

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA - ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**FATORES ASSOCIADOS À SOROPOSITIVIDADE PARA A HEPATITE C ENTRE
USUÁRIOS DOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO**

Dissertação de Mestrado

Katia Biscuola de Campos

SALVADOR
2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA - ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**FATORES ASSOCIADOS À SOROPOSITIVIDADE PARA A HEPATITE C ENTRE
USUÁRIOS DOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, com Área de Concentração em Epidemiologia dos Serviços de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Susan Martins Pereira

Katia Biscuola de Campos

SALVADOR
2008

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

C198f Campos, Katia Biscuola de.

Fatores associados a soropositividade para Hepatite C entre usuários dos centros de testagem e aconselhamento / Katia Biscuola de Campos. - Salvador: K.B.Campos, 2010.

59 f.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Susan Martins Pereira.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Hepatite C. 2. Epidemiologia. 3. Fatores de Risco. I. Título.

CDU 616-036.22



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

Kátia Biscuola de Campos

**Fatores Associados à Soropositividade para a Hepatite C entre
Usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento. .**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 27 de fevereiro de 2008

Banca Examinadora:

Profª. Susan Martins Pereira /ISC /UFBA

Profª. Gerusa Maria Figueiredo/ DEVEP/SVS/MS

Prof. Raymundo Parana Ferreira Filho HUPES/UFBA

Prof. Expedito José Albuquerque Luna/ Faculdade de Ciências Médicas da Stª Casa SP

Salvador
2008

***Aos portadores de hepatite C
por não encarar o resultado positivo como fim de um sonho
e sim, o começo de um novo percurso***

***Aos profissionais dos Centros de Testagem e Aconselhamento
pela dedicação no trabalho desenvolvido***

Agradecimentos

***Aos meus pais, José Nicolau e Rose
por me ensinarem sobre a vida, por serem exemplos de dignidade e garra, meu eterno
amor e gratidão***

***Aos meus irmãos, Tiago e Priscila
pelo carinho e amizade***

***Ao Ricardo
pelo estímulo na concretização de mais um passo***

***À Profa. Dra. Susan
pela orientação, dedicação e competência***

***À Dra. Gerusa Figueiredo
pela confiança constante em meu trabalho***

***Ao Prof. Dr. Expedito e Profa. Dra Inês
pelas contribuições no exame de qualificação***

***À Secretaria de Vigilância em Saúde
pela oportunidade de desenvolver este trabalho***

***Aos colegas do Programa Nacional de Hepatites Virais
pelo profissionalismo nas ações desenvolvidas***

***Às colegas do ISC: Diorlene e Soninha
por toda cooperação***

***À todos queridos e verdadeiros amigos
pela lealdade e companheirismo nas horas difíceis***

Sumário

Apresentação.....	8
Lista de Símbolos, Abreviaturas e Siglas e Convenções.....	9
Lista de Tabelas.....	10
Resumo.....	11
1. Introdução.....	12
1.1 Epidemiologia.....	12
1.2 Centros de Testagem e Aconselhamento.....	14
2. Objetivo.....	16
3. Metodologia.....	16
3.1 Tipo de Estudo.....	16
3.2 Fonte de Dados.....	17
3.3 Definição de Casos	17
3.4 Definição de Controles.....	17
3.5 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	17
3.6 Definição das Variáveis de Estudo.....	17
3.7 Plano de Análise dos Dados.....	20
3.8 Aspectos Éticos.....	21
4. Resultados.....	21
5. Discussão.....	26
6. Conclusões.....	34
7. Recomendações.....	35
8. Tabelas.....	37
9. Referências Bibliográficas.....	44
10. Anexos.....	52
10.1 Formulário de Atendimento do SI-CTA.....	52
10.2 Instruções de Preenchimento do Formulário de Atendimento do SI-CTA.....	54
10.3 Descrição das Variáveis Utilizadas para Testar Associação à Positividade para Hepatite C...	57

Apresentação

O trabalho que se segue tem origem na atuação da autora enquanto técnica do Programa Nacional de Controle e Prevenção das Hepatites Virais, desde 2004, acompanhando todos os passos, no âmbito político, técnico ou institucional, da implantação do aconselhamento e testagem das hepatites B e C nos Centros de Testagem e Aconselhamento brasileiros que habitualmente já desenvolviam ações de prevenção do HIV.

Além dos Centros de Testagem e Aconselhamento funcionarem como portas de entrada no Sistema Único de Saúde, articulando-se numa rede de referência e contra-referência, o trabalho de aconselhamento traduz-se num momento ímpar para abordar temas como percepção de risco e auto-cuidado, favorecendo trocas que compõe peças-chaves para a qualidade e integralidade na assistência à saúde.

Com o material apresentado pretendeu-se compreender o perfil dos casos com sorologia reagente diagnosticados nestes serviços e identificar os fatores sócio-demográficos, comportamentais, de exposição, além de outras infecções associadas à soropositividade para a hepatite C. A análise destes componentes, identificando grupos prioritários, fornecerá subsídios para o aprimoramento das ações de prevenção e controle desenvolvidas pelos aconselhores e balizará o fortalecimento de novas políticas de saúde ou ampliação de estratégias existentes para o enfrentamento das hepatites virais no Brasil.

Lista de Símbolos, Abreviaturas, Siglas e Convenções

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
anti-HCV	Anticorpo contra o Vírus da Hepatite C
anti-HIV	Anticorpo contra o Vírus da Imunodeficiência Humana
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IC _{95%}	Intervalo de Confiança de 95%
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
OR	Razão de Chances
PN DST/AIDS	Programa Nacional de DST e Aids
PNHV	Programa Nacional de Controle e Prevenção das Hepatites Virais
RNA-HCV	Ácido Ribonucléico do vírus da hepatite C
SI-CTA	Sistema de Informações dos Centros de Testagem e Aconselhamento
SUS	Sistema Único de Saúde
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis

Lista das Tabelas

Tabela 1: Distribuição de casos e controles segundo faixa etária, sexo e região do CTA. Brasil, 2005-2006.

Tabela 2: Distribuição de casos e controles segundo tipo de exposição, ocupação e segmento populacional. Brasil, 2005-2006.

Tabela 3: Associação entre as variáveis sócio-demográficas e sorologia positiva para hepatite C em usuários de CTA. Brasil, 2005-2006.

Tabela 4: Associação entre o uso de drogas e sorologia positiva para hepatite C em usuários de CTA. Brasil, 2005-2006.

Tabela 5: Associação entre o comportamento sexual e sorologia positiva para hepatite C em usuários de CTA. Brasil, 2005-2006.

Tabela 6: Associação entre a presença de outras infecções e sorologia positiva para hepatite C em usuários de CTA. Brasil, 2005-2006.

Tabela 7: Associação entre a origem da clientela, motivos da procura do serviço e segmento populacional e sorologia positiva para hepatite C em usuários de CTA. Brasil, 2005-2006.

Resumo

Campos, K.B. Fatores Associados à Soropositividade para a Hepatite C entre usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento. Salvador, 2008. 59 p.

OBJETIVO: Trata-se de um estudo caso-controle objetivando descrever o perfil epidemiológico dos usuários dos CTAs com sorologia positiva para hepatite C e identificar os fatores associados à soropositividade. **METODOLOGIA:** Foram analisados 569 casos e 1.773 controles pareados por frequência de sexo, faixa etária e região do CTA, obtidos dos registros do Sistema de Informações dos CTA nos anos de 2005 e 2006. Casos e controles foram comparados pelo teste t de “Student” para as médias de idade, teste de tendência linear de proporções para variáveis ordinais, OR bruta e OR ajustada por região de localidade do CTA, idade e sexo e respectivos intervalos de confiança de 95% para os fatores de associação. **RESULTADOS:** O perfil epidemiológico da maioria dos casos trata-se de homens, entre 30 a 45 anos, solteiros, brancos, pertencentes à população em geral e atendidos na região Sudeste. Houve associação positiva estatisticamente significativa com a soropositividade para a HCV ser solteiro (1,51; IC:1,22-1,87), usar drogas (1,47; IC:1,22-1,87), usar álcool (2,15; IC:1,29-3,59), cocaína aspirada (2,72; IC:1,61-4,58), cocaína injetável (17,60; IC:3,79-81,69) e crack (4,02; IC:2,04-7,92), ter HIV (2,65; IC:1,74-4,02), ter hepatite B (3,03; IC:1,49-6,16), ter sido encaminhado por serviço de saúde ou por ter sido exposto a risco (1,55; IC:1,26-1,91) e pertencer a grupos mais vulneráveis (2,13; IC:1,67-2,71). **CONCLUSÃO:** Tais achados apontam a necessidade da intensificação de ações preventivas específicas aos grupos específicos como usuários de drogas e portadores de HIV e de hepatite B e ampliação da cobertura dos serviços que ofertam a testagem e aconselhamento para a hepatite C.

1. Introdução

1.1 Epidemiologia

A hepatite C é considerada um importante problema de saúde pública, sendo a maior causa de doença aguda e crônica hepática, incluindo cirrose e hepatocarcinoma¹. A Organização Mundial da Saúde estima que aproximadamente 180 milhões de pessoas – cerca de 3% da população mundial tenha se infectado com o HCV, resultando em 130 milhões de portadores crônicos. Estima-se que, por ano, ocorram três a quatro milhões de novas infecções, sendo que o HCV é responsável por 50 a 76% dos casos de hepatocarcinoma e por dois terços dos transplantes de fígado no mundo². Os gastos com assistência à saúde e perdas de trabalho nos Estados Unidos devido à hepatite C aguda e crônica foram estimados em 1 bilhão de dólares no ano de 1998^{3,4}.

A endemicidade da hepatite C apresenta variações em diversos países no mundo com prevalências estimadas na América do Norte: EUA (1,6%), na América Latina: Porto Rico (6,3%), Nicarágua 1,7%, El Salvador (1,2%), México (1,2%), Honduras e Argentina (0,85), Venezuela (0,7%), Uruguai e Guatemala (0,6%), Chile (0,3%); na Europa em torno de 1%: Bélgica (0,87%), Itália (3,2%), França (1,3%), Hungria (0,73%), na Rússia (0,7-3,8%); na Ásia: Arábia Saudita (1,8%), Paquistão (1,8%), Iêmen (2,1%), Japão (0,49%), Índia (1,85%), Malásia (1,6%), Cingapura (0,54%), Tailândia (3,2-5,6%), China (1%-30%); na Oceania: Austrália (2,3%); na África: Egito (28%), Sudão (2,2%), Etiópia (1,6%), Quênia (0,9%)⁵⁻⁷.

No Brasil, a real prevalência da hepatite C é ainda pouco conhecida e há poucos estudos de base populacional. Resultados preliminares do inquérito soropidemiológico no conjunto das capitais de cada macroregião, apontam a variação de prevalência entre 0,94 a 1,96% na faixa etária compreendida entre 10 a 69 anos de idade – resultados do Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul⁸. Na cidade de São Paulo, em 1998, pesquisa revelou prevalência de 1,42% (IC_{95%} 0,70-1,65%)⁹ e em Salvador de 1,5% em 2006¹⁰.

Prevalência mais elevada de HCV foi encontrada em populações consideradas de maior risco como politransfundidos¹¹⁻¹⁶ (talassêmicos, hemofílicos, etc), hemodialisados¹⁷⁻²⁰ e presidiários²¹⁻²⁵. Entre os profissionais de saúde a prevalência é variável, em países como Estados Unidos e da Europa varia de 1 a 2% e no Brasil em torno de 3%²⁶⁻²⁹. Em Rio Branco, Acre, um estudo com 646 trabalhadores de saúde identificou prevalência de anti-HCV de 4,8% e de HCV-RNA de 3,7%³⁰. Em São José do Rio Preto, São Paulo, estudo comparativo entre profissionais da área de saúde, da área administrativa e doadores de sangue, identificou prevalência de hepatite C mais elevada entre os profissionais de saúde³¹.

Diversos estudos têm sinalizado a queda da incidência da hepatite C pós transfusional após a normatização da triagem em bancos de sangue, ocorrida no Brasil desde 1993³²⁻³⁵. Desta forma, procedimentos ocorridos antes desta normatização são importantes fatores de risco para a infecção³⁶⁻³⁹, o que reforça a recomendação de testagem para grupos populacionais com este tipo de exposição.

O uso de drogas tem sido descrito como um dos mais importantes fatores de risco para a transmissão de hepatite C atualmente, pelo compartilhamento de seringas, agulhas, canudos e cachimbos³⁹⁻⁴⁰. Após 6 a 12 meses de início do uso de drogas injetáveis até 80% dos usuários são infectados⁴¹. No Canadá a prevalência de HCV em 1.380 usuários foi de 60,4% (IC_{95%} 57,7-63,0%)⁴². No Paquistão, a prevalência em 161 usuários com média de 20 anos de prática foi de 94,3%⁴³. No Brasil, Rio de Janeiro, em 102 usuários de drogas injetáveis (UDI), encontrou-se a prevalência de 69,6%⁴⁴. Entre 839 usuários de cocaína em São Paulo, a prevalência de HCV foi de 14,5% (IC_{95%} 12,3-17,1%), mostrando a transmissão também relacionada à droga inalada⁴⁵.

O vírus da hepatite C e o HIV compartilham os mesmos mecanismos de infecção, sendo comum a co-infecção. Esta situação tem grande importância clínica pois o HIV acelera a progressão do dano hepático e a hepatite C piora a infecção do HIV. A prevalência de co-

infecção varia no mundo a depender das vias de transmissão presentes. Nos Estados Unidos, aproximadamente 30% das pessoas com HIV são co-infectadas pelo HCV e de 50 a 90% das pessoas que adquiriram o HIV pelo uso de drogas injetáveis são co-infectadas pelo HCV⁴⁶. No Brasil, o perfil da co-infecção é semelhante com prevalência variando de 17,7 à 95%^{47,48,49,50}. Em estudo conduzido com 1.457 pessoas HIV positivo em acompanhamento na “Casa da Aids”, São Paulo, foi encontrada prevalência de hepatite de 17,7%, sendo que 98% apresentavam PCR positivo e o uso de droga injetável o fator de risco mais importante⁵⁰. Em Santa Catarina, estudo com 93 HIV positivos apontou prevalência de hepatite C de 53,8%, elevando para 88,2% quando tratava-se de UDI⁴⁷. Semelhante resultado encontrado em Santos, São Paulo, numa coorte de pessoas vivendo com HIV a prevalência de hepatite C foi de 36,2% (IC_{95%} 31,9 – 40,4%) elevando-se para 84,8% (IC_{95%} 78,2 – 91,3%) quando o portador era UDI⁴⁹.

