobre AIDS, alguns estudos de base populacional relataram uma redução do temor em relação ao HIV (REIS; GIR,2009). O advento da terapia antirretroviral de alta eficiência, que transformou a história natural da doença, levando os indivíduos infectados a ter uma vida longa e praticamente normal, pode também ter induzido a uma banalização da representação social da AIDS, que vem deixando de ser percebida como uma doença grave e incurável (DOURADO,2006). A desmitificação da relação entre infecção por HIV e morte, que marcou a fase inicial da epidemia, e o descaso com a proteção pessoal através do não uso de preservativos, podem representar fatores de relevante importância no aumento de casos de HIV/AIDS, especialmente entre os mais jovens. (ALMEIDA *et al*,2014).

Estudos apontam importantes lacunas no conhecimento sobre HIV/AIDS e ressaltam que apenas ampliar o nível de informação sobre as vias de transmissão

do HIV e a necessidade de usar o preservativo, não garante as mudanças de práticas (ANTUNES, 2012). O Ministério da Saúde realizou alguns estudos que abordam o comportamento da população brasileira em relação à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), e esses apontam que o conhecimento da população jovem sobre as formas de infecção pelo HIV é elevado. Contudo estas informações são insuficientes para promover mudanças nos comportamentos e condutas (FERREIRA, 2008).

Já reconhecido pela qualidade da resposta à AIDS, o Brasil experimenta hoje retrocessos, em especial na área da prevenção. Há um verdadeiro desafio atualmente do desenvolvimento de políticas públicas para educar os jovens sobre questões de sexualidade, gênero e doenças sexualmente transmissíveis; de evitar a criminalização da transmissão do HIV, implicando elevação da mortalidade (GRANJEIRO,2015; SEFFNER, 2016).

Há cinco anos a barreira dos quarenta mil casos novos anuais foi ultrapassada (BRASIL, 2014), uma nova geração, nascida nos anos de 1990, também começou a apresentar taxas de incidência maiores do que as registradas entre aqueles que iniciaram sua vida sexual logo após o início da epidemia. Um perfil epidemiológico que, de certa forma, volta a assumir características similares ao observado no início da epidemia, quando a doença começou a fazer suas primeiras vítimas e apresentou uma incidência fortemente concentrada em segmentos sociais específicos. Agora, porém, com taxas de incidência e mortalidade mais alarmantes. O mais preocupante no cenário atual do Brasil, é a tendência à mortalidade com o crescimento do número de mortes por AIDS, o que pode representar uma re- emergência da doença no país. (GRANJEIRO, 2015).

A taxa de incidência de AIDS no Brasil é de 20,5 casos/100.000 habitantes, e vem se mantendo relativamente estável nos últimos anos (BRASIL, 2016). No entanto, a epidemia de HIV/AIDS sofreu algumas modificações nos últimos anos. Além da heterossexualização, feminização e pauperização da epidemia, destaca-se a interiorização, como uma tendência da infecção alcançar municípios de menor porte (BRITO E CASTILHO,2001). A região Norte do Brasil apresentou aumento de 74% no número de casos de 2004 a 2013. Em especial o estado de Roraima, localizado no extremo norte da Amazônia Brasileira, registrou elevada incidência de

casos de AIDS (31,3/100.000) em 2013, superando a incidência média nacional (BRASIL, 2014).

Somente em 2013 foram 12.700 casos de óbitos pela doença, um número similar ao de 15 anos atrás, quando a política de acesso aos antirretrovirais havia sido implantada. Nos últimos sete anos o crescimento da taxa nacional de mortalidade aumentou em pouco mais de 5%, passando de 5,9% por cem mil habitantes em 2006, para 6,2% por cem mil habitantes, em 2013. Nas regiões Norte, Nordeste e Sul as taxas chegaram a ser até duas vezes maiores do que no período anterior à política de acesso aos antirretrovirais, neutralizando todos os avanços observados anteriormente nesses locais (GRANJEIRO, 2015).

Associada a infecção pelo HIV, observamos também um aumento da prevalência de outras IST, como sífilis, hepatite C e hepatite B, as quais possuem as mesmas vias de transmissão que o HIV. No Brasil, a prevalência do HBV em geral é moderada (2% a 7%), com baixa taxa de infecção no Sul, média taxa de infecção no Nordeste e Sudeste e uma alta prevalência na região Amazônica, Espírito Santo e no oeste de Santa Catarina (MARTINS, 2014). O Ministério da Saúde (MS) estima que 10 milhões de novos casos de IST curáveis ocorram a cada ano. Para a sífilis a estimativa da OMS é de que sejam registrados no país, anualmente, 937.000 casos na população sexualmente ativa (BRASIL, 2012; FERREIRA FILHO, 2012)

O perfil epidemiológico do município de Boa Vista, capital de Roraima mostra que a AIDS atinge principalmente os não indígenas (95,69% dos casos) e adultos jovens, entre 20 e 39 anos (65,6% dos casos novos). A taxa de incidência do HIV entre adultos jovens (30 a 39 anos) chega a 103,7/100.000 em Boa Vista, a segunda mais elevada do país. Já no que se refere à Sífilis, Roraima apresentou um aumento na taxa de detecção de 42,3%, e para a hepatite C Boa Vista é a sétima capital com diagnóstico de número de casos novos, chega a 15,6/100.000 (BRASIL, 2016).

Diante do alarmante quadro de uma possível re-emergência da AIDS no Brasil, em especial com aumento da incidência e mortalidade por HIV no Brasil e na Região Norte, tendo como Boa Vista o município em segundo lugar nacional em número de casos novos, e considerando-se a importância da abordagem preventiva, assim como a condição de vulnerabilidade da população de adultos jovens, justificam-se estudos que ampliem os conhecimentos sobre suas opiniões, valores e vivências, fatores que interferem nas práticas de sexo seguro, uma vez que Roraima está na contra-mão da tendência mundial de controle da epidemia do HIV e IST. Estes dados sugerem que este grupo pode ter uma percepção equivocada sobre a

infecção pelo HIV/IST com baixo nível de conhecimento acerca de medidas de prevenção e gravidade da infecção.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Avaliar soroprevalência de HIV/IST, conhecimento e percepção em adultos jovens em Roraima, Brasil.

### **2.2. Objetivos Específicos**

Determinar, por meio de teste rápido, a Soroprevalência de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C em adultos jovens no estado de Roraima, Amazônia legal brasileira;

Identificar o perfil sociodemográfico em adultos jovens de cinco municípios de Roraima;

Avaliar o nível de conhecimento e percepção sobre HIV/IST de adultos jovens em Roraima num estudo de base populacional.

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de corte transversal, de análise quantitativa, desenhado como um inquérito domiciliar para avaliar a soroprevalência de ISTs por meio de teste rápido, e descrever o conhecimento e a percepção de adultos jovens (18 a 40 anos) do Estado de Roraima – Brasil sobre estas infecções, em 2016.

#### **3.1. Cenário e população do estudo**

O estado de Roraima, localizado no extremo norte da Amazônia Legal Brasileira, possui aproximadamente 420.000 habitantes, e se caracteriza por apresentar a maior proporção de populações indígenas aldeadas (15%). Ressalta-se a influência cultural indígena na população, caracterizada por início sexual precoce e multiparidade. Roraima caracteriza-se também por 2 fronteiras internacionais (Venezuela e Guiana Inglesa). O Estado possui 15 municípios e, a capital, Boa Vista concentra aproximadamente 65% da população estadual. A estrutura etária de Roraima possui base larga, com forte representação relativa de jovens. Mais de um terço da população (37,4%) possui entre 20 e 39 anos, e 52% são do gênero masculino.

