



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO E DOUTORADO**

**GISELLE MARY IBIAPINA BRITO**

**PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HIV EM PESSOAS QUE VIVEM EM  
SITUAÇÃO DE RUA**

**TERESINA - PI**

**2019**

**GISELLE MARY IBIAPINA BRITO**

**PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HIV EM PESSOAS QUE VIVEM EM  
SITUAÇÃO DE RUA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Piauí, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de Concentração:** A Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

**Linha de Pesquisa:** Políticas e Práticas Socioeducativas de Enfermagem

**Orientador (a):** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Rosilane de Lima Brito Magalhães

**TERESINA - PI**

**2019**

Brito, Giselle Mary Ibiapina.  
B862p Prevalência da infecção pelo HIV em pessoas que vivem em situação de rua / Giselle Mary Ibiapina Brito. -- Teresina, 2019.

98 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019 .

“Orientação: Profª Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães.”

Bibliografia

1. Prevalência. 2. HIV. 3. Pessoas em Situação de Rua. 4. Infecção. 5. Fatores de Risco. I. Título.

CDD 616.979 2

GISELLE MARY IBIAPINA BRITO

**PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HIV EM PESSOAS QUE VIVEM EM  
SITUAÇÃO DE RUA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Piauí, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosilane de Lima Brito Magalhães – Presidente**  
Universidade Federal do Piauí

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sheila Araújo Teles – 1<sup>a</sup> Examinadora**  
Universidade Federal de Goiás

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle – 2<sup>a</sup> Examinadora**  
Universidade Federal do Piauí

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Eliete Batista Moura – Suplente**  
Universidade Federal do Piauí

## *DEDICATÓRIA*

*Ao meu Deus, que é a minha sustentação, “Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos”  
(Provérbios 16:3).*

*A minha avó Geralda (in memoriam), por tudo que sou e conquistei até hoje.*

*A minha mãe, Gilda, por ser a minha inspiração, exemplo de vida, que sempre me motivou em tudo, sempre esteve ao meu lado, e que sempre abraçou os meus sonhos, e que não poupou esforços na minha formação.*

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência, agradeço por todas as bênçãos recebidas. Agradeço por me mostrar que sou protegida, guiada e iluminada pela sua presença divina no mais íntimo do meu ser. Obrigada, Deus, por me ouvir, abençoar, guardar e cuidar.*

*A minha avó Geralda (in memoriam), pela educação, pelos meus valores, por ser o meu exemplo de vida, que está ao lado do Pai me protegendo.*

*A minha mãe pela dedicação, amor incondicional, ensinamentos, sacrifício, pela garra, pelo amor, por abraçar os meus sonhos, por ser a minha força diária, por ser a minha fortaleza, por conseguir me passar segurança e tranquilidade até nos piores momentos. Tudo que sou e tenho, devo eternamente a você, mãe, a quem dedico minha eterna gratidão. Que foi a base de sustentação e incentivo em cada passo nessa caminhada para concretização desse sonho. Te amo.*

*As minhas irmãs Gabriela e Giovanna pelo apoio incondicional e a amizade mais pura e estimável. E juntamente com o Marcos, ajudando na construção desse sonho.*

*Aos meus Tios Patrício e Elda, por terem acreditado em mim e me acolhido de braços abertos, pelas palavras de apoio, incentivo, pelo entusiasmo e pela confiança, juntamente com seus filhos em especial a Nici, que fez os meus dias corridos serem mais descontraídos.*

*Ao meu namorado, Antônio Neto, por todo amor, companheirismo, carinho, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. E a toda a sua família, pelo enorme carinho.*

*Aos meus amigos e familiares, àqueles que ajudaram a construir e apoiaram a minha caminhada, obrigada pelo grande carinho e confiança em mim depositada e pelas palavras de apoio e incentivo sempre.*

*A minha querida orientadora, Professora Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães, pelos ensinamentos, orientações, paciência, incentivo e confiança, que foram fundamentais para a conclusão dessa dissertação. Sou eternamente grata por todo o apoio e amizade.*

*À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sheila Araújo Teles, que tão gentilmente aceitou participar e colaborar com esta dissertação. Obrigada pela disponibilidade e pelas ricas contribuições neste estudo.*

*À Prof.<sup>a</sup> Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Eliete Batista Moura, agradeço por aceitarem participar da minha banca e pelas importantíssimas contribuições a este estudo.*

*À Universidade Federal do Piauí, pelas oportunidades e por possibilitar minha formação profissional, juntamente com todos os docentes do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI, pelo conhecimento transmitido de forma tão rica. Vocês foram fundamentais e decisivos na minha formação como Enfermeira e, a partir de agora, Mestra em Enfermagem.*

*Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, especialmente à Ruth, à Lucinete e ao Leonardo, pela disponibilidade, simpatia e gentileza. Obrigada pela ajuda!*

*Aos meus amigos da turma do mestrado, pelo compartilhamento de conhecimento, pelos momentos divididos juntos, especialmente à Vanessa, Priscila e Nadyelle, que se tornaram verdadeiras amigas e*

tornaram mais leve o meu trabalho. Obrigada por dividirem comigo as angústias e alegrias. Foi bom poder contar com vocês!

Ao meu amigo de trajetória acadêmica e de mestrado, **Matheus Marques**, pela parceria diária, por ter feito os dias árduos ficarem mais leves.

Aos colegas do **Grupo de Estudo Doenças Infecciosas e outros Agravos (GEDA)**, que se tornaram uma família para mim, composto pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosilane de Lima Brito Magalhães, e por alunos de graduação e pós-graduação extremamente comprometidos com a pesquisa e extensão. Obrigada pelo acolhimento, companheirismo, compartilhamento de conhecimento e realização da coleta de dados, aprendi muito com todos vocês.

A realização de um projeto de pesquisa como este só foi possível com o apoio de vários colaboradores como a **Fundação Municipal de Saúde de Teresina, Laboratório Raul Barcelar e Lacen - PI**, devido à parceria, aprovação e apoio, que foram essenciais para a finalização deste projeto. À **CAPES**, pela bolsa de mestrado que auxiliou e foi de fundamental importância para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao **Centro de Referência à População em Situação de Rua de Teresina-PI** pelo acolhimento com o nosso grupo de estudos, pela parceria, pelo apoio e pela dedicação dos funcionários, a prestação de atendimento e assistência à população em situação de rua.

À **população em situação de rua**, pela disponibilidade e pela concessão de informações valiosas que tornaram possível a concretização deste estudo. A todos vocês meus sinceros agradecimentos! E a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram comigo na conclusão do mestrado.



BRITO, G. M. I. **PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HIV EM PESSOAS QUE VIVEM EM SITUAÇÃO DE RUA.** 2019. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019.

## RESUMO

**Introdução:** A população em situação de rua encontra-se mais vulnerável a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), quando comparado com pessoas da população geral, considerando elevadas prevalências do HIV, uso de substâncias psicoativas como maconha, crack e álcool, e elevados comportamentos de risco. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo estimar a prevalência da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em pessoas que vivem em situação de rua, em Teresina-Piauí. **Método:** Trata-se de um estudo transversal realizado no Centro de Referência para a população em situação de rua (Centro Pop). Os dados foram coletados no período de setembro de 2017 a setembro de 2018, por meio de um formulário estruturado, validado quanto à forma e ao conteúdo. Foi realizado o aconselhamento pré-teste e, em seguida, teste rápido para detecção de anticorpos anti- HIV. Os casos reagentes foram encaminhados, para o Serviço de Assistência Especializado. Os dados foram digitados no *Microsoft Office Excel for Windows 2013* e exportados para o *Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.00. As diferenças entre proporções foram verificadas mediante aplicações dos testes Qui-quadrado de Pearson com correção e nível de significância 5% ( $<0,05$ ). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí. **Resultados:** Participaram do estudo 204 pessoas em situação de rua, e foi detectado 8 casos de HIV. Verificou-se o predomínio do sexo masculino (87,3%), com idade que variou de 20 a 70 anos, com média de 37,01 anos, 24,5% estão em situação de rua entre 1 a 5 anos, 89,7% declararam ser heterossexuais, 68,1 % tiveram a primeira relação sexual entre 13 a 18 anos. Em relação ao consumo de drogas, 64,7% já consumiram Crack e 33,3% ainda usam, 62,7% já fizeram o uso da cocaína, e 16,7% ainda a utilizam. **Conclusão:** Uma prevalência de 3,9% para o HIV foi considerada elevada quando comparada com outras populações. Foi verificado comportamentos de risco como consumo elevado de álcool e outras drogas, baixa frequência do uso do preservativo, aumento do número de parceiros sexuais.

**Descritores:** Prevalência. HIV. Pessoas em Situação de Rua. Infecção. Fatores de Risco.

**BRITO, G. M. I. PREVALENCE OF HIV INFECTION IN PERSONS LIVING IN STREET SITUATION.** 2019. 98f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Post-Graduation Program of the Federal University of Piauí, Teresina, 2019.

### **ABSTRACT**

**Introduction:** The street population is more vulnerable to human immunodeficiency virus (HIV) infection when compared to people in the general population, considering high prevalence of HIV, use of psychoactive substances such as marijuana, crack and alcohol, and risk behaviors. **Objective:** This study aims to estimate the prevalence of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection in people living in a street situation in Teresina-Piauí. **Method:** This is a cross-sectional study carried out at the Reference Center for the street population (Pop Center). The data were collected from September 2017 to September 2018, using a structured form validated in form and content. Pre-test counseling and then rapid test for anti-HIV antibodies were performed. Reacting cases were referred to the Specialized Assistance Service. The data was entered in Microsoft Office Excel for Windows 2013 and exported to the Statistical Package for Social Sciences Program (SPSS) version 20.00. The differences between proportions were verified using Pearson's Chi-square test with correction and significance level 5% (<0.05). The study was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the Federal University of Piauí. **Results:** 204 people in the street participated in the study, and 8 cases of HIV were detected. The prevalence of males (87.3%), with ages ranging from 20 to 70 years, with a mean of 37.01 years, was found in 24.5% of the population, ranging from 1 to 5 years old, 89, 7% declared to be heterosexual, 68.1% had the first sexual intercourse between 13 and 18 years. Regarding drug use, 64.7% have already used Crack and 33.3% still use it, 62.7% have already used cocaine, and 16.7% still use it. **Conclusion:** A prevalence of 3.9% for HIV was considered high when compared with other populations. Risk behaviors such as high consumption of alcohol and other drugs, low frequency of condom use, increased number of sexual partners.

**Keywords:** Prevalence. HIV. Homeless Persons. Infection. Risk factors.

**BRITO, G. M. I. PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN PERSONAS QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE RUA.** 2019. 98f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado de la Universidad Federal de Piauí, Teresina, 2019.

## **RESUMEN**

**Introducción:** La población en situación de calle se encuentra más vulnerable a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), en comparación con las personas de la población general, considerando altas prevalencias del VIH, uso de sustancias psicoactivas como marihuana, crack y alcohol, y altos comportamientos de riesgo. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo estimar la prevalencia de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en personas que viven en situación de calle, en Teresina-Piauí. **Método:** Se trata de un estudio transversal realizado en el Centro de Referencia para la población en situación de calle (Centro Pop). Los datos fueron recolectados en el período de septiembre de 2017 a septiembre de 2018, por medio de un formulario estructurado, validado en cuanto a la forma y el contenido. Se realizó el asesoramiento previo a la prueba y, a continuación, la prueba rápida para la detección de anticuerpos anti-VIH. Los casos reactivos fueron enviados al Servicio de Asistencia Especializada. Los datos se escribieron en Microsoft Office Excel para Windows 2013 y se exportaron al Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.00. Las diferencias entre proporciones fueron verificadas mediante aplicaciones de las pruebas Chi-cuadrado de Pearson con corrección y nivel de significancia 5% ( $<0,05$ ). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad Federal de Piauí. **Resultados:** Participaron del estudio 204 personas en situación de calle, y se detectaron 8 casos de VIH. Se verificó el predominio del sexo masculino (87,3%), con edad que varía de 20 a 70 años, con promedio de 37,01 años, el 24,5% está en situación de calle entre 1 a 5 años, 89, El 7% declaró ser heterosexuales, el 68,1% tuvo la primera relación sexual entre 13 a 18 años. En cuanto al consumo de drogas, el 64,7% ya consumió Crack y el 33,3% aún usan, el 62,7% ya hizo el uso de la cocaína, y el 16,7% todavía la utilizan. **Conclusión:** Una prevalencia del 3,9% para el VIH fue considerada elevada en comparación con otras poblaciones. Se ha comprobado un comportamiento de riesgo como el consumo de alcohol y otras drogas, la baja frecuencia del uso del preservativo, el aumento del número de parejas sexuales.

**Descriptor:** Prevalencia. VIH. Personas sin Hogar . La infección. Factores de riesgo.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Índice mundial de contaminação pelo HIV da UNAIDS, 2017.....	32
<b>Quadro 1.</b> Antirretrovirais e Posologia.....	38
<b>Quadro 2.</b> Descrição das variáveis independentes.....	44

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Características sociodemográficas de pessoas que vivem em situação de rua. (n=204) Teresina-PI, 2017 a 2018.....	50
<b>Tabela 2.</b> Características comportamentais sexuais de pessoas que vivem em situação de rua. (n=204) Teresina-PI, 2017 a 2018.....	52
<b>Tabela 3:</b> Características comportamentais do uso de álcool e outras drogas de pessoas que vivem em situação de rua. (n=204) Teresina-PI, 2017 a 2018.....	54
<b>Tabela 4:</b> Outras características do HIV de pessoas que vivem em situação de rua. (n=204) Teresina-PI, 2017 a 2018.....	56
<b>Tabela 5.</b> Prevalência da infecção pelo HIV de pessoas que vivem em situação de rua. (n=204) Teresina-PI, 2017 a 2018.....	56
<b>Tabela 6.</b> Diferenças entre as proporções associadas ao HIV em pessoas que vivem em situação de rua (n=204) Teresina-PI, 2017 a 2018.....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AIDS</b>	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>ARV</b>	Antirretroviral
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention / Centros de Controle e Prevenção de Doenças
<b>CENTRO POP</b>	Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CV-HIV</b>	Carga viral – HIV
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>HIV</b>	<i>Human immunodeficiency vírus</i> / Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HSB</b>	Homens que fazem Sexo com Homens
<b>IC 95%</b>	Intervalo de Confiança de 95%
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>IST</b>	Infecções sexualmente transmissíveis
<b>LACEN-PI</b>	Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí.
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PEP</b>	Profilaxia Pós-exposição ao HIV
<b>PI</b>	Piauí
<b>PrEP</b>	Profilaxia Pré-exposição
<b>PVHA</b>	Pessoa vivendo com HIV/AIDS
<b>RT</b>	<i>Reverse Transcriptase</i> / Transcriptase Reversa
<b>SAE</b>	Serviço de Assistência Especializada
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SEMTCAS</b>	Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania e de Assistência Social
<b>SESAPI</b>	Secretaria Estadual da Saúde do Piauí
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TARV</b>	Terapia Antirretroviral
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>T-CD4+</b>	Linfócitos T auxiliar CD4
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UDI</b>	Usuários de drogas injetáveis
<b>UFPI</b>	Universidade Federal do Piauí
<b>UNAIDS</b>	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
<b>WHO</b>	World Health Organization / Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
1.1 Contextualização do problema .....	18
1.2 Justificativa .....	20
1.3 Questões norteadoras .....	21
1.4 Objeto do Estudo .....	21
1.5 Objetivos do estudo .....	21
1.5.1 Objetivo geral.....	21
1.5.2 Objetivos Específicos.....	22
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>23</b>
2.1 Políticas de Saúde para as pessoas que vivem em situação de rua .....	23
2.1.1 Magnitude do HIV em pessoas que vivem em situação de rua no Brasil e no mundo.....	26
2.2 Aspectos epidemiológicos do HIV .....	30
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>42</b>
3.1 Delineamento do Estudo .....	42
3.2 Local do Estudo .....	42
3.3 População e Amostra.....	43
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão .....	43
3.5 Recrutamento.....	43
3.6 Instrumento de Coleta de Dados .....	44
3.7 Variáveis do estudo.....	44
3.8 Seleção e treinamento da equipe de coleta de dados .....	45
3.9 Estudo Piloto .....	46
3.10 Procedimentos de coleta de dados.....	46
3.10.1 Coleta de dados e aconselhamento pré-teste .....	46
3.10.2 Testagem rápida .....	47
3.10.3 Coleta de sangue periférica.....	48
3.10.4 Entrega dos resultados dos testes rápidos e aconselhamento pós-teste .....	48
3.11 Organização e Análise dos Dados .....	49
3.12 Aspectos Éticos e Legais.....	49
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>50</b>

<b>4.1 Características sociodemográficas das pessoas em situação de rua .....</b>	<b>50</b>
<b>4.2 Características comportamentais de pessoas em situação de rua .....</b>	<b>52</b>
<b>4.2.1 Características comportamentais sexuais de pessoas em situação de rua.....</b>	<b>52</b>
<b>4.2.2. Características comportamentais do uso de álcool e outras drogas de pessoas em situação de rua .....</b>	<b>54</b>
<b>4.3 Outras características para a infecção do HIV de pessoas que vivem em situação de rua.....</b>	<b>56</b>
<b>4.4 Prevalência da infecção pelo HIV e variáveis associadas .....</b>	<b>56</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>69</b>
<b>LIMITAÇÕES .....</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICE D .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE F.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO D.....</b>	<b>96</b>



# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização do problema

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) causa o comprometimento do sistema imunológico das pessoas infectadas, sendo responsável pelo desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), representando um grande desafio e motivo de preocupação para a saúde pública mundial (WHO, 2017). Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV (UNAIDS), em 2017, 36,9 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com HIV, houve 1,8 milhões de novas infecções e menos de um milhão de pessoas morreram por causas relacionadas à Aids (UNAIDS, 2018).

Em 2017, 38.739 pessoas receberam um diagnóstico de HIV nos Estados Unidos da América (EUA) e áreas dependentes (CDC, 2018). Nas regiões da América Latina e Caribe na população geral tem sido descartado o aspecto de epidemia do tipo concentrada, com prevalência do HIV variando de 0,2-0,7% na América Latina e de 0,1-3% no Caribe (BONI; VELOSO; GRINSZTENJ, 2014).

No Brasil, de acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids do Ministério da Saúde, em 2017 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 16.371 casos de infecção pelo HIV na população geral, sendo que desses, 11.874 são do sexo masculino. A faixa etária que teve maior número de novas infecções foi entre 20 a 24 anos com 2.600 casos. No Estado do Piauí (PI), de 2007 a 2017, foram notificados 870 casos de HIV na população geral, sendo que no ano de 2017 foram registradas 119 novas infecções. Em relação à mortalidade, no ano de 2016, foram notificados 137 óbitos por Aids no Estado (BRASIL, 2017).

Em países onde a epidemia do HIV é do tipo concentrada, prevalências mais elevadas têm sido detectadas em populações de maior vulnerabilidade, como usuários de drogas, mulheres profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens (HSH). No âmbito nacional, no período de 2009 a 2013, a taxa de prevalência do HIV foi de 5,9% em usuários de drogas, 4,9% em profissionais do sexo e em HSH variou de 5,2 a 23,7% (BRASIL, 2012; KERR *et al.*, 2013).

A população de moradores de rua é composta por pessoas em elevada vulnerabilidade individual, social e programática. Muitos são usuários de drogas, profissionais do sexo e homossexuais. O que os tornam uma população em risco elevado para aquisição e transmissão do HIV.

Na Grécia, um estudo estimou em 19,8% a prevalência para HIV em usuários de drogas injetáveis e probabilidade de infecção foi 2,3 vezes mais alta em pessoas sem-teto que injetam drogas (SYPSA *et al.*, 2015). Outros estudos internacionais retratam a prevalência do HIV nessa população. Na Colômbia, a prevalência foi de 8,2% de 184 adultos que vivem em situação de rua (BERBESI *et al.*, 2015). Nos EUA, 1,5%, Ucrânia, 7% e Irã, 3,4% (NOSKA *et al.*, 2017; HILLIS *et al.*, 2012; AMIRI *et al.*, 2014). Na Espanha, um estudo realizado com pessoas em situação de rua, encontrou uma prevalência do HIV de 7,2%, e ainda evidenciou que os fatores que mais contribuem para o aumento do risco a essa infecção eram o uso abusivo de substâncias como álcool e outras drogas, bem como o compartilhamento ou a prática de reutilizar agulhas, contato sexual entre homens e práticas sexuais desprotegidas (CALVO, GIRALT, TURRÓ, 2016).

Os principais fatores para o maior impacto da epidemia nesses grupos estão relacionados ao contexto social e institucional, sobretudo à não adoção de práticas mais seguras nas relações sexuais e ao uso de drogas, discriminação, desigualdades sociais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Sobre pessoas que vivem em situação de rua, trata-se de um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular (BRASIL, 2009).

Estudo de Grangeiro e colaboradores mostrou que problemas familiares, preconceito e a falta de acesso às condições mínimas e necessárias de sobrevivência contribuíram para a situação de morar na rua,-(GRANGEIRO *et al.*, 2012).

Dessa maneira, um estudo de Rhoades *et al.* (2011), mostrou que as pessoas com experiência de falta de moradia se envolvem mais frequentemente em práticas sexuais inseguras, incluindo maior número de parcerias e uso inconsistente de preservativo. Por sua vez, o uso de substâncias psicoativas como maconha, *crack* e álcool, é altamente prevalente nessa população e está associado a grupos sociais com elevados comportamentos de risco.

No Brasil, um estudo realizado por Grangeiro *et al.* (2012), na cidade de São Paulo, analisou a prevalência e o perfil de vulnerabilidade ao HIV de moradores de rua e encontrou predominância do sexo masculino (85,6%), média de 40,9 anos, ter cursado o Ensino Fundamental (72,0%), cor não branca (71,5%) e a prevalência do HIV foi de 4,9%.

Nessa perspectiva, observando a magnitude do HIV/Aids mundialmente, principalmente em populações de maior vulnerabilidade, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu para 2020 a meta 90-90-90, que consiste em ter 90% das pessoas com HIV diagnosticadas; deste grupo, 90% seguindo o tratamento; e, dentre as pessoas tratadas, 90%

com carga viral indetectável. A meta mundial prevê novas infecções limitadas a 500 mil ao ano e zero discriminação (REYES, 2016).

Percebe-se que existe uma necessidade de ampliar os cuidados referentes à infecção do HIV/Aids em todos os contextos, principalmente para o público mais vulnerável. Deve-se considerar que a epidemia afeta a população de forma geral, sem distinção, sendo necessárias políticas públicas efetivas, comunicação e um amplo conhecimento para transmitir conceitos adequados e atingir todos os perfis, visando a prevenção do HIV e a diminuição de agravos. Diante disso, o estudo tem como objetivo a prevalência da infecção do HIV/Aids em pessoas que vivem em situações de rua, em Teresina-PI.

