

Testagem Para Hiv: Estratégia Para A Prevenção e o Controle da Epidemia

Testing for HIV : Strategy To The Prevention and Control of the Epidemic

Telma Alves Martins¹, Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr²
Carl Kendall³, Deborah Gurgel Freire⁴

Mesmo diante dos inquestionáveis benefícios do diagnóstico precoce, da infecção pelo HIV, para a melhoria da qualidade de vida das PVHA, países de todas as regiões do mundo ainda apresentam baixas coberturas do teste. Nos Estados Unidos no ano 2000, entre quase 1 milhão de pessoas estimadas de viver com HIV, aproximadamente $\frac{1}{4}$ pessoas desconheciam seu diagnóstico (CDC, 2003)

A cobertura de testagem na população sexualmente ativa brasileira entre 15 e 64 anos foi estimada em quase 37% em 2008, semelhante à observada em países desenvolvidos (RENZI *et al.*, 2001; CENTERS FOR DISEASE CONTROL PREVENTION, 2008). Análise realizada com dos dados da Vigilância Sentinela Parturientes de 2004 mostrou que a cobertura efetiva do teste de HIV durante a gravidez foi de 52%, porém com desigualdades enormes entre a região Nordeste e a Sul, que apresentaram taxas de cobertura de 24% e 72% respectivamente no Brasil (FRANÇA JUNIOR *et al.*, 2008). Algumas populações têm apresentado taxas de testagem para HIV na vida, superiores às encontradas na população em geral, como apontam os estudos realizado com HSH (KERR *et al.*, 2013) e profissionais de saúde. (BRASIL, 2003).

Estudos realizados em alguns países, inclusive no Brasil tem mostrado que coberturas de testagem adequadas são importantes, e que o atraso gerado para o início da TARV pode causar imensos prejuízos à saúde dos indivíduos. A testagem tardia quase sempre resulta em perdas de oportunidades para prevenir comorbidades, no agravamento da doença, culminado algumas vezes com o óbito do paciente. Entre os anos de 2000 e 2004, pesquisadores observaram que se houvesse diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, a mortalidade entre as PVHA residentes na Inglaterra e países de Gales teria sido reduzida em 56%. (CHADBORN *et al.*, 2006).

Estudos nacionais que acompanharam os pacientes desde o início da TARV e avaliaram o tempo despendido para o início do tratamento são escassos. No entanto, em uma coorte de indivíduos vivendo com HIV/AIDS acompanhada por pesquisadores brasileiros em Minas Gerais observou-se que 68,4% indivíduos iniciaram a TARV tardiamente, e que a maioria (75,2%) iniciou TARV em menos de 120 dias após a primeira consulta médica (FERNANDES *et al.*, 2014).

1 Doutoranda da Universidade Federal do Ceará/Universidade Estadual do Ceará /Universidade de Fortaleza

2.Professora Doutora da Universidade Federal do Ceará

3.Professor doutor da Universidade de Tulane

4.Doutoranda da Universidade Federal do Ceará/Universidade Estadual do Ceará /Universidade de Fortaleza

Outro estudo realizado a partir de exames de 80 mil brasileiros de 2003 a 2006, apontou que 41% destes iniciaram o tratamento em um estágio avançado (CD4<200 e/ou sintomático) apesar do acesso universal a TARV (SOUZA-JR; SZWARCOWALD e CASTILHO, 2007). A proporção de crianças brasileiras com diagnóstico tardio foi considerada alta no Brasil, variando de 48% entre 1983-1998 para 36% entre 1999-2002 (RAMOS JR *et al.*, 2013).

O teste de HIV deve ser oferecido como parte da rotina clínica em todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados (hospitais de urgência e emergência, serviços ambulatoriais, clínicas de abuso de drogas, clínicas de saúde comunitária e de cuidados de saúde correcional e unidades primárias de saúde) para todos os pacientes com idade entre 13 e 64 anos (BRANSON *et al.*, 2006; CDC, 2006; NEFF e GOLDSCHMIDT, 2011; HALL, HOLTGRAVE, MAULSBY, 2012).

Embora reconhecendo a importância da testagem regular para algumas populações, não há documentos do Ministério da Saúde que recomendem uma periodicidade específica para testagem de HIV para populações vulneráveis. No entanto considerando a maior vulnerabilidade, com acesso limitado na atenção básica, o Departamento de DST Aids e Hepatites Virais/SVS/Ministério da Saúde recomenda que, os CTA do Brasil devem acolher e priorizar estas populações, inclusive disponibilizem o acesso livre aos insumos de prevenção (BRASIL, 2010). Em um esforço para alcançar maiores coberturas a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo emitiu recomendação semelhante (BRASIL, 2009)

Embora existissem no Brasil 2,33 Centros de testagem e aconselhamento (CTA) para cada milhão de habitantes, as taxas de cobertura apresentaram os piores índices nas regiões no Nordeste e Sul do Brasil. No período, a proporção da população não coberta pela rede de CTA no Nordeste foi de 61,3% e muitos centros localizados no Centro-Oeste, Norte e Nordeste foram associados ao atendimento prioritário de gestantes e população em geral, populações estas cujas taxas de prevalência de HIV são inferiores a 1% (BRASIL, 2008)

Os dados referidos apontam para a fragilidade do acesso das populações-chaves a testagem para o HIV nos CTA na Região Nordeste. A cidade de Fortaleza, uma metrópole com 2,5 milhões de habitantes dispõe de apenas

um CTA. Além disso, a cidade tem cobertura de apenas 36,5% das equipes de saúde da família (BRASIL, 2013).