#### **3.2. Amostra e Amostragem**

Foi utilizado o método de amostragem aleatória por conglomerado, multinível e hierárquico. Em primeiro nível, cada município foi enumerado, e considerado um conglomerado amostral. Foram selecionados aleatoriamente 5 municípios (Boa Vista, Iracema, Cantá, Bonfim e Pacaraima), tendo como peso para a seleção o número de habitantes de cada município. Em segundo nível, foi assumido cada quarteirão urbano desses 5 municípios como um conglomerado amostral. Esses quarteirões foram enumerados. O número de quarteirões sorteados foi ajustado (peso) à população habitante em cada município pré-selecionado. Uma sequência de números aleatórios foi gerada para definir a ordem de visita aos domicílios de cada quarteirão, até o alcance da meta amostral.

Para o cálculo do tamanho amostral, a prevalência de IST na população alvo foi estimada em 1,5%, baseada em estudo semelhante realizado na Amazônia

Brasileira (RIBEIRO *et al*, 2015). Considerando intervalo de confiança de 95% ou erro aceitável de 1%. Obteve-se tamanho amostral mínimo de 588 adultos. Considerando perda de amostras ou rejeição de realização dos testes de até 20%, a meta amostral foi de 706 sujeitos de pesquisa.

### **3.3. Procedimentos de pesquisa**

Foram visitados todos os domicílios dos quarteirões sorteados, durante fins de semana, na ordem de sorteio até alcançar a meta amostral. Todos os adultos entre 20 e 39 anos residentes nos quarteirões sorteados foram convidados a participar do estudo, de forma individual e consecutiva. Após amplo esclarecimento, e aceitação para participar (assinatura do termo de consentimento), o voluntário respondeu um formulário não identificado nominalmente (codificado), por entrevista face a face, preferencialmente na ausência de outros co-residentes do voluntário. O instrumento de pesquisa utilizado consistiu um questionário semi-estruturado, adaptado do estudo de Miranda *et al.*, 2011, abordando itens sobre dados demográficos, conhecimento, e percepção sobre HIV/IST.

Posteriormente, os participantes foram convidados a realizar o teste rápido para HIV por meio de ensaio qualitativo para detecção de anticorpos específicos para HIV-1/2 (TR DPP® HIV-1/2, Bio-Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil), sífilis (Syphilis Test®, Bioeasy), hepatite B (Alere® Hepatite B Test Kit, Alere), e hepatite C (Alere® Hepatite C Test Kit, Alere), através de amostra de sangue total por punção digital utilizando lanceta estéril, realizada em seu próprio domicílio. O resultado foi informado em 30 minutos. Em caso de teste positivo, o teste foi repetido para confirmação.

Foram incluídos adultos entre 20 e 39 anos, residentes nos domicílios sorteados nos últimos dois anos (2015 e 2016). Foram excluídos aqueles que estavam presentes, mas não residiam no domicílio, os que estavam fora da faixa etária, e aqueles que não aceitaram a participação na pesquisa. A não aceitação do teste rápido para IST não excluía o participante da pesquisa.

### **3.4. Análise de dados**

A variável desfecho foi a positividade para IST. Dados demográficos,

conhecimento e percepção sobre HIV/IST foram interpretados como variáveis explicativas. Análise estatística descritiva incluiu frequência de distribuição para variáveis categóricas, e médias (com desvio padrão) e medianas (com desvio interquartilico) para variáveis contínuas, com distribuição normal e não normal, respectivamente. Os intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estimados baseados em distribuição binomial. Para comparação de médias amostrais, foi utilizado o teste t de Student para variáveis de distribuição normal e com homogeneidade de variâncias amostrais. Senão, foi utilizado o teste de Mann-Whitney para este propósito. Foi utilizado o teste qui quadrado para comparar diferenças de proporções de variáveis categóricas. Odds ratio (ORs) e IC95% foram calculados em análise univariada e Odds Ratio ajustada (Ora) em análise multivariada por regressão logística. O critério de seleção de variáveis explicativas para entrada na análise multivariada foi o valor crítico de  $p < 0,15$  na análise univariada. Os dados foram tabulados por meio de dupla entrada de dados, e analisados utilizando-se o software EpiInfo® versão 7.1.3 (CDC, Atlanta, USA).

### **3.5. Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (Parecer número: 1.052.548). Todos os voluntários foram amplamente esclarecidos sobre os propósitos e métodos da pesquisa e o consentimento formal foi obtido antes de qualquer procedimento do estudo. Ao final, todos participantes receberam aconselhamento pós-teste. Os casos positivos foram encaminhados para tratamento em Serviço de Infectologia especializado.

## **4. RESULTADOS**

Foram abordados 727 adultos jovens (20-39 anos) em cinco municípios do estado de Roraima (Boa Vista, Iracema, Cantá, Bonfim e Pacaraima). Desses, 492 (68,7%) eram habitantes da capital do Estado, Boa Vista, e 235 (31,3%) dos outros municípios do interior do Estado (tabela 1). A média de idade foi de 31,1 anos ( $\pm 12,9$ ), e a maioria da amostra foi representado por mulheres (57,7%). Mais da metade (55,9%) dos participantes possuíam parceiros fixos, a religião católica foi a

mais informada (43,5%), seguida da religião evangélica (34,6%). Quase um terço dos participantes (32,7%) informou renda familiar de até R\$ 1.000,00 (aproximadamente um salário mínimo), e informou receber benefícios governamentais (32,6%). Quanto à escolaridade, a mais prevalente foi o ensino médio (75,7%), seguido de ensino superior (24,3%). Ressalta-se que apenas 1,9% dos participantes era analfabeto (tabela 1).

**Tabela 1:** Características demográficas da amostra. Roraima- Brasil 2016

<b>Características da amostra</b>	<b>n (%)</b>	<b>média (±DP)</b>
<b>Município de Residência</b>		
Boa Vista (capital)	492 (68,7%)	
Iracema	91 (12,5%)	
Cantá	53 (7,2%)	
Bonfim	47 (6,5%)	
Pacaraima	44 (6,0%)	
<b>Estado civil</b>		
Sem companheiro	320(44,1%)	
Com companheiro	407(55,9%)	
<b>Idade (anos)</b>		31,1 (±12,9)
Até 25 anos	301(41,4%)	
Mais de 18 anos	426(58,6%)	
<b>Município de Residência</b>		
Capital	492(67,6%)	
Interior	235(32,4%)	
<b>Escolaridade</b>		
Até o ensino médio	551(75,7%)	
Ensino superior	176(24,3%)	
<b>Gênero</b>		
Masculino	307(42,3%)	
Feminino	420(57,7%)	
<b>Renda familiar</b>		
Até 1 salário mínimo	238(32,7%)	
Acima de 1 salário mínimo	489(67,3%)	
<b>Religião</b>		
Católico	315(43,5%)	
Evangélico	250(34,6%)	
Sem religião	134(18,5%)	
Outras	24(3,4%)	

Entre os indivíduos abordados (n=727), 69 (9,5%) rejeitaram a realização do teste sorológico, portanto, as análises de prevalência são baseadas em uma amostra de 658 participantes. Desses, 38 foram positivos para alguma IST, levando a uma prevalência combinada de 5,8% (IC95% = 4,2% - 7,8%). A prevalência de HIV (n=6) na amostra foi de 0,91% (IC 95% = 0,42% - 1,98%), de sífilis (n=21) 3,2% (IC 95% = 2,10% - 4,84%) e de hepatite B (n=12) 1,83% (IC95% = 1,05% a 3,17%). Nenhum participante foi positivo para hepatite C, e não houve casos de co-infecção.

