



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM



PATRÍCIA DA SILVA ARAÚJO

**PREVALÊNCIA, FATORES E COMPORTAMENTO DE RISCO PARA HEPATITES
VIRAIS B E C, HIV/AIDS E SÍFILIS EM TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO
CIVIL**

JOÃO PESSOA/PB

Maio de 2019

PATRÍCIA DA SILVA ARAÚJO

**PREVALÊNCIA, FATORES E COMPORTAMENTO DE RISCO PARA HEPATITES
VIRAIS B E C, HIV/AIDS E SÍFILIS EM TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO
CIVIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

Projeto de Pesquisa vinculado: Epidemiologia das Infecções Sexualmente Transmissíveis em populações vulneráveis

Orientadora: Prof^a. Dr^a Ana Cristina de Oliveira e Silva

JOÃO PESSOA/PB

Mai de 2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A663p Araújo, Patrícia da Silva.

Prevalência, fatores e comportamento de risco para hepatites virais B e C, HIV/Aids e sífilis em trabalhadores da construção civil / Patrícia da Silva Araújo. - João Pessoa, 2019.

135f. : il.

Orientação: Ana Cristina de Oliveira e Silva.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Trabalhadores. 2. Construção Civil. 3. IST. 4. Comportamento de risco para saúde. 5. Consumo de bebidas alcoólicas. 6. Conhecimento. 7. HIV. I. Ana Cristina de Oliveira e Silva. II. Título.

UFPB/BC

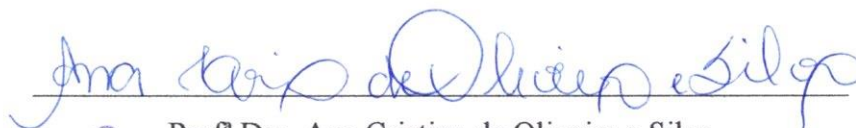
PATRÍCIA DA SILVA ARAÚJO

**PREVALÊNCIA, FATORES E COMPORTAMENTO DE RISCO PARA HEPATITES
VIRAIS B E C, HIV/AIDS E SÍFILIS EM TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO
CIVIL**

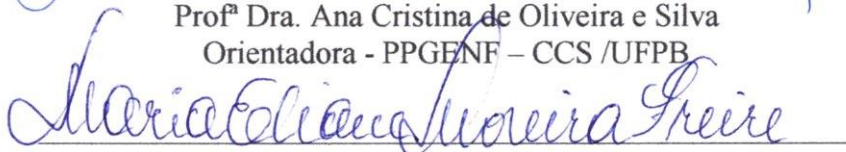
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba. Área de Concentração – Cuidado em Enfermagem e Saúde

Aprovada em 29 de abril de 2019.

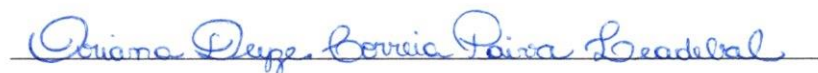
BANCA EXAMINADORA



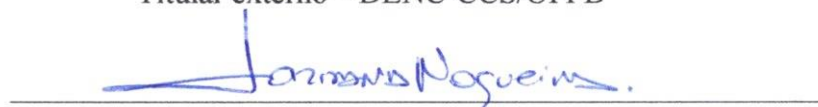
Profª Dra. Ana Cristina de Oliveira e Silva
Orientadora - PPGENF – CCS /UFPB



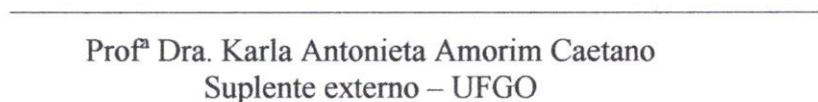
Profª Dra. Maria Eliane Moreira Freire
Titular interno – PPGENF – CCS/UFPB



Profª. Dra. Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal
Titular externo – DENC-CCS/UFPB



Profª Dra. Jordana de Almeida Nogueira
Suplente interno – PPGENF - CCS/UFPB



Profª Dra. Karla Antonieta Amorim Caetano
Suplente externo – UFGO

Dedico

Aos trabalhadores da construção civil, sem os quais eu não teria realizado esta pesquisa. Àqueles que constroem, diariamente, o sonho de tantas pessoas e que vivem, muitas vezes, no anonimato. A vocês, minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus, que me segurou e sustentou com seu amor de Pai, permitindo chegar até aqui.

Aos meus pais, Carmen e Valdeci, e ao meu irmão Érick, que acreditam mais em mim que eu mesma. Existo por vocês... e vivo para vocês. Amo-os incondicionalmente!

À minha família, tias, tios, avó, primos, afilhada, por suas orações e desejos de me verem vitoriosa, alegrando-se a cada novo passo conquistado. Gratidão pela família que tenho.

À minha tia Ana, que, incansavelmente, intercedeu para que eu fosse fortalecida pela oração. Suas preces foram ouvidas. Amo-te infinitamente!

À minha tia Rosemary, por seu apoio e exemplo de superação. Você me inspirou com sua perseverança. Amo-te!

Ao meu primo Filipe, meu orgulho; exemplo de que bons exemplos sempre darão bons frutos.

À minha afilhada Jade, com sua doçura e ingenuidade de criança, dando-me paz e serenidade ao contemplá-la.

À Dra. Marizete Pereira, enfermeira, prima, quem primeiro me despertou para a pesquisa científica, quando ainda era recém-formada. Meu exemplo.

À minha orientadora, Professora Dra Ana Cristina de Oliveira e Silva, pela confiança, generosidade e oportunidade confiadas. Ainda me recordo do dia que me convidou para participar do grupo de pesquisa. Nada seria possível se você não tivesse aberto as portas e apontando o caminho a seguir, durante todo esse processo de construção. A você, eterna gratidão!

Às professoras doutoras Maria Eliane Moreira Freire, Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal, Jordana de Almeida Nogueira e Karla Antonieta Amorim Caetano, pela honra em compor a banca avaliadora e pelas valiosas contribuições na construção desta pesquisa, tão valiosa para mim.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, com quem aprendi imensamente. Muito obrigada, por compartilharem o saber e pelo compromisso com nossa formação.

Aos colegas de turma do mestrado, pelo acolhimento e troca de experiências. Aprendi muito, na convivência diária com cada um de vocês. Muito obrigada!

Aos colegas do grupo de pesquisa NEPAIQV (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Agravos Infecciosos e Qualidade de Vida) que, de forma voluntária, participaram do processo

de coleta de dados. Sem a ajuda, empenho, compromisso e solidariedade de vocês, não teria alcançado sucesso. Obrigada por tudo!

À minha amiga Eliane, diante de sua tamanha generosidade. Seu incentivo me fez acreditar que era possível retornar à vida acadêmica. Para sempre, admiração, respeito e gratidão, por enxergar esta possibilidade, antes mesmo que eu fosse capaz de percebê-la. A você, minha amiga, muito obrigada!

Às amigas Úrsula, Kátia e Rakel, que me acompanham na jornada da vida, meu muito obrigada pelo apoio e amor de sempre. Amo vocês!

Às amigas Denise, Édja, Eliane, Fabrícia e Milena. Vocês são exemplo de superação. Amor e gratidão!

Às amigas de infância, Elaine, Christina e Diana. Tê-las em minha companhia foi imprescindível. Meu amor e gratidão!

À minha amiga Aleana, pelo amor e orações a mim dispensados, meu muito obrigada. Amo você!

Às amigas Lúcia, Edda, Talita, Anastácia, Sandra e Linete, pelo exemplo de resistência que representam em minha caminhada. Obrigada pela presença!

A Terezinha e Mônica, pelo apoio e auxílio desde o processo de seleção. Muito obrigada!

Às minhas coordenadoras do setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Lauro Wanderley, (DIP/HULW/EBSERH), João Pessoa - PB, Fabrícia Maria de A. Bustorff e Rosilene A. de Almeida, que não mediram esforços para que pudesse conciliar minhas atividades laborais e a construção deste sonho. A vocês, gratidão!

Aos amigos de trabalho da DIP, pela compreensão, companheirismo e solidariedade. Muito obrigada!

À coordenação da Policlínica Neópolis, pelo apoio e pela liberação, corroborando no sentido de que pudesse me dedicar à esta conquista profissional. Sou grata!

A Regina, pelo espaço de escuta, sempre de portas abertas para acolher minhas ansiedades e angústias. Obrigada pelas palavras de incentivo e coragem!

A Ivoneide Lucena Pereira, Gerente Operacional das IST/HIV/AIDS/Hepatites Virais, da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, que sempre apoia e contribui para o avanço das pesquisas.

Aos sindicatos dos trabalhadores e da indústria da construção. Obrigada pelo apoio à pesquisa!

Às/aos técnicas(os) em segurança do trabalho e engenheiros(as), que colaboraram para realização deste estudo, abrindo as portas de locais de trabalho e garantindo todo apoio estrutural. Sem vocês, nada teria sido possível. Muito obrigada!

Aos trabalhadores da construção civil, sem os quais esta obra não poderia ter sido realizada. Obrigada pela acolhida, disponibilidade, confiança e aprendizado. A vocês, meu respeito, admiração e a eterna gratidão.



Tá vendo aquele edifício,
moço?
Ajudei a levantar
Foi um tempo de aflição
Eram quatro condução
Duas pra ir, duas pra
voltar

Hoje depois dele pronto
Olho pra cima e fico tonto
Mas me vem um cidadão
E me diz, desconfiado
Tu tá aí admirado
Ou tá querendo roubar?

Meu domingo tá perdido
Vou pra casa entristecido
Dá vontade de beber
E pra aumentar meu tédio
Eu nem posso olhar pro
prédio
Que eu ajudei a fazer

Tá vendo aquele colégio,
moço?
Eu também trabalhei lá
Lá eu quase me arrebento
Fiz a massa, pus cimento
Ajudei a rebocar

Minha filha inocente
Vem pra mim toda
contente
Pai, vou me matricular
Mas me diz um cidadão
Criança de pé no chão
Aqui não pode estudar

Essa dor doeu mais forte
Por que é que eu deixei o
norte?

Eu me pus a me dizer
Lá a seca castigava
Mas o pouco que eu
plantava
Tinha direito a comer

Tá vendo aquela igreja,
moço?
Onde o padre diz amém
Pus o sino e o badalo
Enchi minha mão de calo
Lá eu trabalhei também

Lá foi que valeu a pena
Tem quermesse, tem
novena
E o padre me deixa entrar
Foi lá que Cristo me disse

Rapaz deixe de tolice
Não se deixe amedrontar
Fui eu quem criou a terra
Enchi o rio, fiz a serra
Não deixei nada faltar

Hoje o homem criou asa
E na maioria das casas
Eu também não posso
entrar

Fui eu quem criou a terra
Enchi o rio, fiz a serra
Não deixei nada faltar
Hoje o homem criou asas
E na maioria das casas
Eu também não posso
entrar

EPIGRAFE

*Educação não transforma o mundo. Educação muda as
pessoas. Pessoas transformam o mundo.*

(Paulo Freire)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas de trabalhadores da construção civil nos municípios de João Pessoa e da região metropolitana – PB, 2018.....	53
Tabela 2 -	Fatores e comportamento de risco relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas por trabalhadores da indústria da construção civil nos municípios de João Pessoa e da região metropolitana – PB, 2018.....	54
Tabela 3 -	Fatores e comportamento de risco relacionados à prática sexual de trabalhadores da construção civil nos municípios de João Pessoa e da região metropolitana – PB, 2018.....	56
Tabela 4 -	Conhecimento para as IST de trabalhadores da indústria da construção civil nos municípios de João Pessoa e da região metropolitana – PB, 2018.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Imunocromatografia de fluxo lateral HIV- <i>Tri line Bioclin</i>	45
Quadro 2 -	Imunocromatografia de fluxo de dupla migração para HIV – Biomanguinhos.....	45
Quadro 3 -	Imunocromatografia de fluxo de dupla migração - Solução tampão – Biomanguinhos.....	46
Quadro 4 -	Imunocromatografia de fluxo de dupla migração HBsAg.....	46
Quadro 5 -	Imunocromatografia de fluxo de dupla migração HCV.....	47
Quadro 6 -	Imunocromatografia de fluxo de dupla migração Sífilis.....	48
Quadro 7 -	Interpretação de resultados dos testes rápidos.....	48

LISTA DE SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
DDS	Diálogo Diário de Segurança
DEVEP	Departamento de Vigilância Epidemiológica
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
DPP	Dupla Migração
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HBsAg	Antígeno de Superfície do HBV
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HIV K-Q	<i>HIV Knowledge Questionnaire</i>
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
HVB	Vírus da Hepatite B
ICC	Indústria da Construção Civil
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros
MSM	Mulheres que fazem Sexo com Mulheres
NECHIH	Núcleo de Estudos em Epidemiologia e Cuidados em Agravos Infecciosos com Ênfase em Hepatites Virais
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Programa Nacional de Imunização
PVHIV	Pessoas que Vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
SINDUSCON	Sindicato da Indústria da Construção Civil
SINTRICOM	Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção, Pesada, Montagem e do Mobiliário de João Pessoa e Regiões
TARV	Terapia Antirretroviral

T-CD4	Linfócitos T-CD4
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TELELAB	Programa de Educação Permanente do Ministério da Saúde
TR	Teste Rápido
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory Test</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

ARAÚJO, Patrícia da Silva. **Prevalência, fatores e comportamento de risco para hepatites virais B e C, HIV/aids e sífilis em trabalhadores da construção civil.** 2019. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introdução: As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) se configuram como sério problema de saúde pública, nos cenários mundial e nacional, com importantes repercussões físicas, psicossociais e econômicas para o indivíduo: principalmente, em populações vulneráveis, a exemplo de trabalhadores da construção civil. **Objetivo:** Investigar a prevalência, fatores e comportamento de risco para hepatites virais B e C, HIV/Aids e sífilis, em trabalhadores da construção civil. **Método:** Estudo observacional, descritivo, de corte transversal, realizado com 381 trabalhadores, em 10 unidades de construção civil, na cidade de João Pessoa e região metropolitana, no estado da Paraíba, no período de maio a agosto de 2018. Para a coleta de dados, os instrumentos contemplaram: as variáveis sociodemográficas dos participantes, fatores e comportamento de risco para hepatites virais B e C, HIV/Aids e sífilis, teste AUDIT, escala HIV-KQ e aplicação de testes rápidos para as infecções. A análise deu-se de forma descritiva, por meio de frequências absolutas e percentuais, média, desvio padrão e mediana das variáveis estudadas. Os testes Qui-quadrado de *Pearson*, Razão de Verossimilhança, *Kruskal-Wallis* e *Shapiro-Wilk*, de acordo com o arranjo das variáveis e necessidade de ajustes para o alcance dos objetivos, também foram utilizados. A margem de erro na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, (CAAE 84297818.9.0000.5183), conforme parecer nº 2.572.581. **Resultados:** Observou-se um predomínio de trabalhadores do sexo masculino (97,4%), na faixa etária de 30-39 anos (34,1%), casados (81,4%), com renda mensal de até dois salários mínimos (52, 8%) e procedentes do interior (43,8%). E ainda a baixa prevalência para IST, com 0,3% reagente para hepatite B e 1,3% para sífilis. Dentre os fatores e comportamento de risco, se destacaram o consumo de risco, nocivo e/ou de provável dependência do álcool (71,7%); uso de drogas ilícitas por 15,7% dos trabalhadores, sendo a maconha a mais utilizada (12,1%); relações sexuais desprotegidas (87,1%); prática com dois ou mais parceiros (29,2%), sem utilizar preservativo nos últimos 12 meses (47,6%), e média de conhecimento sobre HIV/aids de 63,0% dos entrevistados. **Conclusão:** Entre os trabalhadores da construção civil, **observou-se a** baixa prevalência para as IST, presença de fatores e comportamento de risco para as IST, padrão elevado de consumo de álcool e conhecimento inadequado sobre HIV.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalhadores; Construção Civil; IST; Comportamento de risco para saúde; Consumo de bebidas alcoólicas; Conhecimento; HIV.