A taxa de mortalidade da hepatite C no Brasil apresenta tendência crescente, acentuando a transcendência da doença. Em 1996, a taxa de mortalidade da hepatite C, por 1 milhão de habitantes, era de 1,15 alcançando 7,32 em 2004⁵¹. Devido à ausência de sintomas, o dano hepático não é percebido pelo paciente que, geralmente procura o serviço de saúde tardiamente. Além disso, portadores de hepatite C que desconhecem seu “status sorológico” são importantes elos na cadeia de transmissão pelo próprio desconhecimento da necessidade de medidas preventivas.

A ampliação da testagem para a hepatite C, visando o diagnóstico precoce é um dos objetivos do Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais⁵², criado em 2002.

1.2 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)

Os CTA foram implantados desde 1989 no Sistema Único de Saúde em resposta ao avanço da epidemia de HIV/Aids e a indisponibilidade, na época, de serviços de saúde

preparados em receber a demanda para realização do teste anti-HIV⁵³. Funcionando como “portas de entrada”, estes serviços têm papel fundamental na promoção da saúde, na prevenção e diagnóstico precoce de infecções e encaminhamento dos soropositivos para serviço de assistência de referência⁵⁴.

Nos Estados Unidos, a integração da oferta de testagem e aconselhamento para HIV e hepatites B e C tem sido descrita como importante estratégia de implementação da vigilância, promovendo um melhor planejamento em saúde pública^{55,56}. No Brasil, vários fatores foram decisórios para a inserção da testagem das hepatites B e C nos CTA, dentre eles a semelhança nas formas de transmissão e dos grupos populacionais mais vulneráveis, além da existência de uma demanda reprimida de testagem para hepatite C, até então não absorvida pelos serviços do SUS.

Atualmente, existem 320 CTA e 222 (69,4%) implantaram a testagem e o aconselhamento para a hepatite C. A distribuição desta implantação não é uniforme entre as regiões, sendo que no Norte ocorreu em apenas 38% dos serviços, 64% no Nordeste, 65% no Sul, 75% no Centro-Oeste e 82% Sudeste⁵⁷.

O SI-CTA, sistema de informação dos CTA, concebidos prioritariamente para otimizar o atendimento aos clientes e instrumentar a gestão dos CTA, constitui-se também numa ferramenta de informação para a vigilância. Os dados são coletados pelo aconselhador em um formulário de atendimento estruturado no qual constam variáveis relacionadas à identificação, às categorias de exposição, de comportamento do usuário e resultados das sorologias. Em seguida, os dados do questionário são digitados num sistema informatizado e, através de um fluxo periódico, são enviados para o nível estadual e federal⁵⁸.

Em 2005, foi disponibilizada pelo Ministério da Saúde a segunda versão do SI-CTA, a qual contempla variáveis relacionadas à hepatite C. A distribuição da implantação da

segunda versão dos CTA ocorreu em 39,4% dos serviços, de forma não homogênea: 32% dos serviços da região Centro Oeste, 34% do Norte, 40% do Nordeste e Sudeste e 51% do Sul⁵⁷.

Alguns estudos analisaram o perfil epidemiológico dos portadores de HIV atendidos nos CTA, contribuindo no entendimento do processo da epidemia do HIV e aprimorando a definição de estratégias eficazes de prevenção. O conhecimento gerado tem sinalizado a importância de implementação de intervenções, com abordagens diferenciadas de prevenção, destinadas a indivíduos de baixa renda e escolaridade, adolescentes, usuários de drogas injetáveis e seus parceiros, homens e mulheres⁵⁹⁻⁶².

Devido à recente inserção da testagem e aconselhamento da hepatite C nos CTA, os dados publicados até o momento, ainda são incipientes sobre o perfil dos portadores do HCV diagnosticados nestes locais e os fatores associados à soropositividade da hepatite C.

2. Objetivo

Descrever o perfil epidemiológico dos usuários com sorologia positiva para hepatite C que se submeteram a testagem nos CTA e identificar os fatores associados à soropositividade.

3. Metodologia

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo caso-controle, pareado por frequência, de acordo com os estratos de sexo, faixa etária e região do CTA utilizando a população de usuários que procuraram o serviço de forma espontânea ou referenciada por algum outro serviço de saúde e realizaram a testagem para hepatite C, nos anos de 2005 e 2006.

3. 2 Fonte de Dados

Foram utilizados dados secundários contidos no Sistema de Informações do CTA (SI-CTA) do Ministério da Saúde. Estes dados são coletados pelos aconselhadores por meio de um questionário estruturado e padronizado durante o atendimento de aconselhamento pré-teste e pós-teste.

3. 3 Definição de Casos

Foram considerados como casos os indivíduos testados nos CTA com resultado da sorologia anti-HCV reagente realizada durante os anos de 2005 e 2006.

3. 4 Definição de Controles

Foram selecionados para cada caso, aleatoriamente, 4 controles através do pareamento por frequência, dentre os indivíduos que apresentaram resultado de sorologia anti-HCV não reagente nos anos de 2005 e 2006⁶³.

3. 5 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo todos os casos originados dos CTA que implantaram a testagem para a hepatite C e que possuíam a segunda versão do SI-CTA, totalizando 53 serviços. Foram excluídas do estudo as gestantes, por estas muitas vezes procurarem os CTA como forma de realizar as sorologias pertencentes ao pré-natal. Também foram incluídos os não residentes no Brasil, os casos que estavam sendo testados pela segunda vez ou mais, usuários cujo resultado da sorologia foi indeterminado, ignorado ou discordante.

3. 6 Definição das Variáveis de Estudo

Variável Dependente

A variável desfecho considerada foi a sorologia reagente para a hepatite C realizada utilizando o método imunoenzimático-ELISA, por técnicas automatizadas (sistemas automatizados) ou manuais (com lavagem, leitura e impressão automatizadas)⁶⁴. Os kits de diagnóstico são fornecidos pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB). A execução do teste é realizada por laboratórios de referência de cada serviço, sendo que para alguns CTA a referência laboratorial é o próprio Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) do estado e para outros é um laboratório municipal que presta serviço ao CTA.

Variáveis Independentes

Variáveis Sócio-Demográficas

Sexo, idade, estado civil, raça/cor, escolaridade, região de localidade do CTA e ocupação.

Variáveis Comportamentais

Tipo de exposição

Relação sexual, transfusão de sangue/hemoderivados, compartilhamento de seringas/agulhas, hemofilia, ocupacional (exposição a material biológico), transmissão vertical, não relata risco biológico e outros. Neste campo o aconselhador deve registrar de que formas o usuário relata ter se exposto ao risco de infecção pelo HIV, hepatite B, hepatite C e DST. O instrumento de coleta de dados permite registrar até 2 opções de exposições por indivíduo, resultando numa combinação de exposições. A categoria hemofilia foi inserida na categoria de transfusão de sangue/hemoderivados.

Uso de drogas

Freqüência de uso de álcool, maconha, cocaína aspirada, cocaína injetável, crack, heroína e anfetaminas; compartilhamento de seringas/agulhas para uso de drogas injetáveis.

Atividade sexual

Presença de doença sexualmente transmissível (DST) no último ano (referenciada pelo usuário), freqüência de uso de preservativo com parceiro fixo e com parceiro eventual.

Variáveis relacionadas à infecções associadas

Coinfecção de HCV com HIV, hepatite B (HBsAg e Anti-HBc) e sífilis.

A sorologia HIV foi definida como positiva quando o teste ELISA (ensaio inumoenzimático) da segunda amostra for positivo, sendo este realizado após primeira amostra ter tido dois testes ELISA positivos ou discordantes (com princípios ativos diferentes) e exame confirmatório positivo (imunofluorescência ou Western-Blot). A sorologia foi definida como negativa quando negativo os dois testes ELISA da primeira amostra foi negativo. Estas definições são estabelecidas pelo Ministério da Saúde (Portaria GM 59/03)⁶⁵.

A sífilis foi classificada em doença ativa ou cicatriz sorológica de sífilis. A doença ativa foi considerada quando na presença de resultado VDRL reagente em qualquer titulação desde que não haja resultado de exames confirmatórios (FTA-abs, TPHA, ELISA) com resultado negativo ou não reagente. Foi classificado como cicatriz sorológica para sífilis quando VDRL apresentou titulação de até 1:4 e documentação de tratamento anterior para sífilis com queda de 2 títulos ou quatro vezes. Os indivíduos foram considerados negativos para sífilis ativa ou cicatriz sorológica quando o resultado VDRL foi não reagente.

Variáveis relacionadas à origem e tipo da clientela

Motivo da procura pelo serviço, origem da clientela (forma pela qual o usuário ficou sabendo do serviço), se usuário realizou testagem anteriormente em banco de sangue e segmento populacional ao qual pertence o usuário.

3. 7 Plano de Análise de Dados

Foram excluídos da análise os dados perdidos quando estavam preenchidas as opções “não se aplica”, “outros” e “não informado”, permitidas em algumas variáveis. Para a limpeza do banco de dados e procedimento analítico, os dados do SI-CTA foram exportados para o Stata na versão 8.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

A análise exploratória dos casos e controles foi realizada descrevendo a distribuição da frequência segundo variáveis sócio-demográficas, comportamentais, de outras infecções associadas e de origem da clientela. Para os dois grupos foram calculadas as médias e desvio-padrão da idade dos usuários no momento da testagem e realizado o teste para diferença entre médias (t de “Student”), com nível de significância de 5% ($p < 0,05$)⁶⁶.

Para análise dos fatores de exposição associados à presença da sorologia positiva para a hepatite C foi estimada a OR bruta e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}), considerando um alfa $\leq 0,05$. Posteriormente foi estimada a OR ajustada e respectivos IC_{95%}, por região do CTA, idade e sexo, variáveis de pareamento. Para a estimativa do OR algumas variáveis tiveram suas categorias recodificadas (Quadro 1).

Para algumas variáveis independentes categóricas ordinais foi realizada análise de tendência, aplicando-se o teste de tendência linear para proporções, considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$), são elas: uso de preservativo com parceiro fixo e com parceiro eventual (sempre, algumas vezes e nunca) e uso de álcool, maconha, cocaína aspirada (nunca; já usou porém não usa mais, de vez em quando, freqüentemente).

3. 8 Aspectos Éticos

Foram contemplados os aspectos éticos descritos na Resolução 196/96, Decreto de Lei nº 93.933 de 14 de janeiro de 1987, que direciona e estabelece princípios para a realização de pesquisa, destacando-se a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade.

As variáveis referentes à identificação do usuário, como nome do usuário, nome da mãe do usuário, número do cartão SUS, do Sistema de Informação do CTA não são exportadas para o nível federal e, portanto, não estavam disponíveis para este estudo. A autora atua como responsável pela vigilância epidemiológica das hepatites virais, no Programa Nacional de Hepatites Virais do Ministério da Saúde, prezando pelo sigilo dos dados e informações.

4. Resultados

Foram incluídos no estudo o total de 569 casos e 1.773 controles que procuraram testagem para a hepatite C em 53 CTA do Brasil entre os anos de 2005 e 2006. Observou-se a seguinte distribuição dos serviços por região e Unidade Federada: 4 serviços na região Norte localizados nos estados do Acre (1), Amazonas (1) e Pará (2); 4 no Nordeste localizados em Alagoas (1), Bahia (1) e Pernambuco (2); 25 serviços no Sudeste localizados em São Paulo (15), Rio de Janeiro (2), Espírito Santo (2) e Minas Gerais (6); 14 no Sul localizados no Paraná (7), Santa Catarina (5) e Rio Grande do Sul (2) e 6 no Centro Oeste localizados em Goiás (2), Mato Grosso do Sul (3) e Distrito Federal (1). Em relação ao número de atendimentos, a região Sudeste concentrou cerca de metade deles (47,74%), seguida das regiões Sul (32,96%), Centro Oeste (12,60%), Nordeste (5,25%) e Norte (1,45%).

A média de idade dos casos foi 38,45 anos, desvio padrão de 12,67 e a média dos controles foi 35,69 anos, desvio padrão de 12,47 ($p < 0,000$).

A distribuição de casos e controles segundo as variáveis de pareamento (sexo, faixa etária e região de localidade do CTA) está apresentada na tabela 1, sendo a distribuição das categorias semelhantes entre os grupos.

Em relação ao tipo de exposição, a exposição sexual foi relatada como única exposição por 89,01% dos casos e 92,60% dos controles. Transfusão de sangue associada com a exposição sexual foi relatada em 3,81% dos casos e 1,99% dos controles enquanto transfusão de sangue ou hemoderivados foi referida como única exposição por 2,47% casos e 1,71% controles. O compartilhamento de seringas e agulhas foi relatado por somente 7 usuários, sempre em associação com a exposição sexual, sendo que 6 eram casos. Dois casos e dezoito controles não referiram nenhuma exposição. (Tabela 2)

A variável ocupação, preenchida de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações, trata-se do trabalho atual do usuário, não necessariamente coincidindo com a ocupação exercida no passado. A maior proporção de ocupação tanto em casos (28,05%) quanto em controles (27,11%) foi desempenhar atividades de nível técnico. Os casos apresentaram maior proporção de desempregados (21,81%) quando comparado aos controles (14,34%). Os controles apresentaram maior proporção de indivíduos com atividades do lar (18,17%) se comparado aos casos (10,76%). Na população de estudo foi pequena a frequência de profissionais de saúde, do sexo e presidiários, grupos que reconhecidamente são mais expostos à fatores de risco para a infecção da hepatite C.

Em relação ao segmento populacional de origem uma menor proporção de casos (69,61%) que de controles (81,94%) foi classificada como fazendo parte da população em geral. Por imposição do instrumento de coleta, o preenchimento da categoria “população em geral” foi utilizado como sinônimo de não pertencimento a um grupo de risco para as DST, HIV

e hepatites. Os casos predominaram entre os usuários de drogas não injetáveis (6,67%), homens que fazem sexo com homens (6,47%), usuários de drogas injetáveis (1,18%), portadores de hepatite (5,29%), população confinada (2,94%) e portadores de HIV/Aids (2,75%). (Tabela 2)

A Tabela 3 apresenta análise da associação entre hepatite C e variáveis sócio-demográficas. Foi observada associação negativa não significativa entre a soropositividade para hepatite C e possuir 8 ou mais anos de estudo (OR ajustada=0,94; IC_{95%}: 0,77-1,16) assim como em relação à raça/cor (OR ajustada=0,79; IC_{95%}: 0,63-1,01). Houve associação positiva estatisticamente significativa entre soropositividade da hepatite C e ser solteiro (OR ajustada=1,51; IC_{95%}: 1,22-1,87).