Nenhum dos participantes positivos informou saber previamente da sua condição. A tabela 2 compara estas prevalências por gênero.

Em relação ao conhecimento sobre IST, apesar da maioria dos participantes ter o conhecimento de que o HIV tem transmissão sexual (95,4%), e que existe um preservativo para uso feminino (92,9%), 15,3% da amostra desconhecia a prevenção da transmissão pelo uso do preservativo. Mais da metade dos participantes (57,1%) desconhecia que portadores de HIV podem ser assintomáticos. Uma parcela considerável da amostra desconhecia o fato de HIV/AIDS possuir tratamento médico (22,2%). Por outro lado, 17,6% dos participantes acreditavam que HIV/AIDS possui tratamento curativo. Um terço da amostra (34,6%) desconhecia a transmissão sexual da sífilis, e 41,0% a transmissão sexual da hepatite B. A maioria (61,8%) desconhecia o mecanismo de prevenção da hepatite B pelo uso de preservativo, e 27,8% não sabiam que sífilis também acomete as mulheres. Em 7 das 10 questões de conhecimento sobre IST, foi observado um conhecimento significativamente menor em homens em comparação às mulheres (tabela 2). Quanto às questões de percepção sobre IST, apesar da maioria (96,0%) concordar que AIDS é uma doença grave, 12,5% da amostra informa que não tem medo de contrair HIV. O não temor de contrair HIV foi significativamente maior em homens que em mulheres (15,3% vs 10,4%, respectivamente;  $p=0,03$ ). Foi observado que uma prevalência significativa da amostra informou uma percepção distorcida sobre grupo de risco para transmissão do HIV: 15,2% acreditavam que AIDS é uma doença restrita a homossexuais, prostitutas e usuários de drogas (esta percepção foi significativamente maior entre homens em comparação às mulheres - 20,8% vs 11,2%;  $p=0,0003$ ), e 9,3% das pessoas entrevistadas acreditava que AIDS não acomete a população idosa. A percepção de invulnerabilidade (não ter risco de contrair) às IST também foi muito elevada, 63,5% para o HIV, 62,1% para sífilis, e 48,5% para hepatite B, sem diferença entre os gêneros (tabela 2).

**Tabela 2:** Avaliação de conhecimento, percepção e soroprevalência de HIV e ISTs, Roraima, 2016.

Soroprevalência, conhecimento e percepção sobre HIV/IST	Homens	Mulheres	p valor	Geral
Prevalência de alguma IST	6,2%	5,5%	ns	5,8%

<b>Prevalência de HIV</b>	0,85%	1,0%	ns	0,91%
<b>Prevalência de Sífilis</b>	4,0%	2,6%	ns	3,2%
<b>Prevalência de Hepatite B</b>	2,2%	1,5%	ns	1,8%
<b>Prevalência de Hepatite C</b>	0%	0%	-	0%
<b>Conhecimento sobre HIV/IST</b>				
<b>Não sabe que HIV tem transmissão sexual</b>	7,3%	2,6%	0,007	4,6%
<b>Não sabe que o uso de preservativo previne o HIV</b>	17,2%	14,1%	ns	15,3%
<b>Não sabe que existe um preservativo para as mulheres</b>	11,3%	4,2%	0,0007	7,1%
<b>Não sabe que portadores de HIV podem ser assintomáticos</b>	63,9%	52,3%	0,004	57,1%
<b>Não sabe que HIV/AIDS possui tratamento</b>	26,6%	19,1%	0,02	22,2%
<b>Não sabe que HIV/AIDS não tem cura</b>	19,3%	16,4%	ns	17,6%
<b>Não sabe que hepatite B tem transmissão sexual</b>	44,1%	38,1%	ns	41,0%
<b>Não sabe que o uso de preservativo previne a hepatite B</b>	70,4%	55,7%	0,0001	61,8%
<b>Não sabe que sífilis tem transmissão sexual</b>	44,5%	27,6%	0,0001	34,6%
<b>Não sabe que sífilis acomete as mulheres</b>	36,5%	21,6%	0,0002	27,8%
<b>Percepção sobre HIV/ IST</b>				
<b>Acredita que AIDS não é doença grave</b>	3,9%	4,0%	ns	4,0%
<b>AIDS somente acomete gays, prostitutas e usuários de drogas</b>	20,8%	11,2%	0,0003	15,2%
<b>AIDS somente atinge os mais jovens, não os mais velhos</b>	11,1%	8,1%	ns	9,3%
<b>Não tem medo de contrair HIV</b>	15,3%	10,4%	0,03	12,5%
<b>Acredita que não tem risco de contrair HIV</b>	64,8%	62,6%	ns	63,5%
<b>Acredita que não tem risco de contrair sífilis</b>	65,5%	59,7%	ns	62,1%
<b>Acredita que não tem risco de contrair hepatite B</b>	49,8%	47,6%	ns	48,5%

ns: não significativo

Como pode ser observado na tabela 3, em análise univariada, a baixa escolaridade se correlacionou fortemente com a prevalência de IST. Ter menos de 9 anos de estudo (até o ensino fundamental) aumentou significativamente a prevalência de IST em relação aos de maior escolaridade (14,7% vs 3,3%, respectivamente;  $p < 0,0001$ ), aumentando em 5 vezes a chance de infecção. Ser residente em municípios do interior também duplicou a prevalência de IST em comparação aos residentes na capital (8,9% vs 4,2%, respectivamente;  $p = 0,017$ ), enquanto ter menos de 25 anos se revelou fator de proteção, reduzindo em 60% a chance de IST (OR=0,41; IC 95% = 0,19 – 0,89). A situação marital e ter religião não influenciaram neste desfecho.

Em relação às questões de conhecimento sobre IST, o desconhecimento em 4 itens representaram fatores de risco para infecção em relação aos participantes que detém tal conhecimento: não saber que o uso do preservativo previne infecção por HIV (17,0% vs 4,9%, respectivamente;  $p = 0,0006$ ); não saber que o HIV tem transmissão sexual (17,4% vs 5,2%, respectivamente;  $p = 0,006$ ); não saber que

AIDS é uma doença que possui tratamento (11,0% vs 4,3%, respectivamente;  $p=0,002$ ); e acreditar que AIDS é uma doença que tem cura (9,5% vs 4,9%, respectivamente;  $p=0,04$ ). Ressalta-se que o desconhecimento do mecanismo de prevenção do HIV pelo uso de preservativo quase quadruplicou a chance de IST na amostra (OR = 3,97; IC 95% = 1,71 – 8,24). As outras questões de comportamento não influenciaram significativamente o desfecho. Ainda em análise univariada, percepções distorcidas sobre grupos de risco para o HIV apresentaram forte influência sobre a chance de infecção nesta amostra. Acreditar que HIV é uma infecção restrita a homossexuais, prostitutas e usuários de droga mais que dobrou a chance de positividade nos testes para IST (OR = 2,30; IC 95% = 1,17 – 4,81), bem como acreditar que a população idosa não precisa se preocupar com HIV (OR = 2,31; IC 95% = 1,01 – 5,51). Não ter medo de contrair HIV também duplicou a chance de IST (OR = 2,25; IC 95% = 1,02 – 4,94), de forma semelhante à sensação de não ter risco de contrair hepatite B (OR = 1,99; IC 95% = 1,01 – 3,92). A tabela 3 detalha a análise univariada e multivariada.