## **1.2 Justificativa**

O número de pessoas que vivem em situação de rua é crescente. No Brasil, há uma estimativa de 101.854 pessoas em situação de rua, sendo 22.864 na região nordeste (NATALINO, 2016). A população em situação de rua deve ser compreendida em suas múltiplas determinações que conduzem a essas circunstâncias, incluindo, fatores estruturais, como ausência de moradia e inexistência de trabalho e renda, relacionados à ruptura de vínculos familiares e infortúnios pessoais, como perda dos bens, dificuldade em superar um vício e falta de acesso às condições mínimas e necessárias de sobrevivência digna. Todos esses fatores podem levar tais indivíduos à situação de rua e, sobretudo, à falta de autoestima (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a permanência na rua associada ao uso de drogas e aos diversos tipos de violência vivenciada por pessoas que vivem em situação de rua torna-as mais vulneráveis a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Além disso, a falta de conhecimento para adoção de medidas preventivas e de autocuidado podem comprometer a saúde dessa população. Diante disso, a inclusão social dessa população nos projetos sociais e acesso ao serviço de saúde da rede de atenção básica faz-se necessário para que possa ampliar oportunidades de detecção precoce de infecções, orientações sobre medidas de prevenção e tratamento adequado.

Nesse cenário, viver em situação de rua representa um risco considerável aos diversos agravos, incluindo o HIV. Um estudo realizado em São Francisco - EUA evidenciou que pessoas que vivem em situação de rua estão mais expostas ao HIV quando comparadas a pessoas que possuem moradia estável (KHANJOW *et al.*, 2015). Corroborando com isso, segundo Garcia (2013), a vida nas ruas representa um contexto entre discriminação e violência,

que em associação constante, contribuem para o desenvolvimento da fragilidade ao HIV e ao mesmo tempo prejudicam a procura aos serviços de saúde e acesso à medicação antirretroviral.

Diante dessa problemática e considerando a magnitude do HIV no mundo, com prevalências mais elevadas em populações de maior vulnerabilidade, e o fato de que, no Piauí, não há registros sobre a prevalência do HIV nessa população, justifica-se esse estudo.

Dessa forma, avaliar a prevalência do HIV em populações de difícil acesso, como a de pessoas que vivem em situação de rua, torna-se relevante pela visibilidade da problemática em nível local, possibilidades de tratamento e redução de danos e transmissibilidade. Portanto, acredita-se que o presente estudo contribuirá, para detecção, precoce ou não, do HIV e possibilidade de acesso e tratamento.

### **1.3 Questões norteadoras**

Com base na temática, elencaram-se os seguintes questionamentos: quais as características sociodemográficas e comportamentais de pessoas que vivem em situação de rua em Teresina-PI? Qual a prevalência de HIV em pessoas que vivem em situações de rua em Teresina-PI?

### **1.4 Objeto do Estudo**

Prevalência da infecção do HIV/Aids em pessoas que vivem em situações de rua em Teresina-Piauí.

### **1.5 Objetivos do estudo**

#### **1.5.1 Objetivo geral**

Estimar a prevalência da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em pessoas que vivem em situação de rua, em Teresina, Piauí.

### **1.5.2 Objetivos Específicos**

Identificar as características sociodemográficas e comportamentais dessa população.

Estimar a prevalência do HIV em pessoas que vivem em situação de rua.

Verificar as diferenças entre as proporções associadas ao HIV em pessoas que vivem em situação de rua.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Políticas de Saúde para as pessoas que vivem em situação de rua**

Estima-se que mais de 400 mil pessoas estão desabrigadas na União Europeia e mais de 600 mil estão desabrigadas nos EUA. Em relação às causas da falta de moradia, trata-se de uma interação entre fatores individuais incluindo pobreza, problemas familiares, saúde mental, problemas de abuso de substâncias e o fato de a disponibilidade de habitações de baixo custo ser considerada o determinante estrutural mais importante para os sem-teto (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014).

No Brasil, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), sobre a Discussão Estimativa da População em Situação de Rua, no ano de 2015, o País tinha 101.854 pessoas em situação de rua (NATALINO, 2016). Na cidade de São Paulo, registraram-se 15.905 pessoas nessa condição, desse total, 8.570 (53,9%) encontravam-se nos serviços de atendimento a essa população e 7.335 (46,1%) foram recenseadas nas ruas e demais espaços públicos da cidade (BRASIL, 2015).

Essa população ganhou mais visibilidade com a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua e do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, por meio do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que considerou pessoas que vivem em situação de rua como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Assim, esse grupo populacional caracteriza-se pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e de áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como das unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, ressalta-se que na área da saúde foram alcançadas algumas conquistas, como a publicação do Plano Operativo de Saúde para a População em Situação de Rua e a implantação do Programa Consultório na Rua (BRASIL, 2014). O Consultório na Rua, que se constitui como um promissor e desafiante instrumento de trabalho em saúde, diariamente encontra mecanismos para superar as enrijecidas estruturas da saúde e de outras políticas sociais brasileiras, para que todos, sem exclusão, sejam acolhidos e possam usufruir daquilo que é de todos (ABREU; OLIVEIRA, 2017).

A equipe do Consultório na Rua, criada em 2011, para atuar com populações vulneráveis com territórios dinâmicos, foi potente em promover acesso, construir vínculo, prover um cuidado integral na perspectiva da redução de danos e da clínica ampliada. Engloba o atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares, tratamento de IST's (HIV/Aids), tratamento de doenças de pele, problemas ortopédicos, diabetes, hipertensão, além da saúde mental. No entanto, acredita-se que essa iniciativa ainda conta com grandes desafios para a efetividade da atenção, como a formação e a composição multiprofissional, o suporte logístico para a abordagem na rua, o apoio institucional e de especialistas e a fragilidade das Redes de Atenção à Saúde (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; SANTANA, 2014).

Ressalta-se que a população em situação de rua tem sido localizada com maior frequência em regiões centrais das metrópoles, uma vez que essas áreas parecem oferecer mais possibilidades de viabilizar seu “modo de andar a vida”: grande concentração de serviços, baixa concentração de residências e alta circulação de pessoas, fatores que contribuem para sua localização territorial (PAIVA *et al.*, 2016).

Estudo realizado em um estado do nordeste brasileiro, com pessoas em situação de rua mostrou que existe um leque de problemas de saúde que afetam essa população, como abuso de substâncias psicoativas, HIV/Aids, transtornos mentais/psiquiátricos, problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais, principalmente relacionados às más condições diárias de cuidado pessoal (AGUIAR; IRIART, 2012).

No entanto, quando a questão é promoção e prevenção da saúde, Barata *et al.* (2015), evidenciou em seu estudo, que dentre os moradores de rua que tiveram problemas de saúde, mas não procuraram atendimento, 43% consideraram desnecessário e 22% recorreram à automedicação. Apenas 5% mencionaram falta de dinheiro e 8% alegaram que o atendimento seria demorado. Isso demonstra que esse público procura menos os serviços de saúde o que pode levar ao desenvolvimento de doenças ou outras complicações que podem ser evitadas precocemente.

Em Minas Gerais, um estudo realizado com mulheres que vivem em situação de rua mostrou que ao trazer à tona suas vivências na situação de rua, as mulheres revelam as condições adversas que enfrentam em seu cotidiano, marcado por riscos e vulnerabilidades, que se expressam cotidianamente na situação biográfica em que se encontram. As participantes apontaram a falta de infraestrutura na rua para atender às suas necessidades básicas, com destaque para as relacionadas ao universo feminino (BISCOTTO *et al.*, 2016).

Assim, pessoas desabrigadas têm taxas mais altas de mortalidade prematura em relação ao restante da população, especialmente de lesões suicidas e não intencionais, além de um

aumento da prevalência de uma série de doenças infecciosas, transtornos mentais e abuso de substâncias. Altas taxas de doenças não transmissíveis também foram descritas com evidências de envelhecimento acelerado. Embora o envolvimento com os serviços de saúde e a adesão aos tratamentos seja frequentemente comprometido, as pessoas em situação de rua costumam frequentar o departamento de emergência mais frequentemente do que as pessoas com abrigo (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014).

Um estudo múltiplo sobre a população em situação de rua de Portugal, dos EUA e do Brasil mostrou que possuem 5.000; 610.042 e 50.000 moradores de rua, respectivamente. Identificou também que o sistema de saúde norte-americano apresentou propostas de assistência para essa população com maior integração à atenção primária, quando comparado à iniciativa portuguesa, que está inserida em um sistema orientado pelo modelo primário. (BORYSOW; CONILL; FURTADO, 2017).

Pessoas sem abrigo, geralmente, têm acesso limitado a cuidados de saúde e não são usuários frequentes de serviços preventivos. As disparidades de saúde entre as pessoas sem-teto e estavelmente alojados têm sido bem documentadas. Falta de utilização de cuidados e aumento da prevalência de condições crônicas de saúde foram mostrados para resultar em estados de doenças avançadas, devido à apresentação tardia para os cuidados. Pessoas com instabilidade habitacional que também têm doenças a longo prazo, tais como o HIV, têm maior risco de resultados negativos de saúde em comparação com pessoas alojadas de forma estável com as mesmas condições de saúde (PARKER; DYKEMA, 2014).

Nesse contexto, Aguiar e Iriart (2012), mostraram que existe uma dificuldade de acesso dessa população aos serviços de assistência à saúde, mencionando o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e os postos de saúde, por conta da discriminação e do preconceito, uma vez que só buscam o serviço em caso de situações graves e urgentes.

Com base no exposto, pessoas que vivem em situação de rua não têm buscado o serviço ambulatorial de saúde por uma demanda espontânea e, dessa forma, tal serviço não corresponde ao modelo preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, que tem como princípio a universalidade, garantindo a todo cidadão o direito ao acesso aos serviços de saúde em condições de igualdade conforme as suas necessidades. Ressalta-se que a saúde é um direito de todos e cabe ao Estado assegurá-lo. Nesse sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais (SILVEIRA; STANKE, 2008).

Mesmo diante da implementação de Políticas de saúde para essa população, a saúde das pessoas que vivem em situação de rua ainda é motivo de preocupação, considerando a falta de



acesso ao serviço de saúde, uso de drogas e os diversos tipos de violência vivenciada por pessoas que vivem em situação de rua, além da possibilidade de ampliar a vulnerabilidade ao HIV.

Grangeiro *et al.* (2012), informam que há pouco conhecimento para adoção de medidas preventivas e de autocuidado, e essas questões podem comprometer a saúde dessa população. Um estudo revelou que na maioria das vezes, o uso de álcool e crack estão presentes na vida de pessoas que vivem em situações de rua. E isso poderá ser um fator negativo para o uso do preservativo, que é a medida mais eficaz na prevenção das IST.

### **2.1.1 Magnitude do HIV em pessoas que vivem em situação de rua no Brasil e no mundo**

Estudos internacionais e nacionais abordam diversos aspectos sobre as pessoas em situação de rua e a vulnerabilidade à infecção pelo HIV por questões comportamentais e/ ou sociais que os expõem frequentemente ao vírus, o que são consideradas práticas de risco ao HIV. De acordo com Patel *et al.* (2014), o risco estimado de transmissão do HIV por ação foi maior para transfusão de sangue, seguido de exposição vertical, exposições sexuais e outras exposições parenterais (compartilhamento de seringas ou perfurações por agulhas). Os riscos de exposição sexual variaram de baixo para sexo oral a 138 infecções por 10 000 exposições para relações sexuais anais receptivas.

Nessa perspectiva, uma pesquisa realizada pelo Departamento de Habitação e Desenvolvimento Urbano dos EUA, em 2017, revelou que 20% da população de pessoas sem residência afirmou ter uma doença mental grave, 16% faz uso abusivo de substâncias psicoativas e álcool e mais de 10 mil pessoas em situação de rua tiveram sorologia positiva para HIV/Aids (HUD, 2017).

Assim, em uma pesquisa realizada com uma amostra total de 244 pessoas em situação de rua, 192 (78,69%) eram homens, 51 eram mulheres (20,90%) e uma era transgênera (0,41%). As mulheres eram significativamente mais jovens que os homens, com idade média de 41,99 anos, em comparação com 47,24 anos nos homens. A prevalência do HIV foi de 6,56% (n 16), e as comparações baseadas no estado do HIV não encontraram diferenças significativas entre gênero e idade. No entanto, entre pessoas infectadas pelo HIV, 93,75% (n=15) identificados como pretos americanos e 6,25% (n=1) designados " Outro " como a categoria racial apropriada. Além disso, 93,75% das pessoas infectadas pelo HIV foram identificadas como heterossexuais,

e 6,25% pessoas se recusaram a auto identificar orientação sexual (PARKER; DYKEMA, 2014).

Um estudo realizado em Tehran, no Iran, com 593 participantes, mostrou uma prevalência de 3,4% sendo a maioria homens (86,5%), mediana de idade de 41 anos, 64% dos participantes tinham um nível de escolaridade inferior ao Ensino Médio e 11,8% eram analfabetas, observou também que o HIV, o uso de Kerock (derivado da heroína) e o uso de drogas injetáveis (27,5%) foram fatores de risco, com associação. Mostrou ainda uma alta taxa de venda de sexo em mulheres (21,9%), homens que fazem sexo com outros homens (9,3%), contatos sexuais fora do casamento (21, 5%) e falta de uso de preservativos (66,7%) podendo induzir a epidemia do HIV nessa população (AMIRI *et al.*, 2014).

O estudo realizado por Asante *et al.* (2014), revelou que mais de 54% das pessoas em situação de rua, jovens relataram ter trocado sexo por comida, dinheiro e até um lugar para dormir, com as mulheres mais propensas a envolverem-se em tais práticas do que os homens. Os jovens da rua, do sexo feminino, são mais propensos do que os jovens da rua do sexo masculino a se engajarem em sexo desprotegido e a ter pessoas “de casa” como parte de sua “rede emocional”. Muitos são os fatores que tornam as mulheres jovens vulneráveis à infecção pelo HIV, como a falta de poder para negociar sexo seguro, comércio sexual, o fato de serem vítimas de sexo forçado ou a falta de acesso ao teste e cuidados com o HIV.

Nesse contexto, um estudo realizado com 421 adultos desabrigados mostrou que 64% dos entrevistados relataram ter efetuado testes de HIV há menos de um ano e 40% relataram testes para outras IST's. No entanto, menos de um terço recebeu os aconselhamentos pós-teste. A positividade para o HIV foi autorreferida em 10%. Entre as pessoas que eram HIV-positivas, 57,1% relataram menos de 100% de adesão antirretroviral (WENZEL *et al.*, 2017).

Em Los Angeles, um estudo identificou que as mulheres constituem um segmento de crescimento rápido quando relacionado à população de rua. Há uma estimativa de 43 mil pessoas sem-abrigo. Quase metade dos adultos desabrigados são Afro-americanos onde 29% hispânicos / latinos e 21% brancos; um terço são mulheres. Em mais da metade dos que relataram a falta de moradia, 25% são totalmente desprovidos de moradia, 24% apresentam uma doença mental e 42% relatam problemas de abuso de substâncias. O estudo identificou que a instabilidade residencial está diretamente associada ao aumento do risco de aquisição da infecção por HIV/Aids (CEDERBAUM *et al.*, 2013).

Em San Francisco, um estudo realizado com 298 mulheres sem abrigo e instáveis, mostrou que em média, tinham 47 anos, com uma renda mediana mensal de US \$ 954, 65% concluíram o Ensino Médio e 50% eram infectados pelo HIV. A maioria das entrevistadas tinha

um distúrbio do álcool (61%) ou distúrbio medicamentoso (75%), sendo os distúrbios relacionados à cocaína os mais comuns (65%) (WONG *et al.*, 2016).

Outro estudo realizado, em New York, com 329 moradoras de rua analisou a prevalência de HIV, clamídia e gonorreia. Seis das 329 mulheres (1,8%) na amostra testaram positivo para HIV. A prevalência do HIV entre as mulheres solteiras abrigadas foi de 3,3%. Nenhuma das mulheres em abrigos da família teve teste positivo para o HIV. A taxa de prevalência estimada de HIV na população de mulheres sem-teto a partir do qual a amostra foi tirada é de 0,6% ( $\pm$  0,3%), é provavelmente uma subestimação da prevalência do HIV entre as mulheres sem-teto em Nova York, tendo em conta a baixa taxa de resposta nos abrigos familiares e a presença em Nova York de um sistema separado de abrigo para as pessoas diagnosticadas com Aids (CATON *et al.*, 2013).

Conforme Marks *et al.* (2005), a descoberta precoce do HIV pode ser significativa para a redução de novas infecções e para refletir na melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV, por meio da mudança de comportamento relacionado à adesão ao sexo seguro e tratamento. Uma demanda espontânea não tem sido mostrada em populações de maior vulnerabilidade como moradores de rua.

Em contrapartida, a propagação de informações erradas ou crenças já estabelecidas torna-se preocupante, como é apontado em um estudo, realizado em Portland (EUA), com jovens moradores de rua, em que uma grande parte desse grupo identificou a contracepção sem barreira (por exemplo: pílulas anticoncepcionais orais) como meio efetivo de prevenção do HIV. Esse achado indica um baixo conhecimento em relação às formas de prevenção e proteção da infecção por HIV, bem como indícios da disseminação de mensagens errôneas sobre esse agravamento (LOGAN *et al.*, 2013). Por meio dessa desinformação, foi possível perceber que a exposição ou não ao risco de infecção depende de como essa população se percebe em tal situação, existe uma distância significativa entre o que os usuários classificam como risco e o que eles percebem do mesmo.

Na Espanha, um estudo realizado com pessoas em situação de rua encontrou uma prevalência do HIV de 7,2%, evidenciando ainda que os fatores que mais contribuem para o aumento do risco a essa infecção eram o uso abusivo de substâncias como álcool e outras drogas, bem como o compartilhamento ou a prática de reutilizar agulhas, contato sexual entre homens e práticas sexuais desprotegidas (CALVO; GIRALT; TURRÒ, 2016).

Para Caton *et al.* (2013), histórias de abuso sexual na infância, histórias de prisão, sintomas psicóticos atuais e transtornos de uso de substâncias coloca mulheres em maior risco de infecção. Assim, mulheres em idade de 45 anos e mais velhas parecem ter menor risco de

infecção, talvez por não serem tão sexualmente ativas quanto as mulheres mais jovens. Notadamente, todas as infecções por HIV, biologicamente confirmadas, foram encontradas entre as mulheres solteiras abrigadas, muitas das quais sofrem de transtornos psiquiátricos graves, muitas vezes, acompanhadas por abuso de substâncias.

Os comportamentos de saúde entre jovens em situação de rua mostraram sua vulnerabilidade para a infecção pelo HIV como resultado de seus altos níveis de comportamento sexual de risco, ou seja, múltiplos parceiros sexuais, envolvimento no sexo de sobrevivência e uso inconsistente de preservativos em contextos de consumo considerável de álcool e drogas (ASANTE, 2014).

Um estudo na Ucrânia avaliou as influências combinadas do status de órfãos e falta de moradia com a soroprevalência e risco de HIV entre os jovens, e observou que a prevalência do HIV foi de 7% (13/182) entre aqueles que não eram órfãos e nem desabrigados; 16% (55/343) e 17% (18/104) entre os sem-teto e órfãos, respectivamente; e 28% (85/300) para os que eram órfãos e sem-teto. Foi demonstrado, assim, que um em cada quatro jovens com idade entre 15 e 24 anos, ambos desabrigados e órfãos, estava infectado pelo HIV, e esses jovens tinham três vezes mais chances de serem HIV infectados do que os jovens envolvidos em rua com moradia adequada e pais vivos (HILLIS *et al.*, 2012).

Os achados do estudo realizado por Asante *et al.* (2014) mostraram que mais mulheres fumavam cigarros, usavam álcool e maconha do que homens. O uso de substâncias com maior idade pode estar associado a um aumento do risco de envolvimento em comportamentos sexuais de risco. Nesse estudo, não ficou claro se os jovens em situação de rua se envolveram em comportamentos sexuais de risco porque estavam sob a influência do uso de substâncias ou como um meio para sustentar o uso de substâncias, ou, ainda, algum "terceiro fator" como o ambiente social (influência entre pares e redes sociais), sendo considerada, ainda, a hipótese da prática simultânea de todos esses os comportamentos. No entanto, é sabido que o uso de substâncias interfere em comportamentos racionais, o que poderia tornar os indivíduos mais vulneráveis a comportamentos inseguros.

Nesse contexto, um estudo realizado na Ucrânia, considerada um dos países da Europa com a maior prevalência de HIV (0,8%), com jovens moradores de rua, aponta para o fato de que eles estão mais vulneráveis à infecção por esse vírus, uma vez que, constantemente, estão inseridos em práticas de risco, sendo que tais fatores estão associados ao baixo conhecimento e habilidades escassas para acessar os serviços de saúde (NERLANDER, 2017).

No Brasil, foi realizado um estudo multicêntrico, em seis capitais, com 564 usuários de crack, categorizados em dois grupos: (1) usuários que estiveram em situação de rua (n=266) e

(2) usuários que nunca estiveram em situação de rua (n=298). Esse estudo mostrou a prevalência do HIV de 24 (4,3%), desses 18 (6,8%) já morou na rua, e 6(2%) nunca morou na rua, sendo a maioria do sexo masculino, com 81,1%, 48,4% possuindo o Ensino Fundamental. Assim, entendendo que estar na rua é fator de risco para contaminação do HIV, percebe-se a importância da realização de estudos multicêntricos para verificar a epidemia do HIV nessa população, bem como a importância da criação de políticas públicas e ações voltadas para um cuidado mais qualificado, tendo em vista a total vulnerabilidade desses usuários (HALPERN *et al.*, 2017).

Diante disso, é expressiva a proporção de usuários de crack e/ou similares que se encontram em situação de rua – aproximadamente 40% dos usuários, no Brasil, encontravam-se nessa situação. Porém, isso não significa que esse contingente expressivo, necessariamente, morava nas ruas, mas que nelas passava a maior parte do seu tempo (BASTOS; BERTONI, 2014).

Um estudo realizado na região Sudeste do Brasil com 1405 moradores de rua encontrou a prevalência do HIV de 4,9%, com predominância do sexo masculino (85,6%), média de 40,9 anos e que relataram já ter cursado o Ensino Fundamental (72,0%). O número médio de parcerias em um ano foi de 5,4 e mais da metade (55,7%) referiu-se ao uso de drogas na vida, dos quais 25,7% relataram uso frequente. Quando perguntados sobre alguma IST anteriormente, 39,6% mencionaram ter tido e 38,3% relataram o uso do preservativo em todas as relações sexuais. (GRANGEIRO *et al.*, 2012).