A tabela 4 apresenta a associação do HCV com o uso de drogas e situações de risco relacionadas a este uso, como o compartilhamento de seringas e agulhas. Cerca de 22,14% dos casos e 16,07% do controles referem ter usado alguma droga no último ano, correspondendo a uma associação positiva estatisticamente significativa (OR ajustada=1,47; IC_{95%}: 1,22-1,87). O uso freqüente de álcool foi maior entre os casos (32,80%) do que controles (16,96%), com associação positiva, estatisticamente significativa com a soropositividade (OR ajustada=2,15; IC_{95%}: 1,29-3,59). O hábito de usar maconha apesar de ter associação positiva com o HCV, não foi estatisticamente significativa (OR ajustada=2,08; IC_{95%}: 0,95-4,56). Ter sorologia positiva para hepatite C apresentou associação com o uso de cocaína tanto na forma aspirada ou injetável. Desta forma, a chance dos casos usarem ou ter usado alguma vez na vida cocaína aspirada em relação aos controles foi 2,72 (IC_{95%}: 1,61-4,58), e para a cocaína injetável esta associação foi de 17,60 (IC_{95%}: 3,79-81,69). O uso de *crack*, droga com aumento crescente de usuários no Brasil, apresentou associação positiva estatisticamente significativa com a soropositividade para hepatite C de 4,02 vezes (IC_{95%}: 2,04-7,92). O uso de heroína e anfetaminas foram menos freqüentes entre a população de estudo, sendo relatados uso de

heroína por apenas 3 casos e 1 controle e de anfetaminas por 4 casos e 1 controle (dados não apresentados em tabelas). Com relação às situações de risco como o compartilhamento de seringas e agulhas para uso de drogas não foi observada associação com o HCV (OR ajustada=2,02; IC_{95%}: 0,70-5,86).

No que tange a frequência de ingestão de drogas, foi possível aplicar o teste de tendência para as variáveis: uso de álcool, maconha e cocaína aspirada. A diferença entre as quatro categorias foi significativa apenas para o uso de cocaína aspirada ($p=0,00$), existindo uma tendência linear crescente de HCV com o aumento da frequência de uso de cocaína aspirada (resultado não apresentado em tabela).

Observou-se que uma menor proporção de casos (10,02%) que de controles (11,73%) referiram presença de DST no último ano, com uma associação negativa, não significativa entre apresentar DST e o HCV (OR ajustada=0,87; IC_{95%}: 0,63-1,19) (Tabela 5).

Não usar preservativo ou usar algumas vezes com parceiro fixo apresentou proporções similares entre casos (76,72%) e controles (73,43%), com uma associação negativa e estatisticamente significativa entre não usar preservativo e soropositividade para hepatite C, quando o parceiro é fixo (Tabela 5).

Observou-se maior proporção de casos (63,45%) que de controles (56,84%) que referiram não usar ou usar algumas vezes o preservativo em relações com parceiro eventual. Esta associação foi positiva não estatisticamente significativa (OR=1,26; IC_{95%}: 0,89-1,77) (Tabela 5).

No teste de tendência linear para a associação entre a frequência do uso de preservativo e o HCV não foi encontrada diferença significativa entre as categorias, tanto para o uso com parceiro fixo ($p=0,54$), quanto para o uso com parceiro eventual ($p=0,07$) (resultado não apresentado em tabela).

Na tabela 6 é apresentada a associação entre soropositividade para hepatite C e outras infecções como HIV, hepatite B e sífilis. A soropositividade para HIV foi apresentada por 9,31% dos casos e 3,58% dos controles. Houve associação positiva estatisticamente significativa entre soropositividade para o HIV e o HCV (OR=2,65; IC_{95%}:1,74-4,02). Em relação à coinfeção HCV e HBV houve associação positiva estatisticamente significativa tanto no marcador HBsAg, que reflete a presença de infecção, quanto para o anti-HBc, que reflete infecção prévia (recente ou não) pelo vírus da hepatite B. A proporção de portadores de hepatite B dentre os casos foi 3,5% e 1,1% dentre os controles. Os casos apresentaram 3,03 (IC_{95%}: 1,49-6,39) vezes mais chance de serem portadores de hepatite B e 2,62 (IC_{95%}: 2,00-3,43) mais chance de possuírem infecção prévia pelo HBV. Quanto à infecção de sífilis houve associação entre HCV e sífilis passada (OR ajustada=2,26; IC_{95%}: 1,40-3,65), porém quanto à presença de sífilis ativa não houve associação (OR ajustado=1,65; IC_{95%}: 0,69-3,95).

Em relação aos motivos da procura pelo serviço de testagem e aconselhamento pelo usuário foi encontrada associação positiva estatisticamente significativa entre ser encaminhado por algum serviço de saúde ou devido à exposição à situação de risco em relação à demanda espontânea para conhecer o status sorológico (OR ajustada=1,55; IC_{95%}:1,26-1,91). A associação entre o HCV e ter procurado banco de sangue para testagem apesar de positiva não foi estatisticamente significativa (OR ajustada=1,42; IC_{95%}:0,99-2,04). A variável origem da clientela, referente ao meio pelo qual o usuário ficou sabendo do serviço, não apresentou associação com o HCV (OR ajustado=1,09; IC_{95%}:0,88-1,36). Os casos apresentaram 2,13 (IC_{95%}:1,67-2,61) vezes mais chance de pertencer a segmentos populacionais mais vulneráveis (Tabela 7).

5. Discussão

A análise dos dados do SI-CTA permitiu caracterizar a população de usuários que buscam os CTA, de forma espontânea ou referenciada por algum outro serviço de saúde, para realizar testagem para a hepatite C, bem como identificar fatores de exposição associados a soropositividade para a hepatite C.

A concentração de serviços e, por consequência, de atendimentos a usuários em CTA nas Regiões Sudeste e Sul são decorrentes do maior contingente populacional dessas regiões, mas também tem referência na reorganização e estruturação que a rede de serviços de saúde destas regiões tiveram que sofrer, para responder de forma eficiente frente à epidemia tanto do HIV quanto do HCV^{51,67}.

A maior predominância observada de casos em adultos concordam com outros estudos que mostram que prevalência da hepatite C se eleva de acordo com a idade^{39,68,69}. Esta distribuição pode ser explicada pela característica clínica da hepatite C, que com curso predominantemente assintomático e evolução longa, implica no diagnóstico tardio, que por vezes ocorre após vários anos do início da infecção. A maior proporção de casos observada em indivíduos com 35 a 45 anos pode ser atribuída a exposição prolongada a situações de risco durante a vida, como também pelo motivo do vírus ter sido descoberto somente em 1989, implicando na implantação de medidas de controle, como triagem sorológica em bancos de sangue, somente nos últimos 15 anos. Além disso, medidas de controle implementadas para a prevenção do HIV, que podem ter também surtido efeito no controle da ocorrência de novas infecções de hepatite C, como a biossegurança em estabelecimentos de saúde e estratégias de redução de danos com usuários de drogas, foram mais fortemente adotados somente a partir da década de 80, após exposição de pessoas deste grupo etário.

Neste estudo predominou a ocorrência de casos em indivíduos do sexo masculino, apontando prevalência maior entre os homens^{39,70}. Patiño-Sarcinelli, et al (1994)⁶⁹ que avaliou

doadores de sangue no Rio de Janeiro, observando associação entre o HCV e o sexo masculino em 2,39 vezes (IC_{95%}:1,01-5,7), explicada pela maior frequência de exposições de homens à fatores de risco, como por exemplo, o uso de drogas^{38,71}.

A variável categoria de exposição é resultado do registro feito pelo aconselhador às vias pelas quais o usuário refere ter sido exposto ao risco de infecção não só da hepatite C, mas também do HIV, hepatite B, bem como outras DST. Neste trabalho a maioria dos usuários referiu como categoria de “exposição” a forma sexual, provavelmente por ter sido registrado nesta categoria todos que, em alguma vez na vida, tiveram relação sexual sem preservativo e que não apresentavam outras exposições conhecidas para a infecção de DST e HIV. Desta forma os resultado observado deve ser analisado de forma relativizada, visto ser uma categorização imposta pelo instrumento de coleta e não uma conclusão que os casos de infecção pelo HCV são resultantes de transmissão sexual, uma vez que o vírus não é tão eficiente nesta via de transmissão. Nos Estados Unidos, a análise dos fatores de risco para hepatite C de 148 pessoas HCV reagentes, mostrou que nenhum paciente referiu atividade sexual como único fator de risco. O estudo também revelou que 15,5% tinham somente um fator de risco (geralmente exposição a sangue ou uso de drogas), 27,7% tinham 2 fatores e 53,4% tinham mais que dois fatores de exposição envolvidos, indicando que uma somatória de exposições devem ser analisadas conjuntamente³⁸.

Apesar da divulgação da importância de realização de sorologia nas pessoas submetidas à transfusão sanguínea/hemoderivados antes de 1993, sendo inclusive sinalizado que o CTA seria uma porta de entrada no SUS para realização desta, o número de usuários que referiu este tipo de exposição foi pequeno. Este resultado aponta que o CTA não tem recebido pessoas que sofreram exposição transfusional. Esta clientela possivelmente busca testagem em outros tipos de serviço ou talvez este achado represente ausência de informação sobre a importância da testagem neste grupo de pessoas.

Quanto ao estado civil, nossos achados são similares a avaliação de usuários solteiros de um CTA na cidade de São Paulo, SP que apontou maior soropositividade em relação ao HIV do que os casados, 70,4% e 14,7% respectivamente, possivelmente devido à este grupo estar mais sujeito à variadas exposições⁶¹.

O uso de drogas torna-se cada vez mais presente nos dias atuais constituindo, além de um problema social, também um grave problema saúde pública. Em 2005, o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas, revelou que 22,8% da população pesquisada já fizeram uso na vida de drogas, excluindo tabaco e álcool, correspondendo a 10.746.991 pessoas. A estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3% e, em relação às drogas ilícitas, o uso em algum momento da vida de maconha foi referido por 8,8% dos entrevistados, uso de cocaína por 2,9%, *crack* por 0,7% e apenas heroína por 0,09%⁷¹. Na última década no Brasil tem sido observada mudança no perfil de uso da cocaína, com um importante aumento no número de pessoas usando *crack*⁷².

Nossos resultados coincidem com outros autores que mostram alta prevalência entre usuários de drogas e associação positiva entre este hábito e hepatite C^{39,45,70,73,74}.

No uso da cocaína aspirada, a transmissão é possível se levarmos em conta a presença do vírus em secreção nasal⁷¹ e o hábito de compartilhar canudos. Em São Paulo, a prevalência de HCV encontrada entre usuários de cocaína foi alta (14,5%, IC_{95%}:12,3-17,1%)⁴⁵. Os resultados da associação positiva entre o uso de cocaína aspirada, injetável e *crack* e a hepatite C, foi similar ao demonstrado para a infecção por HIV em indivíduos que buscaram testagem num CTA da cidade de Porto Alegre, RS, que estimou OR de 2,3 (IC_{95%}:1,5-3,5) para uso de cocaína aspirada e 2,5 (IC_{95%}: 0,8-7,1) para o *crack*⁷⁶.

No Brasil, a cocaína é a principal droga consumida de forma injetável e diversos estudos apontam para uma maior prevalência de hepatite C e HIV nestes usuários^{70,73}. A

literatura descreve o compartilhamento de objetos para uso de drogas como importante fator de risco para a infecção do HCV⁷⁷⁻⁸¹. Na população estudada, o pequeno número de indivíduos que referiram usar cocaína injetável e heroína limitaram a análise. Da mesma forma, o compartilhamento de seringas e agulhas referido por uma pequena parte dos usuários, limitou a análise, com resultado de associação não estatisticamente significativa entre esta prática e o HCV.

Em Londres, Inglaterra, estudo com 428 UDI de opiáceos, cocaína injetável e *crack* aponta necessidade de repensar o quão as práticas de prevenção adotadas estão adequadas e oportunas. A pesquisa indicou que, em UDI, tanto a prevalência de HCV (44%) quanto a incidência (41,8 casos/pessoa-ano) são elevadas, indicando que apesar da importância da distribuição/troca de seringas/agulhas, a instituição precoce de redução de danos, além de novas abordagens para a mudança de comportamento dos usuários devem ser adotadas para a diminuição da incidência⁸². No Canadá, país com 300 mil pessoas com hepatite C sendo que a maior parte adquiriu a doença pelo uso de drogas, estudo aponta a não redução de novas infecções nesta população e indica a necessidade de maiores investimentos em intervenções preventivas e de tratamento dos usuários, estendendo o acesso dos mesmos ao serviço⁸³. Em Porto Rico, estudo de soroprevalência da hepatite C e comportamento de risco na cidade de San Juan refere que a escassez de medidas preventivas em relação ao HIV/Aids e o abuso de drogas contribuirão para o aumento da hepatite C no futuro, chamando a atenção para necessidade imediata de implantar estratégias preventivas e de tratamento para usuários de drogas⁷⁰.

O achado referente à associação positiva entre a soropositividade do HCV e o uso de álcool pode estar associado à maior vulnerabilidade sofrida por estes usuários, devido à diminuição do juízo crítico de enxergar-se em risco quando sob efeito do álcool, favorecendo a ocorrência de infecções não só de hepatite C como também HIV e outros⁸⁴.

A transmissão da hepatite C pela via sexual ainda não está totalmente esclarecida na literatura. Alguns estudos apontam que a transmissão pode ocorrer, porém de forma menos eficiente que o HIV ou o HBV, sendo maior em indivíduos com alto risco para infecções transmitidas sexualmente e menor para casais monogâmicos^{68,70,85-88}. Em nosso estudo, entretanto, não foi observada associação entre referir DST no último ano e hepatite C.

Entre pacientes de clínicas de assistência à portadores de DST a soroprevalência de hepatite C tem se apresentado mais elevada, indicando o ganho em oportunidade de diagnóstico quando a sorologia para o HCV é ofertada nestes locais e a necessidade de incorporar o tema hepatites em atividades de prevenção^{89,90}. Apesar disso, os resultados apresentados podem sofrer viés de classificação, visto que o registro da presença de DST no último ano foi baseado no relato do paciente, não havendo comprovação diagnóstica clínica ou laboratorial.