**Tabela 3:** Análise univariada e multivariada entre características sociodemográficas, conhecimento e percepção sobre IST, considerando a soroprevalência de IST como desfecho, Roraima, 2016.

	Prevalência de IST +	p valor	OR (IC95%) IST +	OR ajustada (IC 95%) IST+
<b>Características demográficas</b>				
Até 8 anos de estudo	14,7%	<0,000	5,09 (2,60- 9,95)	4,26 (2,08- 8,60)
9 anos ou mais	3,29%	1	1	1
Residente no interior	8,9%	0,017	2,17 (1,12- 4,20)	1,44 (0,71- 2,91)
Residente na capital	4,2%	1	1	1
Até 25 anos	3,3%	0,021	0,41 (0,19-0,89)	0,67 (0,30- 1,48)
Mais de 25 anos	7,5%	1	1	1
Não ter religião	5,0%	ns	0,84 (0,34- 2,05)	-
Ter religião	5,9%	1	1	1
Parceiro fixo	6,2%	ns	1,20 (0,61- 2,10)	-
Solteiro/divorciado	5,2%	1	1	1
<b>Conhecimento sobre HIV/IST</b>				
<b>O uso de preservativo evita a transmissão do HIV</b>				
Não sabe	17,0%	0,0006	3,97 (1,71- ,24)	2,49 (0,91- 6,78)
Sabe	4,9%	1	1	1
<b>O vírus HIV tem transmissão sexual</b>				
Não sabe	17,4%	0,006	3,76 (1,34- 10,4)	2,20 (1,06- 4,59)
Sabe	5,2%	1	1	1
<b>A AIDS é uma doença que possui tratamento</b>				
Não sabe	11%	0,002	2,71 (1,39- 5,36)	1,62 (0,69- 3,81)
Sabe	4,3%	1	1	1

<b>A AIDS é uma doença que não tem cura</b>				
Não sabe	9,5%	0,04	1,99 (1,06- 4,15)	2,40 (1,01- 4,99)
Sabe	4,9%		1	1
<b>Existe um preservativo para uso feminino</b>				
Não sabe	6,9%	ns	1,26 (0,54- 2,95)	-
Sabe	5,6%			
<b>Portadores de HIV sempre apresentam sintomas</b>				
Não sabe	6,9%	ns	1,67 (0,82- 3,37)	-
Sabe	4,2%		1	
<b>A hepatite B é uma doença de transmissão sexual</b>				
Não sabe	5,4%	ns	0,83 (0,43- 1,63)	-
Sabe	6,3%		1	
<b>Usar preservativo previne infecção por Hepatite B</b>				
Não sabe	6,6%	ns	1,31 (0,68- 2,53)	-
Sabe	5,1%		1	
<b>A sífilis é uma doença de transmissão sexual</b>				
Não sabe	7,0%	ns	1,39 (0,71- 2,71)	-
Sabe	5,1%		1	
<b>Mulheres não pegam sífilis</b>				
Não sabe	4,9%	ns	0,79 (0,36- 1,71)	-
Sabe	6,1%		1	
<b>Percepção sobre HIV/IST</b>				
<b>O HIV é uma infecção restrita a homossexuais e prostitutas e usuários de drogas</b>				
Concorda	10,6%	0,022	2,30 (1,17- 4,81)	1,97 (0,98 - 4,76)
Não concorda	4,9%		1	1
<b>As pessoas mais velhas não precisam se preocupar com HIV</b>				
Concorda	11,3%	0,05	2,31 (0,97- 5,51)	1,23 (0,43- 3,52)
Não concorda	5,2%		1	1
<b>Tem medo de contrair HIV</b>				
Não tem	10,7%	0,03	2,25 (1,02- 4,94)	2,26 (1,01- 5,02)
Tem	5,0%		1	1
<b>Acredita que tem chance de contrair Hepatite B</b>				
Não concorda	7,5%	0,04	1,99 (1,01- 3,92)	1,95 (0,96- 3,93)
Concorda	3,9%		1	1
<b>AIDS é uma doença grave</b>				
Não concorda	13,0%	ns	2,57 (0,71- 9,06)	-
Concorda	5,5%		1	
<b>Acredita que tem chance de contrair HIV</b>				
Não concorda	5,66%	ns	0,94 (0,47- 1,85)	-
Concorda	5,98%		1	
<b>Acredita que tem chance de contrair sífilis</b>				
Não concorda	6,8%	ns	1,75 (0,83- 3,68)	-
Concorda	4,0%		1	

Ns: não significativo.

Quando reanalisadas em análise multivariada as variáveis que se confirmaram como fatores de risco independente para IST foram: baixa escolaridade (OR ajustado = 4,26; IC95% = 2,08 – 8,60); desconhecer a transmissão sexual do HIV (OR ajustado = 2,20; IC95% = 1,06 – 4,59); desconhecer que AIDS é uma doença incurável (OR ajustado = 2,40; IC95% = 1,01 – 4,99); e não ter medo de contrair HIV (OR ajustado = 2,26; IC95% = 1,01 – 5,02).

## 5. DISCUSSÃO

Segundo a OMS, cerca de 36 milhões de pessoas viviam com HIV em 2015 no mundo todo. Destes, concentravam-se nas américas, 3,4 milhões. No Brasil, de acordo com os últimos relatórios da UNAIDS de 2015, a soroprevalência de pessoas que viviam com HIV variava de 0,4 % a 0,7% da população entre as idades de 15 a 49 anos, sendo inclusive inferior à média mundial de 0,8% (RUFFINEN,2015). Estudos anteriores demonstraram o Rio Grande do Sul como o estado de maior prevalência nacional de HIV e outras ISTs, onde acredita-se que 0,8% dos habitantes sejam soropositivos para HIV (DOMINGUES,2014).

Estudos de soroprevalência de HIV no Brasil de base populacional são escassos. Pereira *et al.* realizaram um estudo de âmbito nacional sobre a prevalência de HIV em 35 mil gestantes (15 a 49 anos) em avaliação pré-natal. Os autores relataram prevalência global de HIV de 0,38%, que foi maior na faixa de 30 a 39 anos (0,6%), e relataram que na região Norte do Brasil, a prevalência foi 0,33%. Em um estudo semelhante, realizado em 23 mil mulheres grávidas em avaliação pré-natal em todo o Brasil, a prevalência de HIV foi 0,4% e a de sífilis foi 1,02%(DOMINGUES *et al*, 2014). Em um estudo de base hospitalar realizado no Espírito Santo- Brasil, Miranda *et al.* (2009) descreveram uma soroprevalência de HIV de 0,6%. Na região Amazônica do Brasil, um estudo chama a atenção, Ribeiro *et al.* (2015) conduziram um estudo de soroprevalência de base populacional em 1501 voluntários em São Gabriel das Cachoeiras – Amazonas. A prevalência de HIV foi de 0,37% em homens, e 0% em mulheres, e a de sífilis 1,12% e 2,69% respectivamente. Os autores destacam que 85% da amostra era indígena aldeada, isolados geograficamente, com características socioculturais peculiares, nos quais já foram registradas baixas prevalências de IST (RUFFINEN *et al*, 2015).

Nesse estudo, constatou-se uma soroprevalência de HIV em Roraima de 0,91% de sífilis (3,2%), substancialmente mais elevadas que as estimativas nacionais e outros inquéritos. Destaca-se ainda que o presente estudo foi de base populacional de seleção aleatória, com abrangência estadual, e não restrita a um gênero ou grupo da sociedade.