ABSTRACT

ARAÚJO, Patrícia da Silva. **Prevalence, risk factors and behavior for viral hepatitis B and C, HIV / AIDS and syphilis in construction workers.** 2019. 140 f. Dissertation (Master in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introduction: Sexually transmitted infections (STIs) are a serious public health problem in the world and national scenarios, with important physical, psychosocial and economic repercussions for the individual: especially in vulnerable populations such as construction workers. **Objective:** to investigate the prevalence, factors and behaviors of risk for viral hepatitis B and C, HIV/AIDS and syphilis of construction workers. **Method:** a descriptive, observational and cross-sectional study performed with 381 workers in 10 civil construction units in the city of João Pessoa and metropolitan region, in the state of Paraíba, from May to August 2018. Data were collected using participants sociodemographic variables, factors and behaviors of risk for viral hepatitis B and C, HIV/AIDS and syphilis, AUDIT test, HIV-KQ scale and rapid tests for these infections were performed. Pearson's Chi-square, likelihood ratio, Kruskal-Wallis, and Shapiro-Wilk tests were used, according to the arrangement of the variables and the need for adjustments to achieve the objectives. The margin of error used in the decision on the statistical tests was 5%. The research protocol was approved by the Ethics Committee in Research (CAAE 84297818.9.0000.5183) and legal opinion no. 2.572.581. **Results:** It was observed a predominance of male workers (97.4%), aged 30-39 years (34.1%), married (81.4%), with a monthly income of up to two minimum wages (52, 8%) and from the interior (43.8%). Low prevalence for STI with 0.3% for hepatitis B and 1.3% for syphilis. Among risk factors and behavior, risk, harmful and / or probable dependence on alcohol (71.7%), illicit drug use by 15.7% of workers, marijuana being the most frequently used (12.1%), unprotected sex (87.1%), practice with two or more partners (29.2%), without condom use in the last 12 months (47.6%) and average knowledge about HIV / AIDS of 63.0% of respondents. **Conclusion:** a low prevalence of STIs among the construction workers was observed, presence of factors and behavior of risk for STIs, high alcohol consumption patterns and inadequate knowledge about HIV.

KEY WORDS: Workers; Construction; STIs; Health-risk behavior; Consumption of alcoholic beverages; Knowledge; HIV.

RESUMEN

ARAÚJO, Patrícia da Silva. **Prevalencia, factores y comportamiento de riesgo para hepatitis virales B y C, VIH / sida y sífilis en trabajadores de la construcción.** 2019.122 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introducción: Las Infecciones Sexualmente Transmisibles (IST) se configuran como serio problema de salud pública en los escenarios mundial y nacional, con importantes repercusiones físicas, psicosociales y económicas para el individuo, principalmente en poblaciones vulnerables a ejemplo de trabajadores de la construcción civil. **Objetivo:** investigar la prevalencia, factores y comportamiento de riesgo para hepatitis virales B y C, VIH / Sida y sífilis, en trabajadores de la construcción civil. **Método:** estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado con 381 trabajadores, en 10 unidades de construcción civil, en la ciudad de João Pessoa y región metropolitana, en el estado de Paraíba, en el período de mayo a agosto de 2018. Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos contemplando variables sociodemográficas de los participantes, factores y comportamiento de riesgo para hepatitis virales B y C, VIH / Sida y sífilis, prueba AUDIT, escala VIH-KQ y aplicación de pruebas rápidas para estas infecciones. El análisis de los datos se dio de forma descriptiva, por medio de frecuencias absolutas y porcentuales, media, desviación estándar y mediana de las variables estudiadas. Se utilizaron también las pruebas Qui-cuadrado de Pearson, Razón de Verosimilitud, Kruskal-Wallis y Shapiro-Wilk, de acuerdo con el arreglo de las variables y necesidad de ajustes para el logro de los objetivos. El margen de error utilizado en la decisión de las pruebas estadísticas fue del 5%. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CAAE 84297818.9.0000.5183) y el dictamen nº 2.572.581. **Resultados:** Se observó predominio de trabajadores del sexo masculino (97,4%), en el grupo de edad de 30-39 años (34,1%), casados (81,4%), con ingresos mensuales de hasta dos salarios mínimos (52, 8%) y procedentes del interior (43,8%). Baja prevalencia para IST con 0,3% reactivo para hepatitis B y 1,3% para sífilis. Entre los factores y comportamiento de riesgo, se destacan consumo de riesgo, nocivo y / o de probable dependencia del alcohol (71,7%), uso de drogas ilícitas por el 15,7% de los trabajadores, siendo la marihuana la más utilizada (12,1%), relaciones sexuales desprotegidas (87,1%), práctica con dos o más socios (29,2%), sin utilizar preservativo en los últimos 12 meses (47,6%) y promedio de conocimiento sobre VIH / sida del 63,0% de los entrevistados. **Conclusión:** Se observó entre los trabajadores de la construcción civil, baja prevalencia para las IST, presencia de factores y comportamiento de riesgo para las IST, patrón elevado de consumo de alcohol y conocimiento inadecuado sobre el VIH.

PALABRAS CLAVE: Trabajadores; Construcción civil; TSI; Comportamiento de riesgo para la salud; Consumo de bebidas alcohólicas; conocimiento; VIH.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	17
1	INTRODUÇÃO.....	19
2	OBJETIVOS	25
2.1	Objetivo geral.....	26
2.2	Objetivos específicos.....	26
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	27
3.1	Contextualizando hepatites virais B e C, HIV/aids e sífilis.....	28
3.2	Teste rápido.....	32
3.3	Fatores e comportamentos de risco para as IST.....	34
4	MÉTODO.....	37
4.1	Tipo de estudo	38
4.2	Local do estudo	38
4.3	População e amostra	39
4.4	Procedimentos de coleta de dados	40
4.4.1	Treinamento dos colaboradores da pesquisa	40
4.4.1.1	Teste piloto.....	40
4.4.2	Instrumentos.....	40
4.4.2.1	Questionário.....	40
4.4.2.2	Dados sociodemográficos.....	41
4.4.2.3	Comportamento de risco para as IST.....	41
4.4.2.4	Comportamento e fatores de risco para hepatites B e C, HIV/aids e sífilis	41

4.4.2.5	Hábitos e costumes associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas.....	42
4.4.2.6	Teste AUDIT.....	42
4.4.2.7	Escala HIV K-Q.....	43
4.4.3	Coleta de dados	44
4.4.3.1	Teste rápido para HIV.....	44
4.4.3.2	Teste rápido para hepatite B.....	46
4.4.3.3	Teste rápido para hepatite C.....	47
4.4.3.4	Teste rápido para sífilis.....	47
4.5	Análise dos dados.....	50
4.6	Aspectos éticos.....	51
4.6.1	Riscos e benefícios do estudo.....	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1	Caracterização dos trabalhadores da indústria da construção civil, segundo dados demográficos	53
5.2	Epidemiologia para as IST.....	54
5.3	Fatores e comportamento de risco para IST em trabalhadores da indústria da construção civil.....	54
5.4	Artigo 1 - Conhecimento de trabalhadores da construção civil sobre HIV/aids.....	59
5.5	Artigo 2 - Padrão de consumo de álcool de trabalhadores da indústria da construção civil.....	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS.....	92
	APÊNDICES.....	104
	APÊNDICE A – Questionário.....	105
	APÊNDICE B – TCLE.....	110

APÊNDICE C – Formulário para registro de resultados de testes rápidos.....	112
APÊNDICE D – Formulário de encaminhamento.....	113
ANEXOS	114
ANEXO A – Teste AUDIT.....	115
ANEXO B – Escala HIV K-Q.....	116
ANEXO C – Normas para submissão da Revista da Escola de Enfermagem da USP.....	119
ANEXO D – Normas para submissão da Revista ACTA Paulista de Enfermagem.....	130

Apresentação

A aproximação com a temática aconteceu, inicialmente, a partir da realização do curso de Pós-Graduação, nível Especialização, Enfermagem em Doenças Infecciosas e Parasitárias, na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-RJ). Posteriormente, como Enfermeira assistencial na Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley/EBSERH, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, e no Centro de Especialidades de Média Complexidade/Policlínica Neópolis, Natal-RN. Nestes cenários, tive a oportunidade ímpar, de assistir e cuidar de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis: tanto na atenção primária como na de maior complexidade.

Em 2016, participei como voluntária do processo de coleta de dados de uma pesquisa sobre IST em população de cortadores de cana, coordenada pela Profa. Dra. Ana Cristina de Oliveira e Silva. A experiência propiciou a reaproximação com o âmbito acadêmico e científico e culminou com o ingresso no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Agravos Infecciosos e Qualidade de Vida (NEPAIQV). Isto veio ao encontro do desejo de desenvolver estudos e de me aprofundar na temática das infecções sexualmente transmissíveis.

Após um ano no grupo de pesquisas, me submeti ao processo seletivo do mestrado acadêmico, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENG), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Fui aprovada, vislumbrando a possibilidade de realizar o estudo em uma população semelhantemente vulnerável: os trabalhadores da construção civil.

Como enfermeira e como pesquisadora, conhecer um pouco dessa população, a respeito de suas vulnerabilidades, fatores e comportamento de risco para as IST, tornou-se um privilégio. Proporcionou experiências riquíssimas, em relação ao saber e ao fazer.

1 Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), de caráter milenar ao longo da História, ainda se configuram como sério problema de saúde pública no cenário mundial e nacional. Em pleno século XXI, são responsáveis por afetar a saúde do indivíduo, bem como por impactar a economia de um país, diante dos altos custos aferidos para o controle e a prevenção.

Desde 2016, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) passaram a ser denominadas como IST. Um indivíduo é considerado doente quando apresenta sinais e sintomas, o que não necessariamente ocorrerá diante de uma infecção, que, mesmo apresentando uma fase assintomática, mantém a capacidade de transmissão (PASTERNAK, 2016).

As IST são transmitidas, principalmente, através do contato sexual, quer seja por via oral, vaginal ou anal, havendo também a possibilidade da transmissão sanguínea e congênita (mãe para filho). São mais de trinta agentes causadores: vírus, bactérias, fungos ou protozoários. Apesar das infecções serem de notificação compulsória e a atenção à saúde ser conduzida por políticas públicas de Saúde bem estruturadas e definidas (com destaque para as medidas destinadas ao controle e monitoramento) se mantém um quadro de prevalência, o que demonstra a existência de dificuldades na redução do número de casos ou, até mesmo, a erradicação das ITS.

Questões culturais, sociais, estigma, preconceito, além de fatores intrínsecos à transmissão de cada infecção são fatores que contribuem para a manutenção desta realidade (BRASIL, 2015a). As hepatites virais, HIV/aids e sífilis são doenças infecciosas que se encontram ainda presentes, neste cenário desafiador dos dias de hoje.

As hepatites virais são distribuídas de forma universal, sendo que os diferentes tipos de vírus variam regionalmente para cada tipo de doença. Condições sanitárias precárias, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, populações residentes em áreas silvestres ou pouco urbanizadas contribuem para que a epidemiologia das hepatites se configurem de forma particular, dependendo das características de cada região. Podem apresentar as formas aguda ou crônica, sendo a segunda mais comum de curso assintomático, ou seja, detectada nas fases mais avançadas da doença (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b; LAMEGO, 2018).

Aproximadamente, 240 milhões de pessoas no mundo estão infectadas cronicamente pelo vírus da hepatite B (HVB) e cerca de 130 a 150 milhões pelo vírus da hepatite C (HVC). Acredita-se que 3% da população mundial esteja infectada pelo vírus tipo C, onde 60 a 70% das pessoas irão desenvolver a forma crônica da doença. No Brasil, existe em média 2 (dois)

milhões de portadores crônicos de hepatite pelo vírus B e entre 1,4 a 1,7 milhões que estejam infectados pelo vírus C da hepatite (WHO, 2016a; BRASIL, 2017a).

No período de 1999 a 2017 foram detectados 587.821 casos de hepatites virais no país. Desse total 218.257 (37,1%) corresponderam à hepatite B e 200.839 (34,2%) à hepatite C. O Nordeste aparece com índices de proporcionalidade de 9,7 e 6,0, para as hepatites B e C. Em 2016, estimou-se a prevalência do vírus C no país: em torno de 0,7%, o que corresponde a 657.000 indivíduos com viremia ativa (BRASIL, 2018c).

No mundo, se atribui 1,4 milhões de óbitos anual às hepatites virais, relacionados às infecções agudas, cirrose ou câncer hepático. No Brasil, as causas de morte por hepatite C são, atualmente, a maior responsável pelo número de óbitos entre as hepatites, atingindo índices de 46.314 óbitos entre 2000 e 2015, e ocupando a terceira maior causa de transplantes hepáticos (BRASIL, 2017b).

Em relação à epidemiologia do HIV, estima-se que 70% das pessoas que vivem com o vírus encontram-se em nações em desenvolvimento. Portanto, o sucesso no controle e combate à infecção está intimamente relacionado aos esforços empenhados por estes países.

Globalmente, a infecção pelo vírus HIV apresenta características preocupantes e que potencializam a manutenção da cadeia de transmissão. No final do ano de 2014, das 37 milhões de pessoas que viviam com HIV, um total de 17 milhões desconheciam sua condição de soropositividade e 22 milhões não tinham acesso à terapia antirretroviral (WHO, 2016b).

Já em 2017, no universo das 36,9 milhões de pessoas que viviam com o HIV, um total de 9,4 milhões ainda desconheciam sua condição de soropositividade. Em contrapartida, estima-se, que 21,7 milhões tiveram acesso à terapia antirretroviral, o que equivale a dizer que 47% tiveram carga viral suprimida. No entanto, apesar dos avanços, nesse mesmo período, ainda ocorreram 1,8 milhões de novas infecções pelo HIV e 35,4 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas à aids (UNAIDS, 2018).

No Brasil, 42.429 novos casos de HIV e 37.791 casos de aids foram diagnosticados em 2017, com taxa de detecção de 18,3/100.000 mil habitantes. No total, entre 1980 até o primeiro semestre de 2018 foram computados 982.129 casos de aids no país (BRASIL, 2018d).

Com relação à sífilis, a doença afeta 1 milhão de gestantes por ano em todo mundo. As mortes fetais e neonatais ultrapassam 300 mil casos e a prematuridade 200 mil ocorrências. No Brasil, no ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida (BRASIL, 2017c).

Observando os dados brasileiros, constata-se que, em São Paulo, o número de casos de sífilis, adquirida através da transmissão sexual, cresceu 603%, em um período de seis anos. Em 2007, foram registrados 2.694 casos, que saltaram para 18.951 em 2013. Uma situação semelhante ao que ocorreu entre de 2013 e 2014, no Acre, Pernambuco e Paraná, com índices de crescimento de 96,1%, 94,4% e 63,1%, respectivamente. Na Paraíba, o número de sífilis congênita notificado no período de 2016 a 2017 aumentou de 176 para 1.011 casos, elevando a taxa de detecção de 4,4% para 25,3%, ou seja, um crescimento de quase 21% (BERNARDO, 2017; BRASIL, 2017c; BRASIL, 2018e).

Em 2016, a sífilis foi considerada como sério problema de saúde pública. E, em 2017, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) notificou o número de 119.800 casos de sífilis adquirida naquele ano, com taxa de detecção de 48,1 casos/100 mil habitantes (BRASIL, 2018e).

O surgimento, disseminação e manutenção das infecções estão diretamente interligados à eficácia da transmissão e aos fatores biológicos intrínsecos de cada infecção; à multiplicidade de parceiros ou parceiras sexuais, influenciadas por aspectos socioeconômicos, culturais e comportamentais; e pela duração da infecção, que não afeta igualmente a todos os cidadãos, atingindo mais acentuadamente as populações vulneráveis. No âmbito da vulnerabilidade, algumas das populações também são resultantes da estrutura das redes de atenção e do acesso aos serviços de saúde. Assim, *gays*, homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo, travestis/transsexuais e pessoas que usam drogas são reconhecidas como populações vulneráveis (BRASIL, 2015a).

A partir do mesmo olhar da constatação da vulnerabilidade, as pessoas privadas de liberdade, moradores de rua e profissionais do sexo, associados ao consumo de drogas, igualmente estão mais susceptíveis a adquirirem infecções pelo HIV, HVB e HVC, diante do potencial de transmissão parenteral, aumentando os riscos de danos à saúde física e mental dessa população (DEGENHARDT *et al.*, 2017).