O hábito de não usar preservativo, principalmente nas relações com parceiro fixo, encontrado em nossos dados também foi observado entre usuários de um CTA na cidade de São Paulo⁶¹, apontando para a vulnerabilidade de grupos que possuem uma relação estável. Em estudo sobre o comportamento de risco para a infecção pelo HIV com 820 adolescentes atendidos em um CTA do Rio de Janeiro, RJ, o motivo mais citado por não usar preservativo com o parceiro fixo foi a confiança no parceiro (48,1%) e não gostar de usar (11,9%); o motivo do parceiro não aceitar foi mais comum entre as mulheres (12,8%) que entre os homens (4,9%)⁶². No nosso estudo foi observada uma redução de risco de infecção por HCV e referir não usar de preservativos em relações com parceiro fixo. Este achado, entretanto, deve ser analisado com cautela, tendo em vista o grande número de perdas de resposta nesta questão. Considerando-se que alguns estudos têm apontado como fator risco referir relação sexual com usuários de drogas^{68,91,92} ou que HIV aumente o risco de transmissão sexual do HCV⁹³, o uso do preservativo é tema que deve ser melhor discutido nas ações de aconselhamento,

individualizando as recomendações para cada usuário levando em conta somatória de fatores, além de auxiliá-los na negociação do uso com os seus parceiros. Neste estudo não foi possível analisar variáveis relativas à quantidade de parceiros, tipo de parcerias (hetero ou homossexual), idade de início da vida sexual e práticas de atos sexuais dos usuários, informações importantes para definição de estratégias de prevenção nos CTA.

Os achados de associação positiva entre HCV e HIV concordam com a literatura que infere que cerca de 30% dos indivíduos infectados pelo HIV são coinfectedos pelo HCV, sendo esta alta proporção explicada pelas vias de transmissão comuns a estes dois vírus⁹⁴. Em 592 usuários de CTA, da cidade de Goiânia, GO, foi maior a prevalência de infecção pelo HCV em pessoas soropositivas para o HIV (42%, CI_{95%}: 20-66%) que entre soronegativas (1,2%; CI_{95%}:0.5-2.5)⁹⁵. A prevalência de HCV e HIV em usuários de CTA de Connecticut, USA, foi 9,8% e 1,3%, respectivamente; nos locais que atendiam usuários em tratamento de abuso de substâncias a prevalência da hepatite C elevou-se (40,2%) se comparado com outros locais (6,9%)⁹⁶. Estes resultados demonstram a necessidade de uma abordagem conjunta dessas infecções tanto em termos preventivos, quanto de diagnóstico, especialmente para aqueles que adquiriram o HIV pelo uso de drogas ou por transfusões sanguíneas/hemoderivados.

Em relação à infecção com a hepatite B, estudo com 404 usuários de um CTA da cidade de Ribeirão Preto, SP, estimou a prevalência de marcador Anti-HBc e 1% para o HBsAg, sendo esta soroprevalência principalmente associada ao uso de drogas (OR=5,00; IC_{95%}:1,07-23,18) e soropositividade para o HIV (OR=4,25; IC_{95%}:1,73-10,48)⁹⁷. A associação encontrada entre o HCV e HBV é esperada tendo em vista as formas de transmissão comuns de ambos os vírus, em especial no que tange o uso de drogas, e reforça a necessidade de implementar a vacinação contra hepatite B nos indivíduos diagnosticados com hepatite C soronegativos para hepatite B e que não tenham sido vacinados ainda, sendo o CTA um lugar oportuno para esta estratégia.

A presença de associação entre a soropositividade e o grupo de pessoas que procuraram o CTA encaminhadas por outro serviço de saúde ou porque sabidamente identificaram exposição a algum risco é similar aos achados do CTA de Campos dos Goytacazes, RJ em relação ao HIV. O estudo mostrou maior prevalência de HIV entre usuários que foram motivados a buscar o serviço por ter tido relações sexuais com parceiro HIV positivo ou por apresentar algum sintoma relacionado à Aids⁵⁹. Estes dados nos fazem refletir sobre quão complexo é o desafio da adoção de práticas seguras, pois ao mesmo tempo que a circulação de informações se intensificam sobre riscos e formas de prevenção, algumas pessoas continuam se expondo, mostrando que adquirir o conhecimento apesar de importante não é o bastante para gerar mudança de atitudes. Além disso, reafirma a importância do trabalho do aconselhador na prevenção com os usuários que relataram exposição, porém não se infectaram, no sentido de evitar que novas exposições ocorram.

Vale ressaltar que os dados utilizados na análise, por terem sido coletados durante as atividades da rotina habitual do serviço, estão sujeitos a limitações inerentes ao processo, podendo ter influenciado nos resultados observados. Um desses aspectos é a falta de padronizações na coleta das informações. Apesar de ser utilizado um questionário pré-estruturado, contendo instrucional de preenchimento explicativo, este procedimento é realizado por profissionais diferentes até dentro de um mesmo serviço, podendo, de certa forma, ter influenciado no registro dos dados, ocasionando variações. De qualquer modo, consideramos que a possibilidade de ocorrência deste erro ocorrer deu-se de forma similar para casos e controles, o que levaria à obtenção de resultados subestimados da associação.

Outro ponto importante diz respeito a possível não comparabilidade da população estudada em relação à população em geral. Os CTA constituem uma demanda de indivíduos com comportamentos diferenciados, com tendência a terem sofrido mais exposições se comparado ao restante da população. Além disso, por terem buscado um serviço de testagem

estes usuários caracterizam-se diferenciadamente em termos auto-cuidado ou percepção de risco ou até mesmo de acesso à serviço que limitam a generalização dos resultados para a população em geral.

O desenho adotado requer critérios de inclusão de serviços como ter implantado a triagem para a hepatite C, possuir algum caso diagnosticado e ter a segunda versão do SI-CTA, com exclusão de serviços que não tinham estes pré-requisitos. Desta forma, somente 53 serviços foram incluídos no estudo. Apesar deste limite, consideramos que a possibilidade de ocorrência de viés de seleção referente ao pequeno número de CTA incluídos é pouco provável, tendo em vista que todas as Regiões do país tiveram CTA incluídos na amostra e o número de casos e controles obtidos foi suficiente para a maioria das análises realizadas. A distribuição de casos por Região observada representa, possivelmente a maior estruturação de serviços nas Regiões Sudeste e Sul, onde ocorre maior concentração de indivíduos e fluxo populacional.

Um dos limites dos estudos tipo caso-controle é a possibilidade de ocorrência de viés de seleção. Em relação à seleção de casos, consideramos pouco provável a ocorrência deste viés, tendo em vista que foram incluídos a totalidade de casos existentes nos CTA que atendiam aos critérios de inclusão especificados. Para evitar a ocorrência de viés referente à seleção dos controles, este grupo deve ser selecionado da mesma população que deu origem aos casos⁹⁸. Neste estudo, uma amostra estratificada de controles foi obtida considerando-se idade, sexo e região do CTA, não sendo possível a escolha de controles provenientes do mesmo CTA ou da mesma Unidade Federada. Apesar disso, consideramos que os controles obtidos pertencem à mesma população de origem dos casos.

O acolhimento e o vínculo formado entre profissional e usuário são fatores contribuintes para a excelência das ações de prevenção e adesão ao tratamento. O teste positivo representa bem mais do que o sinal de uma doença orgânica potencial, implicando

numa redefinição de posturas, prioridades e necessidades frente à vida que, de acordo com os elementos facilitadores fornecidos e disponibilizados pelos profissionais podem ser significados de forma positiva e otimista. Caso isso não ocorra, idéias persecutórias e fatalistas emergem dificultando inclusive o tratamento e acompanhamento clínico⁹⁹. Mesmo diante de profissionais qualificados para lidar com temas “embaraçosos”, assuntos como o uso de drogas, comportamento sexual e situações de exposição são, muitas vezes, permeados de estigmas e preconceitos. Por este motivo, podemos aventar ocorrência de viés de informação como sendo outra limitação do estudo, visto que o questionário aborda questões comportamentais que podem ter falsa-resposta, por meio de respostas aceitas socialmente, por medo dos usuários serem repreendidos ou até mesmo denunciados. Entretanto consideramos que caso tenha ocorrido, este erro deu-se de forma não diferencial, ou seja, similar para casos e controles o que levaria a uma sub-estimativa na medida da associação encontrada.

6. Conclusões

Podemos concluir que, sendo este o primeiro estudo em relação à hepatite C com a utilização de dados dos SI-CTA, alguns grupos prioritários, como os usuários de drogas e portadores de HIV e hepatite B, foram identificados para ampliação de ações de prevenção.

Os usuários com sorologia positiva para a hepatite C que estão sendo diagnosticados nos CTA são, na sua maioria, homens, entre 30 a 45 anos, solteiros, brancos, atendidos em serviços da região Sudeste.

Destaca-se a associação positiva entre o HCV e ser solteiro, usar drogas como álcool, cocaína aspirada, cocaína injetável e *crack*, ser portador de HIV, ser portador de hepatite B e ter tido hepatite B progressiva. Além disso, entre os casos houve maior chance de ter buscado a testagem no CTA por ter sido encaminhado de outro serviço de saúde ou porque se expuseram de alguma forma, além de pertencer a segmentos populacionais mais

vulneráveis. Apesar da maioria dos casos relatarem ter tido exposição sexual, não foi encontrada associação entre a soropositividade e o uso do preservativo ou ter apresentado DST no último ano.

Tais achados apontam a necessidade da intensificação de ações preventivas específicas aos grupos com comportamento associado à soropositividade, em especial aos usuários de drogas. O momento do aconselhamento é oportuno para estimular adoção de hábitos saudáveis e menos vulneráveis às infecções, não devendo ser desperdiçado. Para isso, os profissionais devem ter estratégias de acolhimento adequadas de aproximação do universo dos usuários e ter conhecimento das práticas utilizadas para uso dos diversos tipos de drogas, a fim de que as medidas de prevenção ultrapassem o escopo da informação e avancem para, de fato, as mudanças de comportamento.

Torna-se necessário ampliar a cobertura da população com acesso aos CTA para mais municípios de diversas Unidades Federadas, pois estes locais são espaços privilegiados para o atendimento integral reunindo aspectos de prevenção, diagnóstico precoce e encaminhamento à serviços especializados.

7. Recomendações

O conhecimento científico acerca dos aspectos relacionados à hepatite C é muito dinâmico o que gera necessidade de atualização contínua por parte dos profissionais de saúde. Além disso, a complexidade da abordagem de temas permeados por estigmas, como atividade sexual e uso de drogas, requerem experiência técnica dos profissionais aconselhores a fim de manter a credibilidade do serviço diante da clientela. Desta forma, os gestores devem promover capacitações e espaços de discussão, visando atualização e manutenção da qualificação profissional dos profissionais desses serviços.

No que se refere ao aconselhamento como instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão da hepatite C, gerando reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção, sugerimos que o Ministério da Saúde em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde amplie a cobertura dos serviços, considerando as Regiões Norte e Nordeste, que apresentaram o menor número de CTA com critérios adequados para a inclusão neste estudo.

Tendo em vista que a clientela de usuários de drogas constitui um grupo de especial importância para a hepatite C, o CTA deve inserir-se numa rede de parcerias com outras instituições e órgãos governamentais e não governamentais para encaminhamento daqueles, objetivando um tratamento integral com abordagem ampla das questões psicossociais que permeiam o universo do uso de drogas.

Os CTA devem ter um fluxo estabelecido de referência e contra referência com serviços especializados para encaminhamento dos usuários com sorologia positiva para elucidação diagnóstica e acompanhamento clínico ambulatorial dos mesmos.

Com o intuito de padronizar a coleta dos dados nos CTA e permitir a comparabilidade dos mesmos, recomendamos que seja implantada em todas as unidades a segunda versão SI-CTA.

8. Tabelas

Tabela 1: Distribuição de casos e controles segundo faixa etária, sexo e região do CTA. Brasil, 2005-2006.

Variáveis	Casos		Controles	
	N	%	N	%
Faixa Etária				
0- 15	3	0,53	12	0,68
15- 25	92	16,17	368	20,76
25- 35	147	25,83	588	33,16
35- 45	171	30,05	425	23,97
45- 55	101	17,75	244	13,76
≥ 55	55	9,67	136	7,67
Sexo				
Masculino	339	59,58	927	52,28
Feminino	230	40,42	846	47,72
Região				
Norte	8	1,41	26	1,47
Nordeste	31	5,45	92	5,19
Sudeste	265	46,57	853	48,11
Sul	188	33,04	584	32,94
Centro Oeste	77	13,53	218	12,30

Tabela 2: Distribuição de casos e controles segundo tipo de exposição, ocupação e segmento populacional. Brasil, 2005-2006.

	Casos		Controles	
	N	%	N	%
Exposição				
Sexual	397	89,01	1.351	92,60
Sexual/Transfusional	17	3,81	29	1,99
Transfusional	11	2,47	25	1,71
Sexual/Ocupacional	7	1,57	18	1,23
Sexual/ Compartilha Seringa/Agulhas	6	1,35	1	0,07
Sexual/outros	4	0,90	11	0,75
Transmissão Vertical/outros	2	0,45	6	0,41
Sem risco	2	0,45	18	1,23
Total	446	100,00	1.459	100,00
Ocupação				
Atividades de nível técnico	99	28,05	276	27,11
Desempregado	77	21,81	146	14,34
Do lar	38	10,76	185	18,17
Autônomo	45	12,75	112	11,00
Aposentado	38	10,76	74	7,27
Estudante	25	7,08	91	8,94
Outras atividades de nível superior	19	5,38	78	7,66
Profissional Saúde	6	1,70	28	2,75
Profissional Sexo	1	0,28	18	1,77
Policial –Forças Armadas	4	1,13	10	0,98
Presidiário	1	0,28	0	0,00
Total	353	100,00	1.018	100,00
Segmento Populacional				
População Geral	355	69,61	1.284	81,94
Usuário de drogas não injetáveis	34	6,67	45	2,87
Homem que faz sexo com Homens	33	6,47	76	4,85
Portador Hepatite B/C/D	27	5,29	5	0,32
População Confinada	15	2,94	25	1,60
Portador HIV/Aids	14	2,75	23	1,47
Portador DST	9	1,76	39	2,49
Profissional Sexo	7	1,37	22	1,40
Usuário de drogas injetáveis	6	1,18	1	0,06
Profissional Saúde	4	0,78	35	2,23
Pessoa exclusão social	4	0,78	2	0,13
Hemofílico/politransfundido	1	0,20	3	0,19
Caminhoneiro	1	0,20	4	0,26
Travesti/transsexual	0	0,00	3	0,19
Total	510	100,00	1.567	100,00

Tabela 3: Associação entre as variáveis sócio-demográficas e sorologia positiva para hepatite C em usuários de CTA. Brasil, 2005-2006.