Ao contrário do que seria esperado, não observamos diferença significativa de prevalência de IST entre os gêneros, apesar das mulheres apresentarem conhecimento significativamente superior aos homens em 7 das 10 questões de conhecimento, bem como percepções menos distorcidas. Dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL,2016), revelaram que foram notificados no Brasil, em 2016, quase o triplo de casos novos de HIV em homens em relação às mulheres. Vale ressaltar que no passado as mulheres eram minoritariamente afetadas, porém, ao longo das décadas, observou-se o processo de feminilização da epidemia de AIDS, em virtude do maior acometimento de homens heterossexuais. Já foi descrito também sua maior vulnerabilidade, já que as mulheres têm desvantagem em relação à adoção de medidas preventivas, além de desigualdade no poder de decisões entre homens e mulheres sobre formas seguras de exercer a sexualidade (BERQUO,2008;TEIXEIRA, 2017).

Foi observado nesse estudo que a elevada prevalência de IST no estado de Roraima está relacionado ao baixo nível de conhecimento da população estudada, tanto em anos de estudo como em conhecimento e percepção sobre o HIV, onde ter menos de 7 anos de estudo quadruplicou a chance de positividade para IST, e foi um fator de risco independente, bem como aqueles com menos de cinquenta por cento (50%) de acerto sobre as questões acerca do conhecimento sobre o HIV estavam relacionados ao maior risco de contrair IST. Evidenciando que o conhecimento é um fator essencial para a prevenção de tais infecções.

No Brasil, segundo dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), a maioria da população que vive com HIV/AIDS possui baixa escolaridade, e 82% dos casos de AIDS em 2016 foram notificados em pessoas com níveis fundamental ou médio incompleto. Nesse sentido, múltiplos fatores podem corroborar para a elevada prevalência de HIV/IST em homens e mulheres em

Roraima, porém destaca-se o papel do déficit de conhecimento sobre o assunto neste estudo.

Conhecimento e percepção da população sobre o assunto influenciam de forma determinante as práticas sexuais adotadas por jovens e adultos (ALMEIDA, 2014). Em um inquérito realizado com estudantes do ensino médio de Santa Catarina - Brasil, o conhecimento sobre a transmissibilidade do HIV foi substancialmente maior: 99,8% afirmaram saber que o vírus HIV pode ser transmitido sexualmente (CAMARGO,2007). O mesmo foi observado em adultos e idosos em Minas Gerais, onde 95,5% conheciam a transmissão do vírus HIV em relações sexuais desprotegidas (PEREIRA E BORGES,2010). Nesse estudo, aproximadamente 95% dos entrevistados sabia que o HIV tem transmissão sexual. Apesar de ser uma pequena fração dos participantes os que desconheciam essa informação crucial (4,4%), esse grupo apresentou uma chance triplicada de ter uma IST, reafirmando o poder preditivo deste conhecimento. A política de prevenção de IST pelo Ministério da Saúde do Brasil vem se baseando justamente no incentivo ao uso de preservativo. Desde a década de 90 ocorre ampla distribuição gratuita do preservativo no Brasil. Entretanto, foi observado que mais de 17% dos homens e 14% das mulheres desconheciam o papel do preservativo na prevenção das AIDs, com Odds Ratio > 2. O desconhecimento foi ainda mais deficitário para hepatite B e sífilis. Os dados desse estudo corroboram com a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira, realizada em 2013 pelo Ministério da Saúde do Brasil (PCAP 2013) (BRAZIL, 2013), que mostrou que 6% dos entrevistados no Brasil não tinha conhecimento adequado de que “usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o vírus da AIDs seja transmitido durante a relação sexual”. Já na região Norte, 13% dos entrevistados não possuíam esse conhecimento. Evidencia-se portanto a necessidade de melhoria no alcance e estratégias das campanhas informativas e preventivas, em especial para as regiões menos desenvolvidas.

O déficit de conhecimento sobre HIV/IST já foi relacionado a distorções de percepção sobre o assunto (ALVES,2002; DE SOUZA,2007). E isso foi ratificado em nossa amostra. Mais da metade dos entrevistados não sabia que portadores de AIDs podem ser assintomáticos, e 15% dos indivíduos acreditava que a AIDs é uma

doença restrita a homossexuais, prostitutas e usuários de drogas. Essa percepção distorcida de grupo de risco dobrou a chance de IST.

Acerca da vulnerabilidade, no estudo de Lazzarotto et al. (2008), 54,1% dos entrevistados responderam ser falso que a AIDS “ocorre somente em homossexuais masculinos, prostitutas (os) e usuários (as) de drogas”, 9% não sabiam opinar e 36,9% responderam ser verdadeiro, uma taxa quase duas vezes maior do que a encontrada no presente estudo. O que nos mostra o quanto ainda há uma percepção equivocada sobre a vulnerabilidade ao HIV, trazida desde os tempos do início da epidemia no Brasil que estigmatizou a infecção pelo HIV a grupos restritos, e que reflete num maior risco para as demais ISTs.

Esses dados sugerem uma concepção prevalente na população de certa invulnerabilidade às ISTs, principalmente entre homens, por não se considerar pertencente a esses grupos de risco. Isso pode estimular práticas sexuais inseguras, e explicar a elevada prevalência de HIV/IST em Roraima. De fato, aproximadamente 60% da nossa amostra acreditava que não tem risco de contrair HIV e sífilis, e quase 50%, hepatite B. Na década de 90, a ausência da cura, e a associação entre AIDS e morte, se mostraram as concepções sociais mais influentes na representação simbólica da AIDS, gerando uma resposta afetiva expressa pelo sentimento de medo irracional quanto à contaminação pelo HIV, e desencadeando operações mentais de memória, percepções, e atitudes preventivas exageradas (MENEZHIN, 1996). Uma realidade que vem sendo desconstruída nas últimas décadas. Em 2016, quase 20% dos homens em Roraima acreditava que HIV/AIDS tem cura, ressaltando a percepção de banalização da doença. Consequentemente, não ter medo de contrair HIV foi relatado em 15% dos homens em desse estudo, e foi um dos fatores de risco mais importante nesta análise, mais que dobrando a chance de positividade para IST.

Nesse mesmo contexto, discutimos a infecção pela hepatite B, que tem como a via sexual o meio de transmissão mais frequente na América Latina. Nesse estudo, encontramos uma prevalência de positividade para o teste rápido da hepatite B de 1,6%, menor que a prevalência na região Norte. Contrariando a perspectiva do Ministério da Saúde (2015), que estimava que em Roraima a prevalência de hepatite

B estaria acima da média nacional, bem como um aumento no número de casos de co- infecção com HIV entre adultos jovens (que não foi observado nesse estudo).

Em relação à Sífilis, num estudo de um grupo populacional em 2012 foi encontrada uma prevalência nacional de sífilis de 0,53% (FERREIRA FILHO,2012). Porém outros estudos brasileiros para estimar a prevalência de sífilis têm encontrado taxas distintas de acordo com o grupo estudado. Miranda *et al* em 2009 encontraram taxa de 0,4% entre parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória. Destacamos a elevada prevalência de sífilis, nesse estudo, 3,2% sendo das quatro ISTs, a mais prevalente, acompanhando uma tendência nacional do crescimento do número de casos. Somente em 2015 foi observado um aumento de 32,7% dos casos de sífilis adquirida (BRAZIL,2016) no Brasil já sendo considerado pelo Ministério da Saúde uma epidemia. Foi observado que o conhecimento e percepção sobre HIV teve uma relação direta com um aumento do risco de contrair IST, dentre elas a sífilis, com já discutido anteriormente.