Em Goiânia, um estudo com 600 usuários de Crack, admitidos para desintoxicação em uma Unidade de Dependência Química, mostrou que a idade variou de 18 a 68 anos, a maioria (84,5%) era do sexo masculino, 26% relataram estar oficialmente empregados e 20,3% relataram estar previamente desabrigados. O estudo evidenciou que do total, 2,8% (17/600) eram positivos para o HIV-1 (95% CI, 1,8-4,5) e que indivíduos com histórico de vida nas ruas tiveram uma chance maior de ser positivo para o HIV-1 em 4,2 vezes (IC 95%: 1,1–15,4) em comparação com aqueles sem tal histórico (FRANÇA *et al.*, 2018).

## 2.2 Aspectos epidemiológicos do HIV

A infecção pelo HIV compõe um amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença. Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos. Durante a infecção

aguda, tem-se CV-HIV (Carga Viral-HIV) elevada e níveis decrescentes de linfócitos, em especial os T-CD4+, uma vez que estes são recrutados para a replicação viral (BRASIL, 2017).

A capacidade do HIV-1 de infectar um indivíduo depende de alguns fatores que são relacionados às suas características biológicas e comportamentais. Existem fatores associados à transmissão como a concentração do HIV-1 no fluido biológico, a integridade e vulnerabilidade da mucosa envolvida (mucosas anal, vaginal e oral), a duração da exposição e a amostra viral envolvida (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2013).

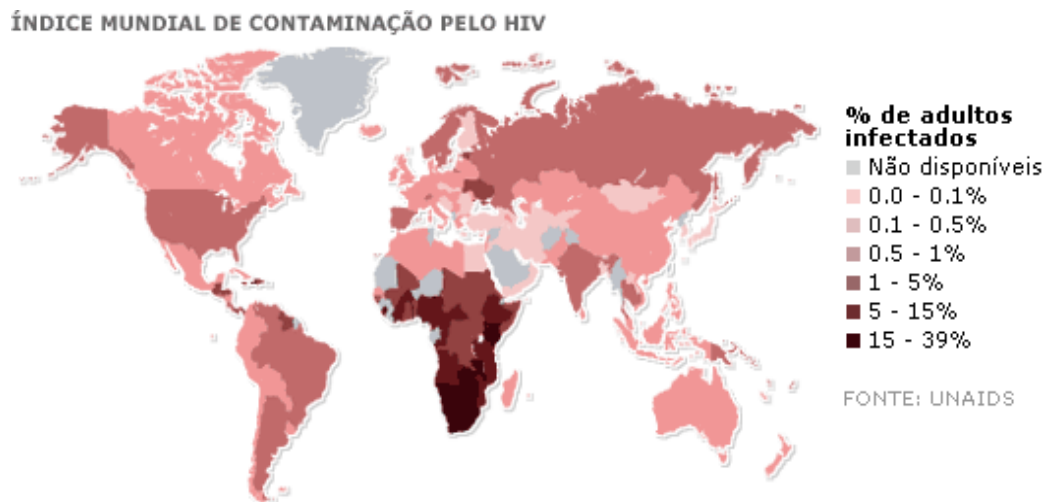
O HIV pode ser transmitido por via parenteral, sexual e vertical. Assim, a transmissão viral pode ocorrer pela transferência de fluidos biológicos contaminados: durante relações sexuais desprotegidas, no compartilhamento de objetos perfurocortantes contaminados e através de mães infectadas com HIV na fase intrauterina, parto ou durante a amamentação (transmissão vertical) (TSE *et al.*, 2015).

De acordo com dados do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), nos EUA, o HIV é disseminado, principalmente, através do sexo anal ou vaginal com alguém que tenha HIV sem usar preservativo. Para o parceiro HIV-negativo, o sexo anal receptivo é o comportamento sexual de maior risco, mas é possível contrair também através do sexo anal insertivo. Contudo, qualquer um dos parceiros pode contrair o HIV através do sexo vaginal, embora seja menos arriscado do que o sexo anal receptivo e o compartilhamento de agulhas ou seringas utilizadas para drogas injetáveis com alguém que tenha HIV, uma vez que o vírus pode viver em uma agulha usada até 42 dias, dependendo da temperatura e de outros fatores (CDC, 2013).

Em 2017, no mundo, 80% das mulheres grávidas vivendo com HIV tinham acesso a medicamentos antirretrovirais para prevenir a transmissão do HIV para seus bebês (UNAIDS, 2018). No Brasil, em 2017, a taxa de detecção de HIV em gestantes passou para 2,8/mil nascidos vivos. Esse aumento poderia ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a consequente melhoria na prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2018).

Dados da UNAIDS revelam que, em 2017, 36,9 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com HIV e 21,7 milhões de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral até junho do mesmo ano. Ainda segundo a UNAIDS, mais de 35,4 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas à Aids desde o início da epidemia e, no ano de 2016, cerca de um milhão de pessoas vieram a óbito por complicações devido ao HIV (UNAIDS, 2018).

**Figura 1** – Índice mundial de contaminação pelo HIV da UNAIDS, 2017.



Em relação à distribuição de pessoas vivendo com HIV no mundo, de acordo com a UNAIDS, a região com maior percentual é a África Oriental e Austral, 19,6 milhões; seguindo Ásia e Pacífico, 5,2 milhões; África Ocidental e Central, 1,8 milhão; América Latina, 1,8 milhão; Caribe, 310 mil; Oriente Médio e Norte da África, 220 mil; Leste Europeu e Ásia Central, 1,4 milhão e Europa Ocidental e Central e América do Norte com 2,2 milhões de casos dessa infecção (UNAIDS, 2018).

Os riscos de HIV entre jovens e adolescentes são maiores quando a transição de idade ocorre em ambientes desafiadores, com acesso insuficiente a alimentos, educação e moradia, e com altas taxas de violência. Sobre algumas percepções de baixo risco de infecção são considerados: uso insuficiente do preservativo e baixas taxas de testagem de HIV, que são fatores persistentes entre os jovens. Dados epidemiológicos do UNAIDS de 25 países mostram que o número total de pessoas com idades entre 15-19 anos vivendo com HIV nesses países cresceu de aproximadamente 800.000 em 2005 para 940.000 em 2015 (UNAIDS, 2015b).

Populações-chave como transgêneros, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis (UDI), HSH e suas parcerias representam: 47% das novas infecções pelo HIV em todo o mundo; 95% das novas infecções pelo HIV no Leste Europeu e Ásia Central e no Oriente Médio e Norte da África; e 16% das novas infecções pelo HIV na África Oriental e Austral. O relatório informativo da UNAIDS expõe que o risco de infecção pelo HIV é 27 vezes maior entre homens que fazem sexo com homens, 23 vezes maior entre pessoas que usam drogas injetáveis, 13 vezes maior entre profissionais do sexo e 13 vezes maior entre mulheres trans (UNAIDS, 2018).

Estudos internacionais e nacionais abordam a problemática do HIV em diversos grupos. Em Camboja, na Ásia, nos últimos 25 anos, houve um progresso notável na luta contra o HIV. Nessa região, a prevalência do HIV caiu de 2,0% (1999) para 0,6% (2015) entre a população geral, de 15 a 49 anos (CHHEA; SAPHONN, 2011). Por outro lado, em um estudo realizado nessa mesma região, com 1.626 pessoas que usam drogas, a prevalência geral do HIV foi de 5,1% [IC 95%: 4,1-6,2]. Quatro fatores foram independentemente associados à infecção pelo HIV: sexo feminino, grupos etários 21-29 e mais velhos; além de uso de medicamentos por  $\geq 12$  meses, os medicamentos injetáveis continuam sendo um forte preditor da infecção pelo HIV (SOPHEAB *et al.*, 2018).

No Paquistão, a maior taxa de infecção pelo HIV, registrada em 2011, foi de 45,3 para cada 1.000 pessoas/ano, sendo que a prevalência estimada do HIV na população adulta continuará agravando 0,05%. E em 2015 para 0,07%, em 2020 e dentro das populações de risco essa projeção aumenta de 16,1% em 2015 para 20,8% em 2020 (MELESSE *et al.*, 2018).

No Sudão do Sul, num estudo realizado com soldados, 1.063 participaram da pesquisa (96,7% do sexo masculino). Os níveis de educação dentro do Exército Popular de Libertação do Sudão são baixos; apenas 16,4% frequentaram a escola além do nível primário. A prevalência geral do HIV na amostra foi de 5,0% (intervalo de confiança de 95% [IC]: 3,6-6,9). Foram observados entre os membros comportamentos de alto risco (por exemplo, múltiplos ou simultâneos parceiros sexuais, uso pesado de álcool e baixo uso de preservativo) (COURTNEY *et al.*, 2017).

A literatura evidenciou a presença de coinfeção entre HIV e Hepatites Virais, como também IST e Tuberculose (TB) (HIDALGO, MENDEZ, SEGURA, 2013; AMIRI *et al.*, 2014) e HIV/IST (Gonorreia, Chlamydia) (CATON *et al.*, 2013). Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América, com 246 mulheres em situação de rua, demonstrou que 45,9% da amostra apresentou anti-HCV e destas, 61,1% encontravam-se infectadas pelo HIV (PAGE *et al.*, 2017).

A prevalência de positividade para HIV e TB pulmonar ativa foi de 1,2%. Cinco participantes (0,8%) foram diagnosticados como casos suspeitos de Tuberculose ativa, mas devido à falta de acesso a novos exames, não foi possível a confirmação dos casos. Quatro pessoas (0,7%) tiveram cultura positiva para M. tuberculose, cinco indivíduos (0,8%) apresentaram, pelo menos, um esfregaço positivo para coloração (AMIRI *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado na Etiópia, com 425 indivíduos infectados pelo HIV em uso de terapia antirretroviral, foram incluídos aqueles que tinham de 18 a 68 anos. A prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão foi de 7,1% e 12,7%, respectivamente, mostrando a



importância da triagem e do monitoramento regulares dessas comorbidades antes do início da terapia (ATARO *et al.*, 2018).

No Brasil, no ano de 2017, as regiões que tiveram maiores notificações foram a região Sudeste com 6546 novos casos, seguindo da Região Nordeste (3680), Sul (3168), Norte (1794) e Centro-Oeste (1183). Os estados que tiveram maior notificação foram 3428 no Estado de São Paulo, 1601 no Rio de Janeiro, 1485 Rio Grande do Sul e 1227 Minas Gerais. Os menores valores foram encontrados no estado do Acre (55), Amapá (61), Roraima (91), Rondônia (110), e no Tocantins (113) (BRASIL, 2017).

Um estudo realizado em São Paulo mostrou que idosos perceberam tardiamente que estavam infectados pelo vírus HIV, que a experiência vivenciada não estava relacionada somente à invisibilidade da doença por profissionais de saúde, mas também por passarem a ter relações sexuais mais seguras com parceiros somente após o conhecimento desse diagnóstico. É por essa razão que se entenderam usando preservativos após a doença se concretizar por meio do diagnóstico (ALENCAR; CIOSEK, 2015).

Nesse viés, em uma pesquisa realizada em uma amostra de HSH a idade associou-se à infecção por HIV com prevalência de indivíduos jovens com idade próxima aos 25 anos. A relação sexual precoce estende o período de risco, visto que há mais oportunidades de exposição (BRIGNOL, 2016).

Um estudo realizado com 937 cortadores manuais de cana-de-açúcar, das regiões Central e Nordeste do Brasil, mostrou que todos eram do sexo masculino, 68,9% tinham menos de 40 anos de idade, quase metade (47,4%) relatou ter 4 anos ou menos de escolaridade. A prevalência para o HIV foi de 3 (0,3%), com isso observou-se que o potencial de disseminação do HIV na população do estudo pode ser medido pela prevalência de outras infecções sexualmente transmissíveis, correspondendo a um fator de risco (DE CASTRO ROCHA *et al.*, 2018).

Em São Paulo, um estudo realizado com 11 idosos vivendo com HIV/Aids, revelou o fato de todos terem o diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/Aids adquirindo infecção pelo HIV através da relação sexual, uma vez que a não utilização do preservativo é uma realidade na vida desses idosos (ALENCAR; CIOSEK, 2015).

Com o risco aumentado para o HIV, principalmente com a possibilidade de perigo com a transmissão vertical, na gestante contaminada pelo vírus, em um estudo na região sudeste do Brasil, no município de São Paulo, entre janeiro de 2000 e junho de 2012, houve o registro de 6.107 novos casos de gestantes com HIV, sendo que dessas, 93% estavam realizando o pré-natal (TIRADO *et al.*, 2014).

Entre as pessoas que vivem com o HIV, a Tuberculose é a doença mais comum, assim como é a maior causa infecciosa de morte relacionada à Aids. Assim, o resultado de uma pesquisa para estimar a prevalência da coinfeção TB/HIV, no Estado da Amazônia, foi de 7,7% (MAGNO *et al.*, 2017). A Aids e a Tuberculose exigem acompanhamento e adesão ao tratamento, além de serem marcadores da atenção à saúde e da sobrevivência dos pacientes no Brasil (MELO; DONALISIO; CORDEIRO, 2017).

Em Salvador, na Bahia, um estudo realizado com 394 HSH observou que os participantes eram predominantemente adultos jovens, com idade média de 25 anos e escolaridade média equivalente ao segundo grau, ou seja, com 11 anos de estudos. Foi obtida uma prevalência da infecção por HIV entre os que realizaram o teste rápido na pesquisa (94,0%) foi de 6,3% (IC 95% 3,9 — 8,8) o teste de HIV alguma vez na vida foi relatado por 44% dos participantes (BRIGNOL *et al.*, 2016).

Outra população que merece destaque em relação à infecção pelo HIV é a prisional. Um estudo realizado em unidades prisionais do estado do Piauí, com 2.131 internos, obteve uma prevalência de 1% (IC 95% 0,6 – 1,4), mostrando que os soropositivos são predominantemente negros, em situação conjugal de solteiros/separados/viúvos, com média da idade de 31,3 anos, médias de escolaridade e de renda pessoal mensal de 6,29 anos e R\$ 438,10 reais, respectivamente (SOUSA *et al.*, 2017).

Desde seus primeiros dias, a epidemia foi acompanhada por uma epidemia social de comparável gravidade e, diante disso, não são apenas os números que preocupam os governantes. Por situações que levam ao medo, à ignorância e ao preconceito com os grupos fortemente afetados pelo HIV, a epidemia do estigma e da discriminação frequentemente sobrecarrega a capacidade e a vontade de comunidades e países para responder à epidemia. Em alguns países, inclusive no Brasil, as pessoas que vivem com o HIV perderam seus empregos, suas moradias e o acesso aos cuidados de saúde ou outros serviços públicos (MARTINS *et al.*, 2014).

Os testes para a detecção da infecção pelo HIV podem ser divididos em quatro tipos: detecção de anticorpos; detecção de antígenos; cultura viral; e amplificação do genoma do vírus (carga viral), sendo que a triagem inicial feita pela detecção de anticorpos contra o vírus apresenta excelentes resultados e é menos dispendiosa. Porém, esta não identifica pessoas infectadas recentemente devido à janela imunológica que é o período em que o indivíduo já está infectado, mas a quantidade é pequena para ocorrer a detecção (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2013).

De acordo com o Fluxograma (APÊNDICE F), para o diagnóstico da infecção pelo HIV é necessária a realização de testes com uma amostra de sangue do indivíduo. Geralmente o mais utilizado é o exame Elisa, e, caso o resultado seja reativo, é realizado um teste confirmatório, que pode ser o teste de imunofluorescência indireta para o HIV-1 ou o western blot.

Há ainda o teste rápido que permite a detecção de anticorpos anti-HIV, em tempo inferior a 30 minutos, a partir da coleta de uma gota de sangue da ponta do dedo, permitindo, assim, que em um mesmo momento a pessoa tenha conhecimento do resultado de seu exame e receba aconselhamento pré-teste e pós-teste (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, um estudo sobre a testagem rápida mostra que a realização do mesmo para o HIV no espaço da Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se em uma oportunidade para o enfermeiro auxiliar o indivíduo no esclarecimento de dúvidas, na identificação e na diminuição de vulnerabilidades, bem como na desconstrução de ideias preconceituosas em torno do HIV/Aids. Nesse momento, deve ser ressaltada a importância desse teste no início imediato do tratamento com antirretrovirais, contribuindo assim para que as pessoas, vivendo com HIV/Aids, atinjam a carga viral indetectável, reduzindo o risco de transmissão do vírus entre a população (SILVA; TAVARES; PAZ, 2011).

Um ensaio clínico randomizado controlado por clusters em clínicas gerais, em Londres, demonstrou que um programa educacional multifacetado, integrando o teste rápido ao HIV, levou ao aumento das taxas de diagnóstico do HIV com 0,30 (95% IC: 0,11-0,85) por 10.000 pacientes por ano em práticas de intervenção versus 0,07 (95% CI: 0,02–0,20) em práticas de controle. Uma alta proporção de pacientes recém-diagnosticados era de etnia negra africana, mostrando a implementação bem-sucedida de testes em uma comunidade multiétnica (LEBER *et al.*, 2015).

O tratamento inibe a replicação do HIV, proporcionando redução do RNA viral e, assim, observa-se a elevação dos linfócitos CD4+, células-alvo do HIV. Apesar de os medicamentos serem eficientes, os pacientes podem apresentar ampla manifestação de efeitos colaterais. A recuperação da imunidade nesses indivíduos garante maior sobrevida, já que diminuem os riscos de adoecimento por infecções oportunistas. (SEPKOWITZ, 2001).

Ao longo dos anos, tem-se expandido a indicação do tratamento da infecção pelo HIV. Este se dá a partir do uso da Terapia Antirretroviral (TARV), com eficácia demonstrada no aumento de sobrevida, na prevenção da transmissão materno-infantil, na prevenção da infecção pós-acidente perfuro-cutâneo por meio da Profilaxia Pós-exposição ao HIV (PEP) e, posteriormente, na redução das taxas de progressão para Aids entre aqueles infectados pelo HIV.

Uma das inovações recentes em relação ao TARV que tem mostrado a sua eficácia comprovada na prevenção da infecção pelo HIV, entre aqueles não infectados e que se encontram em potenciais situações de risco, em especial, a exposição sexual, é denominada Profilaxia Pré-exposição (PrEP) (WHO, 2015).

O início imediato da TARV é recomendado para todas as Pessoas vivendo com HIV (PVHIV), independentemente do seu estágio clínico e/ou imunológico. Assim, deve haver priorização de acesso ao atendimento pelos serviços da rede de assistência à PVHIV quando o exame de LT-CD4+ <350 cels/mm<sup>3</sup>. A TARV está indicada para todas as PVHIV, em especial, as sintomáticas, independentemente da contagem de T-CD4+ (BRASIL, 2018).

Em 2017, 21,7 milhões de pessoas vivendo com HIV tinham acesso à terapia antirretroviral, um aumento dos 8 milhões em 2010, dessas 59% de todas as pessoas vivendo com HIV tiveram acesso ao tratamento. Entre as pessoas que conheciam seu estado sorológico, quatro a cada cinco (79%) tinham acesso ao tratamento antirretroviral. Das pessoas com acesso ao tratamento, quatro a cada cinco (81%) tinham carga viral suprimida e 47% de todas as pessoas vivendo com HIV têm a carga viral suprimida. (UNAIDS, 2018).

Estudos que investigam a relação entre a moradia e a saúde de pessoas infectadas pelo HIV descobriram que a falta de moradia é uma barreira crítica à utilização efetiva da TARV e um fator de risco independente para resultados abaixo do ideal (MILLOY *et al.*, 2012; KIDDER *et al.*, 2007). Como exemplo têm-se que a falta de moradia foi associada a uma probabilidade reduzida de início de TARV (ALTICE *et al.*, 2011) e pior adesão à terapia (PALEPU *et al.*, 2011).

Nesse sentido, a supressão viral é ferramenta importante na prevenção do HIV. Em um estudo de coorte em Vancouver, Canadá, com 706 pessoas infectadas pelo HIV, usuários de drogas, foi descoberto que, independentemente de qualquer outra intervenção, a eliminação da falta de moradia poderia aumentar a supressão viral, em toda a população, em 15,1%. Entre os desabrigados, estimou-se que a prevalência de supressão viral poderia aumentar em 82,3% se essas pessoas fossem alojadas. Esses resultados fornecem significativas evidências de que as intervenções para fornecer moradia a indivíduos HIV positivos e sem moradia melhorariam significativamente as taxas de supressão viral entre as pessoas infectadas pelo HIV, que usam drogas (MARSHALL *et al.*, 2016).

Em 1996, o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso ao TARV. A atuação brasileira no tratamento da doença destacou-se por seu pioneirismo no plano internacional e demonstrou ser possível atuar na dinâmica dos preços dos

medicamentos no mercado global. A distribuição gratuita e universal de TARV pelo SUS foi garantida por lei sancionada em 1996 (BRASIL, 1996).

Em relação ao tratamento, a Lei nacional n. 9.313/96 regulamenta a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais (ARVs) para o tratamento do HIV/aids. Contudo, para a liberação desses medicamentos, o primeiro requisito da Unidade de Saúde é o cadastramento: o usuário precisa ter, além da indicação para tratamento, documento com foto expedido por órgão público. Tal requisito é contraditório, pois os profissionais se deparam com dificuldades no seguimento e na adesão ao tratamento, uma vez que usuários que não possuem documentos não conseguem a dispensação dos ARVs, dificultando assim o seguimento do tratamento e controle na infecção (KAMI, 2016).

No Brasil, o tratamento é feito de forma gratuita pelo SUS, e está disponível uma ampla categoria de medicamentos, conforme quadro 1, que mostra os antirretrovirais disponíveis (BRASIL, 2018).