Variáveis	Casos		Controles		OR bruta	IC _{95%}	OR ajustada*	IC _{95%} *
	N	%	N	%				
Escolaridade								
Nenhuma-Fundamental	226	43,55	676	40,62	1,00		1,00	
Mais que Fundamental	293	56,55	988	55,38	0,89	0,73-1,08	0,94	0,77-1,16
Total	519	100,00	1.664	100,00				
Estado Civil								
Casado/Amigado	186	35,63	716	42,72	1,00		1,00	
Não Casado	336	64,37	960	57,28	1,35	1,10-1,65	1,51	1,22-1,87
Total	522	100,00	1.676	100,00				
Raça/Cor								
Branca	295	61,46	872	56,59	1,00		1,00	
Não Branca	185	38,54	669	43,41	0,82	0,66-1,00	0,79	0,63-1,01
Total	480	100,00	1.541	100,00				

*OR e respectivo IC_{95%} ajustada por região do CTA, idade e sexo

Tabela 4: Associação entre o uso de drogas e sorologia positiva para hepatite C em usuários de CTA. Brasil, 2005-2006.

Variáveis	Casos		Controles		OR bruta	IC _{95%}	OR ajustada*	IC _{95%} *
	N	%	N	%				
Uso droga último ano								
Não	443	77,86	1.448	83,93	1,00		1,00	
Sim	126	22,14	285	16,07	1,48	1,11-1,48	1,47	1,22-1,87
Total	569	100,00	1.773	100,00				
Uso de álcool								
Não Usa	84	67,2	235	83,03	1,00		1,00	
Uso Freqüente	41	32,8	48	16,96	2,39	1,46-3,91	2,15	1,29-3,59
Total	125	100,00	283	100,00				
Uso de Maconha								
Não Usa	110	88,70	267	94,65	1,00		1,00	
Uso Freqüente	14	11,29	17	5,65	2,00	0,95-4,21	2,08	0,95-4,56
Total	125	100,00	283	100,00				
Uso de cocaína aspirada								
Nunca usou	81	65,32	231	82,20	1,00		1,00	
Já usou	43	34,68	50	17,80	2,45	1,50-4,00	2,72	1,61-4,58
Total	124	100,00	281	100,00				
Uso de cocaína injetável								
Nunca usou	107	88,43	275	99,28	1,00		1,00	
Já usou	14	11,57	2	0,72	17,99	3,81-84,85	17,60	3,79-81,69
Total	121	100,00	277	100,00				
Uso de crack								
Nunca usou	96	79,34	256	92,42	1,00		1,00	
Já usou	25	20,66	21	7,58	3,17	1,68-6,00	4,02	2,04-7,92
Total	121	100,00	277	100,00				
Compartilhamento de Seringas/Agulhas								
Não	118	95,16	392	97,27	1,00		1,00	
Sim	6	4,84	11	2,73	1,81	0,65-5,01	2,02	0,70-5,86
Total	124	100,00	403	100,00				

*OR e respectivo IC_{95%} ajustada por região do CTA, idade e sexo

Tabela 5: Associação entre o comportamento sexual e sorologia positiva para hepatite C em usuários de CTA. Brasil, 2005-2006.

Variáveis	Casos		Controles		OR	IC _{95%}	OR ajustada*	IC _{95%} *
	N	%	N	%				
Presença DST último ano								
Não	512	89,98	1.565	88,27	1,00		1,00	
Sim	57	10,02	208	11,73	0,84	0,61-1,14	0,87	0,63-1,19
Total	569	100,00	1.773	100,00				
Uso preserv parceiro fixo								
Sempre	71	23,28	207	26,57	1,00		1,00	
Não usa/Usa algumas vezes	234	76,72	572	73,43	0,77	0,57-1,05	0,72	0,53-0,99
Total	305	100,00	779	100,00				
Uso preserv parceiro eventual								
Sempre	72	36,55	240	43,17	1,00		1,00	
Não usa/Usa algumas vezes	125	63,45	316	56,84	1,32	0,94-1,84	1,26	0,89-1,77
Total	197	100,00	556	100,00				

*OR e respectivo IC_{95%} ajustada por região do CTA, idade e sexo

Tabela 6: Associação entre a presença de outras infecções e sorologia positiva para hepatite C em usuários de CTA. Brasil, 2005-2006.

Variáveis	Casos		Controles		OR	IC _{95%}	OR ajustada*	IC _{95%} *
	N	%	N	%				
HIV								
Negativo	419	90,69	1.564	96,42	1,00		1,00	
Positivo	43	9,31	58	3,58	2,77	1,83-4,18	2,65	1,74-4,02
Total	462	100,00	1.622	100,00				
Hepatite B - HBsAg								
Negativo	468	96,49	1.615	98,90	1,00		1,00	
Positivo	17	3,51	18	1,10	3,26	1,66-6,39	3,03	1,49-6,16
Total	485	100,00	1.633	100,00				
Hepatite B – Anti-HBc								
Negativo	249	65,18	1.194	84,80	1,00		1,00	
Positivo	133	34,82	214	15,19	2,98	2,29-3,87	2,62	2,00-3,43
Total	382	100,00	1.408	100,00				
Sífilis Ativa								
Negativo	561	98,59	1.758	99,15	1,00		1,00	
Positivo	8	1,41	15	0,85	1,67	0,65-4,21	1,65	0,69-3,95
Total	569	100,00	1.773	100,00				
Cicatriz Sorológica Sífilis								
Negativo	418	88,89	1.522	98,58	1,00		1,00	
Positivo	47	10,11	32	1,42	2,48	1,56-3,94	2,26	1,40-3,65
Total	465	100,00	1.554	100,00				

*OR e respectivo IC_{95%} ajustada por região do CTA, idade e sexo

Tabela 7: Associação entre a origem da clientela, motivos da procura do serviço e segmento populacional e sorologia positiva para hepatite C em usuários de CTA. Brasil, 2005-2006.

Variáveis	Casos		Controles		OR	IC _{95%}	OR ajustada*		IC _{95%} *
	N	%	N	%					
Motivo da Procura pelo Serviço									
Conhecer status sorológico	168	30,82	704	41,17	1,00		1,00		
Encaminhado Serv. Saúde/Exposição Risco	377	69,18	1.006	58,83	1,57	1,28-1,93	1,55	1,26-1,91	
Total	545	100,00	1.710	100,00					
Banco de Sangue									
Não	520	91,39	1.667	94,02	1,00		1,00		
Sim	49	8,61	106	5,98	1,48	1,04-2,11	1,42	0,99-2,04	
Total	569	100,00	1.773	100,00					
Origem da Clientela									
Divulgação Meios Comunicação	295	62,34	1.025	64,50	1,00		1,00		
Encaminhamento Serv. Saúde	183	37,66	564	35,49	1,13	0,91-1,39	1,09	0,88-1,36	
Total	478	100,00	1.589	100,00					
Seguimento Populacional									
População geral	328	68,62	1.239	82,00	1,00		1,00		
Grupos Vulneráveis	150	31,38	272	18,00	2,08	1,65-2,64	2,13	1,67-2,71	
Total	478	100,00	1.511	100,00					

*OR e respectivo IC_{95%} ajustada por região do CTA, idade e sexo

9. Referências Bibliográficas

1. WHO. Hepatitis C. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/index.html>> Acessado em 10 de maio de 2007
2. WHO. Hepatitis C. Disease Burden. Disponível em <http://www.who.int/immunization/topics/hepatitis_c/en/index.html> Acessado em 10 de maio de 2007.
3. Kim WR. The burden of hepatitis C in the United States. *Hepatology*. 2002, 36:S30-S34.
4. Mast EE, Alter MJ, Margolis HS. Strategies to prevent and control hepatitis B and C virus infections: a global perspective. *Vaccine*. 1999;17:1730-33.
5. Sy T, Jamal MM. Epidemiology of hepatitis C virus (HCV) infection. *Int J Med Sci*. 2006;3:41-46.
6. Fay O, Schatzmayer H, Visona C. Prevalence of HCV antibodies in Latin America. *Hepatology*. 1984;19:601.
7. Mudawi HM, Smith HM, Rahoud SA, Fletcher IA, Babikir AM, Saeed OK, et al. Epidemiology of HCV infection in Gezira state of central Sudan. *J Med Virol*. 2007;79(4):383-5.
8. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 34 - 28 de set. 2007. *Dispõe sobre Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C*. DOU de 09/10/2007.
9. Focaccia R, Conceição OJG, Sette Jr H, Sabino E, et al. Estimated prevalence of viral hepatitis in general population of the municipality of São Paulo, measured by a serologic survey of a stratified, randomized and residence-based population. *BJID*. 1998;2:269-84.
10. Zarife MA, Silva LK, Silva MB, Lopes GB, Barreto ML, Teixeira M da G, et al. Prevalence of hepatitis C virus infection in north-eastern Brazil: a population-based study. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2006 Jul;100(7):663-8. Epub 2005 Dec 28.
11. CovasTD, Boturão Neto E, Zago, MA. The frequency of blood-born viral infections in a population of multitransfused Brazilian patients. *Rev. Inst. Med. Trop*. 1993;35(3):271-3..
12. Carmo RA, Oliveira GC, Guimarães MDC, Oliveira MS, Lima AA, Buzek SC, et al. Hepatitis C virus infection among Brazilian hemophiliacs: a virological, clinical and epidemiological study. *Braz. J. Med. Biol*. 2002;35(5):589-98.
13. Alvanhan, RAM. Hepatites virais B e C na região de Londrina, Paraná, 1996 à 1999. [dissertação] São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia; 2001.
14. Doekias AE, Okandze-Elenga JP, Kinkouna AG, Lepfoundzou AB, Garcia S. Seroprevalence of viral hepatitis C in polytransfused patients at Central University Hospital of Brazzaville. *Bull Soc Pathol Exot*. 2003;96(4):279-82.
15. López L, López P, Arago A, Rodríguez I, López J, Lima E, et al. Risk factors for hepatitis B and C in multi-transfused patients in Uruguay. *J Clin Virol*. 2005;34(Suppl 2):S69-74.

16. Fujimura Y, Ishimoto S, Shimoyama T, Narita N, Kuze Y, Yoshioka A, et al. Genotypes and multiple infections with hepatitis C virus in patients with haemophilia A in Japan. *J Viral Hepat.* 1996;3(2):79-84.
17. Yoshida, CFT. Antibodies against non-structural c100/3 and structural core antigen of hepatitis C virus (HCV) in hemodialysis patients. *Rev Inst Med Trop São Paulo.* 1993;35(4):315-321.
18. Busek SU, Babá EH, Tavares Filho HA, Pimenta L, Salomão A, Corrêa-Oliveira R, et al. Hepatitis C and hepatitis B virus infection in different hemodialysis units in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2002;97(6):775-8.
19. Carneiro MAS, Martins RMB, Teles SA, Silva SA, Lopes CL, Cardoso DDP, et al. Hepatitis C prevalence and risk factors in hemodialysis patients in Central Brazil: a survey by polymerase chain reaction and serological methods. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2006;96(6):765-769.
20. Santana GO, Cotrim H, Mota E, Paraná R, Santana N P, Lyra L. Antibodies to hepatitis C virus in patients undergoing hemodialysis in Salvador, BA, Brazil. *Arq. Gastroenterol.* 2001;38(1):24-31.
21. Catalan-Soares BC, Almeida RTP, Carneiro-Proietti, ABF. Prevalence of HIV-1/2, HTLV-I/II, hepatitis B virus (HBV), hepatitis C virus (HCV), *Treponema pallidum* and *Trypanosoma cruzi* among prison inmates at Manhuaçu, Minas Gerais State, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2000;33(1):27-30.
22. Guimarães T, Granato CFH, Varella D, Ferraz MLGF, Castelo A, Kallás EG. High prevalence of hepatitis C infection in a Brazilian prison: identification of risk factors for infection. *Braz J Infect Dis.* 2001;5(3):111-118.
23. Adjei AA, Armah HB, Gbagbo F, Ampofo WK, Quaye IK, Hesse IF, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *J Med Microbiol.* 2006;55(Pt 5):593-7.
24. Ruiz JD, Molitor F, Sun RK, Mikanda J, Colford Jr JM, Rutherford GW, Ascher MS. Prevalence and correlates of hepatitis C virus infection among inmates entering the California Correctional System. *WIM.* 1999;170(3):156-60.
25. Ford PM, Kaufmann H, Mactavish J, Ford S, Connop P. Voluntary anonymous linked study of the prevalence of hlv infection and hepatitis c among inmates in a Canadian federal penitentiary for women. *Can Med Assoc J.* 1995; 153(11):1605-8.
26. Quer J, Esteban JI. Epidemiology. In: Zuckerman AJ, Thomas HC (eds). *Viral Hepatitis*, 2nd ed, United Kingdom, Churchill Livingstone, 1998, pp 271-283.
27. Jindal N, Jindal M, Jilani N, Kar P. Seroprevalence of hepatitis C virus in health care workers of a tertiary care centre in New Delhi. *Indian J Med Res.* 2006; 123:179-80.
28. 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. *MMWR* 2001;50:1-23.

29. Yazdanpanah Y, De Carli G, Miguereles B, Lot F, Campins M, Colombo C, et al. Risk factors for hepatitis C virus transmission to Health Care Workers after occupational exposure: a European case-control study. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2006;54 Spec No 1:1S23-1S31.
30. Paraná R, Paiva T, Leite MR, Oliveira FN, Kali N, Lobato C, Dantas T, Neto JT. Infection with hepatitis C virus among health care workers in the Brazilian Western Amazon region (Rio Branco, State of Acre). *Am J Trop Med Hyg*. 2007;76(1):165-9.
31. Ciorlia LAS, Zanetta DMT. Hepatitis C in health care professionals: prevalence and association with risk factors. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):1-6.
32. Brasil. Portaria n. 1.376/GM - 19 de nov. 1993. *Aprova alterações na Portaria nº. 721/GM, de 09.08.89, que aprova Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, e dá outras providências*. DOU de 02/12/1993.
33. Japanese Red Cross Non-A Non-B Hepatitis Research Group. Effect of screening for hepatitis C virus antibody and hepatitis B core antibody on incidence of post-transfusion hepatitis. *Lancet*.1991;338:1040-1.
34. Donahue JG, Munoz A, Ness PM, Brown DE Jr, Yawn DH, McAllister HA Jr, et al. The declining risk of postransfusion hepatitis C virus infection. *N Engl J Med*. 1992;327:369-73.
35. Soldan K, Barbara JA, Ramsay ME, Hall AJ. Estimation of the risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus and human immunodeficiency virus infectious donations entering the blood supply in England, 1993-2001. *Vox Sang*. 2003; 84(4):274-86.
36. Conry-Cantilena C, VanRaden M, Gibble J, Melpolder J, Shakil AO, Viladomiu L, et al. Routes of infection, viremia, and liver disease in blood donors found to have hepatitis C virus infection. *N Engl J Med*.1996; 334(26):1691-6.
37. Chen SL, Morgan TR. The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection. *Int J Med Sciences*. 2006,3(2):47-52.
38. Yee LJ, Weiss HL, Lahgner RG, Herrera J, Kaslow RA, Van Leeuwen DJ. Risk factors for acquisition of hepatitis C virus infection: a case series and potential implications for disease surveillance. *BMC Infectious Disease* 2001, 1:8.
39. Armstrong GL, Wasley A, Simard EP, McQuillan GM, Kuhnert WL, Alter MJ. *Ann Intern Med*. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002. 2006 May 16;144(10):705-14.
40. Murphy EL, Bryzman SM, Glynn SA, Ameti DI, Thomson RA, Williams AE, et al. Risk factors for hepatitis C virus infection in United States. *Hepatology*. 2000, 31:756-762.
41. Thomas DL, Vlahov D, Solomon L, Cohn S, Taylor E, Garfein R, et al. Correlates of hepatitis C virus infection among injection drug users. *Medicine*. 1995;74(4):212-20.