O conceito de populações vulneráveis, adotado pelas políticas públicas, tende a ser ampliado, em busca de uma equidade cidadã. Isso se materializa, principalmente, se considerarmos que, quanto maiores as diversidades de condições socioeconômicas em qualquer população, maiores são as disparidades na saúde, uma vez que populações vulneráveis são mais afetadas pela morbidade. Assim, lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis, transsexuais ou transgêneros (LGBT), negros, povos do campo, das florestas e das águas (ribeirinhas) e povo cigano fazem parte desse cenário (STARFIELD, 2002; SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

No contexto da vulnerabilidade em ligação direta com a prevalência de agravos transmissíveis, os trabalhadores da construção civil se destacam como uma população vulnerável. Diante das peculiaridades que as envolvem, essas pessoas são consideradas de risco para as IST, devido ao perfil fragmentado da profissão, processo migratório envolvido e comportamentos de risco, como consumo de álcool, drogas, multiplicidade de parceiros e baixa adesão ao uso de preservativos (BOWEN *et al.*, 2015).

A categoria é constituída, em sua maioria, por pessoas do sexo masculino, com baixa escolaridade, migrantes e com pouca qualificação profissional (IRIART *et al.*, 2008). As mulheres, apesar de se fazerem presentes, ainda têm participação tímida no âmbito da Indústria da Construção Civil (ICC). Conforme detectou a pesquisa de Faustino (2018), apenas 9,9% de 1,9 milhões de trabalhadores são do sexo feminino no ano de 2016.

Além de ínfimas condições socioeconômicas e culturais que os envolve, esses trabalhadores estão, também, mais expostos a acidentes pelo manuseio de maquinário e equipamentos perfuro cortantes, dentre outras situações de risco (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Setor intimamente interligado ao crescimento e desenvolvimento econômico de um país, a ICC compreende os serviços que incluem as categorias de construção de edifícios, obras de infraestrutura e serviços especializados na construção. No Brasil, em 2018, a ICC movimentou em torno de 4,5% dos R\$ 6,8 trilhões de reais do Produto Interno Bruto (PIB) nacional (JESUS *et al.*, 2018; CBCI; 2018a, PAIC, 2016).

No Brasil, das 91.861 milhões de pessoas ocupadas, com idade de 14 anos ou mais cerca, um total de 6,6 milhões delas tiveram emprego vinculado à ICC até dezembro de 2018. A região Sudeste compreendia 89.398 dos estabelecimentos da construção civil, no ano de 2017, liderando, assim, o *ranking* no país. O Nordeste apareceu com 33.817 estabelecimentos, onde destes, 3.817 estão no Estado da Paraíba e 2.079 situados mais precisamente na capital paraibana, João Pessoa (CBCI, 2018c).

A Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), do Ministério da Economia, revelava que, formalmente, em 2016, a ICC no Nordeste ocupava 429.985 trabalhadores, sendo 33.375 na Paraíba e 19.387 na cidade de João Pessoa (CBCI, 2018b).

A Norma Regulamentadora (NR) do Ministério do Trabalho, número 18, das Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção Civil, contempla medidas preventivas e de segurança do trabalhador. Nesse sentido, a inserção do Técnico de Segurança nos estabelecimentos da ICC veio colaborar para o desenvolvimento de ações positivas. Ainda que de forma limitada, hoje já se abordam temas relacionados à saúde, através do denominado Diálogo Diário de Segurança (DDS), através da realização de

palestras, de periodicidade semanal ou mensal, e que acontecem nos próprios canteiros de obra (BRASIL, 2015b).

No entanto, a falta de qualificação profissional, baixa escolaridade, processo migratório de cidades do interior para os centros urbanos ou, até mesmo para outros estados e propiciando períodos longos de afastamento dos familiares, favorecem a ocorrência de relações sexuais com multiplicidade de parceiros. Além disso, crenças, tabus, exposição a situações de estresse emocional relacionado à rotatividade e situações de perigo inerentes à profissão, dentre outros, configuram-se como fatores de risco para aquisição de IST (ROCHA *et al.*, 2018; SADARANGANI *et al.*, 2017; LIU *et al.*, 2013).

Refletir, portanto, sobre as condições de saúde desta categoria profissional torna-se imperativo! É essencial que profissionais da saúde, em parceria com a rede social desses indivíduos e instituições de ensino, busquem de forma integralizada uma discussão sobre estas vulnerabilidades e que garantam dentre as suas peculiaridades uma assistência integral, igualitária e acessível (CARVALHO *et al.*, 2015).

Paralela à essa realidade, persiste ainda, como um tabu a ser quebrado, a inserção do homem no processo de prevenção e promoção à saúde em relação às IST. A presença da população masculina na Atenção Primária à Saúde (APS) evidencia-se de forma menos efetiva, atingindo até mesmo índices de invisibilidade, quando analisados sob as perspectivas de gênero (COUTO *et al.*, 2010).

Observa-se que a investigação científica, no âmbito da construção civil, está mais direcionada à segurança, saúde ocupacional, formalização da profissão e impacto que o setor causa na economia de um país. Questões relacionadas intimamente às condições de saúde dessa categoria profissional ainda são pouco exploradas (HARINARAIN; HAUPT, 2014).

Mas, ainda que de forma incipiente, já se percebe um movimento por parte de alguns autores internacionais, no sentido de investigar esse universo tão vasto do ICC, expandindo o campo de visão para situações que envolvem a saúde dos trabalhadores em relação ao conhecimento e a investigação sobre IST, mais precisamente sobre o HIV.

No Brasil, no entanto, ainda é evidente a escassez de publicações sobre a temática.

Faz-se, então, necessário conhecer a realidade que atinge tantos cidadãos. Qual a prevalência das hepatites virais B e C, HIV/aids e sífilis em trabalhadores da construção civil na cidade de João Pessoa e região metropolitana? Quais as características sociais e econômicas de trabalhadores acometidos por essas infecções? Que fatores de risco e comportamentais favorecem a prevalência de IST nesse grupo populacional? Ao adentrar e conhecer o universo destes trabalhadores, esta pesquisa percebeu a necessidade de que haja a

efetiva realização de iniciativas, particulares e governamentais, no sentido da promoção da dignidade humana para o setor dos trabalhadores da construção civil.

2.1 Objetivo Geral

Investigar a prevalência, fatores e comportamentos de risco para as hepatites virais B e C, HIV/aids e sífilis em trabalhadores da construção civil.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever características sociodemográficas de trabalhadores da construção civil investigados;
- Estimar a prevalência das hepatites B e C, HIV/aids e sífilis nessa população;
- Identificar fatores e comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em trabalhadores da construção civil;
- Investigar o conhecimento de trabalhadores da construção civil sobre HIV;
- Verificar o consumo de álcool e outras drogas nesses trabalhadores.

3 Revisão de Literatura

3.1 Contextualizando Hepatites virais B e C, HIV/aids e Sífilis

Entende-se por hepatite viral a inflamação do fígado, em decorrência de um processo infeccioso, causadas por vírus com tropismo pelo fígado e capazes de produzir alterações degenerativas nos hepatócitos e a consequente reação inflamatória mesenquimal, com eventual comprometimento sistêmico (TAVARES; MARINHO, 2015). Dentre elas, destacam-se as hepatites virais B e C, pela capacidade de cronificação e evolução para complicações clínicas.

Vírus de DNA da família *Hepadnaviridae*, o da hepatite B (HBV) é considerado oncogênico e pode ser transmitido por solução de continuidade, como pele e mucosas; além da transmissão por via parenteral, através do compartilhamento de agulhas, seringas, material de manicure e pedicure, lâminas de barbear e depilar, tatuagens, *piercings* e por procedimentos odontológicos ou cirúrgicos que não atendam às normas de biossegurança. A transmissão vertical e por contato sexual, em casos de relações desprotegidas, também são mencionadas, sendo esta última reconhecida como predominante (BRASIL, 2017d).

O HBV é um vírus resistente, podendo sobreviver fora do corpo por até 7 (sete) dias, com capacidade de penetrar e infectar um indivíduo ainda não imune ao vírus. Um indivíduo infectado pelo HBV pode permanecer com o vírus incubado em média por 75 dias, podendo, no entanto, variar de 30 a 180 dias. O HBV pode ser detectado laboratorialmente, a partir dos 30 a 60 dias pós ocorrida a infecção, podendo persistir e evoluir para a forma crônica da hepatite B (WHO, 2018).

O tratamento para a infecção causada pelo HBV consiste na utilização de monoterapia ou terapia combinada com antirretrovirais. Em algumas situações crônicas é estabelecido o acompanhamento clínico (BRASIL, 2017d). A imunização de forma passiva ou ativa é uma das principais medidas de intervenção para prevenção e controle da doença, na qual a pessoa é vacinada com um imunobiológico específico afim de conferir a imunidade (BRASIL, 2014a)

Em 1982 surgiram as primeiras vacinas licenciadas, derivadas de plasma de pacientes com infecção crônica, com antígeno de superfície do VHB (HBsAg) inativos por métodos químico físicos. Em 1986 chegou ao mercado uma forma mais segura, produzida por técnicas recombinantes de DNA, a partir da inserção de plasmídeo, contendo o gene do para HBsAg dentro de uma levedura (*Sacharomices cerevisiae*). As células do levedo produzem o HBsAg, que será posteriormente purificado e utilizado na produção de vacinas (VRANJAC, 2006; BRASIL, 2014b).

A portaria 597, de 8 de abril de 2004, do Ministério da Saúde (MS), instituiu, em todo território nacional, os calendários de vacinação, visando o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis, por intermédio do Programa Nacional de Imunização (PNI), vinculado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica – DEVEP, da Secretaria de Vigilância em Saúde, incluindo a imunização contra o HBV (BRASIL, 2004).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) preconiza que recém nascidos, gestantes em qualquer idade gestacional, população de 1 a 49 anos de idade, privados de liberdade, profissionais do sexo, homens e mulheres que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo (HSH e MSM), populações de assentados e acampamentos, indígenas, caminhoneiros, trabalhadores da saúde, hemotransfundidos, vítimas de abuso sexual e populações consideradas vulneráveis (independente da faixa etária ou da comprovação de vulnerabilidade) sejam vacinados contra o HBV. As crianças têm indicação vacinal nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas, com volume de dose de 0,5 ml, completando 4 doses no total do esquema, indicando esse volume até a idade de 19 anos. A partir dos 20 anos de idade a dose aplicada deve ser de 1ml da vacina, no período de 0, 1 e 6 meses (BRASIL, 2014a).

A vacina recombinante da hepatite B atinge valores de 95% de eficácia, com taxas variando entre 80% a 100%. Apesar de estudos apontarem que com o passar do tempo a imunidade tende a diminuir, estima-se que sua duração seja por 20 anos ou mais, portanto, não se recomenda doses de reforço na rotina (CDC, 2017).

A hepatite C, descoberta em 1989, é considerada com maior propensão à cronicidade, podendo evoluir para cirrose hepática e hepatocarcinoma, com alta prevalência para doenças cardiometabólicas, varizes de esôfago e alteração na qualidade de vida, em decorrência da dor, desconforto e fadiga, afetando, frequentemente, a atividade laboral (WESTBROOK; DUSHEIKO, 2014; CASTELO *et al.*, 2018). É causada pelo vírus da hepatite C (HCV), da família *flaviridae*, que tem como forma predominante de transmissão a via parenteral, principalmente pós transfusão sanguínea (anterior a 1990) e em usuários de drogas injetáveis; além de, eventualmente, através da transmissão sexual, a exemplo de HSH, coinfectados pelo HIV (LAAR *et al.*, 2010; BRASIL, 2019a).

Mudanças importantes passaram a compor o protocolo para tratamento da infecção pelo vírus C, no qual tornou-se irrestrito o tratamento. Agora, qualquer pessoa diagnosticada tem acesso gratuito à medicação antiviral, agregando novas opções terapêuticas, com menos efeitos colaterais e aumentando a expectativa, atingindo 95% de cura entre os pacientes tratados (BRASIL, 2018f).

Detectar precocemente a infecção é determinante para o bom direcionamento do acompanhamento e do tratamento clínico. Os testes sanguíneos, incluindo o teste rápido, é um grande aliado nesse processo, uma vez que é alarmante a proporção de pacientes infectados, mas que não foram detectados. A Atenção Básica tem papel fundamental na investigação de novos diagnósticos, pois cerca de 30% dos casos são identificados por médicos clínico geral. No entanto, a falta de capacitação profissional, baixo nível de escolaridade da população, falta ou dificuldade de acesso a serviços especializados são obstáculos a serem superados, para um melhor êxito de controle da infecção (PORTARI-FILHO *et al.*, 2019).

Acquired Immune Deficiency Syndrome, SIDA, descoberta na década de 1980, por Luc Montagnier e Robert Gallo, foi descrita, inicialmente, entre a população de jovens homossexuais que desenvolveram uma forma rara de pneumonia, a *Pneumocystis carinni*, além de outras infecções raras como o citomegalovírus. Posteriormente, passou a ser detectada em usuários de drogas, haitianos, africanos e hemofílicos, que receberam hemotransfusão, além de mulheres infectadas por parceiros infectados e prisioneiros. Os testes sanguíneos surgiram a partir de 1984. E, desde 1986, a ênfase do controle da doença passou a ser a educação em saúde e a terapia antiviral (SEPKOWITZ, 2001; SHAMPO, 2002; GALLO, 2006).

A aids é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), um retrovírus da subfamília dos *Lentiviridae*, que ataca as células de defesa do organismo, principalmente as células T CD4⁺ do sistema imunológico, ocasionando doenças oportunistas. Tem como principal formas de transmissão o contato sexual, o compartilhamento de seringas, sangue ou material perfuro cortante contaminados e a transmissão vertical (BRASIL, 2019b).

Rede de atenção à saúde a PVHIV tem como objetivos garantir o diagnóstico oportuno; a vinculação do indivíduo HIV positivo a um serviço de saúde; a retenção desse indivíduo via acompanhamento regular e realização de exames e início da Terapia Anti Retro Viral (TARV), com boa adesão ao tratamento e supressão da carga viral (BRASIL, 2018g).

Para o alcance da meta 90, 90, 90 inclui-se o tratamento da infecção pelo HIV e da aids. Na etapa de cuidados as PVHIV têm como principal desafio garantir o acesso a TARV e a adesão, assim como a retenção no serviço, para que a sustentação da adesão terapêutica possa resultar em supressão viral. Estima-se que em 2017, no Brasil, das 866 mil PVHIV, 731 mil (84%) estavam diagnosticadas, 687 mil (79%) vinculadas a algum serviço de saúde e 601 mil (69%) retidas nos serviços. Encontravam-se em uso da TARV, 548 mil (63%) e 503 mil (58%), com carga viral suprimida (inferior a 1.000 cópias/ml) (BRASIL, 2018h). Infecção de

caráter incurável, as medidas de prevenção são as principais formas de controle e de combate à epidemia.

A adoção da prática do sexo seguro, com a adesão do uso de preservativo, apresenta-se ainda como uma das maneiras mais eficazes de proteção. No entanto, questões de gênero, culturais, sociais, econômicas, religiosas e de conhecimento influenciam essa tomada de decisão. Deter o conhecimento não se configura, de forma isolada, como garantia para mudanças de atitude comportamental (ZELLNER, 2003; PANT *et al.*, 2013; ALWAFI, 2018).

Diante deste contexto, por considerar não apenas os aspectos biológicos, mas também as intervenções comportamentais e estruturais, o DIAHV lançou a estratégia da Prevenção Combinada do HIV. Por meio da Mandala de Prevenção combinada, são consideradas as particularidades dos indivíduos no contexto aos quais estão inseridos, contemplando, ainda, a oferta da testagem rápida para o HIV, a Profilaxia Pré Exposição (PrEP) e Profilaxia Pós Exposição (PEP) (BRASIL, 2018i).

A sífilis, a mais antiga de todas as IST, conhecida desde o século XV, com relatos da epidemia já no período colonial, na cidade do Rio de Janeiro, é causada por uma bactéria. O *Treponema pallidum* tem como principal forma de transmissão o contato sexual e a transmissão vertical, ou seja, de mãe para filho na gestação (GUEDES *et al.*, 2018; BRASIL, 2010a).

Caracterizada por períodos de latência, agudização ou cronicidade da infecção (dependendo das manifestações clínicas que se apresente), a sífilis é definida como forma recente quando apresenta menos de 1 ano de evolução (primária, secundária e latente recente) ou tardia, com mais de 1 ano de evolução (latente tardia e terciária) (SALOMÃO, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se a existência de cerca de 12 milhões de casos anualmente da doença no mundo, apesar de medidas de prevenção eficazes, como o uso de preservativos e o tratamento com a penicilina (OMS, 2008). Os dados são preocupantes e falam por si mesmo: apesar de globalmente a prevalência da sífilis tender ao declínio, observa-se variação de região para região em relação a essa projeção. O continente africano, por exemplo, persiste com aumento do número de casos (SMOLAK *et al.*, 2019).