Outros fatores que influenciaram na positividade de ISTs foram: escolaridade (ter menos de 7 anos de estudo), desconhecimento sobre a transmissibilidade de HIV (via sexual), não ter medo de contrair HIV/AIDS e acreditar que a doença tem cura. Confirmando dados nacionais, onde segundo dados do Boletim Epidemiológico, foi demonstrado que grande parte da população que vive com HIV/AIDS no Brasil possui baixa escolaridade. Em 2016, os casos de AIDS notificados no SINAN, segundo o nível de aprendizado adquirido, foram maiores em níveis fundamental incompleto e médio incompleto (até 11 anos de estudo), com valores de 1868 e 1620, respectivamente.

Embora não significativo estatisticamente, vale ressaltar que 15,3% dos entrevistados desconhecem que o uso de preservativos evita infecção pelo HIV e outras ISTs. Em contradição a outros estudos realizados no Brasil que mostraram que 98% da população brasileira conhecia o vírus do HIV e 95% da população sabia como prevenir a infecção em 2010 (AYRES, 2012), o presente estudo demonstra que o desconhecimento acerca do HIV e de sua forma de prevenção é o fator primordial para aumentar o risco de infecção pelo HIV e outras ISTs. Anteriormente, ANTUNES e col. Já discutiam que apenas ampliar o nível de informação sobre as

vias de transmissão e a necessidade de usar o preservativo não garantiam mudanças de práticas sexuais.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Desta forma, pode-se observar que a soroprevalência de HIV e sífilis em Roraima é elevada, acima da média nacional e que a deficiência no conhecimento e percepção equivocada acerca da infecção pelo HIV foi determinante para esta elevada prevalência. Foi observado também percepções semelhantes àquelas do início da epidemia em relação ao risco de exposição, porém uma quebra da relação da infecção por HIV e morte.

São necessárias medidas de educação continuadas em relação a infecção pelo HIV e suas consequências sejam implantadas neste segmento específico da sociedade roraimense, como desenvolvimento de aplicativos e utilização de mídias sociais que possuam uma linguagem mais próxima desses jovens, bem como informações sobre o fornecimento de preservativos, locais de testagem, profilaxia pós-exposição, dentre outras informações. Inclusão do tema infecção por HIV/IST na estratégia de Saúde da Família com grupos de apoio e depoimentos de portadores do HIV por exemplo, esclarecendo sobre a mudança na qualidade de vida após a infecção, o temor da morte e o enfrentamento do preconceito.

Estudos complementares para avaliação do comportamento sexual deste segmento poderiam contribuir para compreender de maneira mais ampla esse incremento na prevalência de HIV/IST em Roraima e na proposição de medidas educacionais de prevenção mais eficazes.

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, S. *et al*, Young people's conception of HIV/AIDS and the use of condoms in sexual intercourse. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2014; 35:39-46.
2. ALVES, R.N.; KOVACS, M.J.; STALL, R.; PAIVA, V.. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá-PR, **Rev. Saúde Pública**, 2002; 36: 32-9.
3. ANTUNES, MC; PERES CA, PAIVA V; STALL R, HEARST N, Diferenças na prevenção da AIDS entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública** [Internet]. 2002 [citado 2012 nov 16]; 36 (4 Supl):88-95. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v36n4s0/11168.pdf>.
4. AYRES, J R C M. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. 2012.
5. BERQUO, E.; BARBOSA, R.M.; LIMA, L.P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Rev. Saúde Pública**, 2008.
6. BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Boletim epidemiológico HIV/AIDS 2016, disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/boletim-epidemiologico-2016>. Brasília, 2016. 2016.
7. BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Programa Nacional de DST's/AIDS e Hepatites Virais. Sintomas da AIDS: veja quando é preciso fazer o teste [Internet]. 2011 [citado 2012 dez 2]. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/>
8. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, **Censo 2010**.
9. BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Programa Nacional de DST e AIDS. PCAP: pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira [Internet]. 2008 [citado 2012 dez 05]. Disponível em: [http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/009/40352/pcap\\_2008\\_f\\_pdf\\_13227.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/009/40352/pcap_2008_f_pdf_13227.pdf).
10. BRASIL. NC- DST/HVI/AIDS, Núcleo de controle das DST/HIV/AIDS- **Número de casos absolutos de AIDS adulto no período de 2007 a 2014, no estado de Roraima**.
11. BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: Boletim Epidemiológico - Aids

- e DST Ano V - nº 1 - 27<sup>a</sup> a 53<sup>a</sup> - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2015 Ano V - nº 1 - 01<sup>a</sup> a 26<sup>a</sup> - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2016  
[[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim\\_2016\\_1\\_pdf\\_16375.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf)].
12. BRITO, A M; CASTILHO, E A. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, 2001, Uberaba, v2, n.34, p 207-217.
  13. CAMARGO, B.V.; BOTELHO, L.I.; Aids, sexualidade atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, 2007;41(1):61-8.
  14. CRUZ, C. R. B.; SHIRASSU, M. M.; MARTINS, W.P. Comparação do perfil epidemiológico das hepatites b e c em um serviço público de São Paulo. **Arq Gastroenterol**, São Paulo, v. 46, n. 3, p.225-229, set. 2009.
  15. DE SOUZA, C.T. *et al.* Perception of vulnerability to HIV infection in a cohort of homosexual/bisexual men in Rio de Janeiro, Brasil, Oswaldo Cruz Foundation STD/HIV prevention group. **AIDS care**, 1999; 11(5):567-79.
  16. DOMINGUES, R.M.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA JUNIOR, P.R.; LEAL, M.C., Prevalence of syphilis in pregnant and prenatal testing in Brazil: birth in Brazil study. **Rev. Saúde Pública**, 2014; 48(5):766-74.
  17. DORNELAS NETO, et al. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 12, p.3853-3864, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO).  
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.17602014>.
  18. DOURADO, I. et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, Vol 18 Supl. 1, P. 63-88, Set. 2015.
  19. DOURADO, I.; VERAS, M.A.; BARREIRA, D.; DE BRITO, A.M., Tendências da epidemia de Aids no Brasil após terapia anti- retroviral. **Rev. Saúde Pública**, 2006; 40: 9-17.
  20. FERREIRA FILHO, J. B., Soroprevalência e Fatores Associados à Sífilis em População Adulta Atendida nas Unidades de Saúde no Município de Vitória-ES. 2012. 90p. Dissertação de Mestrado- Programa de Pós Graduação em doenças infecciosas, Universidade Federal do Espírito Santo, disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/4545>, acesso em abril 2017.

21. FERREIRA, M.P., Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, 2003; 19:S213-S22.
22. FERREIRA, M.P., Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS, 1998 e 2005. **Rev. De Saúde Pública**, 2008; 42:65-71.
23. GRANGEIRO, A; CASTANHEIRA E R; NEMES, M I B. The reemergence of the aids epidemic in Brazil: challenges and perspectives to tackle the disease. *Interface- Comunicação Saúde e Educação (Botucatu)* [Internet]. 2015 [acesso 2015 Abr 21]; 7-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>.
24. LAZZAROTTO A.R. *et al.* O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos, Rio grande do Sul, Brasil; **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(6):1833-40, 2008.
25. MARTINS, S. **Soroprevalência de marcadores da infecção pelo HBV e dos títulos de anti-HBs em indivíduos soropositivos para o HIV.** 2014. 110p. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Florianópolis, 2014.
26. MELO, M.A.M., *et al.* O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012, 17(1):43-53.
27. MENEGHIN, P. Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da AIDS: o espectro do desespero contemporâneo. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.3, p. 399-415, dez. 1996.
28. MIRANDA, A.E. *et al.* Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo, **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Jul-Ago 2009; 42(4): 386-91
29. MIRANDA, A.E.; FIGUEIREDO, N. C; MCFARLAND, W., SCHIMIDT, R.; PAGE, K., Predicting condom use in young women: demographics, behaviours and knowledge from a population- based sample in Brazil. **International Journal of STD & AIDS**, 2011; 22: 590-595.