### Quadro 1 – Antirretrovirais e Posologia.

**Anexo A – Doses-padrão dos ARV**

ANTIRRETROVIRAIS	POSOLOGIA
Abacavir (ABC)	300mg 12/ 12h ou 600mg 1x/ dia
Atazanavir (ATV)	300mg 1x/ dia (se associado com RTV) ou 400mg 1x/ dia
Darunavir (DRV)	600mg 12/12h
Dolutegravir (DTG)	50mg/dia 100mg/dia com EFV, TPV/r ou resistência a RAL comprovada por genotipagem
Efavirenz (EFV)	600mg 1x/ dia
Enfuvirtida (ENF) (T20)	1 amp 12/ 12h (SC)
Etravirina (ETR)	200mg 2x/ dia
Lamivudina (3TC)	150mg 12/12h ou 300mg 1x/ dia
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	2 comp. associados 12/12h
Maraviroque (MVC)	Com IP, exceto TPV/r, 150mg 12/12h Com EFV ou ETR, s/ IP, 600mg 12/12h Com DRV/r + ETR ou EFV + IP/r (exceto TPV/r) 150mg 12/12h TPV/r ou NVP, TDF, 3TC+ AZT, RAL, s/IP, 300mg 12/12h
Nevirapina (NVP)	200mg 12/12h
Raltegravir (RAL)	400mg 12/12h
Ritonavir (RTV)	100mg/ dia com ATV, 200mg/ dia com DRV, 200mg com LPV ou 400mg/ dia com TPV
Tenofovir (TDF)	300mg 1x/ dia
Tipranavir (TPV)	500mg 2x/ dia
Zidovudina (AZT)	300mg 12/12h

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Um estudo realizado no Estado de Mato Grosso do Sul, que teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes HIV/Aids atendidos em serviço especializado e investigar sua

associação com níveis de linfócitos CD4+, Carga viral do HIV e tempo de diagnóstico da infecção, observou que idade jovem, sexo masculino, escolaridade, estado civil casado, boa renda mensal, trabalho, alto nível de linfócitos CD4+ e ausência de medicamentos antirretrovirais são fatores que apresentaram relação positiva com a qualidade de vida (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

Nessa perspectiva, estudos mostram que a dificuldade de adesão ao tratamento está diretamente associada às condições sociodemográficas, à idade e aos efeitos secundários produzidos pelo uso das drogas. Além disso, o abandono a terapêutica pode ocorrer por diversos fatores, que incluem complicações inadequadas, presença de comorbidades, resistência viral prévia a um ou mais agentes antirretrovirais, absorção gastrointestinal alterada, interações entre drogas e um esquema terapêutico de baixa potência (ADEJUMO *et al.*, 2015; FUKUMOTO *et al.*, 2013).

Um estudo realizado no Rio de Janeiro, com 28 participantes HIV positivos, em relação ao uso dos antirretrovirais, mostrou que efeitos adversos foram mencionados por vários pacientes, especialmente a partir do segundo ano de tratamento, que coincide não apenas com o tempo de ingestão dos ARVs, mas também com a mudança na forma de apresentação dos medicamentos (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018).

Estudo realizado em outra região brasileira, em Campina Grande no nordeste do Brasil, com 40 participantes, evidenciou que a respeito dos fatores que dificultam a adesão, destacam-se a presença de efeitos colaterais, o tédio e a revolta, sentimentos que às vezes se fazem presente no cotidiano das pessoas que convivem com o vírus e a doença. Os efeitos colaterais mais evidenciados foram os que acometem o sistema gastrointestinal, dada a potencialidade da medicação. Cada dificuldade do usuário com a adesão deve ser vista com cuidado e atenção pelo profissional de saúde, para que este seja sempre um aliado na sua adesão ao tratamento antirretroviral (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Com o objetivo de pôr fim à epidemia da Aids, em dezembro de 2013, a Junta de Coordenação de Programa pediu ao UNAIDS que apoiasse esforços liderados pelos países e pelas regiões para estabelecer novas metas para intensificar o tratamento do HIV. Em resposta, foi estabelecida a meta 90-90-90 que consiste em três etapas a serem alcançadas, são elas: Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus; até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente; até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral (UNAIDS, 2015a).

Nesse sentido, um estudo realizado com 28 profissionais da saúde, atuantes no programa DST/Aids do município de Niterói, identificou que os profissionais da saúde demonstraram que é preciso haver melhor formação e treinamento dos profissionais para trabalhar com HIV/Aids e compreenderam a importância em integrar a família no tratamento, sabendo que este é um fator que interfere positivamente na adesão das pessoas vivendo com HIV/Aids ao tratamento (TARSILLA *et al.*, 2016).

De acordo com as novas diretrizes do Ministério da Saúde, tem-se o que é chamado de Prevenção Combinada, que consiste na combinação dos três eixos de intervenções para prevenção ao HIV: as biomédicas, as comportamentais e as estruturais. As intervenções biomédicas têm foco na redução do risco à exposição dos indivíduos ao HIV, que impeçam sua transmissão direta, na interação entre uma ou mais pessoas infectadas pelo vírus e outras pessoas não infectadas.

As intervenções comportamentais têm foco na abordagem dos diferentes graus de risco a que os indivíduos estão expostos. Por fim, as intervenções estruturais remetem às estratégias voltadas para interferir nos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos (BRASIL, 2018). Trata-se de estratégias como a abstinência sexual, o ato de limitar o número de parceiros sexuais, nunca compartilhar agulhas e usar preservativos da maneira correta toda vez que tiver uma relação sexual, além dos medicamentos de prevenção do HIV, como a PrEP e PEP (CDC, 2013).

Através de um estudo realizado com o objetivo de examinar o uso atual da PrEP, a probabilidade de uso futuro e os indicadores da candidatura potencial da PrEP em uma amostra oportunista de homens que fazem sexo com homens, na Europa e na Ásia Central, mostrou que dos 12 053 participantes cujas respostas vieram de 55 países da Europa Central e da Ásia, 10 764 (89%) não estavam vivendo com diagnóstico de HIV. Entre esses homens HIV negativos / não testados, 10,1% (n = 1071) estavam atualmente tomando PrEP ou haviam feito isso nos últimos 3 meses.

Esse estudo expôs que homens com idade entre 41 e 50 anos usaram a PrEP (13,2%), enquanto homens com idade entre 18 e 25 anos foram menos prováveis (7,1%). Aqueles que atualmente usam a PrEP comumente relataram outros comportamentos que os colocam em risco de contrair o HIV. Entre aqueles que não usam atualmente a PrEP, uma alta disposição para fazer no futuro foi relatada em todos os países (BOURNE *et al.*, 2019).

Em um estudo de Carneiro (2018), na cidade de Fortaleza - CE, analisou-se a profilaxia pós-exposição ao HIV realizada em hospital de doenças infecciosas com 858 pacientes. Dentre as formas como as exposições ocorreram, o acidente com material perfuro-cortante foi o mais

presente, com 67% (n=576). A exposição sexual ocasional representa 17% (n=145) dos casos, acidentes com materiais contaminados 7% (n=56), violência sexual 6% (n=54) e exposição sexual em casais sorodiscordantes 3% (n=27).

Nesse estudo, o tratamento foi indicado para a maioria dos pacientes (63,7%). O seguimento é composto por três consultas de retorno: a primeira consulta, após seis semanas, é chamada de acompanhamento 2, compareceram 30,8%; 16,7 % a segunda, após três meses, acompanhamento 3; e 9,8% a última, acompanhamento 4, após seis meses. Não houve caso de soroconversão ao HIV (CARNEIRO, 2018).

Programas de controle e prevenção da doença têm apresentado maior investimento em estratégias de combate ao HIV para indivíduos sexualmente ativos, uma vez que o comportamento sexual pode ser um fator de risco à saúde devido à infecção pelo vírus. Portanto, é pelo caráter de vulnerabilidade, relacionado ao comportamento sexual, que os indivíduos são tomados como alvo das políticas de saúde, haja vista as campanhas extensivas à sociedade como um todo (PINHEIRO; MEDEIROS, 2013).

Os programas de testagem do HIV devem ser integrados dentro de uma estrutura de prevenção de combinação equilibrada, incluindo intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais que abordem a interação complexa de determinantes subjacentes da transmissão do HIV. Tudo isso requer acesso igual a um serviço de prevenção, teste e assistência de HIV para todos, sem discriminação, e implementado através de uma abordagem multissetorial e participativa (NAVAZA *et al.*, 2016; DEBLONDE *et al.*, 2015).



### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Delineamento do Estudo**

Trata-se de um estudo transversal que encontra-se inserido no macroprojeto intitulado: “Promoção da Saúde e estratégias para o enfrentamento da violência, do HIV e DST/Aids em moradores de rua da zona central de Teresina-PI”.

#### **3.2 Local do Estudo**

O estudo foi realizado no Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua (Centro Pop), vinculado à Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania e de Assistência Social (SEMTCAS), criado em 19 de agosto de 2011. O Centro Pop constitui-se em uma unidade de referência de Proteção Social Especial de Média Complexidade, de caráter público estadual, com papel importante no alcance dos objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

As ações desenvolvidas pelo Centro POP são integradas às demais ações da política de assistência social, dos órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas - saúde, educação, previdência social, trabalho e renda, moradia, cultura, esporte, lazer e segurança alimentar e nutricional - de modo a compor um conjunto de ações públicas de promoção de direitos, que possam conduzir o fortalecimento da autonomia e potencialidade dessa população, visando à construção de novas trajetórias de vida (BRASIL, 2009).

Em Teresina, esse Centro de Referência está localizado na região central e atende diariamente essa população, por meio de demanda espontânea ou encaminhamentos de outras instituições. A abordagem é realizada por uma equipe multidisciplinar, a saber: assistentes sociais, psicólogos, gerência executiva, educadores sociais e nove agentes de proteção social de rua.

O Centro Pop funciona no horário de 8h às 18h, com atendimento diário de segunda a sexta-feira, e conta com apoio de agentes de proteção de rua para realização de recrutamento. A atenção ofertada nessa instituição proporciona vivências para o alcance da autonomia e estimula, além disso, a organização, a mobilização e a participação social.

### **3.3 População e Amostra**

A população deste estudo foi composta por pessoas em situação de rua, assistidos pelo Centro POP – Teresina. A amostra foi composta por 204 pessoas em situação de rua.

### **3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Adotaram-se como critérios de inclusão: terem idade maior ou igual a 18 anos; serem cadastrados no centro pop e com no mínimo um atendimento no serviço, estarem em situação de rua, ou receberem apoio de albergues e não apresentar comportamentos agressivos no momento da entrevista. Foram excluídos aqueles participantes que não aceitaram a testagem rápida para o HIV.

### **3.5 Recrutamento**

Para o recrutamento dos participantes, o método adotado foi a seleção de amostra não probabilística por conveniência, ressalvado o aspecto de que os resultados obtidos apresentam restrições a uma generalização ampla. A amostragem por conveniência refere-se à seleção de participantes disponíveis na hora e no lugar da realização da pesquisa (DANCEY; REIDY; ROWE, 2017).

Assim, as pessoas em situação de rua que se encontravam no momento da coleta de dados foram convidadas a participarem da pesquisa, sendo explicada a realização do atendimento. O atendimento foi realizado por meio da distribuição de senhas na entrada do Centro Pop, sendo no máximo oito senhas por dia, por conta da logística de coleta de dados, uma vez que a duração do processo de coleta de dados (entrevista, coleta de sangue e testagem rápida) era em média 40 minutos/participante, com atendimento em 3 dias por semana (segunda, terça e quarta), no turno da manhã, e em alguns dias no turno da tarde, por conta da capacidade operacional da equipe de coleta de dados, disponibilidade dos bolsistas e disponibilidade de sala no Centro POP.

### 3.6 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um formulário (APÊNDICE A), previamente validado quanto à forma e conteúdo por pesquisadores com *expertise* na área, selecionados por meio das informações contidas em seus respectivos currículos Lattes, de acordo com a experiência em relação à temática.

### 3.7 Variáveis do estudo

Considerou-se como variável dependente a positividade para o anti-HIV através da testagem rápida. Já as variáveis independentes estão descritas e classificadas conforme o Quadro 1. Essas variáveis foram divididas em categorias, como: Sociodemográficas, Comportamentais (Sexuais e o Uso de Álcool e outras drogas), e outras.

**Quadro 2.** Descrição das variáveis independentes.

CATEGORIA	VARIÁVEIS	CLASSIFICAÇÃO
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	Sexo	Categórica Nominal
	Idade (anos de idade)	Numérica Contínua
	Estado Civil	Categórica Nominal
	Escolaridade	Categórica Ordinal
	Anos de Estudo (em anos)	Numérica Contínua
	Religião	Categórica Nominal
	Cor (Autodeclarada)	Categórica Nominal
	Naturalidade	Categórica Nominal
	Ter filhos	Categórica Nominal
	Valor Renda (em reais)	Numérica Contínua
	Motivo por Estar na Rua	Categórica Nominal
	Quanto tempo vive em situação de rua (em meses)	Numérica Contínua
	<b>COMPORTAMENTAIS SEXUAIS</b>	Orientação Sexual
Uso do Preservativo na Primeira Relação Sexual		Categórica Nominal
Idade da Primeira Relação Sexual		Numérica Contínua
Parceiro Fixo		Categórica Nominal
Uso do Preservativo com Parceiro Fixo		Categórica Nominal
Conhece a Condição Sorológica do Parceiro Fixo		Categórica Nominal
Parceiro Fixo Positivo para HIV		Categórica Nominal
Tipo de Prática Sexual		Categórica Nominal
Parceiro Sexual Eventual		Categórica Nominal
Relação Sexual com Pessoas do Mesmo Sexo		Categórica Nominal
Relação sexual contra a sua vontade		Categórica Nominal
Relação sexual com usuários de drogas		Categórica Nominal
Relação Sexual com profissionais do sexo		Categórica Nominal
Pagou em troca de sexo		Categórica Nominal

	Recebeu em troca de sexo	Categórica Nominal
	Número de parceiros sexuais	Numérica Contínua
	Acesso ao preservativo	Categórica Nominal
<b>COMPORTAMENTAIS SOBRE O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</b>	Uso de bebida alcoólica atualmente	Categórica Nominal
	Tipos de bebida	Categórica Nominal
	Frequência do consumo	Categórica Nominal
	Uso do cigarro atualmente	Categórica Nominal
	Uso da Maconha atualmente	Categórica Nominal
	Uso do crack atualmente	Categórica Nominal
	Uso da cocaína	Categórica Nominal
	Uso da cocaína atualmente	Categórica Nominal
	Uso da cocaína injetável	Categórica Nominal
	Uso da cocaína injetável atualmente	Categórica Nominal
	Tempo de uso de drogas (em meses)	Numérica Contínua
	Tempo que não faz uso de drogas (em semanas)	Numérica Contínua
	Uso de drogas na veia	Categórica Nominal
	<b>OUTRAS</b>	Teste HIV anteriormente
Compartilha objetos cortantes		Categórica Nominal
Histórico de IST		Categórica Nominal
Atividade Educativa sobre IST		Categórica Nominal

### 3.8 Seleção e treinamento da equipe de coleta de dados

A coleta de dados contou com a colaboração da professora orientadora, da discente do mestrado, de enfermeiros e de alunos bolsistas de Iniciação Científica do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). A seleção dos auxiliares de pesquisa foi realizada por meio de um processo seletivo para alunos da graduação em Enfermagem da UFPI, que cursavam no mínimo o 7º período. Esses últimos atuaram como auxiliares de pesquisa na testagem rápida sob supervisão dos enfermeiros.

A pesquisadora e os colaboradores foram capacitados pela Secretaria de Estado de Saúde do Piauí (SESAPI) quanto à realização da testagem rápida. Todos os laudos dos participantes com resultados reagentes foram entregues pelo enfermeiro. Posteriormente, os estudantes da graduação receberam capacitação com carga horária de 20 horas, conduzida pela pesquisadora responsável, sobre a abordagem frente a essa população, testagem rápida, aspectos éticos, conhecimento do instrumento e discussão de todas as variáveis e sobre a escala de trabalho. Durante a coleta de dados, foram realizadas reuniões quinzenais ou conforme a necessidade.

### **3.9 Estudo Piloto**

Foi realizado um teste piloto, com 40 participantes, para avaliar o tempo de duração da coleta e também a viabilidade do instrumento. Todos os participantes do teste piloto foram excluídos do estudo.

### **3.10 Procedimentos de coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2017 a setembro de 2018, durante toda a semana, no período matutino e/ou vespertino, considerando maior frequência no turno da manhã em razão da maior procura pelo Centro Pop, por conta da entrega da ficha do almoço pela Instituição. Todos os participantes que chegaram ao Centro Pop receberam informações sobre os objetivos do estudo, procedimentos a serem realizados, riscos e benefícios da participação na pesquisa.

Assim, primeiramente, eram distribuídas sequencialmente cinco a oito senhas, caso o indivíduo fosse elegível para o estudo, a coleta de dados era iniciada, conforme as seguintes etapas apresentadas no Fluxograma (APÊNDICE E): entrevista e aconselhamento pré-teste; realização da testagem rápida; entrega de resultado dos testes rápidos; aconselhamento pós-teste e encaminhamentos de acordo com o resultado do teste.

#### **3.10.1 Coleta de dados e aconselhamento pré-teste**

A coleta consistiu no preenchimento do formulário (APÊNDICE A), que foi aplicado individualmente, em sala específica do Centro POP, para garantir sigilo e anonimato das informações obtidas. Aos participantes que concordassem com a participação eram apresentados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) para leitura e autorização de sua participação na investigação, sendo esclarecidas todas as dúvidas sobre o estudo.

O aconselhamento pré-teste consiste em uma orientação preventiva, fazendo uma avaliação dos riscos individuais, com isso, buscando reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações; trocar informações sobre os possíveis resultados do teste; considerar as reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste e reforçar medidas de prevenção nesse período; reforçar como acontece a transmissão do HIV/aids; enfatizar a importância da realização da testagem rápida e as formas de prevenção;

explorar qual o apoio emocional e social disponível (família, parceiros, amigos, trabalho e outros); avaliação de riscos: explorar as situações de risco de cada usuário e as medidas específicas de prevenção (BRASIL, 2003).

### **3.10.2 Testagem rápida**

Após a aplicação do instrumento, os participantes recebiam aconselhamento pré-teste e informações sobre a realização da testagem rápida. Os testes rápidos foram fornecidos pelo Ministério da Saúde, pelo cadastro no Laboratório Central de Saúde Pública “Dr. Costa Alvarenga” (LACEN-PI) e eram recebidos mensalmente em conformidade com a entrega de um relatório mensal.

Assim, para a realização dos testes, foram utilizados kits contendo 25 sachês, com dispositivo para a testagem e pipeta de transferência; um frasco conta-gotas tampão reagente; 25 lancetas e um cartão de leitura visual. Foram utilizadas as marcas HIV, Bioeasy – SD (lote: HIV5010049; 1635I0012), Bioclin HIV tri line – Quibasa (lote: 10269360148; lot0030).

O diagnóstico da infecção pelo HIV pode ser realizado por meio de testes rápidos a partir da coleta de uma amostra de sangue, uma gota, da ponta do dedo. O sangue é colocado em dois dispositivos de testagem e para chegar ao resultado, o profissional que realiza o teste segue um fluxo com passo a passo determinado pelo Ministério da Saúde.

Os testes foram considerados positivos quando as duas linhas/barras de cor roxa/rosa, uma na área de controle (C) e outra na área de teste (T), eram nitidamente visíveis no dispositivo. Os testes foram considerados negativos quando apenas a linha roxa/rosa, da área de controle, era visível. Foram definidos como testes inválidos quando a linha de controle não era visível ou quando surgia somente a linha de teste (BRASIL, 2012a). Todos os resultados positivos para anti-HIV foram confirmados por meio de teste confirmatório de marca diferente do primeiro teste, conforme o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV (APÊNDICE F).

O procedimento de coleta do sangue para realização dos testes rápidos foi feito por meio de punção digital. Para tanto, era explicado aos participantes que a punção digital é uma técnica invasiva, mas de baixo risco e que poderia provocar um leve desconforto. Ressalta-se que foram seguidas todas as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) para a testagem rápida pelo método da imunocromatografia, com vistas à detecção de anticorpos anti-HIV (ANEXO A, B e C).

### **3.10.3 Coleta de sangue periférica**

Mesmo diante da confirmação do diagnóstico da realização do teste rápido, para aquelas que obtiveram resultados reagentes na testagem rápida, que foi realizada com outro tipo de teste rápido, foram coletados 5ml de sangue periférico no próprio local de coleta de dados, por punção venosa, tendo como objetivo uma confirmação laboratorial. Nesse sentido, a equipe decidiu encaminhar o participante para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), localizado no Serviço de Referência Lineu Araújo, em Teresina, com os dois resultados reagentes para a viabilização e oportunidade de início precoce do tratamento, considerando também as possibilidades de perdas por se tratar de uma população de maior vulnerabilidade.

O material coletado foi acondicionado em tubos estéreis Vacutainer (Beckton Dickinson, Rutherford, NJ, USA), contendo anticoagulante (heparina), todos identificados pela numeração dos formulários e pelas iniciais dos participantes. Em seguida, foram armazenados em caixas de isopor para manter conservadas as amostras de sangue, sendo encaminhados pelos pesquisadores para o laboratório Dr. Raul Bacelar, conveniado para realização do ELISA para se detectar anticorpos contra HIV, no máximo três horas após a coleta.

Ainda, nesse momento, ficou agendado um novo retorno com os participantes, com intervalo de sete a dez dias. A entrega dos resultados do teste laboratorial e o encaminhamento dos casos necessários para tratamento no SAE, com o resultado do exame laboratorial em mãos, facilita o início do tratamento, sendo de forma precoce.

### **3.10.4 Entrega dos resultados dos testes rápidos e aconselhamento pós-teste**

Nessa etapa, todos os participantes foram informados sobre os resultados dos exames. Durante a entrega, foi realizada orientação sobre medidas de redução de danos, com o aconselhamento pós-teste. Todos os resultados reagentes foram encaminhados ao SAE, em Teresina-PI.

Posteriormente, orientaram-se os participantes a retornar em até 30 dias para informar sobre a situação do atendimento no SAE. Para os participantes que não retornaram, foi realizado contato com o SAE para verificar registro no SAE, e também todos os diagnósticos sobre se o paciente marcou a consulta e realizou os exames e, em seguida, sendo feita a avaliação da realização da contagem de CD4 na primeira consulta, conforme descrito no Fluxograma (APÊNDICE E).

### **3.11 Organização e Análise dos Dados**

Todas as variáveis do instrumento para a coleta de dados foram organizadas e codificadas em um dicionário denominado de codebook. Os dados foram digitados no *Microsoft Office Excel for Windows* 2013, sendo realizada dupla digitação e a validação dos destes, permitindo a visualização de possíveis erros de digitação. Em seguida, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.00.

Assim, foram realizadas análises exploratórias dos dados coletados, incorporando a complexidade do desenho amostral, com vistas a caracterizar a população do estudo e responder aos objetivos propostos. As diferenças entre as proporções foram verificadas mediante aplicações dos testes Qui-quadrado de Pearson com correção ao nível de significância 5% ( $<0,05$ ). Os dados foram expostos em forma de tabelas.

### **3.12 Aspectos Éticos e Legais**

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, nº do parecer: 1.755.893 (ANEXO D). O estudo foi realizado seguindo as normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos contidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Foi realizada com os indivíduos que aceitarem participar voluntariamente após a leitura, explicação e assinatura do TCLE (ANEXO B). O projeto foi autorizado pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI e pelo Centro POP (APÊNDICE D).