De forma oposta à tendência mundial, o Brasil apresenta elevação nas taxas de sífilis congênita 3,6 vezes a mais, aumentando de 2,4 para 8,6 casos por mil nascidos vivos, em gestantes de 3,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos e também a sífilis adquirida, com aumento de 2,0 casos por 100 mil habitantes para índices de 58,1 casos para 100 mil habitantes (BRASIL, 2018d; SIGNOR *et al.*; 2018).

A Estratégia Global dos Setores da Saúde sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (*Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections*) 2016–2021 tem a meta de reduzir em 50% os casos de sífilis congênita por cada 100 mil nascidos vivos, em 87% dos países, até 2030. No Brasil, assegurar o empenho político e promoção sustentáveis; aumentar acesso e qualidade dos serviços de saúde materno-infantis, incluindo a oferta dos testes rápido para diagnóstico precoce; tratar mulheres grávidas e seus parceiros e estabelecer sistemas de vigilância, monitorização e avaliação, são ações estabelecidas pela política pública, com vista ao alcance desse empenho mundial e eliminação da doença (WHO, 2016b; OMS, 2008).

3.2 Teste rápido

Os testes rápidos surgem como uma importante estratégia de prevenção, monitoramento e controle da disseminação das IST. Instituídos pela Portaria 151, de 14 de outubro de 2009, do Ministério da Saúde, eles são todos àqueles que têm tempo de execução, leitura a olho nu e interpretação em, no máximo, 30 minutos. Eles possuem sensibilidade de 99,5% e 100% (BRASIL, 2009). A amostra pode ser de sangue total, soro, plasma ou fluido crevicular gengival (líquido encontrado no sulco gengival). Outras vantagens em relação a esses testes é que eles são de fácil acesso e não necessitam de estruturas laboratoriais complexas para sua realização, possibilitando execução da testagem até em locais de difícil acesso (BRASIL, 2017e).

Em 2002, os testes rápidos foram implementados nos serviços de saúde, como estratégia de enfrentamento das infecções causadas pelo HIV e sífilis em gestantes, atuando como aliado ao diagnóstico precoce, tratamento em tempo oportuno e quebra da cadeia transmissão congênita, desde que os serviços sejam bem estruturados (LOPES *et al.*, 2015).

O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) indica a priorização do diagnóstico precoce por parte dos profissionais de saúde, através da ampliação do número de pessoas testadas para o HCV, com metas estimadas, a partir de 2018, de 9.586.000 pessoas testadas, para chegar ao número de 30.098.000 em 2025. Grupos prioritários, como pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV)-PVHIV, com múltiplos parceiros, *trans*, trabalhadores do sexo, em situação de rua, além de alguns grupos populacionais que incluem pacientes e profissionais da saúde que frequentem ambiente de hemodiálise, pessoas com idade igual ou maior que 40 anos de idade, privados de liberdade, pessoas que consomem álcool e drogas, hemotransfundidos, comunicantes de portadores do HCV, e outros, também compõem esse grupo investigacional (PCDT BRASIL, 2018f; BRASIL, 2018c).

O teste rápido para HCV foi utilizado como triagem, para investigar a soroprevalência e prevalência do vírus em determinada população hispânica, por possibilitar maior acesso à testagem para o vírus C, favorecer o aumento do número de pessoas diagnosticadas e melhor compreender a distribuição da infecção na população estudada e nos grupos de risco afetados, a exemplo de pessoas que tiveram contato prévio ou suspeito com algum portador do vírus, hemofílicos, história anterior de procedimentos cirúrgicos ou transfusão sanguínea, realização de tatuagens ou *piercing* e consumo de álcool, com intuito de intensificar as medidas de vigilância em saúde (VIEJO *et al.*, 2018).

A triagem por meio do teste rápido para hepatite C também serve como auxílio para avaliar e repensar as políticas públicas de combate à infecção. Em Ruanda, ele passou a ser ofertado a partir de 2013, priorizando os grupos de risco de pessoas infectadas pelo HIV e HBV, filhos de mães portadoras de hepatite C, usuários de drogas, profissionais vítimas de acidentes ocupacionais e pessoas hemotransfundidas antes do ano de 1999.

No entanto, apesar do desenvolvimento de políticas públicas específicas, necessita-se garantir a descentralização dos serviços de referência para melhor acesso à testagem, diagnóstico e tratamento (MBITUYUMUREMYI *et al.*, 2018).

A OMS, sistematicamente, monitora a licitação de novos produtos para testagem rápida no mercado, a serem adotados de acordo com os critérios laboratoriais exigidos para ensaios sorológicos. São aceitos como testes de diagnóstico para o HIV àqueles que alcancem sensibilidade $\geq 99\%$ e especificidade $\geq 98\%$. Em se tratando da pesquisa para anticorpo, Anti-HCV, sensibilidade $\geq 98\%$ e especificidade $\geq 97\%$ e para pesquisa do antígeno de superfície Ag, HBsAg, sensibilidade de 100%, especificidade $\geq 98\%$. As taxas de variabilidade e de inválidos são $\leq 5\%$ para todos os testes citados (WHO, 2014)

Um estudo randomizado francês, comparando a utilização do teste rápido HBV com os demais testes sorológicos disponíveis para diagnóstico da infecção pelo vírus B, apontou que o benefício da testagem seria mais significativo para populações previamente consideradas de risco, como imigrantes, HSH, usuários de drogas, entre outros; diante das limitações do teste, de não ter a capacidade para detectar a condição vacinal de um indivíduo diante de um teste não reagente, impossibilitando, assim, expandir a medida de prevenção através da imunização para a hepatite B, sem ter que recorrer à pesquisa via realização do anti HBsAg (BOTERRO *et al.*, 2016).

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) tem como proposta aumentar o número de testagem para o HIV, traçando as metas 90, 90, 90 para o ano de 2030, com vistas à ampliação do acesso à testagem em 90% da população, que 90% dos

diagnosticados estejam em uso de terapia retroviral e 90% destes apresentem carga viral indetectável. Ampliar o acesso à testagem nas populações chaves (mulheres e homens profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e pessoas que injetam drogas) estão entre as prioridades para o alcance dessa meta (UNAIDS, 2015).

Cerca de 36,1% da população brasileira já se submeteu à testagem para o HIV em algum momento da vida, sendo que a maioria é do grupo das mulheres. A região Sul aparece como a maior em número de testagem e a região Nordeste como a menor dentre as regiões (BRASIL, 2016).

Os testes rápidos podem se apresentar, ainda, como estratégia importante para investigação e controle das IST nas populações em situação de rua. Pinto *et al* (2014), por exemplo, considerou o teste rápido para sífilis, diante de sua sensibilidade e especificidade, como eficaz, alcançando resultados como 81,4% e 92,1%.

Como pré-qualificação da Organização Mundial da Saúde para avaliação diagnóstica *in vitro*, foram analisados quatro tipos de testes rápidos destinados à investigação do HIV e sífilis, os quais alcançaram índices de especificidade e sensibilidade entre 99,5% a 100%, para os testes de HIV, e um pouco menor, entre 73,5% a 87,0%, para os específicos para sífilis. De forma geral, ainda se apresentam como promissor, para o alcance de populações de difícil acesso aos serviços de saúde (HEUVEL *et al.*, 2019).

É indiscutível o impacto benéfico que a oferta dos testes rápidos pode acarretar em uma população. Contudo, apenas a descentralização da oferta dos serviços especializados para atenção básica não garante a eficácia da estratégia. Estrutura física e funcional dos estabelecimentos de saúde, qualificação dos profissionais envolvidos no processo, com ênfase na desconstrução de tabus e medos diante de um diagnóstico positivo, fragilidades e despreparo no processo de aconselhamento pré e pós testes, fornecimento dos insumos em tempo hábil e de forma regular são barreiras que devem ser enfrentadas, para garantir a eficácia dessa estratégia de combate às IST (SILVA; VALENÇA; SILVA, 2017; ROCHA *et al.*, 2018).

Ofertá-los a essas populações vulneráveis, incluindo aos trabalhadores da ICC, torna-se, portanto, de grande valia, contribuindo para a detecção precoce das IST nessa categoria.

3.3 Fatores e comportamento de risco para as IST

O fenômeno saúde-doença é multifatorial. São diversos os fatores de risco que influenciam o processo. Entende-se por risco a probabilidade de que algo indesejado possa ocorrer com um indivíduo ou uma população, não acontecendo, necessariamente, de forma

isolada (FIGUEIREDO, 2015). Já fator de risco refere-se a um agrupamento de situações ou condições diversas, de ordem pessoal, emocional e social, com potencial para desfechos indesejáveis. Dentre os fatores de risco, destacam-se os comportamentos que podem causar prejuízos para saúde do indivíduo, nas dimensões física, social e emocional (MAIA; WILLIAMS, 2005).

No contexto da saúde, o comportamento de risco é compreendido como àquele em que o indivíduo é envolvido em atividades que levam ao comprometimento de sua saúde física ou mental (MOURA *et al.*, 2017). Já para a ciência, os riscos estão relacionados aos fatores determinantes, cujas características podem ser imutáveis (sexo, idade, raça, cor), modificáveis (tabagismo, hábitos alimentares, estilo de vida sedentária, entre outros) e determinantes, que têm relação direta com o hospedeiro (fatores intrínsecos) e ambientais (econômicos, sociais, culturais e comportamentais) (FIGUEIREDO, 2015).

A percepção de risco para algum fato ou ocorrência é vista de forma diferente pelos indivíduos. Está arraigada de valores e inserida em um contexto social, político, econômico, cultural, familiar, religioso, nível educacional, dentre outros (PAULINO; FERRAREZ; LOPES, 2010).

A habilidade intelectual ou nível de conhecimento satisfatório que um indivíduo possa deter permite uma maior percepção de risco. No entanto, não garante a não adoção de um comportamento de risco. O preservativo, por exemplo, é um método de barreira amplamente divulgado para combate as IST e, no entanto, conhecê-lo ou ter acesso ao mesmo, não implica em mudança de atitude frente ao seu uso (PAULINO; FERRAREZ; LOPES, 2010; ALWAFI *et al.*, 2018; PANT *et al.*, 2013).

Tabagismo, consumo do álcool, consumo de drogas ilícitas, relação de gênero, baixa escolaridade e conflitos familiares têm sido apontados como fatores de risco para ocorrência de IST, como resultantes dos comportamentos: relações sexuais desprotegidas, multiplicidade de parceiros e consumo abusivo de álcool e drogas, por aumentar a libido sexual e diminuir a capacidade de raciocínio (SALES *et al.*, 2016; BELEM *et al.*, 2016).

No que se refere a comportamentos que corroboram com a manutenção da saúde, observa-se que homens têm maior tendência à transgressão, a exemplo das atitudes violentas e a exposição a acidentes por embriaguez. Já as mulheres, por questões culturais, tendem a adotar menos as medidas de proteção nas relações sexuais (como o uso de preservativos). Tais fatores e comportamentos de risco contribuem para a aquisição de IST (SALES *et al.*, 2016; BELEM *et al.*, 2016).

Periodicamente, o Ministério da Saúde desenvolve inquéritos sobre comportamento, práticas e atitudes em determinadas populações, no intuito de acompanhar indicadores essenciais ao monitoramento das hepatites virais B e C, HIV/aids, sífilis e outras IST, que possibilitam aprimoramento das políticas públicas e planejamento de novas medidas a serem tomadas (BRASIL, 2016a).

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, analítico, de corte transversal.

Estudos observacionais possibilitam a formulação de hipóteses, geram perguntas, identificam fatores de risco e fornecem estimativas sobre incidência, prevalência e prognóstico de doenças. Os participantes da pesquisa podem ser convidados a responder questionários e até mesmo serem submetidos a testes laboratoriais (VIEIRA, 2015).

Segundo Sampiere (2013), os estudos analíticos permitem ao pesquisador analisar, classificar e sistematizar conhecimentos existentes, permitindo associações entre fatos relacionáveis a doenças vistas pela perspectiva da incidência sobre grupos populacionais, além de estimar riscos e oportunidades de adoecimento que os indivíduos possam ser acometidos e probabilidades de mortalidade ou esperança de vida.

Quanto aos estudos transversais, eles são utilizados para descrever as características de um grupo populacional específico em um único momento. É um método simples, no qual há uma maior facilidade de obter amostra representativa da população, possui baixo custo, representa um menor risco de perdas e possibilita identificar a prevalência de um fenômeno de interesse. Apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população (ROUQUAYROL, 2013).

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em unidades da construção civil, localizadas no município de João Pessoa, Cabedelo e Santa Rita, no estado da Paraíba, distribuídas geograficamente de acordo com o crescimento imobiliário das cidades.

A aproximação inicial para verificar a viabilidade do local pré estabelecido, para o desenvolvimento do estudo, foi realizada através de encontros da pesquisadora com os dirigentes do Sindicato da Indústria da Construção Civil (Sinduscon) e do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção Civil pesada, montagem e do mobiliário (Sintricom), os quais forneceram informações importantes acerca do número de construtoras registradas (160) e que se encontram instaladas na capital paraibana naquele momento. Obteve-se, também, o quantitativo de trabalhadores cadastrados (6.300) e que estão desenvolvendo essa atividade na capital paraibana e em áreas adjacentes. Ressalta-se que os dados mencionados partem dos registros internos dos sindicatos, não estando publicados.

A seleção dos canteiros de obra para integrar o campo de investigação se deu por acessibilidade: nem todas as empresas construtoras permitiam tempo de parada do operário para participação das entrevistas. Assim, 10 (dez) canteiros de obras foram visitados e incluídos no estudo, sendo 5 (cinco) deles localizados na capital João Pessoa, 4 (quatro) no município de Cabedelo e 1 (um) na cidade de Santa Rita.

4.3 População e amostra

A população alvo deste estudo foi composta por indivíduos que trabalham na construção civil, no município de João Pessoa e região metropolitana, e que estão cadastrados no Sintricom, nos anos de 2017 e 2018.

Os participantes do estudo são todos voluntários, que contemplaram aos seguintes critérios de inclusão: estar atuando na obra no momento da pesquisa (fase coleta de dados) e ter idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos do estudo àqueles que se encontravam de férias, atestado médico ou férias.

Considerando uma população de 6.300 indivíduos, que correspondiam aos trabalhadores cadastrados no Sintricom até meados de março de 2018, o tamanho da amostra foi definido pelo cálculo amostral para populações finitas, admitindo-se nível de significância de 5% e um erro amostral máximo de 0,05 sob nível de confiança de 95%, adotando-se o valor antecipado para P igual a 0,50. O número mínimo de participantes foi obtido, então, pela expressão:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Definido o tamanho da amostra de 360 participantes (COCHRAN, 1977), o processo de amostragem foi não probabilístico, por conveniência, a partir da disponibilidade dos participantes no ambiente de trabalho (unidades construtoras), bem como permissão para adentrar às obras por parte de seus respectivos responsáveis: donos das construtoras, engenheiros das obras ou técnicos de segurança, durante o período definido para a coleta de dados.

4.4 Procedimentos de coleta de dados

4.4.1 Treinamento dos colaboradores da pesquisa

Para um melhor desenvolvimento do estudo, a pesquisadora responsável contou com a colaboração de 12 profissionais de saúde na fase de coleta de dados, os quais receberam treinamento prévio para a execução da entrevista e a realização dos testes rápidos, sendo exigido que todos tivessem participado das capacitações em testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites B e C pelo sistema de formação TELELAB, realizadas através de uma parceria com membros do Departamento de DST/AIDS e hepatites virais da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba. Este treinamento tornou-se essencial, apesar de sua obrigatoriedade, para que os colaboradores pudessem dirimir quaisquer dúvidas e/ou dificuldades relacionadas à essa fase.

4.4.1.1 Teste piloto

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados em 15 (quinze) trabalhadores da construção civil, com o objetivo de identificar fragilidades e problemas em potencial, para que fossem resolvidos antes da implementação da pesquisa (PASQUALI, 2012).

O teste piloto foi realizado em uma pequena obra, com 8 (oito) trabalhadores da construção civil, na primeira quinzena de maio de 2018, no município de Cabedelo.