30. PEREIRA, G.S., BORGES, C.I., Aids, sexualidade e atitudes de adolescents sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, 2007; 41(1): 61-8.
31. PEREIRA, G.F., *et al.* HIV Prevalence among Pregnant Women in Brazil: A National Survey. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 2016; 38(8): 391-8.
32. REIS, R.K.; GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Rev.ESc.Enferm.Usp**, 2009; 43(3):662- 9.
33. RIBEIRO,L.V. *et al.* Home- based counseling and testing for HIV and syphilis- na evaluation of acceptability and quality control, in remote Amazonas State, Brazil, **Sex. Transm, Infect.**, 2015; 91(2): 94-6.
34. RUFFINEN, C.Z., *et al.* Point-of- care screening for syphilis and HIV in the bordelands: challenges in implementation in the Brazilian Amazon, **BMC Health Serv. Res.**, 2015.
35. SEFFNER, F; PARKER, R. The waste of experience and precariousness of life: contemporary political moment of the Brazilian response to aids. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação (Botucatu)**. 2016; 20(57):293-304.
36. SILVA, L. C. *et al.* Psychosocial impact of HIV/aids diagnosis on elderly persons receiving care from a public healthcare service. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.821-833, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO).
37. TEIXEIRA, A.M., KNAUT, D.R., FACHEL, J.M., LEAL, A.F., Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad. Saúde Pública**, 2006; 22(7): 1385-96.
38. WHO.UNAIDS, How Aids changed everything — mdg6: 15 years, 15 lessons of hope from the aids response, pag. 138, julho 2015, disponível em:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/MDG6Report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf)
39. WHO.Global Health Observatory data- HIV/AIDS- 2016. Available at:  
<http://www.who.int/gho/hiv/en/>. Geneva-2016. 2016.
40. WHO. UNAIDS- Brasil. 2015. Resumo global da epidemia de Aids no Brasil. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/estatísticas/>. Brasília, 2015.2015.

## ANEXO A- Questionário HIV

**Soroprevalência de HIV e fatores relacionados ao uso de preservativo em adultos jovens de Boa Vista.**

### QUESTIONÁRIO – QHIV3I (adaptado)

Número na Pesquisa:

Por favor **não** escreva o seu nome neste questionário.

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Naturalidade (Estado):** \_\_\_\_\_

**Religião:** \_\_\_\_\_

**Bairro onde mora:** \_\_\_\_\_

**Você é o (a):** ( ) casado ( ) solteiro ( ) união estável ( ) separado ( ) divorciado ( ) namoro fixo ( ) outro

**Qual é a sua escolaridade? Quantos anos você estudou?**

( ) não estudou  
 ( ) 1 a 3 anos de estudo (ensino fundamental incompleto – antigo primeiro grau incompleto)  
 ( ) 4 a 7 anos de estudo (ensino fundamental completo ou semi-completo – antigo primeiro grau)  
 ( ) 8 a 11 anos de estudo (ensino médio completo ou incompleto – antigo segundo grau)  
 ( ) 12 ou mais anos de estudo (ensino superior completo ou incompleto – antigo terceiro grau)  
 ( ) graduação (faculdade) completa em: \_\_\_\_\_

**Juntando a renda das pessoas que moram na sua casa, qual a renda mensal da família?**

( ) até 1.000 (mil) reais ( ) entre 1.001 e 3.000 reais  
 ( ) entre 3.001 e 6.000 reais ( ) entre 6.001 e 8.000 reais  
 ( ) entre 8.001 a 10.000 reais ( ) mais de 10.000 reais