42. Roy E, Alary M, Morissette C, Leclerc P, Boudreau JF, Parent R, et al. The Surv UDI Working Group. High hepatitis C virus prevalence and incidence among Canadian intravenous drug users. *Int J STD AIDS*. 2007; 18(1):23-7.
43. Altaf FA, Shah AS, Zaidi NA, Memon A, Nadeem-Ur-Rehman, Wray N. High risk behaviors of injection drug users registered with harm reduction programme in Karachi, Pakistan. *Harm Reduct J*. 2007;10; 4(1):7.
44. Oliveira MLA, Bastos FI, Telles PR, Yoshida CFT, Schatzmayr HG, Paetzold U, et al. Prevalence and risk factors for HBV, HCV and HDV infections among injecting drug users from Rio de Janeiro, Brazil. *Braz J Med Biol Res*. 1999;32(9):1107-14.
45. Turchi, MD. Perfil de risco e estimativa de ocorrência de infecções de transmissão sanguínea ou sexual-HIV, hepatite B, Hepatite C, HTLV-I/II e sífilis entre usuários de cocaína, em São Paulo.[dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, 2000.
46. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Hepatites Virais:o Brasil está atento*. Brasília, 2003.
47. Treitinger A, Spada C, Silva EL, Miranda AF, Oliveira OV, Silveira MV, Verdi JC, Abdala DS. Prevalence of serologic markers of HBV and HCV infection in HIV-1 seropositive patients in Florianópolis, Brazil. *Braz J Infect Dis*. 1999;3:1-5.
48. Pavan MH, Aoki FH, Monteiro DT, Gonçalves NSL, Escanhoela CAF, Gonçalves Junior FL. Viral hepatitis in patients infected with human immunodeficiency virus. *Braz J Infect Dis*. 2003; 7:253-61.
49. Segurado AC, Braga P, Etzel A, Cardoso MR. Hepatitis C virus coinfection in a cohort of HIV-infected individuals from Santos, Brazil: seroprevalence and associated factors. *AIDS Patient Care STDS*. 2004 Mar;18(3):135-43.
50. Mendes-Corrêa MCJ, Barone AA, Cavalheiro NP, Tengan FM, Guastini C. Prevalence of hepatitis B and C in the sera of patients with HIV infection in São Paulo, Brazil. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*. 2000;42:81-85.
51. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de Situação nos Estados 2007. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27037 Acessado em 26 de novembro de 2007.
52. Brasil. Portaria GM n. 2.080 – 31 de out. 2003. *Institui o Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais, o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa e dá outras providências*.
53. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Aconselhamento em hepatites virais. Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília, 2005.

54. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Brasília, 2004. Coleção DST/Aids- Série de Estudos, Pesquisa e Avaliação n° 8, página 10.
55. Stopka TJ, Marshall C, Bluthenthal RN, Webb DS, Truax SR. HCV and HIV counseling and testing integration in California: an innovative approach to increase HIV counseling and testing rates. *Public Health Rep.* 2007;122 Suppl 2:68-73.
56. Heseltine G, McFarlane J. Texas statewide hepatitis C counseling and testing, 2000-2005. *Public Health Rep.* 2007; 122 Suppl 2:6-11.
57. Brasil, Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. Relatório Preliminar da Pesquisa Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil, maio 2007.
58. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids. Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em Aids- SI-CTA- Manual de Utilização. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
59. Araújo LC, Fernandes RCS, Coelho MCP, Medina-Acosta E. Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no centro de testagem e aconselhamento da cidade de Campo dos Goytacazes, estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2005;14(2):85-90.
60. Pechansky F, Von Diemen L, Kessler F, De Boni R, Surrat H, Inciardi J. Preditores de soropositividade para HIV em indivíduos não abusadores de drogas que buscam centros de testagem e aconselhamento de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(1):266-274.
61. Bassichetto KC, Mesquita F, Zacaro C, Santos EA, Oliveira SM, Veras MASM, Bergamaschi DP. Perfil epidemiológico dos usuários de um centro de testagem e aconselhamento para DST/HIV da rede municipal de São Paulo, com sorologia positiva para o HIV. *Rev Bras Epidemiol.* 2004;7(3):302-10.
62. Griep RH, Araújo ALF, Batista SM. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/aids no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2005;14(2):119-126.
63. Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia.* São Paulo. Atheneu. p. 178. 2004.
64. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública. Especificação técnica dos insumos adquiridos pelo Ministério da Saúde para abastecimento da rede nacional de laboratórios, 2006.
65. Brasil. Portaria GM n. 069- 28 de jan. 2003. *O Ministro de Estado da Saúde,...detecção de anticorpos anti-HIV com o objetivo de realizar o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV.*
66. Soares JF, Siqueira AL. Introdução à Estatística Médica. 2ªed. Belo Horizonte: Coopmed; 2002.

67. Brasil, Ministério da Saúde, Boletim epidemiológico AIDS DST 2007. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments> Acessado em 26 de novembro de 2007.
68. Brandão ABM, Fuchs SC. Risk factors for hepatitis C virus infection among blood donors in southern Brazil: a case-control study. *BMC Gastroenterology*. 2002;2:4-8.
69. Patiño-Sarcinelli F, Hyman J, Camacho LA, Linhares DB, Azevedo JG. Prevalence and risk factors for hepatitis C antibodies in volunteer blood donors in Brazil. *Transfusion*. 1994 Feb;34(2):138-41.
70. Pérez CM, Suárez E, Torres EA, Román K, Colón V. Seroprevalence of hepatitis C virus and associated risk behaviours: a population-based study in San Juan, Puerto Rico. *Int J Epidemiol*. 2005 Jun;34(3):593-9.
71. Brasil, Secretaria Nacional Antidrogas, II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br> Acessado em 06 de janeiro de 2008.
72. Dunn J, Laranjeira RR. Transitions in the route of cocaine administration- characteristics, direction and associated variables. *Addiction*. 1999;94(6):813-24.
73. De Carvalho HB, Mesquita F, Massad E, Bueno RC, Lopes GT, Ruiz MA, Burattini MN. HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1996 May 1;12(1):84-92.
74. Touzet S, Kraemer L, Colin C, Pradat P, Lanoir D, Bailly F, et al. HENCORE Group (Hepatitis C European Network for Cooperative Research). Epidemiology of hepatitis C virus infection in seven European Union countries: a critical analysis of the literature. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2000;12:667-78.
75. McMahon JM, Simm M, Milano D, Clatts M. Detection of hepatitis C virus in the nasal secretions of an intranasal drug-user. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*. 2004;3:6.
76. Pechansky F, Kessler F, Von Diemen L, Inciardi J, Surrat H. Uso de substâncias, situações de risco e soroprevalência em indivíduos que buscam testagem gratuita para HIV em Porto Alegre. *Pan Am J Public Health*. 2005; 18 (4/5) 249-255.
77. De Boni R, Pechansky F, Von Diemen L, Kessler F, Surrat H, Inciardi J. Risks Differences of HIV infection between injection drug users in Rio de Janeiro and Porto Alegre. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005, 32(1):5-9.
78. Bradshaw CS, Pierce LI, Tabrizi SN, Fairley CK, Garland SM. Screening injecting drug users for sexually transmitted infections and blood borne viruses using street outreach and self collected sampling. *Sex Transm Infect*. 2005 Feb;81(1):53-8.
79. Lucidarme D, Bruandet A, Illef D, Harbonnier J, Jacob C, Decoster A, Delamare C, Cyran C, Van Hoenacker AF, Fréaux D, Josse P, Emmanuelli J, Le Strat Y, Desenclos JC, Filoche B. Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the North and East of France. *Epidemiol Infect*. 2004 Aug;132(4):699-708.

80. Guadagnino V, Zimatore G, Izzi A, Caroleo B, Rocca A, Montesano F, et al. Relevance of intravenous cocaine use in relation to prevalence of HIV, hepatitis B and C virus markers among intravenous drug abusers in southern Italy. *J Clin Lab Immunol.* 1995;47(1):1-9.
81. Shirin T, Ahmed T, Iqbal A, Islam M, Islam MN. Prevalence and risk factors of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infections among drug addicts in Bangladesh. *J Health Popul Nutr.* 2000 Dec;18(3):145-50.
82. Judd A, Hickman M, Jones S, McDonald T, Parry JV, Stimson GV, Hall AJ. Incidence of hepatitis C virus and HIV among new injecting drug users in London: prospective cohort study. *BMJ* 2005;330:24-5.
83. Fischer B, Kalousek K, Rehm J, Powis J, Krajden M, Reimer J. Hepatitis C, illicit drug use and public health: does Canada really have a viable plan? *Cab J Public Health.* 2006; 97(6):485-8.
84. Pechansky F, Von Diemen L, Kessler F, De Boni R, Surrat H, Inciardi J. Preditores de soropositividade para HIV em indivíduos não abusadores de drogas que buscam centros de testagem e aconselhamento de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(1):266-74.
85. Buffington J, Murray PJ, Schlanger K, Shih L, Badsgard T, Hennessy RR, Wood R, Weisfuse IB, Gunn RA. Low prevalence of hepatitis C virus antibody in men who have sex with men who do not inject drugs. *Public Health Rep.* 2007;122 Suppl 2:63-7.
86. Vandelli C, Renzo F, Romano L, Tisminetzky S, De Palma M, Stroffolini T, Ventura E, Zanetti A. Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study. *Am J Gastroenterol.* 2004;99(5):855-9.
87. Terrault NA. Sexual activity as a risk factor for hepatitis C. *Hepatology.* 2002 Nov;36(5 Suppl 1):S99-105.
88. Kao JH, Liu CH, Chen PJ, Chen W, Lai MY, Chen DS. Low incidence of hepatitis C transmission between spouses: A prospective study. *J Gastrol Hepatol.* 2000;15:391-5.
89. Gunn RA, Murray PJ, Brennan CH, Callahan DB, Alter MJ, Margolis HS. Evaluation of screening criteria to identify persons with hepatitis C virus infection among sexually transmitted disease clinic clients: results from the San Diego Viral Hepatitis Integration Project. *Sex Transm Dis.* 2003 Apr;30(4):340-4.
90. Gunn RA, Murray PJ, Ackers ML, Hardison WG, Margolis HS. Screening for chronic hepatitis B and C virus infections in an urban sexually transmitted disease clinic: rationale for integrating services. *Sex Transm Dis.* 2001 Mar;28(3):166-70.
91. Strazza L, Massad E, Azevedo RS, Carvalho HB. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(1):197-205.

92. Goldberg D, McIntyre PG, Smith R, Appleyard K, Dunlop J, Taylor A, Hutchinson S. Hepatitis C virus among high and low risk pregnant women in Dundee: unlinked anonymous testing. *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108:365-70.
93. Filippini P, Coppola N, Scolastico C, Rossi G, Onofrio M, Sagnelli E, Piccinino F. Does HIV infection favor the sexual transmission of hepatitis C? *Sex Transm Dis.*2001;28(12):725-9.
94. Benfield T. Hepatitis C in the EuroSIDA cohort of European HIV-infected patients: prevalence and prognostic value [abstract 22261]. Proceedings of the 12th World AIDS Conference. Geneva, Switzerland: June 28–July 3, 1998.
95. Pereira GA, Stefani MM, Martelli CM, Turchi MD, Siqueira EM, Carneiro MA, et al. Human immunodeficiency virus type 1 and hepatitis C virus co-infection and viral subtypes at an HIV testing center in Brazil. *J Med Virol.* 2006 Jun;78(6):719-23.
96. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of hepatitis C virus infection among clients of HIV counseling and testing sites-Connecticut, 1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2001 Jul 13;50(27):577-81.
97. Monteiro MRCC, Passos ADC, Figueiredo JFCF, Gaspar AMC, Yoshida AFT. Marcadores sorológicos da hepatite B em usuários de um Centro de Testagem para o HIV. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2001;34(1):53-9.
98. Rothman KJ & Greenland S. Case control studies. In: *Modern Epidemiology.* 2 ed. Lippincott-Raven. Philadelphia. 1998. p.93-114.
99. Domingues RC. Notas sobre os aspectos psicossociais do diagnóstico anti-HIV: uma reflexão sobre as possibilidades de prevenção e assistência a partir da prática do aconselhamento. In: *Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) Integrando Prevenção e Assistência- Coleção DST/Aids- Serie Estudos, Pesquisas e Avaliação n°8.* 2004.