4.4.2 Instrumentos

4.4.2.1 Questionário

Os dados foram coletados utilizando-se um questionário estruturado (Apêndice A), elaborado a partir de questões extraídas do instrumento que é validado e utilizado pelo Ministério da Saúde, em pesquisa sobre hepatites virais (BRASIL, 2012), e pelo instrumento elaborado pelo Núcleo de Estudos em Epidemiologia e Cuidados em Agravos Infecciosos com Ênfase em Hepatites Virais (NECAIH), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Ambos tiveram a anuência dos autores.

O instrumento utilizado abrangeu questões organizadas em cinco seções: seção I - dados sociodemográficos; seção II - comportamentos de risco para infecção sexualmente

transmissível; seção III - comportamento sexual; seção IV - hábitos e costumes associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas; seção V - teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool - *Alcohol Use Disorders Identification Test* ou Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT). As seções I, II, III e IV contemplam questões com possibilidades de respostas dicotômicas e de múltipla escolha. A seção V contempla questões com variável quantitativa discreta e que possibilitam formação de valores numéricos provenientes de uma contagem (VOLPATO; BARRETO, 2016).

4.4.2.2 Dados sociodemográficos

Dentre as variáveis sociodemográficas elegíveis para o presente estudo destacam-se: idade, escolaridade, sexo, tempo de atuação na construção civil, renda familiar, número de filhos e procedência.

4.4.2.3 Comportamento de risco para Infecção Sexualmente Transmissível

Foram consideradas as variáveis: Idade da primeira relação sexual, número de parceiros nos últimos 12 meses, tipos de parceiros, parceiros do mesmo sexo, tipo de atração sexual, parceiros casuais (ficantes, paqueras), parceiros pela internet ou sites de relacionamento, práticas sexuais, conhecimento e uso de preservativos masculino e feminino, local de obtenção dos preservativos, uso e conhecimento sobre lubrificantes, história de operação de fimose, auto declaração de IST (feridas, bolhas, verrugas, corrimento, outros) e, por fim, o que fez para tratar as IST e orientações recebidas.

4.4.2.4 Comportamento e fatores de risco para hepatite B e C, HIV/aids e sífilis

Compuseram esse item as variáveis: presença de tatuagem ou *piercing* no corpo, se já fez ou faz tratamento de hemodiálise, histórias de transfusão sanguínea, compartilhamento de material de higiene (alicate e cortadores de unha, prestorbaba, escova de dentes), antecedentes de prisão e vacinação contra o vírus da hepatite B.

4.4.2.5 Hábitos e costumes associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas

Investigou-se o consumo de cigarros, frequência e uso de álcool, drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, injetável, entre outros) e o uso de anfetaminas nos últimos 12 (doze) meses.

4.4.2.6 Teste AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) ou Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Durante duas décadas, desde 1980, a OMS priorizou o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento do consumo nocivo de bebidas alcoólicas. Após várias fases de desenvolvimento, o estudo resultou na elaboração de um instrumento denominado *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) ou Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (Anexo A), com o intuito de identificar precocemente os riscos na atenção primária à saúde, favorecer a implementação de intervenções breves antes de se atingir estágios de dependência e ser de fácil aplicação por profissionais ou não da área da saúde (WHO, 2003).

Validado após 20 anos, por Babor *et al.* (2001), o AUDIT, difere de outros testes de triagem, uma vez que enfatiza a identificação do uso de álcool: se uso experimental, esporádico, frequente, pesado ou abusivo, até um possível grau de dependência; e não apenas se o uso caracteriza dependência, considerando-se, também, os prejuízos à saúde em um período recente de 12 meses. É composto por 10 questões, com margem de 0 a 4, podendo atingir uma pontuação final de 0 a 40 pontos.

No Brasil, o AUDIT teve sua validação para o português feita por Mendez (1999), no Rio Grande do Sul, sendo adaptada na Bahia, por Lima *et al.* (2005).

A análise do teste AUDIT é de acordo com os níveis de uso do álcool e tipos de intervenção e escores, com a seguinte classificação: Zona I (baixo risco, menos de 2 doses) – 0 a 7 pontos recomenda prevenção primária; Zona II (uso de risco, acima de 2 doses) – 8 a 15 pontos indica orientação básica; Zona III (uso nocivo, consome acima dos padrões associados a problemas de consumo) – 16 a 19 requer intervenção breve e monitoramento; e Zona IV (grandes chances de dependência) - 20 a 40 evidencia a necessidade de encaminhamento para serviço especializado (SILVEIRA; DOERING-SILVEIRA, 2017).

4.4.2.7 Escala HIV Knowledge Questionnaire (HIV-KQ)

O instrumento de mensuração de conhecimento sobre o HIV - HIV-KQ (Anexo B), elaborado por Carey e Schroder (2002), foi validado no Brasil por Teixeira, Figueiredo e Mendoza-Sassi (2016). Também foi adaptado e utilizado em outros países como Portugal, Argentina e Indonésia. É um instrumento que possui um bom desempenho psicométrico e alta confiabilidade, com excelente consistência interna para as facetas e domínios, sendo recomendado para estudos brasileiros (TEIXEIRA; FIGUEIREDO; MENDOZA-SASSI, 2016).

O HIV K-Q, composto por 43 itens, foi criado e validado para ser auto aplicado e permitir a avaliação do conhecimento sobre o HIV. Para cada afirmação do questionário, o participante deve classificá-la como verdadeiro, falso ou não sei. A resposta errada ou não sei equivale a zero ponto, enquanto que a correta equivale a um ponto. O escore é o somatório das respostas corretas. Escores elevados equivalem a níveis de conhecimento mais elevados, considerando-se adequado um acerto igual ou superior a 70%, conforme utilizado em outros estudos (CAREY; SCHRODER, 2002).

4.4.3 Coleta de dados

Impreterivelmente, antes da realização da coleta, fez-se necessário o contato telefônico ou pessoal da pesquisadora com os técnicos em segurança do trabalho, engenheiros ou donos de construtoras, para possível agendamento das visitas. Explicações sobre o tipo de estudo, objetivos e tempo médio estimado para permanência da equipe nas obras, além de estratégias para desenvolvimento das entrevistas, eram colocadas em pauta e discutidas. Só então eram agendadas as visitas da equipe aos canteiros das obras.

Antes do início das atividades laborais, os trabalhadores eram reunidos na própria obra. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era lido para o coletivo, bem como a pesquisadora explicava os objetivos, riscos e forma de realização dos testes, enfatizando a não obrigatoriedade da participação no estudo. Após este momento, os operários eram dispensados para suas atividades. Os que aceitassem participar da entrevista forneciam os nomes aos mestres de obra ou aos técnicos em segurança do trabalho e, espontaneamente, eram destinados a um dos membros da equipe de pesquisa, para responder ao questionário. Mais uma vez, o TCLE (Apêndice B) era apresentado para leitura e

assinatura. Em caso de analfabetismo, o TCLE era lido para o trabalhador e a assinatura do participante coletada sob a forma dactiloscópica.

Concluída a entrevista, que tinha duração média de 15 minutos, o participante era encaminhado aos devidos testes rápidos, para triagem da sífilis e hepatites B e C, bem como ao teste rápido para diagnóstico de HIV/aids, em local previamente reservado, seguindo as diretrizes apontadas no protocolo do Ministério da Saúde. Os kits com o material necessário para realização dos testes foram disponibilizados pela Coordenação Estadual de Hepatites Virais e DST/HIV/Aids, da Secretaria de Saúde do estado da Paraíba.

Os testes rápidos utilizados para este estudo foram do tipo imunocromatografia de fluxo lateral (teste 1 para HIV, sífilis, hepatites B e C) e imunocromatografia de dupla migração ou de duplo percurso – DPP (teste 2 para HIV), com tempo de leitura que variaram de 15 a 30 minutos pós coleta.

O aconselhamento pré-teste foi realizado de forma coletiva com os trabalhadores, antes de iniciar o expediente, sendo enfatizados os seguintes pontos: a participação era voluntária e sem caráter obrigatório, quais testes que seriam ofertados, haveria a garantia do sigilo nos resultados, além de explicitar quais condutas que seriam adotadas diante de testes considerados reagentes quanto à continuidade de acompanhamento nos serviços de referência.

Quanto ao aconselhamento pós-teste, este foi feito de caráter individual, para todos os praticantes que aceitaram participar da pesquisa, em salas reservadas no próprio local da obra. Todo o processo respeitou as recomendações do MS para orientações do pré e pós-testes (BRASIL, 2017f).

4.4.3.1 Teste rápido para HIV

O teste rápido 1 (TR1) para o HIV, utilizado para a detecção de anticorpos Anti HIV 1 e/ou 2 foi o *TRI LINE BIOCLIN*. É o teste de imunocromatografia de fluxo lateral, no qual é coletada amostra de sangue e aplicado ao poço A até a marcação específica da pipeta e aplicado duas gotas (70µl) da solução tampão no Poço B (Figura 1), conforme orientação do fabricante. O tempo de leitura para liberação do resultado é de até 15 minutos (BRASIL, 2010b).

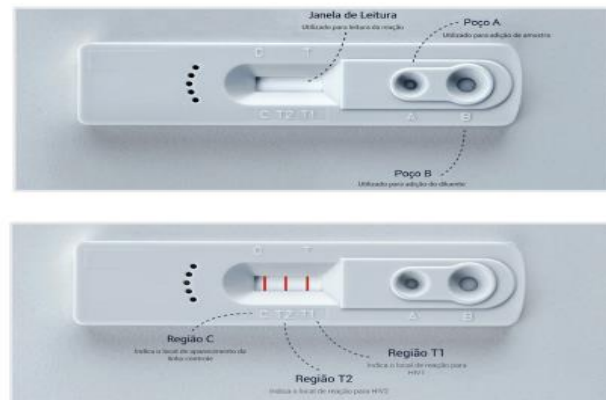


Figura 1 – Imunocromatografia de fluxo lateral para HIV- *Tri line bioclin*

Fonte: TELELAB, 2010.

Diante de um resultado reagente, o teste rápido 2 (TR2) adotado foi o de imunocromatografia de dupla migração (DPP) Biomanguinhos (Figura 2), que diferencia no processo de execução, na qual a gota de sangue é adicionada à uma solução individual para cada teste (Figura 3). Após ter sido homogeneizada, aplicaram-se 2 gotas sobre o poço A. Após 5 minutos, nenhuma marcação deve aparecer sobre a plataforma e, em seguida, a solução tampão é aplicada no poço B. A leitura foi realizada após 10 minutos (BRASIL, 2010c).

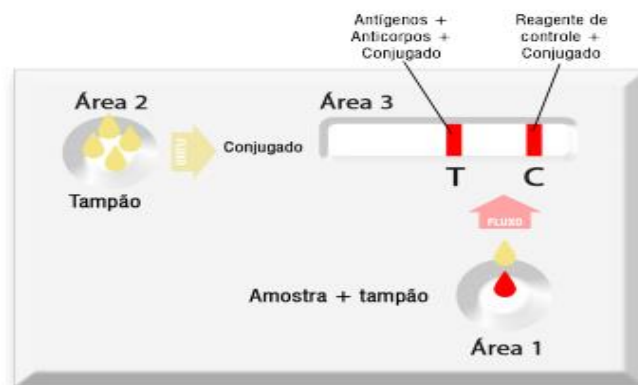


Figura 2 – Imunocromatografia de fluxo de dupla migração para HIV - Biomanguinhos

Fonte: TELELAB, 2010.



Figura 3 – Imunocomatografia de fluxo de dupla migração. Solução tampão - Biomanguinhos
Fonte: TELELAB, 2010.

4.4.3.2 Teste rápido para hepatite B

Para investigação do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (*HBsAg*), entre os participantes do estudo, utilizou-se o *VIKIA HBsAg* (Figura 4), de imunocromatografia de fluxo lateral, o qual detecta a presença do antígeno circulante. A amostra de sangue (75µl) foi coletada da polpa digital, com auxílio de uma pipeta, depositada na indicação S da plataforma, e, em seguida, aplicado sobre a amostra 1 gota da solução tampão. A leitura do TR para hepatite B, recomendada pelo laboratório, deu-se num tempo máximo de 15 minutos para os resultados positivos e de 30 minutos para os resultados negativos. O Ministério da Saúde recomenda: diante de um resultado regente faz-se necessário a solicitação de exame sorológico confirmatório, ou seja, coleta de sangue plasmático para sorologia (BRASIL, 2017g).



Figura 4 – Imunocromatografia de fluxo de dupla migração HBsAg
Fonte: TELELAB, 2017.

4.4.3.3 Teste rápido para hepatite C

O teste utilizado para detecção do anticorpo Anti HCV foi o *Alere* (Figura 5), de imunocromatografia de fluxo lateral, exigindo apenas uma amostra de sangue (10µl) da polpa digital, com auxílio de uma pipeta, depositada na indicação S da plataforma, e, em seguida, aplicado sobre a amostra de sangue 4 gotas da solução tampão. O tempo de leitura para o teste é de até 15 minutos, de acordo com a orientação do laboratório fabricante. Testes com resultados reagentes faz-se necessário a realização de exame sorológico para confirmação da investigação (BRASIL, 2017h).

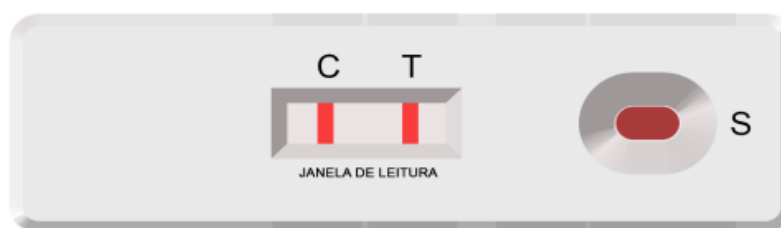


Figura 5 – Imunocromatografia de fluxo de dupla migração HCV

Fonte: TELELAB, 2017.

4.4.3.4 Teste rápido para sífilis

O teste rápido adotado para sífilis foi o *Alere* (Figura 6), treponêmico, ou seja, que detecta a presença de anticorpos anti *Treponema pallidum*. Teste de imunocromatografia de fluxo lateral, exigindo apenas uma amostra de sangue (20µl) da polpa digital, com auxílio de uma pipeta, depositada na indicação do poço da plataforma, e, em seguida, aplicado sobre a amostra de sangue quatro gotas da solução tampão. Tempo de leitura para o teste foi de 15 minutos, de acordo com a orientação do laboratório fabricante.

Para os resultados reagentes, solicitou-se o exame de testagem não treponêmico, *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL), afim de confirmar o diagnóstico, uma vez que um resultado reagente não tem como precisar se há uma infecção ativa ou presença apenas de uma cicatriz sorológica, ressaltando que a infecção por sífilis não confere imunidade e o mesmo indivíduo pode reinfetar-se várias vezes (BRASIL, 2014c).



Figura 6 – Imunocomatografia de fluxo de dupla migração Sifilis

Fonte: TELELAB, 2014.

A coleta foi de simples execução e necessitou apenas de uma gota de sangue da polpa digital e de pouco material para realização, como álcool a 70%, algodão, lancetas e pipetas: estas duas últimas contidas nos próprios kits dos testes.

A interpretação dos resultados é igual para todos os tipos de TR adotados, apenas com variação, como foi citado anteriormente, quanto aos tempos de leitura, de acordo com cada fabricante.