## 4. RESULTADOS

### 4.1 Características sociodemográficas das pessoas em situação de rua

Em relação a essas características, obteve-se um total de 204 participantes do estudo, e um foi excluído por não aceitar a realização da testagem para anti-HIV. A Tabela 1 apresenta a descrição da amostra e as características de acordo com os dados sociodemográficos da população em situação de rua. Houve predomínio do sexo masculino (87,3%), com idade que variou de 20 a 70 anos (média de idade de 37,01 anos), 73,5% declararam ser solteiros; 38,2%, católicos; 62,3% se autodeclararam pardo/moreno. (88,7%) das pessoas eram naturais de municípios da Região Nordeste. Quanto à escolaridade, 82,4 % sabiam ler e escrever; 31,4 % tiveram de 9 a 12 anos de estudos, seguidos de 21,6 % com 5 a 8 anos de estudos.

Em relação aos motivos por estarem em situação de rua, o conflito familiar foi o mais frequente, com 47,5%. E em relação ao tempo que vivem em situação de rua, 24,5% responderam que estão nessa situação de 1 a 5 anos.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas de pessoas que vivem em situação de rua. (n=204) Teresina-PI, 2017 a 2018.

VARIÁVEIS	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	178	87,3
Feminino	26	12,7
<b>Faixa Etária (anos) (Média: 37,01; mínima: 20; máxima:70)</b>		
18 a 20	3	1,5
21 a 30	66	32,4
31 a 49	107	52,5
≥50	28	13,7
<b>Escolaridade</b>		
Sabe ler e Escrever	168	82,4
Sabe ler	5	2,5
Analfabeto	31	15,2
<b>Anos de Estudo</b>		
Analfabeto	21	10,3
1 a 4 anos	11	5,4
5 a 8 anos	44	21,6
9 a 12 anos	64	31,4
12 a 15 anos	42	20,6
>15 anos	22	10,8
<b>Religião</b>		
Não tem Religião	67	32,8

Católica	78	38,2
Evangélica	54	26,5
Espírita	1	0,5
Outra	3	1,5
Duas Religiões	1	0,5
<b>Cor da pele (Autodeclarada)</b>		
Branco	31	15,2
Negro	43	21,1
Amarelo	3	1,5
Pardo/Moreno	127	62,3
<b>Estado Civil</b>		
Casado/união estável	25	12,3
Solteiro	150	73,5
Divorciado/separado	24	11,8
Viúvo	5	2,5
<b>Naturalidade</b>		
Norte	9	4,4
Nordeste	181	88,7
Centro Oeste	3	1,5
Sudeste	9	4,4
Sul	2	1,0
<b>Valor da Renda*</b>		
< 1 salário mínimo	68	33,3
Até 1 salário	12	5,9
1 a 2 salários	7	3,4
Não tem renda	117	57,4
<b>Tempo de Rua</b>		
< 6 meses de rua	49	24,0
6 meses a 1 ano	17	8,3
1 a 5 anos	50	24,5
5 a 10 anos	36	17,6
>10 anos de rua	52	25,5
<b>Motivo por estar na Rua</b>		
Conflito familiar	97	47,5
Uso de álcool e outras drogas	55	27,0
Déficit financeiro	24	11,8
Outro motivo	18	8,8
Mais de um motivo	10	4,9

---

**Fonte:** Pesquisa direta. \*SM - salário mínimo à época do estudo 937,00; US\$ 300,55.

## 4.2 Características comportamentais de pessoas em situação de rua

### 4.2.1 Características comportamentais sexuais de pessoas em situação de rua

Do total de participantes, 89,7% declararam ser heterossexuais, 68,1 % referiram a idade da primeira relação sexual entre 13 a 18 anos e 71,1 % informaram uso do preservativo na sua primeira relação sexual. Quando perguntados sobre ter parceiro fixo, 24% afirmaram ter, desses, 14,7 % nunca usam o preservativo e 12,3 % não conhecem a condição sorológica do parceiro.

Em relação ao tipo de sexo que praticam, 62,7% praticam sexo vaginal; 65,7% não possuem parceiros eventuais/casuais e 14,7% já tiveram sexo contra a sua vontade. Sobre pagar e receber dinheiro/drogas/comida em troca de sexo, 61,3 % afirmaram ter pago, e 34,8 % terem recebido; 43,1% tem acesso ao preservativo na atenção básica.

**Tabela 2.** Características comportamentais sexuais de pessoas que vivem em situação de rua. (n=204) Teresina-PI, 2017 a 2018.

VARIÁVEIS	n	%
<b>Orientação Sexual</b>		
Heterossexual	183	89,7
Homossexual	17	8,3
Não responderam	4	2
<b>Uso do Preservativo na primeira relação sexual</b>		
Usou preservativo na primeira relação sexual	56	27,5
Não usou preservativo na primeira relação sexual	145	71,1
Recusou resposta	1	0,5
Não houve relação sexual	2	1,0
<b>Idade da Primeira Relação Sexual</b>		
≤ 12 anos	47	23
13 a 18 anos	139	68,1
> 19 anos	13	6,4
Não responderam	5	2,5
<b>Parceiro Fixo</b>		
Sim	49	24
Não	153	75
Não se aplica	2	1
<b>Uso do Preservativo com parceiro Fixo</b>		
Regularmente	4	2
Às vezes	15	7,4
Nunca	30	14,7

Não se aplica	155	76
<b>Conhece a condição sorológica do Parceiro Fixo</b>		
Sim	24	11,8
Não	25	12,3
Não se aplica	155	76
<b>Parceiro fixo positivo para HIV</b>		
Sim	1	0,5
Não	23	11,3
Não se aplica	180	88,2
<b>Tipo de Sexo</b>		
Sexo Anal	3	1,5
Sexo Vaginal	128	62,7
Sexo Oral	1	0,5
Mais de um tipo de sexo	69	33,8
Recusou Resposta	1	0,5
Não se aplica	2	1,0
<b>Parceiro Sexual Eventual</b>		
Tem parceiro eventual	67	32,8
Não tem parceiro eventual	134	65,7
Recusou resposta	1	0,5
Não se aplica	2	1,0
<b>Já teve relação sexual contra vontade</b>		
Sim	30	14,7
Não	172	84,3
Não se aplica	2	1,0
<b>Já teve relação sexual com usuário de drogas</b>		
Sim	129	63,2
Não	73	35,8
Não se aplica	2	1,0
<b>Já teve relação com profissional do sexo</b>		
Sim	134	65,7
Não	67	32,8
Recusou Resposta	1	0,5
Não se aplica	2	1,0
<b>Já pagou dinheiro/drogas/comida em troca de sexo</b>		
Sim	125	61,3
Não	76	37,3
Recusou resposta	1	0,5
Não se aplica	2	1
<b>Já recebeu dinheiro/drogas/comida em troca de sexo</b>		
Sim	71	34,8
Não	130	63,7
Recusou resposta	1	0,5
Não se aplica	2	1,0
<b>Acesso ao Preservativo</b>		
Compra o preservativo	53	26

Recebe o preservativo na unidade básica de saúde	88	43,1
Tem acesso ao preservativo por amigos/conhecidos	5	2,5
Relatou não ter acesso ao preservativo	6	2,9
Outro tipo de acesso ao preservativo	11	5,4
Relatou não usar o preservativo	7	3,4
Compra o preservativo e também recebe na UBS	34	16,7

**Fonte:** Pesquisa direta.

#### 4.2.2. Características comportamentais do uso de álcool e outras drogas de pessoas em situação de rua

Conforme descrito na tabela 3, a maioria dos participantes 92,6%, já fizeram uso de álcool, e 62,7% ainda fazem o uso de álcool, 27% fazem o uso de 2 a 3 vezes na semana. Quando perguntados sobre o uso da maconha, 77,9% já fizeram o uso e 40,2 % ainda fazem o uso. Em relação ao Crack, 64,7% já fizeram o uso e 33,3% ainda usam, 62,7% já fizeram o uso da cocaína e 16,7% ainda a utiliza. Sobre o tempo de uso de drogas, 41,7% usam há mais de 10 anos, e 44,1 % responderam que faz menos de uma semana que não utilizam drogas.

**Tabela 3:** Características comportamentais do uso de álcool e outras drogas de pessoas que vivem em situação de rua (n=204) Teresina-PI, 2017 a 2018.

Variáveis	n	%
<b>Uso do álcool</b>		
Já fez uso do álcool	189	92,6
Nunca fez uso do álcool	15	7,4
<b>Uso do álcool atualmente</b>		
Faz uso do álcool atualmente	128	62,7
Não faz uso do álcool atualmente	61	29,9
Não se aplica	15	7,4
<b>Tipo de Bebida</b>		
Consome Cerveja	12	5,9
Consome Cachaça	59	28,9
Consome Vodka	5	2,5
Outro tipo de bebida	1	0,5
Consome mais de um tipo de bebida	51	25
Não se aplica	76	37,3
<b>Frequência do Uso de Bebida Alcoólica</b>		
1 vez na semana	12	5,9
2 a 3 vezes na semana	55	27
Todo dia da semana	40	19,6
Uma vez no mês	21	10,3
Não se aplica	76	37,3

---

<b>Uso da Maconha</b>		
Já fez uso de maconha	159	77,9
Nunca fez uso de maconha	45	22,1
<b>Uso da maconha atualmente</b>		
Faz uso da maconha atualmente	82	40,2
Não faz uso da maconha atualmente	77	37,7
Não se aplica	45	22,1
<b>Uso do Crack</b>		
Já fez o uso do Crack	132	64,7
Nunca fez uso do Crack	72	35,3
<b>Uso do Crack atualmente</b>		
Faz uso do crack atualmente	68	33,3
Não faz uso do crack atualmente	64	31,4
Não se aplica	72	35,3
<b>Uso da Cocaína</b>		
Já fez uso de cocaína	128	62,7
Nunca fez uso de cocaína	76	37,3
<b>Uso da Cocaína atualmente</b>		
Faz uso de cocaína atualmente	34	16,7
Não faz uso de cocaína atualmente	94	46,1
Não se aplica	76	37,3
<b>Uso de Cocaína Injetável</b>		
Já fez uso de cocaína injetável	11	5,4
Nunca fez uso de cocaína injetável	193	94,6
<b>Uso de Cocaína Injetável atualmente</b>		
Faz uso de cocaína injetável atualmente	3	1,5
Não faz uso de cocaína injetável	8	3,9
Não se aplica	193	94,6
<b>Tipos de Drogas</b>		
Faz uso de Maconha	24	11,8
Faz uso de Cocaína	5	2,5
Faz uso de Crack	22	10,8
Faz uso de Cola	1	0,5
Faz uso de Lança perfume	1	0,5
Faz uso de outro tipo de droga	3	1,5
Faz uso de mais de um tipo de droga	71	34,8
Não se aplica	77	37,7
<b>Tempo de Uso das Drogas</b>		
< 6 meses	3	1,5
6 meses a 1 ano	5	2,5
1 ano a 5 anos	16	7,8
5 a 10 anos	31	15,2
> 10 anos	85	41,7
Não se aplica	62	30,4
Não respondeu	2	1
<b>Tempo que não usa drogas</b>		
< 1 semana	90	44,1
1 a 2 semanas	17	8,3
2 a 4 semanas	4	2,0
1 a 6 meses	17	8,3

---

6 meses a 1 ano	7	3,4
> 1 ano	20	9,8
Não se aplica	48	23,5
Não soube responder	1	0,5

Fonte: Pesquisa direta.

### 4.3 Outras características para a infecção do HIV de pessoas que vivem em situação de rua

Quando perguntados se já tinham realizado o teste para o HIV anteriormente, 80,4% responderam já terem feito. Ao serem perguntados se já tiveram alguma IST anteriormente, 57,4 % afirmaram nunca ter tido (Tabela 4).

**Tabela 4:** Outras características para a infecção do HIV de pessoas que vivem em situação de rua (n=204) Teresina-PI, 2017 a 2018.

Variáveis	n	%
<b>Teste HIV anteriormente</b>		
Já fez teste para HIV alguma vez na vida	164	80,4
Nunca fez o teste rápido para o HIV	40	19,6
<b>Compartilha objetos cortantes</b>		
Compartilha objetos cortantes	108	52,9
Não compartilha objetos cortantes	96	47,1
<b>Histórico de IST</b>		
Já teve alguma IST	84	41,2
Nunca teve IST	117	57,4
Não sabe	3	1,5
<b>Atividade Educativa sobre IST</b>		
Já participou de alguma atividade educativa sobre IST	114	55,9
Nunca participou de alguma atividade educativa sobre IST	90	44,1

Fonte: Pesquisa direta.

### 4.4 Prevalência da infecção pelo HIV e variáveis associadas

Do total de participantes, 3,9 % (IC 95%: 1,93-1,99) apresentaram resultado positivo para o HIV, através do resultado da testagem rápida.

**Tabela 5.** Prevalência da infecção pelo HIV de pessoas que vivem em situação de rua (n=204) Teresina-PI, 2017 a 2018.

	n	Prevalência (%)	IC 95%*
<b>Anti-HIV1</b>	8	3,9	1,93 - 1,99

Fonte: Pesquisa direta. \*IC 95%: Intervalo de confiança de 95%.

A tabela 6, mostra o valor de  $p$  da associação das variáveis com a prevalência do HIV. As seguintes variáveis que apresentaram valor de  $p \leq 0,05$ : parceiro positivo para o HIV, já teve relação com pessoas do mesmo sexo e já teve alguma IST.

**Tabela 6.** Diferenças entre as proporções associadas ao HIV em pessoas que vivem em situação de rua (n=204) Teresina-PI, 2017 a 2018.

Variáveis	Prevalência do HIV		$p$
	N	%	
<b>Idade</b>			
18 a 30 anos	3/69	4,3%	
Mais de 30 anos	5/135	3,7%	0,823
<b>Tempo em Situação de Rua</b>			
Até 1 ano	1/66	1,5%	
Maior que 1 ano	7/138	5,1%	0,221
<b>Sexo</b>			
Masculino	7/178	3,9%	
Feminino	1/26	3,8%	0,983
<b>Anos de Estudo</b>			
Mais de 12 anos	1/64	1,6%	
De 1 a 12 anos	7/119	5,9%	0,221
Analfabeto	0/21	0,0%	
<b>Cor</b>			
Não Branco	8/173	4,6%	
Branco	0/31	0,0%	0,222
<b>Religião</b>			
Tem religião	4/137	2,9%	
Não tem religião	4/67	6,0%	0,292
<b>Tem Companheiro</b>			
Não	8/179	4,5%	
Sim	0/25	0,0%	0,281
<b>Tem Filhos</b>			
Sim	4/131	3,1%	
Não	4/73	5,5%	0,392
<b>Região de Naturalidade</b>			
Região nordeste	8/181	4,4%	
Outra região	0/23	0,0%	0,304
<b>Tem Profissão</b>			
Sim	6/166	3,6%	
Não	2/38	5,3%	0,637
<b>Possui Renda</b>			
Sim	4/87	4,6%	
Não	4/117	3,4%	0,668
<b>Esteve em Casa de Apoio</b>			
Sim	7/148	4,7%	
Não	1/56	1,8%	0,334
<b>Já Sofreu Discriminação</b>			
Sim	6/127	4,7%	



Não	2/77	2,6%	0,448
<b>Experiência em Cárcere</b>			
Não	2/94	2,1%	
Sim	6/110	5,5%	0,222
<b>Motivo Pelo Qual Está na Rua</b>			
Álcool e drogas	2/55	3,6%	
Conflito familiar	6/97	6,2%	0,178
Outro Motivo	0/52	0,0%	
<b>Em Quais Locais Esteve em Situação de Rua</b>			
Região nordeste	8/154	5,2%	
Outras regiões	0/50	0,0%	0,100
<b>Tipo de Experiência na Rua</b>			
Fica o dia todo, mas não dorme na rua	2/104	1,9%	
Fica o dia todo e dorme na rua	6/100	6,0%	0,134
<b>Tempo que Frequenta o Centro POP</b>			
Menos de 1 ano	5/130	3,8%	
Mais de 1 ano	3/74	4,1%	0,941
<b>Local da Rua que Costuma Ficar</b>			
Outros lugares	4/66	6,1%	
Zona central	4/138	2,9%	0,276
<b>Orientação Sexual</b>			
Heterossexual	7/183	3,8%	
Homossexual	1/21	4,8%	0,834
<b>Já Teve Relação Sexual</b>			
Sim	8/202	4,0%	
Não	0/2	0,0%	0,774
<b>Idade da 1ª Relação Sexual</b>			
Até 18 anos	8/186	4,3%	
Mais de 18 anos	0/18	0,0%	0,369
<b>Uso do Preservativo na 1ª Relação Sexual</b>			
Usou	4/56	7,1%	
Não usou	4/146	2,7%	0,339
Não se aplica	0/2	0,0%	
<b>Tem Parceiro Fixo</b>			
Sim	1/49	2,0	
Não	7/155	4,5%	0,437
<b>Tem Parceiro Eventual</b>			
Sim	2/67	3,0%	
Não	6/137	4,4%	0,630
<b>Já Teve Relação com Pessoas do Mesmo Sexo</b>			
Não	2/144	1,4%	
Sim	6/58	10,3%	0,012
Não se aplica	0/2	0,0%	

<b>Já Foi Forçado a Ter Relação Contra sua Vontade</b>			
Não	5/172	2,9%	
Sim	3/30	10,0%	0,174
Não se aplica	0/2	0,0%	
<b>Já teve Relação Sexual com pessoas que usam drogas</b>			
Não	3/73	4,1%	
Sim	5/129	3,9%	0,956
Não se aplica	0/2	0,0%	
<b>Já Teve Relação Sexual com Profissional do Sexo</b>			
Não	1/67	1,5%	
Sim	7/135	5,2%	0,427
Não se aplica	0/2	0,0%	
<b>Já Pagou em Troca de Sexo</b>			
Não	2/76	2,6%	
Sim	6/126	4,8%	0,721
Não se aplica	0/2	0,0%	
<b>Já Recebeu em Troca de Sexo</b>			
Não	5/130	3,8%	
Sim	3/72	4,2%	0,954
Não se aplica	0/2	0,0%	
<b>Já Teve Alguma IST</b>			
Não	1/117	0,9%	
Sim	6/84	7,1%	0,002
Não sabe	1/3	33,3%	
<b>Já Participou de Alguma Atividade Educacional sobre IST</b>			
Não	4/90	4,4%	
Sim	4/114	3,5%	0,732
<b>Já Fez Uso de Álcool</b>			
Sim	8/189	4,2%	
Não	0/15	0,0%	0,416
<b>Já Fez Uso de Cigarro</b>			
Sim	8/178	4,5%	
Não	0/26	0,0%	0,270
<b>Já Fez Uso de Maconha</b>			
Não	1/45	2,2%	
Sim	7/159	4,4%	0,506
<b>Já Fez Uso de Crack</b>			
Não	2/72	2,8%	
Sim	6/132	4,5%	0,534
<b>Há Quanto Tempo Faz Uso de Drogas</b>			
Mais de 1 ano	0/10	0,0%	
Menos de 1 ano	7/132	5,3%	0,376

Não se aplica	1/62	1,6%	
<b>Já Compartilhou Seringa de Droga Injetável</b>			
Sim	1/10	10,0%	
Não	0/17	0,0%	0,433
Não se aplica	7/177	4,0%	
<b>Compartilha Objetos Cortantes</b>			
Não	3/96	3,1%	
Sim	5/108	4,6%	0,581

Fonte: Pesquisa direta.

## 5. DISCUSSÃO

No Brasil, ainda há uma subnotificação do número de pessoas que vivem em situação de rua. Trata-se de uma população predominantemente masculina. Corroborando com a pesquisa de Parker *et al.* (2014), que em uma amostra total de 244 pessoas em situação de rua, 192 (78,69%) eram homens, 51 eram mulheres (20,90%) e uma era pessoa transgênera (0,41%). De acordo com a UNAIDS (2017), os homens geralmente são mais vulneráveis, pois, são mais propensos a sofrer lesões relacionadas à violência e aos acidentes quando comparado com as mulheres, e buscam menos os serviços de saúde. Esses resultados sugerem que a população masculina se encontra mais exposta aos diversos agravos considerando a situação de rua.

Trata-se também de uma população de adultos jovens, em sua maioria e média de idade de 37 anos. Os achados encontrados foram congruentes com um estudo realizado com a população em situação de rua da Costa Rica (35 anos), com mínimo de 18 anos e máximo 60 (HIDALGO; MENDEZ; SEGURA, 2013). Esses dados demonstram uma parcela da sociedade com potencial para qualificação e realização de atividades profissionais.

Em nível internacional, em relação ao nível de escolaridade, também foram encontrados resultados semelhantes entre o presente estudo e a literatura. Estudo realizado nos EUA com 244 entrevistados em situação de rua mostrou que 73,36% não possuíam Ensino Médio completo e em outro estudo realizado no Irã, 40,7% dos pesquisados eram analfabetos (PARKER; DYKEMA, 2014; ZADEH, *et al.*, 2014).

No cenário brasileiro, um estudo realizado em Ribeirão Preto, região Sudeste do Brasil, com pessoas em situação de rua, mostrou que os sujeitos relataram ser alfabetizados, entretanto, todos apresentaram baixa escolaridade, sendo o nível Fundamental do ensino regular o período em que ocorre o abandono escolar (FIORATI *et al.*, 2015). Isso corrobora com os dados encontrados nesse estudo e mostra que a baixa escolaridade é uma condição presente nessa população e que pode contribuir em relação com a condição de vida que os encontram e consequentemente a situação de saúde desses indivíduos.

Neste estudo, em relação ao estado civil, a maioria (73,5%) declarou-se como solteiros e o principal motivo para viver em situação de rua foi o conflito familiar. Corroborando com o estudo realizado na cidade de Medellín, com habitantes de rua, predominou o estado civil de solteiros, viúvos e divorciados, 89%. (BERBESÍ *et al.*, 2015). Entre os motivos que os levaram à falta de moradia, estiveram presentes conflitos familiares (47,5%), seguidos do uso de álcool e outras drogas (27%), além de outros motivos. Essa situação sugere que o conflito familiar

pode contribuir para a desconstrução de vínculos afetivos entre familiares e/ou parcerias e que pode favorecer a condição de morar na rua

Sobre o tempo de vida nas ruas apresentaram-se intervalos diferentes para os indivíduos, sendo mais frequentes os períodos com mais de 10 anos (25,5%), entre 1 a 5 anos (24,5%) e com menos de 6 meses (24%). Observou-se neste estudo que a maioria das pessoas entrevistadas são naturais da Região Nordeste, mas com uma grande circulação entre outras regiões do país. Essa situação sugere que pessoas que vivem em situação de rua tem características de uma população flutuante o que pode dificultar a realização de uma assistência integral a saúde.