10. Anexos

10.1 Formulário de Atendimento do CTA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde PN-DST/AIDS		CTA - CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA		Nº Requisição	
Dados Orientação	1 Local (instituição) de Origem / Encaminhamento	2 Data Atendimento	3 Tipo de Orientação (Pré-Teste) [1] Individual [3] Nenhuma [2] Coletiva [4] Individual e Coletiva		
	4 Orientador(es)/Profissional	5 1º Atendimento no CTA [1] Sim [2] Não	6 Vai Fazer Coleta [1] Sim [2] Não	7 1ª Amostra [1] Sim [2] Não	
	8 Nº Requisição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)	9 Teste Nominal [1] Sim [2] Não	10 Mostra Nome Etiqueta [1] Sim [2] Não		
Dados do Usuário	11 Nº do Prontuário/Protocolo	12 Nome do Usuário ou Senha			
	13 Sexo [1] Masc. [2] Fem.	14 Gestante [1] Sim [2] Não	15 Idade Gestacional (Meses)	16 Data Nascimento	
	17 Estado Civil (Situação conjugal) [1] Casado/Amigado [3] Separado [2] Solteiro(a) [4] Viúvo [99] Não infor.		18 Raça/Cor [1] Branca [3] Amarela [5] Indígena [2] Preta [4] Parda [99] Ignorado	19 Escolaridade (anos estudos concluídos) [1] Nenhuma [3] De 4 a 7 [5] De 12 a mais [2] De 1 a 3 [4] De 8 a 11 [99] Ignorado	20 Ocupação
	21 Número do Cartão SUS	22 Nome da mãe			
	Assinatura do Usuário				
Autorização de Contato	23 Permite Contato * [1] Sim [2] Não	24 Tipo de Contato [1] Telefone [3] e-mail [5] Outros: [2] Correio [4] Visita Domiciliar			
* Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações					
Dados de Residência	25 Logradouro (rua, avenida...)		26 Complemento (apto, casa ...)	27 Número	
	28 Município	29 Bairro		30 UF	
	31 CEP	32 (DDD) Telefone	33 Zona [1] Urbana [2] Rural	34 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares				
Dados da Requisição	35 Motivo da Procura [1] Exposição a situação de risco [10] Janela imunológica [2] Encaminhado por serviço de saúde [11] Suspeita de DST [3] Encaminhado por banco de sangue [12] Prevenção [4] Encaminhado por clínicas de recuperação [13] Exame pré-nupcial [5] Sintomas relacionados a AIDS [14] Testagem para hepatite [6] Admissão em emprego/Forças Armadas [15] Contato domicil. p/ hepatites [7] Conhecimento de status sorológico [97] Outros: [8] Exame pré-natal [99] Não Informado [9] Conferir resultado anterior		36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço) [1] Material de divulgação [7] ONG [2] Amigos/Usuários do serviço [8] Internet [3] Jornais/Rádios/Televisão [9] Campanha [4] Banco de sangue [97] Outros: [5] Serviço/Profissional de Saúde [99] Não informado [6] Serviços de informação telef.		
	37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções) [1] Nenhum [6] Tratamento de DST [11] Realizar hepatite C [2] Repeti Exame/Inconclusivo [7] Orientações Gerais [12] Realizar hepatite D [3] Repetir Ex./Janela imunológica [8] Realizar ex. HIV [13] Realizar todos os Exames [4] Repetir Exame /2ª amostra [9] Realizar Ex. Sífilis [97] Outros [5] Assistência Psicossocial [10] Realizar hepatite B		38 Local Encaminhamento		
Notas da Orientação	39 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:				
	Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:				

Continuação da Requisição -Página 2

Antecedentes Epidemiológicos	40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não			41 Apresentou DST nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não			42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou [1] Serviço de saúde [3] Auto-medicação [5] Não tratou [99] Não informado [2] Farmácia [4] Não lembra [98] Não se aplica					
	43 Usou Drogas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não			44 Se Fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências [1] Alcool _____ [3] Cocaína Aspirada _____ [5] Crack _____ [7] Anfetaminas _____ [2] Maconha _____ [4] Cocaína Injetável _____ [6] Heroína _____ [8] Outras _____			Legendas p/ frequência de uso de drogas: 1- Nunca usou 2- Já usou, mas não usa mais 3- Usa vez em quando 4- Usa frequentemente					
	45 Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não [3] Não lembra [98] Não se aplica [99] Não informado											
	46 Tipo de Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses [1] Homens _____ [4] Travestis/Transexuais _____ [99] Não informado [2] Mulheres _____ [98] Não se aplica			47 Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta) [1] Relação Sexual [3] Compart. seingas/agulhas [5] Ocupacional (exp. mat. biológico) [7] Não relata risco Biolog. [99] Não informado [2] Transf. de sangue/hemod. [4] Hemofilia [6] Transmissão vertical [97] Outros								
Informações de Uso de Preservativos	48 Uso do Preservativo c/ Parceiro Fixo (atual) nos últimos 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [98] Não se aplica [99] Não informado [2] Não usou [3] Usou menos da metade das vezes			49 Uso do Preservativo na Última Relação com Parceiro Fixo [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [98] Não se aplica [99] Não informado [2] Não [3] Não lembra								
	50 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Fixo [1] Não gosta [6] Confiar no parceiro [11] Negociou não usar [17] Disfunção sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alergia ao Produto [97] Outros [4] Parceiro(a) não aceita [9] Açou que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/tesão [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar [16] Tamanho do preservativo pq/gd [99] Não informado											
	51 Risco do Parceiro Fixo [1] Relações bissexuais [3] Usuário de drogas injetáveis [5] Soropositivo p/ HIV [7] Outros [99] Não informado [2] Transfusão de sangue/hemofílico [4] Uso de outras drogas [6] Tem ou teve DST [98] Não se aplica											
	52 Uso do Preservativo c/ Parceiro(s) Eventual(is) nos últ. 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [98] Não se aplica [99] Não informado [2] Não usou [3] Usou menos da metade das vezes			53 Uso do Preservativo na Última Relação c/ Parceiro Eventual [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [98] Não se aplica [99] Não informado [2] Não [3] Não lembra								
Recorte	54 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Eventual [1] Não gosta [6] Confiar no parceiro [11] Negociou não usar [17] Disfunção sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alergia ao Produto [97] Outros [4] Parceiro(a) não aceita [9] Açou que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/tesão [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar [16] Tamanho do preservativo pq/gd [99] Não informado											
	55 Recorte Populacional (marque com X até 3 opções de resposta) [1] População em geral [4] Profissional do sexo [7] Usano de outras drogas [12] Travesti/Transexual [2] População confinada [5] Homem que faz sexo com homem [8] Pessoa vivendo com HIV/aids [13] Pessoa em exclusão social [3] Caminhoneiro [6] Usuário de drogas injetáveis [9] Portador de DST [14] Portador Hepatite B/C/D [10] Hemofílico e politransfundido [11] Profissional de saúde [97] Outros:											
Encaminhamentos Pós-Teste	56 Encaminhamento(s) Pós-Teste (até 3 opções) [1] Nenhum [7] Tratamento para hepatites [8] Tratamento para HIV [2] Repetir exame HIV/Inconclusivo [9] Repetir ex. Hepatite/incon. [10] Tratamento de Sífilis [3] Repetir/Janela imunológica [11] Vacina Hepatite B [97] Outros: [4] Repetir exame/2ª amostra [5] Assistência psicossocial [6] Tratamento de DST			57 Local (is) de Encaminhamento (s) Pós-Teste [58] Orientador da Entrega			59 Materias / Preser. fornecidos:					
	Dados de Resultado											
Resultado Laboratorial	60 Data da Entrega:			61 HIV Tipo de Teste Realizado Triagem: [1] Elisa [2] Teste rápido Resultado Triagem: _____ Resultado Final: _____			62 Hepatite B HBsAg _____ Anti-HBc total _____ ANTI-HBs _____ C Anti-HCV _____ D Anti-HDV _____			63 Sifilis VDRL _____ Titulação: [] Doença Ativa [] Cicatriz Sorológ.		
	64 Especificar Outras Doenças e Seus Resultados _____ _____ _____			Legendas de Resultados: 1-Não Reagente 4-Ignorado 2-Reagente 5-Discordante 3-Indeterminado 6-Não realizado								

10.2 Instruções de Preenchimento do Formulário de Atendimento –SICTA

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO - SICTA v.2005

Instruções Gerais:

- O CTA pode optar: por um atendimento simplificado no pré-teste (preenchendo apenas a primeira página do formulário e a página seguinte preencher durante o pós-teste) ou por atendimento completo (preenchendo as duas páginas do formulário logo no pré-teste).
- Dados de orientação: as questões de 1 a 10 deverão ser preenchidas para todos os usuários que buscarem o CTA.
- Dados do Usuário: todas as questões deverão ser preenchidas, as questões 21 e 22 deverão ser preenchidas apenas para usuários que optarem por teste nominal. Dados de residência (questões 25 a 34): no caso de usuários que não autorizarem contato do serviço (questão 23), deverão ser preenchidas apenas os campos "28 - município e 29-Bairro". Os demais dados residenciais não deverão ser preenchidos.
- Todos os demais campos (35 a 63) deverão ser preenchidos para todos os usuários.

Instruções dos Campos da 1ª página :

- 1 - Local de Origem. Refere-se à unidade de saúde (instituição) que encaminhou o usuário. Caso seja demanda espontânea é o próprio CTA.
- 2 - Data de atendimento - Introduzir a data de realização do atendimento pré-teste no CTA. Deverá ser anotada no formato dd/mm/aaaa.
- 3 - Tipo de orientação (Pré-Teste) - Registrar se o usuário passou pelo aconselhamento pré-teste individual, coletivo ou individual e coletivo. Não é esperado que qualquer usuário realize coleta de sangue sem qualquer abordagem (individual e coletiva), mas caso isto tenha acontecido, registrar "nenhuma" orientação/aconselhamento pré-teste.
- 4 - Orientador(es)/Profissional - Introduzir o nome do(s) profissional(is) responsável(is) pelo(s) atendimento(s) pré-teste.
- 5 - 1º atendimento no CTA - Introduzir a resposta fornecida pelo usuário quanto ao fato de ser ou não a primeira vez que é atendida neste CTA.
- 6 - Vai fazer coleta - Refere-se à coleta de sangue. Registrar se o usuário decidiu submeter-se a quaisquer das testagens oferecidas: HIV, Sífilis, Hepatites B, C e D.
- 7 - 1ª amostra - Registrar "sim" se corresponder à primeira coleta realizada para testagem (triagem sorológica). Registrar "não" apenas quando for coleta para exame confirmatório do resultado da primeira amostra (ou seja, quando o primeiro resultado tiver sido positivo/reagente ou indeterminado/inconclusivo). Todas as outras situações entram como 1ª amostra. Ex.: pessoa que retorna para realizar novo exame porque estava em janela imunológica entra como 1ª amostra.
- 8 - Nº da requisição anterior - Introduzir o número que identifica a requisição anterior do mesmo usuário atendido outras vezes no CTA. O preenchimento desta informação é particularmente importante (obrigatório) nos casos de segunda amostra, permitindo vincular a exame anterior.
- 9 - Teste nominal - Registrar se o usuário optou por identificar-se ou manter o anonimato.
- 10 - Mostra nome na etiqueta - Opção de imprimir ou não o nome do usuário na etiqueta.
- 11 - Nº do Prontuário/Protocolo - Introduzir o número do prontuário/protocolo do usuário no serviço (se houver). Esta informação facilita a identificação e consulta do mesmo no sistema, principalmente daqueles que se identificaram e realizaram mais de uma testagem no CTA.
- 12 - Nome (Senha) - Introduzir o nome do usuário ou a senha escolhida por ele. No caso de testes nominais, o nome completo deve ser checado com documentos.
- 13 - Sexo - Masculino ou feminino
- 14 - Gestante - Registrar se a mulher está gestante ou não.
- 15 - Idade gestacional - Registrar o tempo de gestação (em meses) referido pela mulher.
- 16 - Data de nascimento - Registrar a data de nascimento do usuário - preencher no formato dd/mm/aa
- 17 - Estado civil/ Situação conjugal - Registrar a situação conjugal atual do usuário. Casado/amigado será definido pelo fato de morar com o(a) parceiro(a). Por exemplo, se uma mulher é viúva e atualmente está amigada com alguém, prevalece a situação atual - casada/amigada.
- 18 - Raça/cor - Pedir ao usuário que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida, isto é, o profissional deverá pedir ao usuário que ele relate sua própria cor dentre as categorias oferecidas.
- 19 - Escolaridade - Registrar o número de anos de estudo concluídos pelo usuário, dentro das faixas disponíveis. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "de 12 a mais anos de estudo concluídos".
- 20 - Ocupação - Deverá ser preenchida de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações. Não se trata de registrar a profissão/categoria profissional, mas sim de registrar a ocupação (trabalho) atual do usuário.
- 21 - Nº do cartão SUS - Registrar o número do cartão do SUS, caso o usuário possua. Este campo deverá ser preenchido apenas por usuários que optarem por teste nominal. Para aqueles que optaram por teste nominal e não possuírem o cartão, registrar "não possui".
- 22 - Nome da mãe - Este campo deverá ser preenchido somente nos casos em que o usuário tenha optado por fazer o teste nominal.
- 23 - Permite contato - O preenchimento deste campo é obrigatório e requer atenção especial dos profissionais. O profissional deverá perguntar ao usuário se ele permite que o serviço entre em contato com ele em caso de necessidade; por exemplo, se ele não retornar para buscar resultados de exames, ou se o serviço necessitar mudar data de agendamento. Além de uma autorização de contato, implica também na assunção de compromisso ético dos profissionais. Através desta permissão, os aconselhadores comprometem-se a fazer uso cauteloso das informações prestadas, sempre visando resguardar ao máximo o sigilo e confidencialidade das informações. Na prática isto significa, por exemplo, não identificar o remetente (no caso, o CTA) nas correspondências enviadas e respeitar estritamente a forma de contato que o usuário autorizou. Com isso, o que se busca é evitar qualquer impacto social negativo que possa advir da realização deste procedimento.
- 24 - Tipo de contato - Caso o usuário autorize o contato do serviço, deverão ser registradas as formas de contato por ele autorizadas. Informações adicionais e outras formas de contato autorizadas devem ser registradas no campo reservado às anotações do aconselhamento pré-teste. IMPORTANTE: Caso o usuário autorize que o serviço entre em contato, ele deverá assinar o formulário, no campo ao lado da questão 24.
- 25 - Logradouro - Refere-se ao endereço de residência do usuário - nome da rua, avenida, entre outros. Observar que as informações de endereços (exceto município) só deverão ser preenchidas caso o usuário autorize contato.
- 26 - Complemento - Refere-se ao complemento de residência, podendo ser casa, apartamento, fundos etc. Se o usuário morar em prédio, registrar aqui o número do apartamento.
- 27 - Número - Número da casa ou do prédio em que reside o usuário.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO - SICTA v.2005

Instruções dos Campos da 1ª página :

- 28 - Município - Refere-se ao município, cidade de residência do usuário.
- 29 - Bairro - Refere-se ao bairro de residência do usuário.
- 30 - UF - Introduzir a sigla da Unidade Federada (Estado) de residência do usuário.
- 31 - CEP - Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do usuário.
- 32 - Telefone - Registrar o telefone fornecido pelo usuário.
- 33 - Zona - Registrar se o usuário reside em zona rural ou urbana.
- 34 - País - Registrar o nome do país de residência, caso o usuário não resida no Brasil.
- 35 - Motivo da procura - Registrar o motivo que levou o usuário a procurar o CTA. Observe-se, por exemplo, que nem todas as gestantes vão ao CTA para realizar exame pré-natal; podem chegar ao CTA, por exemplo, por terem vivido uma situação de risco, ou em função do aparecimento de sinais de DST.
- 36 - Origem da clientela (como ficou sabendo o serviço) - Registrar a forma através da qual o usuário ficou sabendo do CTA.
- 37 - Encaminhamentos pré-teste - Registrar o(s) encaminhamento(s) realizados após atendimento pré-teste. Poderão ser registrados até três encaminhamentos.
- 38 - Local de encaminhamento - Registrar o nome dos locais para onde foi encaminhado o usuário após o atendimento pré-teste.
- 39 - Notas da orientação pré-teste/orientações - Registro de informações complementares do atendimento pré-teste, quando houver.
- . Notas da Orientação pós-Teste /orientações. Registro de informações complementares do atendimento pré-teste, quando houver.