Um teste é considerado válido quando a marcação (uma lista) colorida na linha C, denominada de controle, aparece no resultado do exame. Se apenas ela aparece, o resultado é interpretado como um teste válido e não reagente. Caso a lista colorida também surja na linha T (teste), juntamente com a linha C, este teste é interpretado como reagente (BRASIL,2010c). Portanto, os resultados podem ser interpretados de acordo com a figura 7:

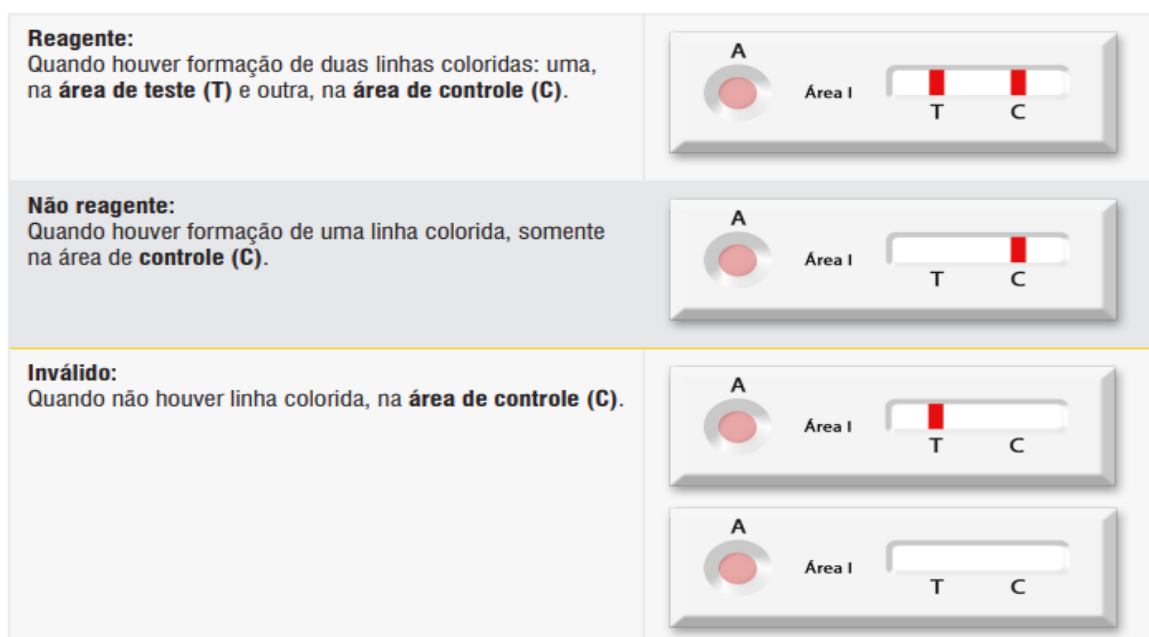


Figura 7 – Interpretação de resultados dos testes rápidos

Fonte: TELELAB, 2010.

Ressalta-se que todas as orientações contidas para realização de cada teste foram rigorosamente seguidas: Respeito à quantidade de sangue a ser depositada nas plataformas, pipetas adequadas para coleta, soluções tampão a cada novo kit de teste aberto e tempo de leitura de acordo com os fabricantes. Descumprir tais orientações implicaria na qualidade e, principalmente, na segurança dos resultados.

Os resultados dos testes rápidos foram registrados em formulários elaborados especificamente, com essa finalidade (Apêndice C) e controle por parte do pesquisador. A entrega foi realizada pelo pesquisador, de forma individualizada, em local reservado, afim de garantir o sigilo, concomitante com o aconselhamento pós-teste e enfatizando as ações de prevenção para as infecções pelo HBV, HCV, HIV e sífilis. Os participantes, cujos resultados revelaram positividade para a exposição das hepatites B, C e sífilis ou que foram diagnosticados com o HIV foram encaminhados (Apêndice D) para os serviços de saúde conveniados (Unidades de Saúde da Família e Hospital Clementino Fraga), que já atendem estas demandas para a confirmação diagnóstica, através de tratamento gratuito e individual.

Todo o processo dispensou entre 30 a 40 minutos por cada trabalhador, necessitando da permanência da equipe na obra por um período médio de 10 horas em dias de coleta e contando com a participação da pesquisadora principal em todas as etapas do processo.

O material utilizado para os testes rápidos foi acondicionado adequadamente, em caixas fechadas e mantidas ao abrigo da luz durante o transporte, em todo o percurso. Após a realização dos testes, os *clusters* foram descartados em caixas apropriadas para material contaminado com fluidos corporal e perfurocortantes, sendo levados, em seguida, à Coordenação Estadual de Hepatites Virais e DST/HIV/Aids para o adequado descarte.

O período da coleta ocorreu dentro do prazo previsto inicialmente, sendo realizada em três meses, de maio a agosto de 2018. Isto aconteceu, mesmo que se registre certas dificuldades no que diz respeito ao acesso às obras, pelo entendimento, por parte de alguns engenheiros das construtoras, de que haveria prejuízo financeiro à empresa, no tempo de ausência do operário para a realização da pesquisa. Além dessa problemática, a ICC tem suas peculiaridades muito próprias. O momento de execução na qual se encontra a obra, como a fase de acabamento, por exemplo, também foi levada em consideração por esta pesquisadora.

4.5 Análise dos dados

Os dados obtidos durante a fase da pesquisa foram digitados e armazenados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel* 2013. Após a identificação de todas as variáveis

no dicionário (*codebook*), foi elaborado um banco de dados, que logo após foi alimentado. Finalizada essa etapa, os dados foram importados para o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) - versão 21.0 e para o programa *Bioestat* versão 5.4, onde foram realizadas as análises estatísticas.

Utilizou-se a estatística descritiva (frequência absoluta e relativa em porcentagem), o qual permitiu a caracterização da amostra quanto às variáveis coletadas.

Após identificadas as características sociodemográficas e os principais comportamentos de risco para as hepatites B e C, sífilis e HIV, foi aplicado o modelo de regressão logística múltipla, com teste de verossimilhança, para verificar como os fatores se comportam associados. A regressão logística múltipla é uma técnica estatística empregada para descrever o comportamento entre uma variável dependente categórica binária (presença ou ausência de IST) e variáveis independentes métricas e/ou não métricas. Tem por objetivo investigar o efeito das variáveis pelas quais os indivíduos ou objetos estão expostos sobre a probabilidade de ocorrência de determinado evento de interesse (FAVERO; BELFIORE; DA SILVA *et al.*, 2009).

Os dados foram analisados descritivamente, através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão, mediana, percentis 25 e 75 e valores mínimo e máximo para as variáveis numéricas. Para verificar a associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste da Razão de Verossimilhança, nas situações em que o teste Qui-quadrado não foi verificado.

Para avaliar a comparação entre categorias em relação à variável contínua (percentual de acertos) foi realizado o teste de *Kruskal-Wallis*. No caso de diferença significativa foram feitas comparações múltiplas do teste. A escolha do *Kruskal-Wallis* foi devido à ausência de normalidade em pelo menos uma das categorias. Já a verificação da hipótese de normalidade aconteceu através do teste de *Shapiro-Wilk*.

A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5% (cinco por cento).

4.6 Aspectos éticos

Este estudo atendeu às normas que contemplam os requisitos éticos propostos pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013c), que dispõe de

normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, via Plataforma Brasil, sendo aprovado com CAAE:84297818.9.0000.5183 e com parecer nº 2.572.581.

4.6.1 Riscos e benefícios do estudo

Os riscos mínimos previsíveis para os participantes do estudo incluíram um possível desconforto emocional, por eles se sentirem incomodados em responder algumas perguntas sobre sua intimidade; pelo tempo de duração da entrevista (em torno de 30 minutos); e por ficarem constrangidos ou receosos, diante de um possível resultado positivo dos testes rápidos para as referidas infecções. Havia também um discreto desconforto físico, decorrente de punção da polpa digital da mão para obtenção de sangue, durante a realização do teste rápido.

Para minimizar os riscos, foi escolhido um local que assegurasse a privacidade do participante, no momento de responder à entrevista. No que se referiu ao teste, a equipe garantiu que a “furada” no dedo fosse realizada com agulha apropriada (lanceta do próprio kit), o que acarretava discreta e passageira dor, às vezes até imperceptível, à furada. As pesquisadoras adotaram técnicas que pudessem aliviar a tensão e a eventual dor local, garantindo, também, a habilidade de sua equipe durante a realização dos testes.

Os benefícios deste estudo se referem à possibilidade de conhecer a prevalência do vírus das hepatites B e C, HIV/aids e sífilis, em trabalhadores da construção civil de João Pessoa – PB. Os testes rápidos permitem que o indivíduo tenha acesso imediato ao resultado, fato considerado importante, uma vez que se trata de uma população vulnerável. Ainda entre os benefícios diretos, àqueles que apresentaram resultados reagentes, para alguma das infecções, foram encaminhados para tratamento e acompanhamento imediatos, nos serviços de saúde especializados ou em unidades básicas de saúde.

5 Resultados e Discussão

Os resultados do estudo serão apresentados da seguinte forma: Inicialmente serão descritas as variáveis sociodemográficas dos trabalhadores da construção civil, seguidos dos fatores e comportamentos de risco para IST identificados entre os participantes. Quanto ao conhecimento sobre o HIV/aids, ele será disposto em forma de manuscrito (artigo 1), bem como sobre o consumo de álcool (artigo 2).

5.1 Caracterização dos trabalhadores da ICC, segundo dados sociodemográficos

Participaram deste estudo 381 (trezentos e oitenta e um) trabalhadores da construção civil de João Pessoa e região metropolitana. Estatisticamente, foram detectados os seguintes elementos: o predomínio do sexo masculino, 371 (97,4%); a idade variou de 18 a 62 anos, com média de 38,0 anos, sendo que a maioria, 130 (34,1%), encontra-se na faixa etária entre 30 a 39 anos. Quanto aos anos de escola, 127 (33,3%) estudaram até quatro anos e 127 (33,3%) de cinco a oito anos. Declararam-se casados ou em uma união estável, 310 (81,4%). Em relação à renda mensal, 201 (52,8%) relataram um ganho salarial entre 1 a 1,5 salários mínimos. Neste universo da pesquisa, a maioria dos trabalhadores, 167 (43,8%), revelou ser procedente do interior do estado da Paraíba, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de trabalhadores da indústria da construção civil dos municípios de João Pessoa e da região metropolitana* – PB, 2018 (n=381)

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	371	97,4
Feminino	10	2,6
Faixa etária (anos)		
18 a 29	98	25,7
30 a 39	130	34,1
40 a 49	100	26,2
50 ou mais	53	13,9
Anos de estudo		
Até 4 anos	127	33,3
5 a 8 anos	127	33,3
9 a 11 anos	97	25,5
12 anos ou mais	30	7,9
Estado civil		
Casado/união estável	310	81,4
Solteiro (a)	59	15,5

Continuação

Separado (a)	9	2,4
Viúvo (a)	3	0,8
Faixa de renda (SM*)		
≤ 1,0	30	7,9
> 1,0 a 1,5	201	52,8
> 1,5 a 2,0	53	13,9
> 2,0	97	25,5
Procedência		
João Pessoa	117	30,7
Região metropolitana	97	25,5
Interior	167	43,8
Total	381	100,0

*SM=Salário Mínimo= R\$ 954,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

5.2 Epidemiologia para as IST

Com base nos testes de triagem e diagnóstico para as infecções investigadas nesta pesquisa, detectou-se que dentre os 381 (100%) trabalhadores testados para hepatite B e C, HIV/aids e sífilis, apenas 1 (um) deles (0,3%) apresentou resultado reagente para hepatite B. Além disso, outros 5 (cinco) pesquisados (1,3%) apresentaram teste reagente para sífilis.

5.3 Fatores e comportamentos de risco para IST em trabalhadores da indústria da construção civil

Analisando a Tabela 2, sobre fatores e comportamentos de risco relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas, o consumo de cigarro ou tabaco foi relatado por 45 (11,8%) e o de bebida alcóolica por 240 (63,0%) dos trabalhadores entrevistados. Quando questionados se o uso de álcool e drogas pode favorecer a ter relações sexuais desprotegidas, 332 (87,1%) afirmaram que sim. Quanto ao uso de algum tipo de droga ilícita, ele foi confirmado por 60 (15,7%) dos trabalhadores, sendo o *crack* por seis (1,6%), maconha 46 (12,1%), cocaína 15 (3,9%) e outros, 6 (1,6%).

Tabela 2 – Fatores e comportamento de risco relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas por trabalhadores da indústria da construção civil nos municípios de João Pessoa e da região metropolitana – PB, 2018 (n=381)

Variável	n	%
Fuma tabaco ou cigarro atualmente ⁽¹⁾?		
Sim	45	11,8
Não	336	88,2
Fez uso de bebida alcóolica nos últimos 12 meses ⁽¹⁾?		
Sim	240	63,0
Não	141	37,0
Concorda com a seguinte afirmação: “O uso de álcool ou drogas podem fazer com que as pessoas tenham relação sem usar camisinha ⁽¹⁾?”		
Sim	332	87,1
Não	49	12,9
Usou algum tipo de droga ilícita (proibida) na vida ⁽¹⁾?		
Sim	60	15,7
Não	321	84,3
Fez uso de maconha ⁽²⁾?		
Sim	46	12,1
Não	14	3,7
Não se aplica	321	84,3
Fez uso de cocaína ⁽²⁾?		
Sim	15	3,9
Não	45	11,8
Não se aplica	321	82,3
Fez uso de crack ⁽²⁾?		
Sim	6	1,6
Não	54	14,2
Não se aplica	321	84,3
Fez uso de outros tipos ⁽²⁾?		
Sim	6	1,6
Não	54	14,2
Não se aplica	321	82,3
Total	381	100,0

(1) Percentuais obtidos com base nos 381 trabalhadores entrevistados

(2) Percentuais obtidos com base nos 60 trabalhadores que afirmaram uso de drogas

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

No que se refere aos fatores e comportamentos de risco relacionados à prática sexual, observa-se, conforme a Tabela 3, que 380 (99,7%) dos trabalhadores já haviam iniciado a vida sexual.

Considerando o relato sobre o número de parceiros sexuais, 10 (2,6%) negaram ter tido parceiros(as) sexuais nos últimos 12 meses, 259 (68,2%) relataram ter tido um(a) parceiro(a) sexual e 111 (29,2%) disseram ter tido dois ou mais. Daqueles que mantiveram relação sexual nos últimos 12 meses, 355 (93,7%) foram somente com mulheres, 11 (2,9%), só com homens e três (0,8%) com homens e mulheres. A prática do sexo vaginal foi mencionada pela maioria, 368 (96,8%); seguido por sexo oral, com 163 (42,9%) participantes; sexo anal por 133 (95,5%) e oral-anal por 83 (21,8%). Todas as práticas sexuais foram mencionadas por 85 (22,4%) dos entrevistados.

Quanto ao uso do preservativo, 376 (98,7%) dos trabalhadores conhecem o preservativo masculino e 344 (91,5%) afirmam já o terem utilizado. No que se refere ao preservativo feminino, 238 (62,5%) dizem conhecê-lo e 52 (21,8%) relatam terem utilizado. Quando questionados sobre a utilização do preservativo na última relação sexual, 94 (24,7%) afirmaram ter feito uso. Quanto a frequência do uso do preservativo nos últimos 12 meses, 181 (47,6%) responderam que nunca o utilizaram; 130 (34,2%) às vezes e 59 (15,5%) fizeram uso sempre.

Tabela 3 – Fatores e comportamento de risco relacionado à prática sexual de trabalhadores da indústria da construção civil nos municípios de João Pessoa e região metropolitana – PB, 2018 (n=381)

Variável	n	%
Já iniciou vida sexual⁽¹⁾?		
Sim	380	99,7
Não	1	0,3
Número de parceiros (as) sexuais nos últimos 12 meses⁽²⁾		
Nenhum	10	2,6
1	259	68,2
≥2	111	29,2
Tipo de parceiros (as) sexuais nos últimos 12 meses⁽²⁾		
Não teve relações sexuais nos últimos 12 meses	10	2,6
Só mulheres	356	93,7
Só homens	11	2,9
Homens/Mulheres	3	0,8

Continua

Qual (ais) tipo (s) de prática sexual você tem ou teve nos últimos 12 meses^(2,3)?		
Vaginal	368	96,8
Oral	163	42,9
Anal	133	95,5
Oro/Anal	83	21,8
Todos os tipos de prática	85	22,4
Conhece preservativo masculino⁽¹⁾?		
Sim	376	98,7
Não	5	1,3
Se sim, já utilizou⁽¹⁾?		
Sim	344	91,5
Não	32	8,5
Conhece preservativo feminino⁽¹⁾?		
Sim	238	62,5
Não	143	37,5
Se sim, já utilizou⁽¹⁾?		
Sim	52	21,8
Não	186	78,2
Pensando na última relação sexual, você usou o preservativo⁽²⁾?		
Sim	94	24,7
Não	286	75,3
Frequência do uso do preservativo nos últimos 12 meses⁽²⁾?		
Não teve relações sexuais nos últimos 12 meses	10	2,6
Sempre	59	15,5
As vezes	130	34,3
Nunca	181	47,6
Total	381	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

(1) Percentuais com base nos 381 trabalhadores que participaram da pesquisa

(2) Percentuais obtidos com base nos 370 trabalhadores que tiveram vida sexual nos últimos 12 meses

(3) Frequência de respostas dadas pelos trabalhadores

Na Tabela 4, referente ao conhecimento para IST, 66 (17,3%) dos trabalhadores mencionaram já ter tido algum problema na genitália. Apresentaram feridas 16 (4,2%); bolhas 16 (4,2%); verrugas 15 (3,9%); e corrimento uretral 27 (7,1%) dos indivíduos entrevistados. Destes, 29 (7,6%) não buscaram serviços de saúde para tratar, sendo que recorreram à automedicação 11 (37,9%) dos que apresentaram algum tipo de problema na genitália.