A cidade de Fortaleza é atualmente um dos principais destinos turístico nacional ou internacional no país. As desigualdades sociais e o turismo tornam-se uma combinação que favorecem a prática da prostituição, tanto para adultos como para crianças ou adolescentes. Acresce-se a este quadro, os achados de estudos anteriores que mostraram altos percentuais de relações inseguras e baixa adesão ao teste HIV na vida por PS (BROUTET *et al.*, 1996; MACENA, 2009).

Considerando as baixas taxas de cobertura de testagem para HIV no Brasil entre as profissionais do sexo, é provável que alguns fatores estejam contribuindo negativamente como barreiras para o acesso a testagem precoce. A identificação dos fatores que estão influenciando o tempo de realização dos testes entre as profissionais do sexo em Fortaleza, e os incentivos e barreiras ao teste podem contribuir para a adequação da política de saúde direcionada para este segmento de mulheres.

REFERÊNCIAS

1. BRANSON, B. M., *et al.* Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. **MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports/Centers for Disease Control**, v.55, n.RR-14, p.1-17; quiz CE1-4. 2006.
2. BRASIL. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras Serie Estudos Pesquisas e Avaliações no7. S. E. Ministério Da Saúde, Coordenação Nacional De Dst E Aids. Brasília/DF: Ministério da Saúde II: 104 p. 2003.
3. Contribuição dos Centros de Testagem e Aconselhamento para Universalizar o Diagnóstico e Garantir a Equidade no Acesso aos Serviços Programa Dst/Aids E Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde 2008.

4. Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v.43, n.2, p.383-6. 2009.
5. Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil, . **Departamento De Dst/Aids E Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde 2010.
6. Sala de Apoio a Gestão Estratégica - SAGE. Ministério Da Saúde. Brasília - DF 2013.
7. BROUET, N.; DE QUEIROZ SOUSA, A.; BASILIO, F. P.; SA, H. L. e SIMON, F. Prevalence of HIV-1, HIV-2 and HTLV antibody, in Fortaleza, Ceara, Brazil, 1993-1994. **International journal of STD & AIDS**, v.7, n.5, p.365-369. 1996.
8. CDC. Late versus early testing of HIV--16 Sites, United States, 2000-2003. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v.52, n.25, p.581. 2003.
9. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. **MMWR**,: 1-17 p. 2006
10. CENTERS FOR DISEASE CONTROL PREVENTION. Persons tested for HIV--United States, 2006. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v.57, n.31, p.845. 2008.
11. CHADBORN, T. R.; DELPECH, V. C.; SABIN, C. A.; SINKA, K. e EVANS, B. G. The late diagnosis and consequent short-term mortality of HIV-infected heterosexuals (England and Wales, 2000-2004). **AIDS**, v.20, n.18, Nov, p.2371-9. 2006.
12. FERNANDES, F. R., *et al.* HIV seroprevalence and high-risk sexual behavior among female sex workers in Central Brazil. **AIDS care**, n.ahead-of-print, p.1-5. 2014.
13. FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E. M. e GRUPO DE ESTUDOS EM POPULAÇÃO, S. X. E. A. [Changes in HIV testing in Brazil between 1998 and 2005]. **Rev Saude Publica**, v.42 Suppl 1, Jun, p.84-97. 2008.
14. HALL, H. I.; HOLTGRAVE, D. R. e MAULSBY, C. HIV transmission rates from persons living with HIV who are aware and unaware of their infection. **AIDS**, v.26, n.7, p.893-896. 2012.
15. KERR, L. R., *et al.* HIV among MSM in a large middle-income country. **AIDS**, v.27, n.3, Jan, p.427-35. 2013.
16. MACENA, R. H. M. Profissionais do sexo feminino em três áreas do ceará: fatores que ampliam a vulnerabilidade para DST/AIDS. 2009.
17. NEFF, S. e GOLDSCHMIDT, R. Centers for Disease Control and Prevention 2006 human immunodeficiency virus testing recommendations and state testing laws. **JAMA**, v.305, n.17, p.1767-1768. 2011.
18. RAMOS JR, A. N.; MATIDA, L. H.; ALENCAR, C. H.; HEARST, N. e HEUKELBACH, J. Late-stage diagnosis of HIV infection in Brazilian children: evidence from two national cohort studies. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.7, p.1291-1300. 2013.
19. RENZI, C.; ZANTEDESCHI, E.; SIGNORELLI, C. e OSBORN, J. F. Factors associated with HIV testing: results from an Italian General Population Survey. **Preventive medicine**, v.32, n.1, p.40-48. 2001.
20. SOUZA-JR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L. e CASTILHO, E. A. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil, 2003-2006. **Clinics**, v.62, n.5, p.579-584. 2007.