Um estudo realizado em seis capitais brasileiras mostrou que os sujeitos pesquisados relataram ter morado na rua, durante a vida, pelo menos uma vez há menos de seis meses, com menor tempo de 30 dias. Já em um estudo realizado na Grécia, o tempo mínimo foi de 12 meses (HALPERN *et al.*, 2017; SYPSA *et al.*, 2015). Porém, esse tempo de vida nas ruas é bastante relativo, muitos acabam retornando para seus lares, internando-se em serviços de reabilitação para tratamento de drogas e por causas diversas. Observando que a partir dos dados encontrados nesse estudo e corroborando com autores acima que quanto maior o tempo em situação de rua, maiores as vulnerabilidades e os riscos às possíveis infecções.

Neste estudo, prevaleceram pessoas heterossexuais, corroborando com o estudo de Amiri *et al.* (2016), em que a maioria de 93,75% das pessoas infectadas pelo HIV foram identificadas como heterossexuais e 6,25% das pessoas recusaram-se a autoidentificar orientação sexual. Assim, o HIV encontra-se com maior prevalência em pessoas do sexo masculino, que possuem maior vulnerabilidade.

Os comportamentos sexuais da população estudada não foram diferentes do que é descrito na literatura. Um estudo realizado com 421 adultos desabrigados mostrou que 37% dos entrevistados eram sexualmente ativos e destes 75,7% relataram sexo desprotegido (WENZEL *et al.*, 2017). Esse aspecto infere na necessidade de informação sobre medidas de prevenção para pessoas que vivem em situação de rua.

Esse estudo mostrou que pelo fato de morar em situação de rua passam por diversas situações de risco para o HIV, como consumo elevado de álcool e drogas e parceria casual e afetiva sem uso do preservativo. Em estudos com homens de rua, mais de dois terços dos participantes relataram ter feito sexo sem preservativo nos últimos seis meses e cada parceiro sexual adicional foi associado a um aumento de mais de duas vezes as chances de praticar sexo sem preservativo (HSU *et al.*, 2015; KENNEDY *et al.*, 2013). Em uma amostra de adultos sem-

teto sexualmente ativos, homens e mulheres, aproximadamente 76%, relataram ter sexo sem preservativo (WENZEL *et al.*, 2017).

A respeito da prática sexual, principal via de risco para infecção por HIV, em um estudo realizado no Quênia por Goldblatt, *et al.* (2015), o sexo anal associou-se ao aumento da prevalência da infecção por HIV, no entanto, nenhum dos participantes dessa mesma pesquisa que relatou sexo vaginal, não uso de preservativos ou abuso de substância, estiveram relacionadas à infecção. Essas evidências apontam para o fato de que muitos dos fatores de risco aos quais as pessoas em situação de rua estão sujeitas nem sempre contribuem para um aumento na prevalência da infecção entre esse público.

Estudo realizado na capital do Estado de São Paulo no Sudeste do Brasil, o uso de preservativo em todas as relações sexuais foi relatado por 38,3% dos moradores de rua, enquanto às vezes e nunca foram referidos por 32,6% e 29,2%, respectivamente (GRANGEIRO *et al.*, 2012). Observou-se, assim, que existe ainda uma baixa frequência no uso do preservativo em todas as relações sexuais, independentemente do tipo de parceria sexual, visto que a inconsistência do uso do preservativo aumenta o risco de infecções sexualmente transmissíveis como o HIV.

Um estudo realizado em parceiros sexuais de pessoas que injetam drogas, no Cazaquistão e no Quirguistão, encontrou que um número limitado de participantes (31 mulheres e 6 homens; 2% da população do estudo) relatou estar ciente de ter um parceiro soropositivo. Para as participantes do sexo feminino, ter um parceiro HIV positivo e seu próprio uso prévio de drogas injetáveis foram dois fatores associados à prevalência de HIV- positivo significativamente maior ( $p < 0,001$ ), mas o número de parceiros sexuais ( $p = 0,37$ ) relatou sintomas de IST ( $p = 0,05$ ) e o uso consistente de preservativos com todos os parceiros nos últimos 12 meses ( $p = 0,53$ ) não foi associado à soropositividade. Para os participantes do sexo masculino, ter um parceiro HIV positivo e o uso consistente de preservativos com todos os parceiros nos últimos 12 meses foram os únicos fatores associados ao maior risco de soropositividade para o HIV ( $p < 0,001$ ) (DERYABINA; PATNAIK; EL-SADR, 2019).

Ainda nesse sentido, um estudo realizado em Atenas (Grécia) revelou que os fatores de risco, como a habitação instável associada a comportamentos sexuais de risco, o uso inconsistente do preservativo e múltiplos parceiros sexuais foram confirmados como pressupostos para infecção por pessoas que não possuem moradia (SYPSA *et al.*, 2015).

Um estudo realizado em São Paulo sobre a prevalência de Sífilis em moradores de rua mostrou que o uso de preservativo, em algumas relações sexuais, foi reportado por 70,9% dos indivíduos, sendo 50,5% entre as mulheres e 74,3% entre os homens. Entre os que informaram

o uso do preservativo (70,9%), 38,3% relataram o uso em todas as relações sexuais e 32,6% somente em algumas relações (PINTO *et al.*, 2014).

No presente trabalho, os resultados mostraram que a maioria afirmou ter pago dinheiro/drogas/comida em troca de sexo. E em relação a ter recebido algo em troca de sexo, a maioria afirmou não ter recebido, mas 71 (34,8%) já receberam. Essas situações apresentadas mostram as diversas vulnerabilidades que essa população está exposta.

De acordo com Asante *et al.* (2014), os comportamentos de saúde entre jovens em situação de rua mostraram sua vulnerabilidade para a infecção pelo HIV como resultado de seus altos níveis de comportamentos sexuais de risco, ou seja, múltiplos parceiros sexuais, envolvimento no sexo de sobrevivência e uso inconsistente de preservativos em contextos de consumo considerável de álcool e drogas. Além disso, muitos fatores tornam as mulheres jovens vulneráveis à infecção pelo HIV, como a falta de poder para negociar sexo seguro, comércio sexual, serem vítimas de sexo forçado.

Em relação à realização do teste para o HIV, 80,4% responderam já ter feito. Um estudo na Grécia aponta que a testagem foi maior, (64,1%) relatou ter sido testado para o HIV no passado (SYPSA *et al.*, 2015). Ainda existe, atualmente, uma baixa adesão à testagem rápida, principalmente nessa população, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a negligência com a própria saúde. Dessa forma, uma oportunidade de realização de teste para o HIV, nessa população, torna-se importante considerando a possibilidade de detecção precoce e possibilidade de tratamento.

Neste estudo, o uso de álcool predominou em 189 (92,6%) dos entrevistados. Segundo o UNAIDS (2017), o uso nocivo do álcool aumenta o risco de uma série de doenças transmissíveis e não transmissíveis, incluindo HIV. A ligação entre o consumo de álcool pelos homens, e o aumento do comportamento de risco sexual com a aquisição do HIV foi documentada em uma variedade de subpopulações e configurações, incluindo soldados angolanos, migrantes da região central e trabalhadores não migrantes no Cazaquistão e homens que fazem sexo com homens na Índia.

Assim, o consumo excessivo de álcool também demonstrou aumentar a progressão da doença nas pessoas que vivem com HIV. A ingestão do álcool é comum neste segmento, sendo referida como atenuante da percepção das rupturas sofridas e como meio de estabelecimento de laços com outros indivíduos em situação de rua (AGUIAR; IRIART, 2012).

Um estudo realizado no Canadá, com 1149 jovens envolvidos na rua, mostrou que o uso de álcool perigoso foi relatado por um terço dos jovens (n=423; 36,8%) nos seis meses anteriores envolvidos com rua nesse cenário. Desses 78 (18,4%) relatou o uso diário de drogas

ilícitas e 32 (7,6%) engajamento em trabalho sexual (FAIRBAIRN *et al.*, 2017). Observando que o início precoce do uso de drogas na adolescência, pode ocasionar diversas consequências incluindo a vivência na rua.

O consumo de cigarro e de maconha também apresentou altas taxas, 178 (87,3%) das pessoas em situação de rua usavam cigarro, e 159 (77,9%) usavam maconha. A maioria, 96 (64%) das pessoas em situação de rua também já haviam utilizado o crack. De acordo com Bastos e Bertoni (2014), é expressiva a proporção de usuários de crack e/ou similares que se encontram na situação de rua aproximadamente 40% dos usuários no Brasil se encontravam em situação de rua no momento da pesquisa. Isso não quer dizer que esse contingente expressivo, necessariamente, morava nas ruas, mas que nelas passava a maior parte do seu tempo, mostrando que o uso de drogas, principalmente o crack, é um fator de risco para estar em situação de rua, principalmente pela perda de vínculos e pela destruição da vida do usuário.

Um estudo realizado nos Estados Unidos, com adultos em situação de rua, mostrou que a prevalência de tabagismo entre os moradores de rua é cerca de quatro vezes maior que a da população em geral, com estudos estimando que mais de 70% das pessoas que vivem em situação de rua são fumantes atuais. Relatou também que o uso de drogas e álcool conferiu altas probabilidades de fumar nesta população de rua e existe a necessidade de intervenções para os fumantes de rua, precisando ser intensivas e adaptadas para atender às necessidades exclusivas dessa população, pois estes muitas vezes usam o fumo para lidar com os efeitos de morar na rua (BAGGETT; RIGOTTI, 2010).

Quando perguntados quais os tipos de drogas que usam, 71 (34,8%) faz uso de mais de um tipo de drogas, usam maconha 24 (11,8%), crack 22 (10,8%), e cocaína 5 (2,5%). Estudo realizado em Salvador mostra que o uso e abuso de substâncias psicoativas foi referido pelos interlocutores a exemplo de crack, bebidas alcoólicas, maconha e cocaína, tendo sido consideradas as duas primeiras as mais usuais. O consumo, por vezes, já existia antes da chegada às ruas, mas neste contexto foi enfatizado pelos interlocutores como forma de minimizar as dificuldades e poder suportar o sofrimento das difíceis condições de vida nas ruas (AGUIAR; IRIART, 2012). Percebeu-se que o uso das drogas foram um dos motivos que levaram a viver na rua levando a vulnerabilidade de infecção para o HIV.

Um outro estudo com 247 mulheres sem lar e marginalmente alojadas, em São Francisco na Califórnia, 53,0% das mulheres eram HIV positivo, 70,9% eram fumantes, 24,3 % faz o uso diário de álcool, 47,8 % faz o uso de maconha e 39,3 % o uso do Crack (KIM *et al.*, 2017). A maioria dos estudos nessa população é feita por homens, estudos como esse mostra



a vulnerabilidade da mulher em situação de rua e os inúmeros riscos relacionados ao HIV, principalmente o abuso de drogas.

Autores destacaram que o compartilhamento de objetos e agulhas é um fator de risco à infecção por HIV presente em pessoas em situação de rua, da mesma maneira que o não uso ou uso menos frequente de preservativo por este público foi relatado como fator condicionante (AMIRI *et al.*, 2014; NERLANDER *et al.*, 2015; SYPSA *et al.*, 2015). Sabe-se que tais ações contribuem para a infecção uma vez que permitem o compartilhamento de fluídos entre os usuários infectados e não infectados, aumentando desta forma o número de novos casos.

Dessa forma, as pessoas em situação de rua mostraram-se em risco para o acometimento pelo HIV, pois afirmaram compartilhar seringas e objetos perfurocortantes. De acordo com Patel *et al.* (2014), o risco estimado de transmissão do HIV por ação foi maior para transfusão de sangue, seguido de exposição vertical, exposições sexuais e outras exposições parenterais (compartilhamento de seringas ou perfurações por agulhas).

Um estudo de revisão buscou as evidências científicas sobre a relação do status da habitação com o estado de saúde, a adesão ao TARV e os resultados do tratamento do HIV das PVHA. E identificou que as moradias inferiores, incluindo a falta de moradia e a vida em condições marginais, são comuns entre as PVHA e fortemente associadas à pior saúde, menores taxas de exposição e adesão à Terapia Antirretroviral de alta eficácia e aos resultados ótimos do tratamento do HIV (MILLOY *et al.*, 2012).

Nesse contexto, a prevalência do HIV encontrada em pessoas em situação de rua, revela taxas em diferentes regiões do mundo: EUA (América do Norte), Grécia (Europa), Ucrânia (Europa Oriental) (NERLANDER *et al.*, 2015; SYPSA *et al.*, 2015; PAGE *et al.*, 2017). No Brasil (América do Sul), estudo realizado com 564 indivíduos mostrou que 47,1% estiveram em situação de rua e desta a prevalência do HIV foi de 6,8% (HALPERN *et al.*, 2017). Percebe-se, portanto, que se trata de uma problemática mundial, com magnitude elevada e dados de prevalências com grande variação a depender da região, contudo ainda existe poucas pesquisas científicas relacionadas ao seguimento de pessoas em situação de rua com HIV, uma vez que predominou os estudos de natureza transversal, observando a necessidade de novos estudos que contemple essa área.

Um estudo realizado no Sudeste do Brasil, com 1405 pessoas em situação de rua, teve uma prevalência de 4,9%, resultados semelhantes a este estudo, pois a maior prevalência do HIV esteve associada a ser mais jovem (OR 18 a 29 anos = 4,0 [IC95% 1,54;10,46]), história de doença sexualmente transmissível (OR = 3,3 [IC95% 1,87;5,73]); e ter prática homossexual (GRANGEIRO *et al.*, 2012).

Assim, dentre os fatores de risco associados à infecção por HIV destaca-se o uso de drogas injetáveis nas pessoas infectadas pelo vírus (AMIRI *et al.*, 2014; PARKER *et al.*, 2014; SYPSA *et al.*, 2015; HALPERN *et al.*, 2017). As maiores chances de infecção estão relacionadas, principalmente, ao uso de crack e de cocaína (PARKER *et al.*, 2014; HALPERN *et al.*, 2017). No entanto, as probabilidades de infecção foram 2,3 vezes mais altas em pessoas em situação de rua que injetam drogas, sendo que entre os usuários que injetaram drogas há 2 anos ou menos, a incidência estimada foi de 23,4 novos casos de HIV (SYPSA *et al.*, 2015).

Quando comparada a prevalência do HIV dessa população com outras populações como cortador de cana, com prevalência para o HIV foi de 3 (0,3%) (DE CASTRO ROCHA *et al.*, 2018), HSH foi de 6,3% (BRIGNOL *et al.*, 2016), e 1% população prisional (SOUSA *et al.*, 2017), mostrando que ainda existe um risco de aumento dessa infecção em determinados grupos, e que existe uma segmentação da prevalência do HIV.

Em relação à comparação com dados locais da prevalência do HIV, no ano de 2017, no Piauí, foram notificados 160 casos de HIV na população geral, e 74 casos em gestantes, sendo a taxa de 1,6 por 1000 nascidos vivos, e em por capitais do Brasil, sendo que Teresina ficou em 18º no ranking com taxa de 2,6 por 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2018). Mostrando que a prevalência foi elevada na população do estudo, comparadas com outras populações e principalmente com dados na mesma região do estudo.

O presente estudo trata-se do primeiro sobre prevalência do HIV e fatores associados, em pessoas que vivem em situação de rua, no município de Teresina, Piauí. Essa informação é importante, por se tratar de uma população de difícil acesso e com grande risco de contaminação a infecção visto os seus comportamentos sexuais, elevado consumo de álcool e outras drogas, e dessa forma o fato de viver em situação de rua aumenta a vulnerabilidade aos diversos agravos.

## 6. CONCLUSÃO

A prevalência detectada foi de 3,9%, sendo maior do que a estimativa na população brasileira adulta e em gestantes, que foi de 2,6 por 1000 nascidos vivos no ano 2017. A amostra do estudo caracterizou os moradores de rua, como do sexo masculino, predominando a idade de 31 a 49 anos, solteiros, de cor pardo/moreno e de religião católica. A maioria tem filhos, com naturalidade na região nordeste, sabem ler e escrever, tendo de 9 a 12 anos de estudos, possuindo profissão e sem renda fixa. O principal motivo para viver em situação de rua foi conflito familiar, vivendo na rua, em média, de 1 a 5 anos.

Assim, pessoas que vivem em situação de rua apresentam comportamentos que aumentam a vulnerabilidade ao HIV. Urge a necessidade de melhor investimento em atividades de prevenção, detecção precoce do HIV e promoção da saúde com vista a melhoria do acesso ao serviço de saúde e qualidade de vida dessa população.

## RECOMENDAÇÕES

Diante dessa problemática, recomenda-se que intervenções educativas sejam realizadas para ampliar o conhecimento das pessoas em situação de rua, principalmente, no que diz respeito a prática sexual segura, e o não compartilhamento de objetos perfuro-cortantes. Além disso, é necessária a redução do uso de substâncias que favorecem práticas de risco para a infecção pelo vírus HIV.

Ressalta-se que se trata de uma população de difícil acesso e abordagem, quando não foi possível maior adesão ao tratamento e retorno dos casos detectados para registro da informação. É necessária a implementação de políticas públicas que considerem a especificidade deste segmento, tanto na área da saúde quanto na da educação, habitação e assistência social, levando em consideração o caráter flutuante das vivências destas pessoas.

Esse caráter interpela a propriedade dos processos de trabalho de cuidado e atenção psicossocial. Assim, sugere-se novos estudos nessa perspectiva e ainda estratégias de rastreamento de infecções nessa população, especialmente para o HIV, considerando que a detecção precoce da infecção pode ser uma estratégia prioritária para visibilidade, melhoria da prevenção e promoção da saúde dessa população.

## LIMITAÇÕES

Por se tratar de uma população flutuante e também por apresentar elevado consumo de álcool e drogas, sugere-se que esses fatores possam contribuir para dificuldade de adesão ao tratamento em Serviço de referência considerando que o retorno dessa população, após o encaminhamento não aconteceu a contento o que dificultou saber informações relacionadas ao acesso e outros dados clínicos sobre a infecção do HIV, como CD4 e carga viral. Sugere-se a realização de novos estudos com vista a detecção precoce do HIV e avaliação de diagnóstico tardio em populações semelhantes.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D.; OLIVEIRA, W. F. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 33, n. 2, 2017.
- ADEJUMO, O. A. et al. Contemporary issues on the epidemiology and antiretroviral adherence of HIV- 23 infected adolescents in sub-Saharan Africa: a narrative review. **Journal of the International AIDS Society**. 2015
- AGUIAR, M. M., & IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 28, 115-124, 2012.
- ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 49.2: 229-235, 2015.
- ALMEIDA, E. L., et al. Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. **Revista Mineira de enfermagem**, 15.2: 208-216, 2011.
- ALTICE, F. L., et al. HIV treatment outcomes among HIV-infected, opioid-dependent patients receiving buprenorphine/naloxone treatment within HIV clinical care settings: results from a multisite study. **Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)**, 56.Suppl 1: S22, 2011.
- AMIRI, F. B. et al. Vulnerability of homeless people in Tehran, Iran, to HIV, tuberculosis and viral hepatitis. **PLoS One**, v. 9, n. 6, p. e98742, 2014.
- ARAÚJO, C. L. F., et al. A testagem anti-HIV nos serviços de ginecologia do município do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 18.1: 82-89, 2014.
- ASANTE, K. O. et al. Substance use and risky sexual behaviours among street connected children and youth in Accra, Ghana. **Substance abuse treatment, prevention, and policy**, v. 9, n. 1, p. 45, 2014.
- ATARO, Z. et al. Magnitude and associated factors of diabetes mellitus and hypertension among adult HIV-positive individuals receiving highly active antiretroviral therapy at Jugal Hospital, Harar, Ethiopia. **HIV/AIDS (Auckland, NZ)**, v. 10, p. 181, 2018.
- BAGGETT, T. P.; RIGOTTI, N. A. Cigarette smoking and advice to quit in a national sample of homeless adults. **American journal of preventive medicine**, 39.2: 164-172, 2010.
- BARATA, R. B. et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**. v. 24, supl. 1, p. 219-232, 2015.
- BASTOS, F. I. P. M.; BERTONI, N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: **ICICT/ FIOCRUZ**, 2014.
- BASTOS, J. L. D; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.

BERBESI, D. Y., et al. Prevalencia y factores asociados al VIH en habitante de calle de la ciudad de Medellín Colombia. **Rev Fac Nac Salud Pública.**;33(2):200-205, 2015.

BISCOTTO, P. R. et al. Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 750-756, 2016.

BONI, R.; VELOSO, V. G.; GRINSZTEJN, B. Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean. **Current Opinion in HIV and AIDS**, 9.2: 192-198, 2014.

BORYSOW, I. C.; CONILL, E. M.; FURTADO, J. P. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 879-890, 2017.

BOURNE, A. et al. Use of, and likelihood of using, HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Europe and Central Asia: findings from a 2017 large geosocial networking application survey. **Sex Transm Infect**, 2019, sextrans-2018-053705.

BRASIL. Lei no 9.313, de 13 de novembro de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids**. Diário Oficial da União 1996. [acessado 2019 jan 08]. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei9313.htm>

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção básica**. 2003.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Casa Civil. 24 dez 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. **Realização do Teste Rápido para HIV, Sífilis, Hepatites B e C na Atenção Básica e Aconselhamento em DST/Aids**. Brasília. 2012a

\_\_\_\_\_. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012b. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)>. Acesso em 10 out 2016.

\_\_\_\_\_. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE. **Pesquisa Censitária da População em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo**. Sumário Executivo, 2015. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia\\_social/observatorio\\_social/2015/censo/FIPE\\_smads\\_CENSO\\_2015\\_coletivafinal.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids Ano III - nº 1 - 27ª à 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2013 e 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014**. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico - Aids e IST**. Brasília, 2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRIGNOL, S. et al. Revista Brasileira de Epidemiologia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 256-271, 2016.

CALVO, F.; GIRALT, C.; TURRÓ, O. Tuberculosis, Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Virus de la Hepatitis-C en población sin-hogar. **Index de Enfermería**, 25.4: 248-252, 2016.

CARNEIRO, Mércia Bezerra Guimarães. Análise da profilaxia pós-exposição ao HIV em um hospital de doenças infecciosas em Fortaleza, CE. **RBAC**, 50.1: 65-70, 2018.

CATON, C; et al. Rates and Correlates of HIV and STI Infection Among Homeless Women. **AIDS & Behavior**. v.17, n.3, p. 856-864, 2013.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. **Infect Control Hosp Epidemiol.**;34(9):875-892, 2013.

\_\_\_\_\_. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Department of Health and Human Service. Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2017. **HIV Surveillance Report** 2018;29.

CEDERBAUM, J. A. et al. the hiv risk reduction needs of homeless women in Los Angeles. **Women's Health Issues**. v. 23, n. 3, p.167–172, 2013.

CHHEA, C.; SAPHONN, V. Report on Estimation and Projections on HIV/AIDS in Cambodia 2010–2015. **National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD, Phnom Penh**, 2011.