Tabela 4 – Conhecimento para as IST de trabalhadores da indústria da construção civil nos municípios de João Pessoa e da região metropolitana – PB, 2018 (n=381)

Variável	n	%
Durante sua vida, você já teve algum problema na genitália (vagina, ânus, pênis) ⁽¹⁾?		
Sim	66	17,3
Não	314	82,7
Apresentou feridas⁽²⁾?		
Sim	16	4,2
Não	50	13,1
Não se aplica	314	82,7
Apresentou pequenas bolhas⁽²⁾?		
Sim	16	4,2
Não	50	13,1
Não se aplica	314	82,7
Apresentou verrugas⁽²⁾?		
Sim	15	3,9
Não	51	13,4
Não se aplica	314	82,7
Apresentou corrimento pelo canal da urina ⁽²⁾?		
Sim	27	7,1
Não	39	10,2
Não se aplica	314	82,7
Quando teve esses problemas, procurou tratamento em algum serviço de saúde⁽³⁾?		
Sim	37	9,7
Não	29	7,6
Não se aplica	314	82,7
Caso não, o que fez para tratar⁽³⁾?		
Desapareceram	6	20,7
Automedicação	11	37,9
Arrancou	2	6,9
Nada	10	34,5
Total	381	100,0

(1) Percentuais obtidos com base nos 381 trabalhadores entrevistados

(2) Percentuais obtidos com base nos 66 trabalhadores que afirmaram ter tido problemas na genitália

(3) Percentuais obtidos com base nos 29 trabalhadores que não buscaram serviço de saúde

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

5.4 Primeiro Artigo Original

Título: Conhecimento de trabalhadores da construção civil sobre HIV/Aids

Resumo

Objetivo: Avaliar o conhecimento sobre o HIV/aids entre trabalhadores da construção civil.

Método: Estudo analítico, transversal, incluindo 381 (trezentos e oitenta e um) trabalhadores da construção civil, nos municípios de João Pessoa, Cabedelo e Santa Rita, na Paraíba, Brasil. A entrevista foi norteadada por um instrumento com variáveis sociodemográficas e escala *HIV Knowledge Questionnaire*. Os dados foram analisados a partir de medidas descritivas. Para a comparação entre categorias utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*, com margem de erro adotada nos testes estatísticos, de 5%. **Resultados:** Observou-se predomínio de trabalhadores do sexo masculino (97,4%), na faixa etária de 30-39 anos (34,1%); casados (81,4%); com até 8 anos de estudo (66,6%); renda familiar de até dois salários mínimos (52,8%) e vindos do interior (43,8%). Média de acertos da escala foi de 63,3%, com índices maiores de acertos (70,0%) para questões referentes à transmissão e formas de prevenção. Constatou-se, também, que mais anos de estudo equivalem a maiores percentuais de acertos: 12 ou mais (73,18%), sendo que àqueles que procedem da capital paraibana apresentaram maior desempenho nas respostas corretas (67,44%). **Conclusão:** Os resultados evidenciam um baixo índice de conhecimento dos trabalhadores da construção civil sobre o HIV/aids e, consequentemente uma maior vulnerabilidade à aquisição da infecção.

Descritores: Enfermagem; Trabalhador, Construção civil; Conhecimento; HIV.

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), configura-se como uma epidemia com sérias repercussões sociais e, portanto, um sério problema de saúde pública a ser enfrentado. Hoje, mundialmente, estima-se que há cerca de 37 milhões de pessoas infectadas pelo vírus, das quais 25% ainda desconhecem sua condição de soropositividade⁽¹⁾. No Brasil, em 2017, foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos novos de aids, totalizando, nas últimas três décadas, 982.129 casos de aids no país e 11.463 óbitos por causa da doença⁽²⁾.

No contexto das infecções sexualmente transmissíveis, a exemplo do HIV, ressalta-se a existência de fatores que estão correlacionados com a eficácia da transmissão, fatores

biológicos próprios de cada infecção, e aspectos socioeconômicos, culturais e comportamentais, o que tornam vulneráveis alguns segmentos da população⁽³⁾.

O conceito de populações vulneráveis, adotado pelas políticas públicas, tem sido cada vez mais abrangente, ao se considerar as diversidades socioeconômicas, com fortes repercussões para a saúde, uma vez que populações vulneráveis são mais afetadas pela morbidade. Com esse entendimento, lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBT), negros, povos do campo, das florestas e das águas (ribeirinhas) e povo cigano fazem parte desse cenário⁽⁴⁻⁵⁾.

Apesar dos avanços científicos, a infecção pelo HIV/aids mantém-se como uma epidemia universal e social, ainda de caráter incurável, alimentada por estigma e preconceito, relacionados às crenças, tabus e outras questões socioculturais⁽⁶⁾.

As medidas de prevenção do HIV/aids estão diretamente associadas ao conhecimento. A junção entre conhecimento básico e prevenção configura-se como a estratégia mais eficaz no combate e controle do HIV/aids, uma vez que pode, ou não, resultar em mudanças de comportamento indesejáveis ou de risco. No entanto, é preciso considerar que esses comportamentos também sofrem influências das condições social, cultural, política e econômica, nas quais os indivíduos ou uma população estão inseridos⁽⁷⁻⁸⁾.

O comportamento de risco para a ciência é compreendido como àquele em que o indivíduo é envolvido em atividades que levam ao comprometimento de sua saúde física ou mental⁽⁹⁾. Mesmo que a habilidade intelectual ou o nível de conhecimento satisfatório que possa deter não se configurem como garantias para mudanças de comportamento, ainda assim é propiciando o acesso ao conhecimento que se tem um maior impacto no enfrentamento da infecção⁽¹⁰⁾.

Isso posto, cabe destacar o trabalhador da Indústria da Construção Civil (ICC). Em sua maioria, ele é do sexo masculino, de baixa escolaridade, com deficiente qualificação profissional e submetido a constantes processos migratórios; condicionantes que favorecem o exercício de comportamentos de risco: o consumo de álcool e drogas, a multiplicidade de parceiros e a baixa adesão ao uso de preservativos. Fatores estes que o tornam vulnerável às IST, incluindo o HIV⁽¹¹⁻¹³⁾.

Observa-se que a investigação científica, no âmbito da construção civil, está mais direcionada à segurança, saúde ocupacional, formalização da profissão e ao impacto do setor na economia de um país. Questões relacionadas intimamente às condições de saúde sobre IST, mais especificamente sobre o HIV, dentre essa categoria profissional, ainda são pouco exploradas⁽¹⁴⁾.

A Enfermagem, integrada à equipe multiprofissional, busca constantemente contribuir para o processo de educação em saúde e a solidificação das políticas públicas implementadas. Diante desse contexto, questiona-se: Trabalhadores da construção civil tem conhecimento sobre o HIV/aids?

Com o intuito de buscar respostas para este questionamento, este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento do trabalhador da construção civil sobre o HIV/aids, segundo escores da escala do *HIV Knowledge Questionnaire*, HIV K-Q.

Método

Desenho do estudo

Estudo de caráter observacional, analítico, de corte transversal.

População

Participaram desta investigação trabalhadores da construção civil, alocados em 10 (dez) estabelecimentos de obras, localizados nas cidades de João Pessoa, Santa Rita e Cabedelo, no estado da Paraíba. O tamanho da amostra foi definido pelo cálculo amostral para populações finitas, o que correspondeu a 6.300 trabalhadores cadastrados no Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção Civil pesada, montagem e do mobiliário (SINTRICOM), no período da coleta de dados. Para o cálculo, admitiu-se nível de significância de 5%, erro amostral de até 0,05%, nível de confiança de 95% e valor antecipado para P igual a 0,50, resultando numa amostra de 381 participantes. O processo de amostragem foi não probabilístico, por conveniência, conforme critérios estabelecidos de seleção

Crítérios de seleção

Foram incluídos no estudo os trabalhadores com idade igual ou superior a 18 anos e de ambos os sexos. Foram excluídos àqueles que não se encontravam nos canteiros de obras por motivo de faltas, atestados ou férias.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de maio a setembro de 2018, por meio da técnica de entrevista, em local reservado nos canteiros de obras, pela pesquisadora e por colaboradores devidamente treinados pela pesquisadora. Utilizou-se um questionário estruturado, que contemplou variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, anos de estudo, estado civil, renda familiar e procedência) e um instrumento de mensuração de conhecimento sobre o HIV - escala *HIV Knowledge Questionnaire* (HIV K-Q).

O HIV K-Q, composto por 43 itens, elaborado por Carey e Schroder (2002), foi validado no Brasil por Teixeira, Figueiredo e Mendoza-Sassi (2016). É um instrumento para ser auto aplicado e tem como finalidade avaliar o conhecimento sobre a infecção pelo HIV. Para cada afirmação do questionário, o participante deve classificá-la como verdadeira, falsa ou não sei. A resposta errada ou não sei equivale a zero ponto e a resposta correta equivale a um ponto. O escore é determinado pelo somatório das respostas corretas. Escores elevados equivalem a níveis de conhecimento mais elevados, considerando adequado um acerto igual ou superior a 70%, conforme utilizado em outros estudos⁽¹⁵⁾. É um instrumento que possui um bom desempenho psicométrico, alta confiabilidade com excelente consistência interna para as facetas e domínios, sendo recomendado para estudos brasileiros⁽¹⁶⁾.

Análise e tratamento dos dados

A análise dos dados foi feita descritivamente, através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão, mediana, percentis 25 e 75, e valores mínimo e máximo para as variáveis numéricas. Para avaliar a comparação entre categorias em relação à variável contínua (percentual de acertos) foram realizados teste de *Kruskal-Wallis* e, no caso de diferença significativa, as comparações múltiplas do teste. A margem de erro mensurado na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

Aspectos éticos

Durante todo o desenvolvimento do estudo foram respeitadas as observâncias éticas contidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde⁽¹⁷⁾, tendo sido apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, CAAE: 84297818.9.0000.5183, com parecer de aprovação nº 2.572.581. Posterior à obtenção da anuência dos construtores das obras, os participantes foram abordados, informados sobre os objetivos do estudo e garantidos de que haveria o sigilo das informações fornecidas. Em seguida, houve esclarecimentos conforme suas dúvidas, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram entrevistados 381 (trezentos e oitenta e um) trabalhadores da construção civil, de ambos os sexos, com predomínio do sexo masculino, 371 (97,4%). A idade variou de 18 a 62 anos, com maior concentração, 130 (34,1%), na faixa etária de 30 a 39 anos. Em relação aos anos de estudo, observou-se que a distribuição para os que tinham até quatro anos, 127

(33,3%), foi semelhante aos que tinham até oito anos, 127 (33,3%). A maioria, 310 (81,4%), se declarou casado ou ter união estável, com renda mensal entre 1 a 1,5, salários mínimos, 201 (52,8%), e que era procedente do interior do estado, 167 (43,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de variáveis sociodemográficas de trabalhadores da indústria da construção civil, dos municípios de João Pessoa e da região metropolitana* – PB, Brasil, 2018 (n=381)

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	371	97,4
Feminino	10	2,6
Faixa etária (anos)		
18 a 29	98	25,7
30 a 39	130	34,1
40 a 49	100	26,2
50 ou mais	53	13,9
Anos de estudo		
Até 4 anos	127	33,3
5 a 8 anos	127	33,3
9 a 11 anos	97	25,5
12 anos ou mais	30	7,9
Estado civil		
Casado/união estável	310	81,4
Solteiro (a)	59	15,5
Separado (a)	9	2,4
Viúvo (a)	3	0,8
Faixa de renda (SM**)		
≤ 1,0	30	7,9
> 1,0 a 1,5	201	52,8
> 1,5 a 2,0	53	13,9
> 2,0	97	25,5
Procedência		
João Pessoa	117	30,7
Região metropolitana	97	25,5
Interior	167	43,8
Total	381	100,0

* Municípios de Santa Rita e Cabedelo - PB

**SM - Salário mínimo vigente em 2018 (R\$ 954,00)

Para avaliação do conhecimento sobre HIV/Aids, segundo os itens da escala HIV K-Q, considerou-se as seguintes categorias de análise: Conhecimento geral sobre HIV/Aids, formas de transmissão do vírus, medidas de prevenção da infecção e percentual de acertos na escala HIV-KQ, segundo variáveis sociodemográficas.

De acordo com o enunciado das afirmativas contidas na escala HIV-KQ, destacam-se 11 itens relacionados ao conhecimento sobre HIV/aids de uma forma geral. Os itens P6, P17, P19 e P21 contemplam afirmativas verdadeiras e os itens P1, P2, P18, P22, P28, P32 e P39 são falsas, conforme dispostos na Tabela 2.

Tabela 2 – Conhecimento geral sobre o HIV/aids de trabalhadores da indústria da construção civil dos municípios de João Pessoa e da região metropolitana* – PB, segundo itens da escala HIV K-Q, 2018 (n=381)

Conhecimento Geral		Verdadeiro	Falso	Não Sabe
		n (%)	n (%)	n (%)
P1	HIV e AIDS são a mesma doença	287 (75,3)	46 (12,1)	48 (12,6)
P2	Existe cura para AIDS	58 (15,2)	283 (74,3)	40 (10,5)
P6	AIDS é causado pelo HIV	275 (72,2)	31 (8,1)	75 (19,7)
P17	Uma pessoa com HIV pode parecer e sentir-se saudável	235 (61,7)	116 (30,4)	30 (7,9)
P18	As pessoas com HIV rapidamente mostram sérios sinais de estarem com o vírus	133 (34,9)	202 (53,0)	46 (12,1)
P19	Uma pessoa pode estar com o HIV por 5 anos ou mais sem ter AIDS	191 (50,1)	72 (18,9)	118 (31,0)
P21	Existem medicamentos para o tratamento da AIDS	343 (90,0)	28 (7,3)	10 (2,6)
P22	Mulheres são testadas para o HIV durante o exame preventivo do câncer	129 (33,9)	64 (16,8)	188 (49,3)
P28	Normalmente, é possível saber se alguém tem HIV apenas olhando para ela	26 (6,8%)	302 (79,3)	53 (13,9)
P32	Fazer o teste para HIV uma semana depois de fazer sexo dirá se uma pessoa tem o HIV	131 (34,4)	140 (36,7)	110 (28,9)
P39	Se uma pessoa tiver um teste positivo para HIV, o local onde o teste foi feito tem que avisar todos os seus parceiros sexuais	148 (38,8)	176 (46,2)	57 (15,0)

Fonte: Itens da escala HIV K-Q (CAREY; SCHRODER, 2002)

Dos 381 trabalhadores entrevistados, 287 (75,3%) acreditam que HIV e aids são a mesma doença, 283 (74,3%) dizem que é de caráter incurável e 275 (72,2%) que a aids é causada pelo vírus do HIV. No que se refere à manifestação da infecção, 235 (61,7%) concordam que uma pessoa com HIV pode parecer e sentir-se saudável, enquanto que 202

(53%) admitem que a pessoa não apresenta rapidamente sérios sinais da infecção e 191 (50,1%) assentiram que pode conviver com o vírus por 5 anos ou mais sem ter aids. Quase a totalidade, 343 (90,0%), afirmaram ter medicamentos para tratamento da aids e 302 (79,3%) que não era possível saber se a pessoa vive com HIV apenas ao olhar para o indivíduo. Concordam com a afirmativa de que as mulheres eram testadas para HIV durante a realização do exame preventivo do câncer, 129 (33,9%); que uma semana após ter relação sexual o teste não revela a infecção 140 (36,7%) e que não se poderia comunicar resultado de um teste positivo para HIV aos parceiros(as) sexuais, segundo respostas de 176 (46,2%) participantes.