Instruções dos Campos da 2ª página :

- 40 - Procurou banco de sangue para se testar nos últimos 12 meses - Registrar se nos últimos 12 meses o usuário fez doação de sangue com o intuito de testar-se.
- 41 - Apresentou DST nos últimos 12 meses - É papel do aconselhador ajudar o usuário a identificar se teve ou não uma DST nos últimos 12 meses, verificar com ele se teve sinais/sintomas de DST (por exemplo, úlcera genital, corrimento uretral, corrimento vaginal/cervical, verrugas genitais, bolhas).
- 42 - Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou - Caso o usuário relate ter tido DST nos últimos 12 meses, registrar o tipo de tratamento que ele buscou.
- 43 - Usou Drogas nos últimos 12 meses - refere-se ao uso, relatado pelo usuário, de qualquer droga (inclusive o álcool) nos últimos 12 meses.
- 44 - Se fez uso de drogas nos últimos 12 meses - Especificar a frequência com que o usuário relata ter usado cada uma das drogas descritas, no período de 12 meses, observando a legenda no quadro ao lado da questão. Exemplo: no caso de um usuário que faça uso frequente de álcool e cocaína aspirada, já fez uso de merla, mas nunca usou outras drogas: álcool: 4; macinha: 0; cocaína aspirada: 4; cocaína injetável: 0; crack: 0; heroína: 0; anfetaminas: 0; merla: 2.
- 45 - Compartilhou seringas nos últimos 12 meses - Caso o usuário relate uso de drogas injetáveis, de anabolizantes ou de silicone injetável (prática bastante frequente entre as travestis), o aconselhador deverá investigar se ele faz uso de seringas e agulhas descartáveis ou se compartilha com outros usuários. Se o usuário não relatar uso de substâncias injetáveis, deverá ser preenchido o campo "não se aplica".
- 46 - Tipo de parceria(s) sexual(is) e quantidade - Registrar o número de parceiros homens, de parceiras mulheres e de parceiras travestis com os quais o usuário refere ter se relacionado sexualmente nos últimos 12 meses. Se o usuário não tiver tido relações sexuais com umas destas parcerias, deverá ser registrado 0 (zero). Se o usuário não tiver tido relações sexuais nos últimos 12 meses, deverá ser registrado o campo "não se aplica".
- 47 - Tipo de exposição - Registrar de que formas o usuário relata ter se exposto ao risco de infecção pelo HIV. Poderão ser assinaladas até duas formas de exposição.
- 48 - Uso de preservativo com parceiro(a) fixo(a) nos últimos 12 meses - Registrar com que frequência o usuário relata ter usado preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais com seu(s) parceiro(s) fixo(s). Por "menos da metade das vezes" entenda-se "na maioria das vezes não usou preservativo" e para "usa mais da metade das vezes" entenda-se "usou preservativo na maioria das relações sexuais que teve" nos últimos 12 meses.
- 49 - Uso do preservativo na última relação com parceiro fixo - Refere-se ao uso do preservativo na última relação sexual que o usuário teve com parceiro fixo, nos últimos 12 meses.
- 50 - Motivo de não usar preservativos com parceiro(a) fixo(a) - Caso o usuário relate não usar sempre o preservativo com seu(s) parceiro(s) fixo(s), investigar qual a principal razão que o leva a não usar. Esta questão não deve ser lida para o usuário, mas preenchida após exploração do tema com usuário. A partir desta conversa o aconselhador deve registrar a principal razão identificada para o não uso do preservativo nos últimos 12 meses com parceiro fixo.
- 51 - Risco do parceiro fixo - O aconselhador deve procurar identificar junto ao usuário que riscos ele identifica em seu/sua parceiro(a) fixo(a) e caso ele não identifique nenhum risco, registrar "não se aplica".
- 52 - Uso do Preservativo com parceiro(s) eventual(is) nos últimos 12 meses - Registrar com que frequência o usuário relata ter usado preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais com seu(s) parceiro(s) eventuais(s) nos últimos 12 meses. Por "menos da metade das vezes" entenda-se "na maioria das vezes não usou preservativo" e para "usa mais da metade das vezes" entenda-se "usou preservativo na maioria das relações sexuais que teve" nos últimos 12 meses.
- 53 - Uso do preservativo na última relação com parceiro(a) eventual - Refere-se ao uso do preservativo na última relação sexual que o usuário teve com um parceiro eventual.
- 54 - Motivo de não usar preservativos com parceiro eventual - Caso o usuário relate não usar sempre o preservativo com seu(s) parceiro(s) eventual(is), investigar qual a principal razão que o leva a não usar e registrá-la.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO - SICTA v.2005

Instruções dos Campos da 2ª página :

55 - Recorte populacional - Identificar a qual dos grupos populacionais relacionados o(a) usuário(a) pertence. Caso o usuário pertença a mais de um grupo, é permitido registrar até três opções. Por exemplo: Um usuário pode ser HSH, portador de DST e profissional do sexo. Obs: Mulheres que fazem sexo com mulheres devem ser categorizadas em "outros". Importante: A categoria "Pessoa vivendo com HIV/AIDS" refere-se ao portador do HIV/AIDS.

56 - Registrar os encaminhamentos feitos após a entrega do resultado ao usuário. Poderão ser assinalados até três encaminhamentos.

57 - Local(s) de encaminhamento(s) pós-teste - Descrever para que serviços de saúde, ONG, ou outro local, o(a) usuário(a) foi encaminhado(a) após ter recebido o resultado de seus exames.

58 - Orientador da Entrega - Identificar o profissional que realizou o aconselhamento pós-teste e a entrega do resultado dos exames.

59 - Materiais/ Preservativos fornecidos --Se houve entrega de materiais informativos e de preservativos, identificar qual e quantos foram disponibilizados para o usuário.

60 - Data de entrega - Registrar a data de entrega dos resultados dos exames.

61 - Tipo de teste realizado/ triagem - Registrar o tipo de teste utilizado para triagem sorológica do HIV e o resultado do teste de triagem.

Caso tenha sido solicitado exame confirmatório, registrar no campo "resultado final" o resultado do exame confirmatório. Observar as legendas dos resultados, no canto inferior direito do formulário de atendimento.

62 - Anti-HCV - registrar o resultado da triagem sorológica para hepatite C; Anti-HDV - registrar o resultado da triagem sorológica para hepatite D; Para Hepatite B registrar, segundo legenda, se há presença dos marcadores HbsAg, Anti-HBc total, Anti-HBs.

63 - VDRL - Registrar qual o título de VDRL foi encontrado. Ex: 1:1; 1:2; 1:4; 1:8 etc.

Informações técnicas que apóiam o preenchimento dos resultados dos exames de sífilis: Doença ativa: considerar VDRL reagente em qualquer titulação, desde que não haja resultado de exames confirmatórios (FTA-abs, TPHA, ELISA) com resultado "negativo" ou "não reagente".

Cicatriz sorológica: VDRL com títulos até 1:4 podem ser considerados "cicatriz" sorológica se houver documentação de tratamento anterior para sífilis, com queda de 2 títulos ou quatro vezes (por exemplo, de 1:8 para 1:2 sem elevação que sugira re-infecção ou nova infecção).

Caso não haja comprovação do tratamento e queda dos títulos considerar como doença ativa.

VDRL com titulação até 1:4, pode significar também um falso positivo (em razão de outras doenças), , doença inicial (menos de 30 dias de infecção) ou com muitos anos de evolução e por isso requer a realização de testes confirmatórios e seguimento. VDRL reagente em qualquer titulação, caso não seja possível afastar cicatriz sorológica ou falso positivo, indica a necessidade de encaminhamento à unidade de saúde de referência; VDRL não reagente: considerar como não infectado; avaliar história clínica e epidemiológica para, se necessário, promover nova investigação laboratorial em 30 a 60 dias;

64 - Especificar outras doenças e seus resultados - Caso o usuário tenha feito mais exames, registrar seus resultados.

10. Quadro 1. Descrição das variáveis utilizadas para testar associação à positividade para hepatite C.

Nome	Descrição	Categorias Originais	Categorias Para Análise
Faixa Etária	Faixa Etária	0- 15, 15- 25, 25- 35, 35- 45, 45- 55, ≥ 55	0- 25=0, 25- 45=1, ≥ 45=1
Sexo	Sexo	Feminino, Masculino	Feminino=0, Masculino=1
Escolaridade	Anos de estudo concluídos	Nenhuma, 1-3 anos, 4-7 anos, 8-11 anos, ≥12 anos	Nenhuma - Fundamental: Nenhuma até 7 anos=0 Mais que Fundamental: mais que 8 anos=1
Estado Civil	Situação conjugal atual do usuário	Casado/Amigado, Solteiro, Separado, Viúvo	Casado/Amigado=0 Não Casado: Solteiro, Separado, Viúvo=1
Raça/Cor	Raça/Cor auto-referida pelo usuário dentre as opções	Branca, Preta, Amarela, Parda, Indígena	Branca=0 Não Branca: Preta, Amarela, Parda, Indígena=1
Usou droga último ano	Uso, relatado pelo usuário, de qualquer droga	Sim, Não	Sim=1, Não=0
Uso de álcool	Frequência de uso de álcool relatada pelo usuário	Nunca usou; Já usou, não usa mais; De vez quando; Frequentemente	Não Usa: Nunca usou, Já usou, não usa mais =0 Uso Frequente: De vez quando, Frequentemente=1
Uso de Maconha	Frequência de uso de maconha relatada pelo usuário	Nunca usou; Já usou, não usa mais; De vez quando; Frequentemente	Não Usa: Nunca usou=0 Uso Frequente: Já usou, não usa mais; De vez quando, Frequentemente=1
Uso de cocaína aspirada	Frequência de uso de cocaína aspirada relatada pelo usuário	Nunca usou; Já usou, não usa mais; De vez quando; Frequentemente	Não Usa: Nunca usou=0 Uso Frequente: Já usou, não usa mais; De vez quando, Frequentemente=1
Uso de cocaína injetável	Frequência de uso de cocaína injetável relatada pelo usuário	Nunca usou; Já usou, não usa mais; De vez quando; Frequentemente	Não Usa: Nunca usou=0 Uso Frequente: Já usou, não usa mais; De vez quando, Frequentemente=1
Uso de crack	Frequência de uso de crack relatada pelo usuário	Nunca usou; Já usou, não usa mais; De vez quando; Frequentemente	Não Usa: Nunca usou=0 Uso Frequente: Já usou, não usa mais; De vez quando, Frequentemente=1
Compartilhamento de Seringas/Agulhas	Compartilhamento de seringas/agulhas durante último ano para uso de drogas injetáveis (inclui silicone injetável/anabólico)	Não, Sim	Não=0, Sim=1

Presença DST último ano	Apresentação de DST auto-referida pelo usuário no último ano	Não, Sim	Não=0, Sim=1
Uso preserv parceiro fixo	Uso de preservativo nas relações sexuais com parceiro fixo durante último ano	Usou todas as vezes; Não usou; Usou menos da metade das vezes; Usou mais da metade das vezes	Sempre: Usou todas as vezes=0; Não usa/Usa algumas vezes: Não usou; Usou menos da metade das vezes; Usou mais da metade das vezes=1
Uso preserv parceiro eventual	Uso de preservativo nas relações sexuais com parceiro eventual durante último ano	Usou todas as vezes; Não usou; Usou menos da metade das vezes; Usou mais da metade das vezes	Sempre: Usou todas as vezes=0; Não usa/Usa algumas vezes: Não usou; Usou menos da metade das vezes; Usou mais da metade das vezes=1
HIV	Resultado do exame sorológico confirmatório do HIV	Reagente, Não reagente	Positivo: Reagente=1, Negativo: Não reagente=0
Hepatite B - HBsAg	Resultado da Sorologia para Hepatite B-HBsAg	Reagente, Não reagente	Positivo: Reagente=1, Negativo: Não reagente=0
Hepatite B – Anti-HBc	Resultado da Sorologia para Hepatite B-Anti-HBc	Reagente, Não reagente	Positivo: Reagente=1, Negativo: Não reagente=0
Sífilis Ativa	Resultado da titulação VDRL	Reagente, Não reagente	Positivo: Reagente=1, Negativo: Não reagente=0
Cicatriz Sorológica Sífilis	Resultado da titulação VDRL	Reagente, Não reagente	Positivo: Reagente=1, Negativo: Não reagente=0

Motivo da Procura pelo Serviço	Motivo que levou o usuário a procurar o CTA	Exposição a situação de risco, Encaminhamento por serviço de saúde, Encaminhado por banco de sangue, Encaminhado por clínica de recuperação, Sintomas relacionados a Aids, Admissão em emprego/Forças Armadas, Conhecimento do status sorológico, Exame pré-natal, Conferir resultado anterior, Janela imunológica, Suspeita DST, Prevenção, Exame pré-nupcial, Testagem para hepatite, Contato domiciliar para hepatites	Conhecer status sorológico: Admissão em emprego/Forças Armadas, Conhecimento do status sorológico, Exame pré-natal, Prevenção, Exame pré-nupcial=0 Encaminhado por Serv. Saúde/Exposição Situação Risco: Exposição a situação de risco; Encaminhamento por serviço de saúde Encaminhado por banco de sangue, Encaminhado por clínica de recuperação, Sintomas relacionados a Aids, Conferir resultado anterior, Janela imunológica, Suspeita DST, Testagem para hepatite, Contato domiciliar para hepatites=1
Banco de Sangue	Se usuário procurou banco de sangue para testar-se no último ano	Não, Sim	Não=0, Sim=1
Origem da Clientela	Forma pela qual o usuário ficou sabendo do serviço	Material de Divulgação, Amigos/Usuários do Serviço, Jornais/Rádios/Televisão, Banco de sangue, Serviço/Profissional saúde, Serviços de informação telefônica, ONG, Internet, Campanha	Divulgação Meios Comunicação: Material de Divulgação, Amigos/Usuários do Serviço, Jornais/Rádios/Televisão, Serviços de informação telefônica, ONG, Internet, Campanha=0 Encaminhamento Serv. Saúde: Banco de sangue, Serviço/Profissional saúde=1
Seguimento Populacional	Grupo populacional ao qual o usuário pertence	População em geral, população confinada, caminhoneiro, profissional do sexo, homem que faz sexo com homem, usuário de drogas injetáveis, usuário de outras drogas, pessoa convivendo com HIV/Aids, portador de DST, hemofílico e politransfundido, profissional de saúde, travesti/transsexual, social pessoa em exclusão, portador hepatite B/C/D	População geral=0; Grupos Vulneráveis=demais categorias=1