COURTNEY, L. P., et al. HIV prevalence and behavioral risk factors in the Sudan People's Liberation Army: Data from South Sudan. **PloS one**, 12.11: e0187689, 2017.

COUTINHO, M. F. C.; O'DWYER, G.; FROSSARD, V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde em Debate**, 42: 148-161, 2018.

DANCEY, C. P., REIDY, J. G., & ROWE, R. **Estatística Sem Matemática para as Ciências da Saúde**. Penso Editora. (2017).

DE CASTRO ROCHA, D. F. N. et al. Epidemiology of HIV, syphilis, and hepatitis B and C among manual cane cutters in low-income regions of Brazil. **BMC infectious diseases**, 18.1: 546, 2018.



- DEBLONDE J., et al. Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA. **BMC Public Health**. ;15(1):1228, 2015.
- DERYABINA, A. P.; PATNAIK, P.; EL-SADR, W. M. Underreported injection drug use and its potential contribution to reported increase in sexual transmission of HIV in Kazakhstan and Kyrgyzstan. **Harm reduction journal**, 16.1: 1, 2019.
- ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1839-1848, 2016.
- FAIRBAIRN, N., et al. The relationship between hazardous alcohol use and violence among street- involved youth. **The American journal on addictions**, v. 26, n. 8, p. 852-858, 2017.
- FAZEL, S., GEDDES, J. R., & KUSHEL, M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. **The Lancet**, 384(9953), 2014, 1529-1540.
- FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 15: 75-84, 2012.
- FIORATI, R. C., et al. Iniquidade e exclusão social: estudo com pessoas em situação de rua em Ribeirão Preto/SP. **Gestão e Saúde**. Pag-2120, 2015.
- FRANÇA, D. D. et al. HIV-1 infection among crack cocaine users in a region far from the epicenter of the HIV epidemic in Brazil: Prevalence and molecular characteristics. **PloS one**, v. 13, n. 7, p. e0199606, 2018.
- FUKUMOTO, A. E. C. G. et al. Evolution of patients with AIDS after cART: clinical and laboratory evolution of patients with AIDS after 48 weeks of antiretroviral treatment. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 55, n. 4, p. 267-273, 2013.
- GARCIA, M. R. V. Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **Temas psicol.** v. 21, n. 3, p. 1005-1019, dez., 2013.
- GOLDBLATT, A, *et al.* Prevalence and Correlates of HIV Infection among Street Boys in Kisumu, Kenya. **PLoS ONE**. v. 10, n. 10, 2015.
- GRANGEIRO, A. et al. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 674-684, 2012.
- HALPERN, S. C. et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00037517, 2017.
- HIDALGO J. L, MENDEZ A. M, SEGURA D. S. Seroprevalencia de hepatitis B, C y VIH en indigentes em Costa Rica. **Rev Costar Salud Pública**, 22(2):113-118, 2013.

HILLIS, S. D. et al. HIV seroprevalence among orphaned and homeless youth: no place like home. **Aids**, v. 26, n. 1, p. 105-110, 2012.

HSU H.-T. et al. Understanding consistent condom use among homeless men who have sex with women and engage in multiple sexual partnerships: A path analysis. **AIDS Behav.** 19:1676–1688, 2015.

**HUD – U.S Department of Housing and Urban Development. Continuum of Care Homeless Assistance Programs Homeless Populations and Subpopulations, 2017.**

Disponível em:

<[https://www.hudexchange.info/resource/reportmanagement/published/CoC\\_PopSub\\_NatlTerrDC\\_2017.pdf](https://www.hudexchange.info/resource/reportmanagement/published/CoC_PopSub_NatlTerrDC_2017.pdf)>. Acesso em 30 de novembro de 2018.

KAMI, M. T. M. et al., Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 50, n. 3, p. 442-449, 2016.

KENNEDY D.P. et al. Unprotected sex among heterosexually active homeless men: Results from a multi-level dyadic analysis. **AIDS Behav**, 17:1655–1667, 2013.

KERR, L. R. F. S et al. HIV among MSM in a large middle-income country. **Aids**, v. 27, n. 3, p. 427-435, 2013.

KHANIJOW, K. et al. Difference in Survival between Housed and Homeless individuals with HIV, San Francisco, 2002–2011. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**. v. 26, n. 3, p. 1005-1018, aug., 2015

KIDDER, D. P., et al. Health status, health care use, medication use, and medication adherence among homeless and housed people living with HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, 97.12: 2238-2245, 2007.

KIM, J. E., et al. Cigarette smoking among women who are homeless or unstably housed: examining the role of food insecurity. **Journal of Urban Health**, 94.4: 514-524, 2017.

LEBER W., et al. Promotion of rapid testing for HIV in primary care (RHIVA2): a cluster-randomised controlled trial. **Lancet HIV**. 2(6):e229–35, 2015.

LOGAN, L. J. et al. Correlates of HIV Risk Behaviors Among Homeless and Unstably Housed Young Adults. **Public Health Reports**. v. 128, p. 153-160, may. /jun., 2013.

MAGNO, E. S. et al. Fatores associados à coinfeção tuberculose e HIV: o que apontam os dados de notificação do Estado do Amazonas, Brasil, 2001-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00019315, 2017.

MARKS, G. et al. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 39, n. 4, p.446-453, 2005.

MARSHALL, B. D. L, et al. The population impact of eliminating homelessness on HIV viral suppression among people who use drugs. **AIDS (London, England)**, 30.6: 933, 2016.

MARTINS, T. et al. Cenário epidemiológico da infecção pelo HIV e AIDS no mundo. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 3, n. 1, p. 4-7, 2014.

MELESSE, D. Y., et al. Heterogeneity in geographical trends of HIV epidemics among key populations in Pakistan: a mathematical modeling study of survey data. **Journal of global health**, 8.1, 2018.

MELO, M. C, DONALISIO, M. R, CORDEIRO, R. C. Sobrevida de pacientes com AIDS e coinfeção pelo bacilo da tuberculose nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(11):3781-3792, 2017.

MILLOY, M.-J., et al. Housing status and the health of people living with HIV/AIDS. **Current HIV/AIDS Reports**, 9.4: 364-374, 2012.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Texto para Discussão, 2016.

NAVAZA B., et al. Provider-initiated HIV testing for migrants in Spain: a qualitative study with health care workers and foreign-born sexual minorities. **PLoS One**, 11(2):e0150223, 2016.

NERLANDER, L. M. C. et al. Behaviors Associated With a Risk of HIV Transmission From HIV-Positive Street Youth to Non-Street Youth in Ukraine. **Sex Transm Dis**. v. 42, n. 9, p. 513-520, sep., 2015.

NOSKA, A. J., et al. Prevalence of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis C Virus, and Hepatitis B Virus Among Homeless and Nonhomeless United States Veterans. **Clinical Infectious Diseases**, 65.2: 252-258, 2017.

PAGE, K., et al. HCV screening in a cohort of HIV infected and uninfected homeless and marginally housed women in San Francisco, California. **BMC public health**, v. 17, n. 1, p. 171, 2017.

PAIVA, I. K. S., et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2595-2606, 2016.

PALEPU, A., et al. Homelessness and adherence to antiretroviral therapy among a cohort of HIV-infected injection drug users. **Journal of Urban Health**, 88.3: 545-555, 2011.

PARKER, R. D; DYKEMA, S. Differences in Risk Behaviors, Care Utilization, and Comorbidities in Homeless Persons Based on HIV Status. **JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 25, n. 3, p. 214-223, 2014.

PATEL, P. *et al.* Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. **AIDS**, v. 28, n. 10, p. 1509-1519, 2014.

PINHEIRO, C. V. Q.; MEDEIROS, N. M. Práticas de prevenção do HIV/Aids e modos de subjetivação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.23, p. 629-646, 2013

REYES, M. E. M. **Atenção Integral ao paciente portador de HIV/AIDS: análise do acompanhamento realizado em uma unidade básica de saúde**. 2016.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cadernos de Saúde Pública**, 30: 1798-1799, 2014.

SANTOS, N. S. de O.; ROMANOS, M. T. V.; WIGG, M. D. **Introdução à virologia humana**. 2ed – [Reimpressão] – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SEPKOWITZ, K. A. AIDS - The first 20 years. **N Engl J Med**, 344 (23), 1764-72, 2001.

SILVA, O.; TAVARES, L. H. L.; PAZ, L. C. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. **Enfermagem em foco**, 2011, 2.SUP: 58-62.

SILVEIRA, J.L.G.C.; STANKE, R. Condição e representações da saúde bucal entre os sem-teto do município de Blumenau – Santa Catarina. **Ciências & Cognição**, v13, n. 1, p. 02-11, 2008.

SOPHEAB, Heng, et al. HIV prevalence, related risk behaviors, and correlates of HIV infection among people who use drugs in Cambodia. **BMC Infectious Diseases**, 18.1: 562, 2018.

SOUSA, K. A. A. et al. Fatores associados à prevalência do vírus da imunodeficiência humana em população privada de liberdade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03274, 2017.

SYPSA, V., et al. Homelessness and other risk factors for HIV infection in the current outbreak among injection drug users in Athens, Greece. **American journal of public health**, 105.1: 196-204, 2015.

TARSILLA, T. S. A. L., et al. Atuação do profissional de saúde junto à família com HIV/aids. *Revista Cubana de Enfermería*, 2016, 32.4.

TIRADO, M.C.B. A. et al. Qualidade de vida de gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) na cidade de São Paulo. **Rev.Bras .Ginecol. Obstet.**, v. 36, n.5, p.228-232, jan./abr., 2014.

TSE, W. S. et al. A narrative review of cost-effectiveness analysis of people living with HIV treated with HAART: from interventions to outcomes. **Clinico Economics and Outcome Research**. Aug. 2015

WENZEL, S. L, et al. Risk behavior and access to HIV/AIDS prevention services in a community sample of homeless persons entering permanent supportive housing. **AIDS Care**. v. 29, n. 5, p. 570-574, 2017.

WHO - World Health Organization. **Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV**. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

\_\_\_\_\_. World Health Organization. HIV/AIDS – Fact sheet. WHO; 2017. Disponível em < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>>

WONG, Lauren H., et al. Multiple types of childhood and adult violence among homeless and unstably housed women in San Francisco. **Violence and victims**, 31.6: 1171, 2016.

UNAIDS. 90- 90- 90. **Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de aids**. 2015a. Disponível em: [https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015\\_11\\_20\\_UNAIDS\\_TRATAMENTO\\_META\\_PT\\_v4\\_GB.pdf](https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf)

\_\_\_\_\_. **Global Aids Update**. 2015b. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update-2016\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf).

\_\_\_\_\_. **Global Aids Update**. 2017. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/blind\\_spot\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/blind_spot_en.pdf)

\_\_\_\_\_. Joint United Nations. **Programme on HIV/AIDS**. 2018. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/unaids-data-2018\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf)

ZADEH, A. O. T, *et al.* Prevalence of HIV infection and the correlates among homeless in Tehran, Iran. **Asian Pac J Trop Biomed**. v. 4, n. 1, p. 65-68, 2014.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A**  
**FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS**

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DA INFECÇÃO PELO  
HIV/AIDS EM PESSOAS QUE VIVEM EM SITUAÇÕES DE RUA**

**FORMULÁRIO**

**Nº FORMULÁRIO:** \_\_\_\_\_

<b>CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA ESTUDO</b>	
1. Idade: _____ DN ___/___/_____ Número cartão do SUS:	
2. Tempo em meses que vive em situação de rua:	
3. Encontra-se sob efeito de álcool e outras drogas? (0) Não (1) Sim	
<b>Elegível:</b> (0) Não; (1) Sim	
<b>SEÇÃO I: CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO</b>	
1. Sexo do paciente: 1 ( ) Masculino; 2 ( ) Feminino 1.1 Se FEMININO, está GESTANTE? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não; 88 ( ) Não se aplica	1-SEX  1.1 Gest
2. Estudou até qual série? 1 ( ) Sabe ler e escrever 2 ( ) Sabe ler	2-ESCOL
2.1. Estudou até que série? 1-Nunca estudou. 2-Ensino fundamental incompleto 3-Ensino fundamental completo 4-ensino médio incompleto. 5-Ensino médio completo- 6-Graduação incompleta <b>Classificar:</b> 1 ( ) Zero; 2 ( ) 1 a 4 anos; 3 ( ) 5 a 8 anos; 4 ( ) 9 a 12 anos; 5 ( ) 12 a 15 anos 6 ( ) mais de 15 anos	2.1 AnosDeESTU
3. Como você se classifica em relação à sua cor/raça? 1 ( ) Branco; 2 ( ) Negro; 3 ( ) Amarelo; 4 ( ) Pardo/Moreno	3-COR
4. Você tem religião? 1 ( ) Não; 2 ( ) Católica; 3 ( ) Evangélica; 4 ( ) Espírita; 5 ( ) Outra.	4-RELIG
5. Qual seu estado civil? 1 ( ) Casado(a)/União estável; 2 ( ) Solteiro(a); 3 ( ) Divorciado(a)/Separado(a); 4 ( ) Viúvo(a)	5-EST_CIV
6. Você tem filhos? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não 6.1 Se SIM, quantos? _____ 88 ( ) Não se aplica	6-FILHOS

	6.1- NUM_FILHO S
<b>7.</b> Qual cidade você nasceu (cidade e estado)? _____/_____ 1 ( ) Norte; 2 ( ) Nordeste; 3 ( ) Centro-oeste; 4 ( ) Sudeste ; 5 ( ) Sul	7-CIDAD
<b>8.</b> Você tem alguma profissão/ocupação? 1 ( ) Sim ; 2 ( ) Não	8-PROF
<b>9.</b> SE SIM, qual? _____ 88 ( ) Não se aplica	9- TIP_PROF
<b>10.</b> Você tem alguma renda fixa? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não	10-RENDA
<b>11.</b> SE SIM, quanto de renda tem em um mês? Classificar: 1 ( ) Menos de 1 salário; 2 ( ) Até 1 salário; 3 ( ) 1 a 2 salários; 4 ( ) 2 a 3 salários; 5 ( ) mais de 3 salários; 88 ( ) Não se aplica	11- VALOR_REN D
<b>12.</b> De onde vem sua renda? 1 ( ) Assistência/benefício; 2 ( ) Família/amigo; 3 ( ) Trabalho com ou sem carteira assinada; 4 ( ) Trabalho temporário/bico; 6 ( ) Autônomo; 7 ( ) Outro: _____ 88 ( ) Não se aplica	12- TIP_RENDA
<b>13.</b> Você já ficou em casa de apoio? (Albergues, instituições terapêuticas) 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não	13- CAS_APOIO
<b>14.</b> SE SIM, qual motivo? 1 ( ) Álcool e outras drogas; 2 ( ) Transtorno mental; 3 ( ) Apoio social 4 ( ) Outro: _____ 88 ( ) Não se aplica	14- MOT_APOIO
<b>15.</b> Já se sentiu discriminado por alguma pessoa ou instituição? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não	15-DISCR
<b>16.</b> Você já foi preso? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não	16-PRESO
<b>SEÇÃO II: SITUAÇÃO DE VIVER NA RUA</b>	
<b>17.</b> Qual motivo o levou a viver na rua? 1 ( ) Conflito familiar; 2 ( ) Uso de álcool e outras drogas; 3 ( ) Déficit financeiro; 4 ( ) Outro: _____	17-MOT_RUA
<b>18.</b> Qual/Quais (s) já viveu a situação de rua? 1 ( ) Norte; 2 ( ) Nordeste; 3 ( ) Centro-oeste; 4 ( ) Sudeste; 5 ( ) Sul	18- CIDAD_RUA
<b>19.</b> Qual tipo de experiência de vida na rua? 1 ( ) Fica o dia todo e não dorme; 2 ( ) Só dorme; 3 ( ) Ambas.	19-TIP_EXP
<b>20.</b> Como você chegou ao Centro POP? 1 ( ) Secretaria Municipal de Assistência Social-SEMAS; 2 ( ) Consultório de rua; 3 ( ) Convidado por amigo/conhecido; 4 ( ) Outro: _____	20- CHEG_INST
<b>21.</b> Há quanto tempo frequenta o Centro POP? _____	21- TEMP_INST



22. Quando está na rua, quais os locais você costuma frequentar? _____	22-LOC_RUA
<b>SEÇÃO III: COMPORTAMENTO SEXUAL</b>	
23. Você sente atração sexual por: (ler as opções) 1 ( ) Homem; 2 ( ) Mulher; 3 ( ) Homem e mulher; 4 ( ) Nenhum	23-ORIENT
24. Você já teve relação sexual? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não	24-SEX
25. Com que idade você teve sua primeira relação sexual? _____	25- IDAD_SEX
26. Você usou o preservativo na sua primeira relação sexual? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não; 3 ( ) Recusou resposta.	26- PRES_SEX
27. Você tem parceiro(a) sexual fixo? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não	27-PAR_FIXO
28. SE SIM, usa camisinha com o parceiro(a) fixo? 1 ( ) regularmente 2 ( ) as vezes (3) nunca 88 ( ) Não se aplica	28- PRES_FIXO
29. Você sabe da condição sorológica do seu parceiro fixo? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não; 3 ( ) Não sabe; 88 ( ) Não se aplica	29- CONH_PAR
30. SE SIM, quais os resultados? ( <b>Ler opções</b> ) 88 ( ) Não se aplica HIV 1 ( ) Positivo; 2 ( ) Negativo	30-PAR_SOR
31. Você tem parceiro(a) eventual/casual? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não	31- PAR_EVEN
32. SE SIM, usa camisinha com o parceiro(a) eventual/casual? 1 ( ) regularmente; 2 ( ) as vezes (3) nunca 88 ( ) Não se aplica	32- PRES_EVEN
33. Você já teve relações sexuais com pessoas do mesmo sexo que o seu? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não; 3 ( ) Recusou resposta.	33- HOMO_SEX
34. Você tem qual/quais tipo(s) de prática sexual? 1 ( ) Anal; 2 ( ) Vaginal; 3 ( ) Oral; 4 ( ) Mais de um tipo; 4 ( ) Recusou resposta.	34-TIP_SEX
35. Você já foi forçado(a) fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não; 3 ( ) Não sabe; 4 ( ) Recusou resposta.	35-FOR_SEX
36. Você já teve relação sexual com usuários(as) de drogas? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não; 3 ( ) Recusou resposta.	36- DROG_SEX
37. Você já teve relação sexual com profissionais do sexo? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não; 3 ( ) Recusou resposta	37-PS_SEX
38. Você já pagou dinheiro/drogas/comida em troca de sexo? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não; 3 ( ) Recusou resposta	38-DEU_SEX

<b>39.</b> Você já recebeu dinheiro/drogas/comida em troca de sexo? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não; 3 ( ) Recusou resposta.	39- RECEB_SEX
<b>40.</b> Quantos parceiros sexuais você já teve por toda sua vida? _____	40-NUM_SEX
<b>41.</b> Como você tem acesso aos preservativos? 1 ( ) Compra; 2 ( ) Unidades de saúde; 3 ( ) Amigo/conhecido; 4 ( ) Não tem acesso; 5 ( ) Outro: _____	41- ACES_PRES
<b>42.</b> Você já teve alguma Infecção Sexualmente Transmissível? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não; 3 ( ) Não sabe 4 ( ) Recusou resposta.	42-IST_POS
<b>43.</b> Você já participou de alguma atividade educativa referente a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não; 3 ( ) Não sabe.	43-EDU_IST
<b>SEÇÃO IV: ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</b>	
<b>44.</b> Você já consumiu bebida alcoólica? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não	44-ALCOOL
<b>45.</b> Você bebe atualmente? 1( ) Sim; 2( )Não; 88 ( ) Não se aplica	45- ALCO_DIA
<b>46.</b> SE SIM, qual bebida você consome? 1 ( ) Cerveja; 2 ( ) Cachaça; 3 ( ) Vodka; 4 ( ) Whisky; 5 ( ) Outro: _____ 88 ( ) Não se aplica	46-TIP_ALCO
<b>47.</b> Qual a frequência que você consome? 1 ( ) 1x na semana; 2 ( ) 2 a 3x na semana; 3 ( ) Todo dia; 4 ( ) 1x por mês 88 ( ) Não se aplica	47- FREQ_ALCO
<b>48.</b> Alguma vez em sua vida você já fumou cigarro? 1( ) Sim; 2( ) Não	48-FUMA
<b>49.</b> Você fuma cigarro atualmente? 1( ) Sim; 2( )Não; 88 ( ) Não se aplica	49- FUMA_DIA
<b>50.</b> Alguma vez em sua vida você já fumou maconha? 1( ) Sim; 2( )Não	50- FUMA_MAC ON
<b>51.</b> Você fuma maconha atualmente? 1( ) Sim; 2( )Não; 88 ( ) Não se aplica	51- MACON_DIA
<b>52.</b> Alguma vez em sua vida você já usou crack? 1( ) Sim; 2( )Não	52-CRACK
<b>53.</b> Você usa crack atualmente? 1( ) Sim; 2( )Não; 88 ( ) Não se aplica	53- CRACK_DIA
<b>54.</b> Alguma vez em sua vida você já cheirou cocaína em pó? 1( ) Sim; 2( )Não	54-COCA
<b>55.</b> Você cheira cocaína atualmente? 1( ) Sim; 2( )Não; 88 ( ) Não se aplica	55- COCA_DIA
<b>56.</b> Alguma vez em sua vida você já usou cocaína injetada? 1( ) Sim; 2( )Não	56-COCA_INJ

<p><b>57.</b> Você usa cocaína injetável atualmente? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não; 88 ( ) Não se aplica</p>	57- COCAINJ_DI A
<p><b>58.</b> Quais tipos de drogas você usa? 1 ( ) Maconha 2 ( ) Cocaína 3 ( ) Crack 4 ( ) Merla 5 ( ) Cola 6 ( ) Lança perfume 7 ( ) Outra: _____ 88 ( ) Não se aplica</p>	58-TIP_DROG
<p><b>59.</b> Quanto tempo em meses faz o uso de drogas ilícitas? _____ 88 ( ) Não se aplica</p>	59- TEMP_DROG
<p><b>60.</b> Quanto tempo em meses não faz uso de alguma droga ilícita? _____ 88 ( ) Não se aplica</p>	60- NEG_DROG
<p><b>61.</b> Como você tem acesso as drogas ilícitas? 1 ( ) Amigos 2 ( ) Outras pessoas em situação de rua 3 ( ) Tráfico 4 ( ) Outro: _____; 88 ( ) Não se aplica</p>	61- ACES_DROG
<p><b>62.</b> Você já usou droga na veia? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 88 ( ) Não se aplica</p>	62- END_DROG
<p><b>63.</b> SE SIM, você compartilhou a mesma seringa/agulha? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não; 88 ( ) Não se aplica</p>	63- COMP_END
<b>SEÇÃO VIII: INFORMAÇÕES CLÍNICAS HIV</b>	
<p><b>64.</b> Você já fez o teste para aids alguma vez na vida? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não</p>	64-HIV_TEST
<p><b>65.</b> E você fez o teste para aids nos últimos 12 meses? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não</p>	65- HIVTEST_AN O
<p><b>66.</b> E qual foi o principal motivo para você ter feito o último teste para aids? 1 ( ) Por solicitação do empregador; 2 ( ) Doou sangue somente para se testar; 3 ( ) Pré-natal; 4 ( ) Algum comportamento de risco; 5 ( ) Curiosidade 6 ( ) Parceira(o) pediu; 7 ( ) Parceira(o) está infectada(o) pelo vírus da aids; 8 ( ) Indicação médica; 9 ( ) Outro motivo; 88 ( ) Não se aplica</p>	66- MOT_TESTHI V
<p><b>*67. Você possui alguma doença que precise tomar remédio com frequência ou todo dia?</b> 1 ( ) Não; 2 ( ) Diabetes; 3 ( ) Hipertensão; 4 ( ) Hanseníase; 5 ( ) Tuberculose; 6 ( ) Câncer; 7 ( ) Asma; 8 ( ) Outros.</p>	67- HIV_COMOR B
<p><b>68.</b> Resultado do teste rápido HIV: 1 ( ) Negativo; 2 ( ) Positivo</p>	68-HIV_TR
<p><b>69.</b> Já esteve internado? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não</p>	69-INTER
<p><b>70.</b> SE SIM, Qual o motivo da internação? _____; 88 ( ) Não se aplica</p>	70- MOT_INTER

71. SE SIM, Data da internação: _____; 88 ( ) Não se aplica	71- DATA_INTE R
<b>SEÇÃO X: PRÁTICAS DE RISCO HIV</b>	
72. Você compartilha seringa? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não	72- COMP_SER
73. Você compartilha objetos cortantes (alicate de unha, cortador de unha, barbeador)? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não	73- COMP_OBJ
74. Você já se sujou com sangue? 1 ( ) Sim; 2 ( ) Não	74- SUJ_SANG
<b>SEÇÃO XIII: CONTROLE TESTES RÁPIDOS</b>	
<b>RESULTADOS TESTE RÁPIDO DATA:</b> _____ <b>Teste 1: Rapid Check HIV 1 &amp; 2</b> (1) Positivo (2) Negativo <b>Teste 2: Confirmatório HIV</b> (1) Positivo (2) Negativo	
<b>SEÇÃO XIV: CONTROLE SOROLOGIA</b>	
<b>MARCADORES SOROLÓGICOS DATA:</b> _____ A – CD4: _____ B – CARGA VIRAL: _____	
<b>SEÇÃO XV: CONTROLE ENCAMINHAMENTOS</b>	
Foi encaminhado? 1 ( ) SIM 2 ( ) NÃO Data do encaminhamento: _____	
Motivo do encaminhamento: _____	
Local do encaminhamento: _____	
<b>ENCAMINHAMENTO POR HIV</b>	
Valor do CD4: _____	
Valor Carga Viral: _____	

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Coleta de exames: \_\_\_\_\_ Conferido por: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do estudo:** “Promoção da Saúde e estratégias para o enfrentamento da violência, do HIV e DST/Aids em moradores de rua da zona central de Teresina-PI”.