**Sua família recebe algum benefício governamental?**

( ) bolsa família ( ) crédito social  
 ( ) outro \_\_\_\_\_ ( ) não

**Marque sua opinião sobre cada frase abaixo:**

**1. O vírus HIV é transmitido pela relação sexual.**

A)  VERDADEIRO    B)  FALSO    C)  NÃO SEI

**2 A pessoa contaminada com o vírus da AIDS sempre apresenta os sintomas da doença.**

A)  VERDADEIRO    B)  FALSO    C)  NÃO SEI

**3 O vírus da AIDS é identificado através de exames de laboratório.**

A)  VERDADEIRO    B)  FALSO    C)  NÃO SEI

**4 O vírus da AIDS pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários.**

A)  VERDADEIRO    B)  FALSO    C)  NÃO SEI

**5 O vírus da AIDS pode ser transmitido por abraço, beijo no rosto, beber no mesmo copo.**

A)  VERDADEIRO    B)  FALSO    C)  NÃO SEI

**6 A AIDS é doença grave.**

A)  VERDADEIRO    B)  FALSO    C)  NÃO SEI

**7 O uso da camisinha em todas as relações sexuais impede a transmissão do vírus da AIDS.**

A)  VERDADEIRO    B)  FALSO    C)  NÃO SEI

**8 Existe uma camisinha específica para as mulheres.**

A)  VERDADEIRO    B)  FALSO    C)  NÃO SEI

**9 O uso da mesma seringa e agulha por diversas pessoas pode transmitir AIDS.**

A)  VERDADEIRO    B)  FALSO    C)  NÃO SEI

**10 A AIDS é uma doença que somente pega em homossexuais, prostitutas e viciados em drogas.**

A)  VERDADEIRO    B)  FALSO    C)  NÃO SEI

**11 As pessoas mais velhas não devem se preocupar com a AIDS, pois ela atinge apenas os jovens.**

A)  VERDADEIRO    B)  FALSO    C)  NÃO SEI

**12 A AIDS é uma doença que tem tratamento.**

A)  VERDADEIRO    B)  FALSO    C)  NÃO SEI

**13 A AIDS é uma doença que tem cura.**

A)  VERDADEIRO    B)  FALSO    C)  NÃO SEI

**14 Você conhece alguma pessoa que seja portadora do vírus da AIDS?**

A)  Sim    B)  Não

**15 Você já realizou o exame pra saber se tem AIDS?**

A)  Sim    B)  Não

**16 Você acha que tem chance de contrair HIV?**

A)  Sim    B)  Não

**17. Você tem medo de pegar AIDS?**

A) ( ) Sim      B) ( ) Não

**18. Utilizar lâminas de barbear, alicates de unha de outra pessoa pode transmitir hepatite B.**

A) ( ) VERDADEIRO      B) ( ) FALSO      C) ( ) NÃO SEI

**19. A sífilis é uma doença que transmite pelo uso compartilhado de toalhas e roupas íntimas.**

A) ( ) VERDADEIRO      B) FALSO      C) NÃO SEI

**20. O uso de camisinha em todas as relações sexuais impede a transmissão das hepatites.**

A) ( ) VERDADEIRO      B) FALSO      C) NÃO SEI

**21. Mulheres não pegam sífilis.**

A) ( ) VERDADEIRO      B) FALSO      C) NÃO SEI

**22. Existe vacina contra hepatite B (que evita contrair a doença).**

A) ( ) VERDADEIRO      B) FALSO      C) NÃO SEI

**23. A sífilis é uma doença que tem cura.**

A) ( ) VERDADEIRO      B) FALSO      C) NÃO SEI

**24. A hepatite B é uma doença que tem cura.**

A) ( ) VERDADEIRO      B) FALSO      C) NÃO SEI

**25. Você já realizou exame para saber se tem sífilis?**

A) ( ) Sim      B) ( ) Não      C) ( ) Não sei

**26. Você acha que tem chance de contrair sífilis?**

A) ( ) Sim      B) ( ) Não      C) ( ) Não sei

**27. Você já realizou o exame para saber se tem hepatite B?**

A) ( ) Sim      B) ( ) Não      C) ( ) Não sei

**28. Você acha que tem chance de contrair hepatite B?**

A) ( ) Sim      B) ( ) Não      C) ( ) Não sei

**29. A sífilis é transmitida via sexual.**

A) ( ) VERDADEIRO      B) FALSO      C) NÃO SEI

**30. A hepatite B é transmitida via sexual.**

A) ( ) VERDADEIRO      B) FALSO      C) NÃO SEI

### **RESULTADOS DOS TESTES RÁPIDOS**

( ) NÃO ACEITOU FAZER

HIV      ( ) NEGATIVO      ( ) POSITIVO      ( ) REPETIDO, POSITIVO

SÍFILIS      ( ) NEGATIVO      ( ) POSITIVO      ( ) REPETIDO, POSITIVO

HEPATITE B      ( ) NEGATIVO      ( ) POSITIVO      ( ) REPETIDO, POSITIVO

HEPATITE C      ( ) NEGATIVO      ( ) POSITIVO      ( ) REPETIDO, POSITIVO

**ANEXO B- Questionário 2****QUESTIONÁRIO – QHIV3I (adaptado)**

Número na Pesquisa:

Por favor **não** escreva o seu nome neste questionário.

**SE VOCÊ FOR SEXUALMENTE ATIVO, POR FAVOR RESPONDA ATENTAMENTE ÀS QUESTÃO. AS SUAS RESPOSTAS SERÃO MANTIDAS EM ABSOLUTO SIGILO.**

**I- Você usa camisinha?**

- A)  Sim sempre
- B)  Sim às vezes, quando transo com outra pessoa fora do meu relacionamento
- C)  Sim raramente, quando não conheço bem a pessoa
- D)  Não, nunca

**II- Durante o sexo, quando você coloca a camisinha?**

- A)  No início, antes de praticar sexo oral
- B)  No meio, antes da penetração.
- C)  No meio, antes do orgasmo (antes de gozar)
- D)  Não uso

**III- Você usou camisinha na última vez que você transou?**

- A)  Sim
- B)  Não

**IV- Você já transou com pessoas do mesmo sexo que o seu?**

- B)  Sim
- B)  Não

**V- Você faz sexo com?**

- A)  Sou casado(a) e faço sexo somente com meu (minha) namorado(o) ou esposo(a)
- B)  Sou casdo(a), e às vezes faço sexo fora do meu casamento ou namoro
- C)  Sou solteiro.

**VI – Com quantas pessoas você fez sexo no último mês?**

Escreva o número de pessoas: \_\_\_\_\_

## ANEXO C- TCLE

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Número do Participante:

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa, com o título: **“Soroprevalência de HIV e fatores relacionados ao uso de preservativo em adultos jovens de capital brasileira com elevada incidência de AIDS”**

Pesquisadores responsáveis: Helvya Rochelle Távora Minotto e Alex Jardim da Fonseca (pesquisador principal – médico e professor da UFRR).

#### **Os objetivos deste estudo são:**

1. Avaliar a o comportamento sexual de risco entre adultos jovens de Boa Vista, na forma de uso de preservativo sexual;
2. Identificar os fatores pessoais e socioeconômicos que influenciam o comportamento sexual de risco;
3. Realizar teste rápido para HIV para avaliar a magnitude da infecção em Boa Vista.

#### **Orientações:**

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a questionário que avalia dados pessoais (socioeconômicos), seu histórico recente de comportamento sexual, o seu conhecimento e percepção sobre o vírus HIV e a AIDS. Trata-se de um questionário previamente testado e validados para os devidos propósitos. Caso você aceite participar, por favor, responda ao questionário sem identificar com seu nome ou assinatura e assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e deposite suas respostas na urna lacrada.

Posteriormente você será convidado a realizar um teste sorológico chamado de teste rápido para HIV. Este teste possui uma alta acurácia (excelente capacidade diagnóstica, performance) para a detecção ou exclusão da infecção por HIV. Este teste é realizado por sangue a partir de punção na ponta do dedo (parecido com o teste que os pacientes diabéticos fazem para verificar o açúcar do sangue). Será utilizado uma lanceta (pequena agulha) estéril que faz uma punção de apenas poucos milímetros no seu dedo. Uma gota de sangue será coletada do seu dedo e colocada no KIT de teste rápido, que é de uso único e descartável. Em 20 minutos teremos o resultado, que lhe será informado e emitido um laudo. Caso o teste seja positivo, lhe será garantido o encaminhamento e agendamento de consulta no serviço de infectologia do Hospital Coronel Mota – Boa Vista- RR.

Perceba que se trata de uma pesquisa observacional, e não há intervenção, e caso sua decisão seja de não participar ou não realizar o teste, isso não levará a qualquer restrição ou constrangimento para você ou sua família.

O propósito principal da pesquisa é identificar quais são os principais fatores pessoais relacionados ao comportamento sexual de risco. O benefício da pesquisa é, portanto, gerar

conhecimento sobre o assunto de modo a permitir futuramente aprimoramentos nas políticas públicas de saúde, de modo a ter maior chance de controlar a infecção por HIV/AIDS e assim melhorar a qualidade de vida das pessoas. Do ponto de vista pessoal, é muito importante saber se você tem ou não tem a infecção por HIV. Se o seu teste for positivo, o quanto antes você iniciar o tratamento será melhor para sua saúde. Se você for negativo para HIV, esperamos que o resultado o estimule a manter sua saúde, adotando ou reafirmando comportamentos sexuais seguros. Os riscos relacionados à pesquisa são eventual desconforto no preenchimento deste questionário, e dor relacionada à punção do dedo para coleta do sangue. Todos os materiais utilizados são estéreis e descartáveis.

Os pesquisadores garantem absoluto sigilo e confidencialidade dos dados coletados e do resultado do seu teste. Os questionários não são identificados nominalmente, mas sim numerados, para aumentar o sigilo da pesquisa. Apenas este termo de consentimento deve ser obrigatoriamente identificado com seu nome.

**Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:**

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. Procurar esclarecimentos com a médica Helvya Rochelle Távora Minotto, no endereço comercial Av. Capitão Ene Garcez nº 2413, Bairro Aeroporto, Boa Vista, Roraima, Bloco I (Bloco da Medicina da UFRR, Secretaria do Curso de Medicina). Contato: (95) 3621-3146. Email: [sigilo.coreme@hotmail.com.br](mailto:sigilo.coreme@hotmail.com.br), em caso de dúvida ou notificações de acontecimentos não previstos.

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, declaro estar ciente do anteriormente exposto, e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, e ficando com a posse de uma delas.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura do participante da Pesquisa

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que forneci todas as informações referentes a pesquisa do participante, de forma apropriada e voluntária.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura do Pesquisador

Pesquisadora Principal: Helvya Rochelle Távora Minotto

Endereço: Rua Roberto Costa, 78, Aparecida, Boa Vista, Roraima, Brasil

Contato: (95) 981171248 Email: rochelle\_tavora@hotmail.com