**Pesquisador(es) responsável(is):** Profa. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães e demais pesquisadores incluídos no estudo.

**Instituição:** Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prezado(a) senhor(a),

O(a) senhor(a) está sendo convidada(a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa e dessa forma precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**Descrição da pesquisa:** Para o alcance de todos os objetivos você será você deverá responder um formulário, e após essa etapa será realizado exames através de testes rápidos para HIV, HEPATITES B e C e sífilis, e administração de vacina contra Hepatite B. Informo que será utilizado material descartável, para realização de exames. Para verificar títulos protetores será realizado 5 ml de sangue periférico. Os resultados alterados serão encaminhados para uma instituição de referência do município de Teresina-Piauí, para confirmar o diagnóstico e receber tratamento adequado. O preenchimento do formulário poderá causar algum constrangimento, pois há perguntas de cunho íntimo e pessoal. A equipe é devidamente preparada e capacitada para contornar essa situação, podendo interromper a qualquer momento a coleta de dados. Ademais, com relação à coleta de sangue, a punção venosa e a administração da vacina são técnicas invasivas e que poderá haver um leve desconforto, porém os riscos serão mínimos e passíveis de ser contornados. O estudo é realizado sob a orientação da Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães que é professora do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFPI. O estudo é de grande importância e se faz necessário, pois pretende contribuir para identificar casos de HEPATITES, HIV E SÍFILIS, bem como contribuir com a vacinação contra Hepatite B e, dessa forma, contribuir para diminuir novos agravos e os casos necessários serão encaminhados para tratamento no serviço de referência do município de Teresina-Piauí.

**Garantia do acesso:** Gostaria de informar que o senhor(a) terá a garantia do acesso em qualquer etapa do estudo por meio do contato com a pesquisadora, Rosilane de Lima Brito Magalhães, para esclarecimento de eventuais dúvidas ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, pelo telefone 086 3215 5437.

**Garantia do Sigilo:** se o(a) senhor(a) concordar em participar do estudo, seu nome e identidades serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por Lei ou por sua solicitação, somente os pesquisadores e o Comitê de Ética terão acesso as suas informações.

**Período de participação:** ao participante fica assegurado o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento. Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como participante. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a professora Rosilane de Lima Brito Magalhães sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso ao tratamento de referência caso seja necessário.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, como assistência ao tratamento.

**Assinatura do pesquisador:** \_\_\_\_\_

**Nome do participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do participante** \_\_\_\_\_

Teresina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**APÊNDICE C**  
**CARTA DE ENCAMINHAMENTO**

DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da realização do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA CLIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Tipo de exame realizado**

Anti-HIV:  Sim  Não

**Exame com resultados reagentes**

Anti-HIV:  Sim  Não

Encaminho o Sr(a). \_\_\_\_\_ para o Centro de Referência Lineu Araújo (Teresina-PI) para que seja realizado o seguimento ambulatorial. Informo que o exame original foi entregue para a paciente acima e que a mesmo foi informado sobre o resultado e a importância de acompanhamento ambulatorial.

Desde já sou grata.

Atenciosamente,  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosilane de Lima Brito Magalhães  
Docente/UFPI

**APÊNDICE D**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, Brasil, CEP 64049-550  
Telefones: (86) 3215-5511/3215-5513/215-5516; Fax (86) 3237-1812/3237-1216;  
Internet: www.ufpi.br



OFÍCIO Nº 01/2016 Teresina, 29 de janeiro de 2016

**DA: Profa. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães**  
**A: Coordenação Técnica do CENTRO POP de Teresina**

Senhora Coordenadora,

Eu, Rosilane de Lima Brito Magalhães, docente da Universidade Federal do Piauí, Coordenadora do Projeto de extensão intitulado: **Promoção da Saúde e estratégias para o enfrentamento da violência, do HIV e DST/Aids em moradores de rua da zona central de Teresina-PI**, que encontra-se em andamento nessa instituição, venho pelo presente solicitar autorização para continuar as ações assistenciais em populações vulneráveis. Acrescento que os problemas de saúde que forem identificados nessa população, serão acompanhados pelo projeto com o apoio da rede de atenção Básica de Saúde de Teresina. Ao tempo que informo sobre o compromisso com os relatórios mensal e final conforme exigência.

  
Profa. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães  
CPF: 167183  
UFPI

Profa. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães (UFPI)  
Docente

**Autorização institucional:**

Eu, Carmen Célia Araújo Gomes responsável pelo Centro POP de Teresina, declaro que conheço o projeto acima, bem como os objetivos, e informo que concordo em autorizar a execução do projeto.

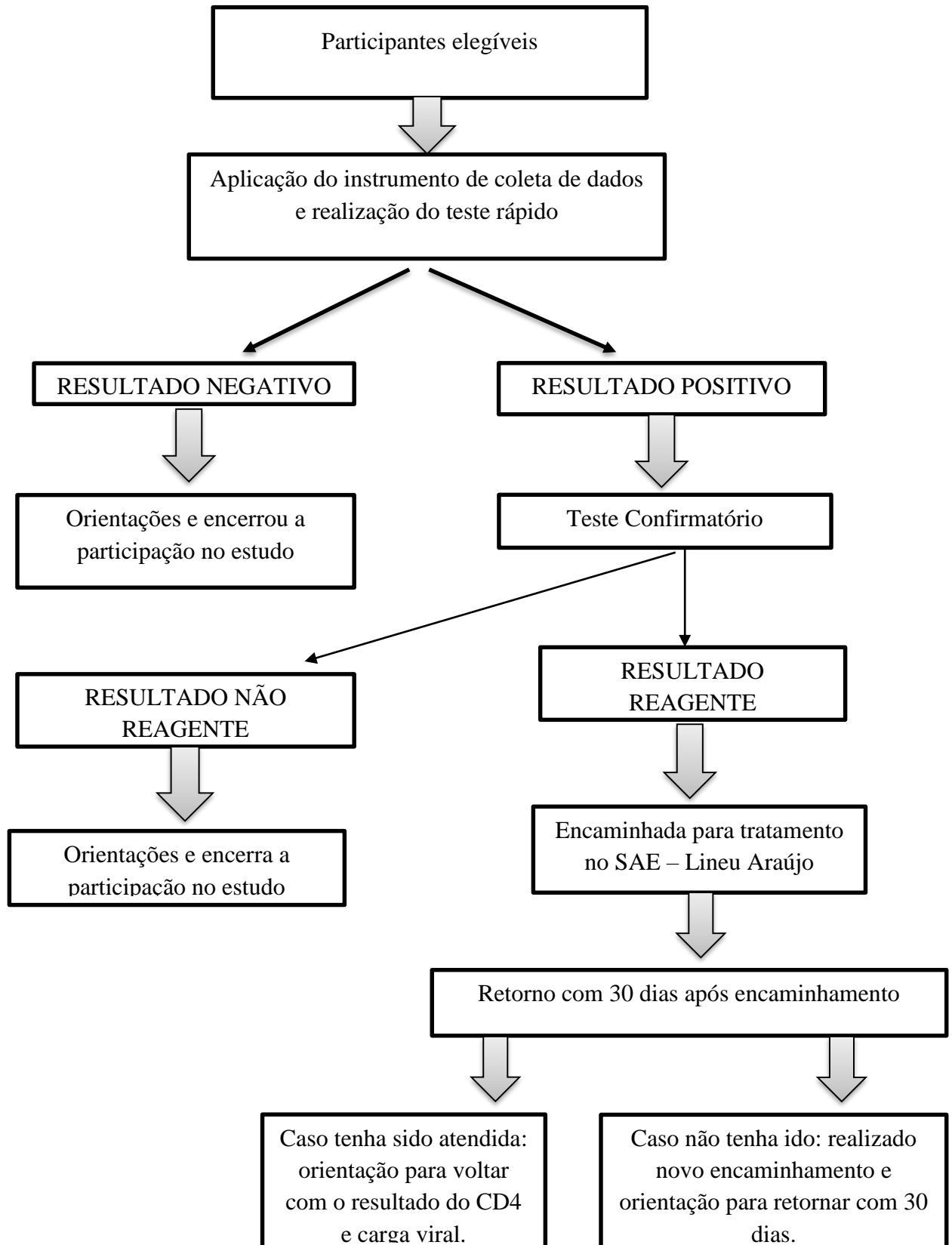


Dra. Carmen Célia Araújo Gomes  
Coordenadora Técnica do Cento POP Teresina



## APÊNDICE E FLUXOGRAMA

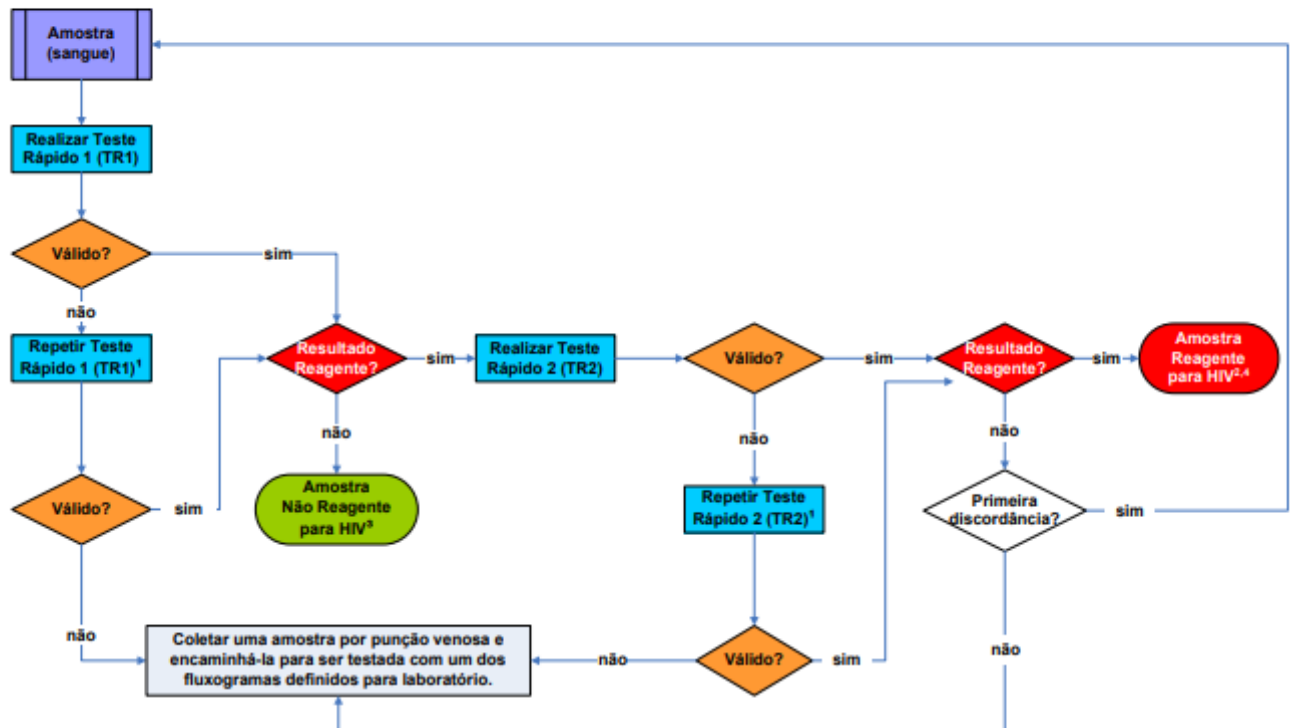
### PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS EM PESSOAS QUE VIVEM EM SITUAÇÕES DE RUA



## APÊNDICE F FLUXOGRAMA

### DO MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

Figura 14 – Fluxograma 1: Dois testes rápidos de fabricantes diferentes (TR1 e TR2) usados sequencialmente



<sup>1</sup> Utilizar um conjunto diagnóstico do mesmo fabricante, preferencialmente de lote de fabricação diferente.

<sup>2</sup> Encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral (RNA HIV-1) e contagem de linfócitos T CD4+.

<sup>3</sup> Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.

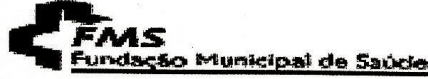
<sup>4</sup> Amostras com resultados reagentes para HIV-2 nos conjuntos diagnósticos que discriminam a reatividade para HIV-1 e/ou reatividade para HIV-2 em duas linhas distintas de teste só terão seu diagnóstico de infecção por HIV-2 concluído após seguidas as instruções descritas no item 10.2 deste Manual.

Legenda: Processo predefinido. Processo. Exige uma tomada de decisão. Finalizador.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

**ANEXOS**

**ANEXO A**  
**DECLARAÇÃO DE ACEITE OU RECUSA DO TESTE ANTI-HIV**



**DECLARAÇÃO DE ACEITE OU RECUSA DO TESTE ANTI-HIV**

UNIDADE: \_\_\_\_\_  
CONTROLE Nº: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

1. ( ) ACEITO  
2. ( ) RECUSADO

Eu, \_\_\_\_\_, fui devidamente esclarecido (a) da importância e dos benefícios da realização do Teste Rápido para Detecção de Anticorpos Anti-HIV e/ou Sorologia p/ HIV durante o atendimento médico ou admissão para tratamento clínico, ou parto, assim como me foi ofertado (a) a realização do referido teste, de forma gratuita e sigilosa.

( ) Tenho ciência da importância do Teste e declaro que autorizo a realização.

( ) Apesar de estar ciente destas informações, não autorizo a realização do Teste ANTI - HIV, responsabilizando - me pelas consequências desta recusa.

NOME: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente

ou

**Impressão Digital do Polegar (caso o paciente não saiba ler ou assinar o nome).**

Eu, abaixo assinado, declaro que realizei aconselhamento e expliquei para o paciente, acima citado (a), sobre os procedimentos e a importância da realização do teste ANTI - HIV, bem como os benefícios do conhecimento do status sorológico o mais precoce possível, sendo que a mesmo (a) assinou essa declaração voluntariamente.

Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

Registro no Conselho: \_\_\_\_\_

Assinatura do Profissional

Coordenação de DST/Aids/FMS

outubro/2010.

**ANEXO B**  
**LAUDO REAGENTE PARA HIV**



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais



**Laudo do Diagnóstico**

**Cidade:**

**Nome do paciente:**

**Sexo:** ( )M

( )F

**Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV**

Amostra: sangue total

Data da coleta da amostra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TESTE 1:**

Nome do produto: BIOMANGUINHOS HIV 1 / 2

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste: **Amostra REAGENTE para HIV**

**TESTE 2:**

Nome do produto: RAPID CHECK HIV 1 / 2

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste: **Amostra REAGENTE para HIV**

**INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: Amostra REAGENTE para HIV**

Exames realizados em conformidade com a Portaria SVS/MS nº 151/2009

Amostra com resultado Reagente no Teste Rápido 1 (TR1) deverá ser submetida ao Teste Rápido 2 (TR2) para que o diagnóstico seja definido

Responsável Técnico:

(carimbo e assinatura)

**ANEXO C**  
**LAUDO NÃO REAGENTE PARA HIV**



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais



**Laudo do Diagnóstico**

**Cidade:**

**Nome do paciente:**

**Sexo:** ( )M

( )F

**Data de nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV**

Amostra: sangue total

Data da coleta da amostra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**TESTE 1:**

Nome do produto: RAPID CHECK HIV 1 / 2

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste: **Amostra Negativa para HIV**

**INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: Amostra NÃO REAGENTE para HIV**

Exames realizados em conformidade com a Portaria SVS/MS nº 151/2009

1) Amostra não reagente para HIV: Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra submetida ao teste

Responsável Técnico:

(carimbo e assinatura)

**ANEXO D**  
**APROVAÇÃO PELO CEP (COMITÊ ÉTICA E PESQUISA)**



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROMOÇÃO DA SAÚDE E ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA, DO HIV E DST/AIDS EM MORADORES DE RUA DA ZONA CENTRAL DE TERESINA-PI.

**Pesquisador:** Rosilane de Lima Brito Magalhães

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 59846216.0.0000.5214

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.755.893

**Apresentação do Projeto:**

O projeto visa promover diagnóstico precoce do HIV, Hepatite e sífilis, bem como a assistência integral em DST/HIV/Aids, contribuindo para a redução de novos agravos, através de vacina contra hepatite B. O estudo possuirá uma parte descritiva e outra interventiva. Será realizado no município de Teresina, capital do Estado do Piauí. E terá com ambiente o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). A amostra será composta por 260 moradores de rua que realizarão testes rápidos para HIV, Sífilis e hepatites virais, vacinação e pesquisa de anticorpo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Promover diagnóstico precoce do HIV, Hepatite e sífilis, bem como a assistência integral em DST/HIV/Aids, melhorando a qualidade de vida, contribuindo para a redução de novos agravos, através de vacina contra hepatite B com vista na redução da morbimortalidade pela consolidação do acesso as Unidades Básicas de Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No TCLE segue como descrição do risco: pesquisa acarretará risco mínimo, com provável

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.755.893

desconforto transitório resultante da dor no local da picada da agulha durante a coleta de sangue. O participante poderá não se sentir a vontade para responder perguntas relacionadas ao seu comportamento sexual, para isso terá a opção não sei ou não quero responder. Destaca-se que a equipe de coleta tem habilidade técnica para contornar ou minimizar ou interromper os procedimentos quando assim fizer necessário.

-Benefícios: Contribuir para identificar casos de hepatites, HIV E SÍFILIS e dessa forma contribuir para diminuir novos agravos; Detectar precocemente os casos e assim poder traçar medidas intervencionistas que venham a melhorar o quadro clínico e a qualidade de vida dos sujeitos; Implementar ações de cuidados, com base na rede de cuidados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa mostra extrema relevância ao avaliar a situação de risco de moradores de rua do centro de Teresina ao analisar através de testes possíveis doenças como HIV, sífilis e hepatite viral, além de fornecer a todas as pessoas entrevistadas a vacina contra hepatite B, contribuindo, deste modo, com informações importantes para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública para resguardar esta população que se encontra em situação de risco.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto apto a ser desenvolvido, tendo sido elaborado na conformidade das resoluções que orientam pesquisas com seres humanos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_691876.pdf	13/09/2016 09:19:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/09/2016 09:17:49	Braulio Vieira de Sousa Borges	Aceito

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br





UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ



Continuação do Parecer: 1.755.893

Folha de Rosto	Folharosto220616.pdf	22/06/2016 09:48:41	Braulio Vieira de Sousa Borges	Aceito
Outros	curriculo.pdf	10/05/2016 18:49:44	Braulio Vieira de Sousa Borges	Aceito
Outros	termoconfidencialidade.pdf	10/05/2016 18:47:49	Braulio Vieira de Sousa Borges	Aceito
Outros	CARTAENCAMINHAMENTO.pdf	10/05/2016 18:46:44	Braulio Vieira de Sousa Borges	Aceito
Outros	questionarioA.pdf	10/05/2016 18:45:54	Braulio Vieira de Sousa Borges	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	20/04/2016 19:15:44	Braulio Vieira de Sousa Borges	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	20/04/2016 19:12:58	Braulio Vieira de Sousa Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodospesquisadores.pdf	20/04/2016 19:08:19	Braulio Vieira de Sousa Borges	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	20/04/2016 19:06:40	Braulio Vieira de Sousa Borges	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	20/04/2016 19:05:05	Braulio Vieira de Sousa Borges	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TERESINA, 30 de Setembro de 2016

Assinado por:  
Adrianna de Alencar Setubal Santos  
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos  
Coordenadora CEP-UFPI  
Portaria Propesq N° 16/2014

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br