Referente ao conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus, segundo a escala HIV K-Q, destacam-se com afirmativas verdadeiras os itens P4, P9, P10, P12, P24, P31, P35, P36, P40 e P41; e, como falsas, os itens P3, P5, P7, P15, P23, P25, P26, P27, P33 e P34, apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV de trabalhadores da indústria da construção civil dos municípios de João Pessoa e da região metropolitana* – PB, segundo itens da escala HIV K-Q, 2018 (n=381)

Formas de transmissão do HIV		Verdadeiro	Falso	Não Sabe
		n (%)	n (%)	n (%)
P3	Uma pessoa pode pegar o HIV sentando-se no vaso sanitário	88 (23,1)	222 (58,3)	71 (18,6)
P4	Tosse e espirro NÃO transmitem o HIV	187 (49,1)	123 (32,3)	71 (18,6)
P5	O HIV pode ser transmitido por mosquitos	161 (42,3)	152 (39,9)	68 (17,8)
P7	Uma pessoa pode pegar o HIV ao compartilhar um copo com uma pessoa com HIV	88 (23,1)	245 (64,3)	48 (12,6)
P9	É possível pegar o HIV quando uma pessoa faz uma tatuagem	330 (86,6)	17 (4,5)	34 (8,9)
P10	Uma mulher grávida com HIV pode passar o vírus para o feto	307 (80,6)	41 (10,8)	33 (8,7)
P12	Uma pessoa pode pegar o HIV se fizer sexo anal com um homem	324 (85,0)	17 (4,5)	40 (10,5)
P15	Todas as mulheres grávidas com HIV terão bebês que nascerão com HIV	162 (42,5)	147 (38,6)	72 (18,6)
P23	Uma pessoa não pega o HIV por praticar sexo oral (boca no pênis) em um homem com HIV	74 (19,4)	212 (55,6)	95 (24,9)
P24	Uma pessoa pode pegar HIV ainda que faça sexo com outra pessoa uma única vez	346 (90,8)	14 (3,7)	21 (5,5)

P25	É possível que uma pessoa pegue o HIV, através de um beijo, quando se põe a língua na boca de um parceiro com HIV	174 (45,7)	159 (41,7)	48 (12,6)
P26	Uma pessoa pode pegar o HIV ao doar sangue	276 (72,4)	78 (20,5)	27 (7,1)
P27	Uma mulher não pega o HIV se fizer sexo durante a menstruação	61 (16,0)	186 (48,8)	134 (35,2)
P31	Fazer sexo com mais de um parceiro aumenta as chances de se infectar com (pegar o) HIV	359 (94,2)	10 (2,6)	12 (3,1)
P33	Uma pessoa pode pegar HIV ao entrar em uma piscina ou uma banheira com alguém que tem HIV	37 (9,7)	292 (76,6)	52 (13,6)
P34	Uma pessoa pode pegar HIV através do contato com a saliva, lágrimas, suor ou urina	141 (37,0)	183 (48,0)	57 (15,0)
P35	Uma pessoa pode pegar HIV através de secreções vaginais de uma mulher	300 (78,7)	25 (6,6)	56 (14,7)
P36	Uma pessoa pode pegar HIV se ela fizer sexo oral (boca na vagina) em uma mulher	277 (72,7)	47 (12,3)	57 (15,0)
P40	Uma mulher pode pegar o HIV se fizer sexo vaginal com um homem que tem o HIV	367 (96,3)	4 (1,0)	10 (2,60)
P41	Pessoas que utilizam anabolizantes e esteroides injetáveis podem pegar o HIV ao compartilhar as agulhas	355 (93,2)	14 (3,7)	12 (3,1)

Fonte: Itens da escala HIV K-Q (CAREY; SCHRODER, 2002)

No que se refere às formas de transmissão do HIV observa-se, na Tabela 3, que a maioria dos trabalhadores admite que o HIV pode ser transmitido ao se fazer tatuagem, 330 (86,6%); de mãe para filho, 307 (80,6%); que todos os filhos nascidos de mãe HIV positivo seriam infectados, 162 (42,5%); por meio do sexo anal com um homem, 324 (85,0%); sexo oral em uma mulher, 277 (72,7) ou em um homem com HIV, 212 (55,6%); sexo vaginal com um homem com HIV, 367 (96,3); pela secreção vaginal, 300 (78,7%); através de um beijo com a língua na boca de um parceiro com HIV, 174 (45,7%); ao doar sangue, 276 (72,4%) e, por meio de compartilhamento de agulhas para drogas injetáveis, 355 (93,2%). Afirmaram ainda que podem pegar o HIV fazendo sexo uma única vez, 346 (90,8%), e que as chances de infecção aumentavam se tivessem mais de um parceiro sexual, 359 (94,2%). A maioria não acredita em transmissão do HIV ao sentar-se em vaso sanitário, 222 (58,3); por meio de compartilhamento de um copo de uma pessoa com HIV, 245 (64,3%); uso de piscina ou banheira, 292 (76,6%); nem por meio da saliva, lágrimas, suor ou urina, 183 (48,0%). No que

tange à transmissão do HIV por meio do mosquito, 161 (42,3%) dos entrevistados admitem ser verdadeiro.

Com relação ao conhecimento sobre as medidas de prevenção contra o HIV, os itens P8, P16 e P29 da escala HIV K-Q trazem afirmativas verdadeiras, enquanto que os itens P11, P13, P14, P20, P30, P37, P38, P42 e P43, são afirmativas falsas, conforme distribuídos na Tabela 4.

Tabela 4 – Conhecimento sobre medidas de prevenção contra o HIV, de trabalhadores da indústria da construção civil dos municípios de João Pessoa e da região metropolitana* – PB, segundo itens da escala HIV K-Q, 2018 (n=381)

Medidas de prevenção contra o HIV		Verdadeiro	Falso	Não Sabe
		n (%)	n (%)	n (%)
P8	A água sanitária (clorofina) mata o HIV	18 (4,7)	300 (78,7)	63 (16,5)
P11	Retirar o pênis antes de ejacular impedirá que o parceiro/parceira pegue o HIV	82 (21,5)	237 (62,2)	62 (16,3)
P13	Tomar uma ducha ou lavar os órgãos genitais depois do sexo pode prevenir que a pessoa pegue o HIV	58 (15,2)	263 (69,0)	60 (15,7)
P14	Comer alimentos saudáveis impedem que uma pessoa pegue o HIV	44 (11,5)	285 (74,8)	52 (13,6)
P16	Usar camisinha diminui a chance de uma pessoa pegar HIV	367 (96,3)	11 (2,9)	3 (0,8)
P20	Existe uma vacina que impede as pessoas de pegarem o HIV	92 (24,1)	204 (53,5)	85 (22,30)
P29	Existe uma camisinha feminina que ajuda a diminuir as chances de uma mulher pegar o HIV	304 (79,8)	28 (7,3)	49 (12,9)
P30	Uma pessoa NÃO pegará o HIV se estiver tomando antibióticos	47 (12,3)	238 (62,5)	96 (25,2)
P37	Utilizar vaselina ou óleo de bebê na camisinha diminui a chance de pegar HIV	59 (15,5)	238 (62,5)	84 (22,0)
P38	A lavagem com água fria do material utilizado no uso de drogas mata o HIV	12 (3,1)	306 (80,3)	63 (16,6)
P42	Tomar banho após o sexo evita que a mulher pegue o HIV	24 (6,3)	316 (82,9)	41 (10,8)
P43	Tomar vitaminas evita que uma pessoa pegue o HIV	19 (5,0)	318 (83,5)	44 (11,5)

Fonte: Itens da escala HIV K-Q (CAREY; SCHRODER, 2002)

Quanto às medidas de prevenção contra o HIV, observa-se, na Tabela 4, que 300 (78,7%) dos trabalhadores desconhecem que água sanitária mata o HIV. Reconhecem que o coito interrompido não impede a transmissão da infecção 237 (62,2%), bem como tomar ducha após a relação, 263 (69,0%), ou comer alimentos saudáveis, 285 (74,8%). O uso da camisinha masculina foi apontado por quase a totalidade dos entrevistados como forma de reduzir a chance de transmissão do HIV, 367 (96,3%), como também, 304 (79,8) sabem da existência da camisinha feminina para esta mesma finalidade. Não acreditam na existência de uma vacina para prevenção do HIV, 204 (53,5%); Concordam que não evita a infecção pelo HIV: tomar antibióticos, 238(62,5%); usar vaselina ou óleo de bebê na camisinha, 238 (62,5%); banho após o sexo por mulheres, 316 (82,9%), nem tão pouco se tomar vitaminas, 318 (83,5%).

No tocante às medidas descritivas das respostas dos itens da escala HIV K-Q, por trabalhadores da construção civil, verifica-se que a média de acertos foi de 63,3%, enquanto que a de erros foi de 21,4% e dos que responderam não sabem de 15,2%. O desvio padrão foi 16,8% para acertos, 10,3% para erros e 17,3% para não sabem.

As medidas descritivas de acertos sobre conhecimento acerca do HIV, obtidas por meio da escala HIV K-Q, segundo as variáveis anos de escolaridade, procedência e renda, estão distribuídas na Tabela 5.

Tabela 5 – Medidas descritivas de acertos referentes aos itens da escala HIV K-Q, segundo o grau de escolaridade, procedência e renda de trabalhadores da construção civil no município de João Pessoa e região metropolitana – PB, 2018 (n=381)

Variável	Média	DP	Mediana	P25; P75
Faixa etária (anos)				
18 a 29	65,23	17,35	67,44	53,49; 79,07
30 a 39	63,58	16,14	67,44	53,49; 74,42
40 a 49	62,65	17,61	65,12	51,74; 76,16
50 ou mais	60,64	15,92	62,79	52,33; 72,09
Valor p	$p^{(1)} = 0,337$			
Anos de estudo				
Até 4 anos	58,21 ^(A)	17,01	62,79	48,84; 69,77
5 a 8 anos	60,94 ^(A)	16,12	62,79	51,16; 72,09
9 a 11 anos	70,20 ^(B)	14,07	72,09	61,63; 81,40
12 anos ou mais	73,18 ^(B)	16,33	74,42	65,12; 84,30
Valor p	$p^{(1)} < 0,001^*$			
Procedência				

1	67,44 ^(A)	14,94	69,77	58,14; 77,91
2	60,46 ^(B)	17,62	62,79	50,00; 72,09
3	62,16 ^(B)	17,14	65,12	51,16; 74,42
Valor p	p ⁽¹⁾ =0,004*			
Faixa de renda (SM)				
≤ 1,0	54,96	22,73	59,30	47,67; 72,09
> 1,0 a 1,5	62,86	16,50	65,12	52,33; 75,58
> 1,5 a 2,0	64,46	14,48	65,12	54,65; 73,26
> 2,0	66,36	15,82	67,44	58,14; 77,91
Valor p	p ⁽¹⁾ = 0,082			

(1) Através do teste de *Kruskal-Wallis* com comparações do referido teste.

Obs. Se todas as letras entre parênteses são distintas se comprova diferença significativa entre as categorias correspondentes.

Verifica-se para a margem de erro fixada (5%) diferenças significativas ($p < 0,05$) entre as categorias dos anos de estudo e procedências. As médias do percentual de acertos apresentaram-se maiores à medida em que aumentavam as faixas dos anos de estudo: até 4 anos (58,2%), 5 a 7 anos (60,9%), 9 a 11 anos (70,2%), 12 ou mais (73,1%). Quanto à procedência, o percentual de acertos foi mais elevado entre os procedentes da capital, João Pessoa (67,1%) em relação às demais. Não foram observadas correlações significativas quando comparado percentual de acertos com faixa etária e renda.

Discussão

Diante do cenário ao qual está submetido, o trabalhador da construção civil encontra-se em extrema condição de vulnerabilidade social. Baixa escolaridade, falta de qualificação profissional, remuneração imprópria, formas de contratação informal temporária e terceirizada, gerando rotatividade de serviço e constante processo de readaptação, são fatores que influenciam, diretamente, na qualidade de saúde da categoria profissional⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Na avaliação das variáveis sociodemográficas dos 381 trabalhadores entrevistados, evidenciou-se que construção civil permanece como profissão predominantemente masculina. O percentual de participação feminina apresentou-se, aqui, abaixo da média nacional, que gira em torno de 10%⁽²⁰⁻²²⁾. A pesquisa traz ainda que, em sua maioria, é uma categoria formada por adultos jovens, casados ou com união consensual, baixo grau de escolaridade e situação econômica desfavorável⁽²³⁾.

A feminização no âmbito da construção civil ainda se dá de forma lenta. O ambiente é dominado pela presença masculina, preconceito, discriminação, falta de experiência, oportunidades limitadas, formas de recrutamento ou contratação; fatores culturais que

interferem, diretamente, na manutenção dessa realidade, com aumento mais expressivos em se tratando de participação em cursos de graduação, a exemplo da engenharia civil ⁽²⁴⁻²⁵⁾.

O presente estudo também revelou a presença do processo migratório entre os trabalhadores da construção civil: quase metade deles era procedente do interior do estado da Paraíba. O fenômeno de deslocamento de migrantes já havia sido identificado em populações semelhantes, em estudos realizados no Brasil e na Korea. ⁽¹¹⁻¹²⁾

Em busca de melhores condições de emprego, o indivíduo se vê obrigado a abrir mão de suas raízes, família, cultura; o que pode acarretar doença mental, psicossomática, alcoolismo e acidentes de trabalho⁽²⁶⁾. Acrescenta-se, ainda, o fato de que, ao trabalhador da construção civil, seja imposta a natureza disciplinar relativa à jornada de trabalho, o que poderá reduzir suas oportunidades de acesso aos canais de informações (mídias, escolas, entre outros) e aos serviços de saúde⁽²⁷⁾. Com isso, fica vulnerável às doenças: principalmente àquelas que tem caráter preventivo, a exemplo das infecções sexualmente transmissíveis.

De forma geral, o conhecimento dos trabalhadores da construção civil sobre o HIV/aids foi considerado baixo. Eles expressaram falha na compreensão acerca do conceito infecção pelo HIV e doença aids, interpretando-os, em sua maioria, como condições semelhantes. Em contrapartida, esboçaram conhecimento satisfatório a respeito do agente causador da aids e sobre aspectos relacionados ao tratamento, com reconhecimento da existência de medicamentos para o tratamento e a impossibilidade de identificar a doença apenas pela aparência. Resultados semelhantes a estes foram observados em estudos com trabalhadores da construção civil, no Nepal,⁽¹⁰⁾ e, no Brasil⁽²⁸⁾, com população idosa.

O maior domínio de conhecimento correspondeu às formas de transmissão e de prevenção da infecção, provavelmente devido às campanhas informativas divulgadas pelos meios de comunicação. Os entrevistados obtiveram adequado percentual no número de acertos, igual ou acima de 70,0%, relacionados às formas de transmissão da infecção. As vias sexual, vertical, por meio da realização de tatuagens ou por uso de drogas injetáveis alcançaram percentuais iguais ou maiores que 80% de acertos, com discreta redução de percentual em se tratando da prática do sexo oral, cujos dados foram corroborados por Bastos *et al*⁽²⁹⁾ e Santos *et al*⁽³⁰⁾ ao pesquisarem outros grupos populacionais.

Quase a totalidade dos trabalhadores que responderam à escala K-Q reconheceram no preservativo a medida de prevenção mais eficaz contra a infecção pelo HIV, reduzindo o conhecimento, apenas, quando relacionado ao preservativo feminino, que por questões culturais e sociais não teve boa adesão entre as mulheres e, desde sua implementação enquanto método de barreira, ainda vem sendo pouco conhecido e utilizado⁽³¹⁻³³⁾.

No entanto, um total de 42,3% dos trabalhadores entrevistados responderam incorretamente sobre a forma de transmissão do vírus por meio do mosquito. Além disso, o ato de doar sangue foi visto por 72,4% dos indivíduos como risco de contrair o HIV. Dúvidas sobre a transmissão por via aérea; saliva, lágrima e suor; sentar no mesmo vaso sanitário; compartilhar copo e beijo na boca foram observados neste estudo e anteriormente relatadas em outras pesquisas, com idosos no Ceará – Br⁽²⁸⁾ e com adultos no sul do Brasil⁽³⁴⁾.

A associação do nível de conhecimento com o grau de escolaridade confirmou que, quanto mais anos de estudo possuía o trabalhador da construção civil, maior o número de acertos acerca da infecção pelo HIV/aids. Aqueles que eram procedentes da capital paraibana detinham maior grau de conhecimento e, conseqüentemente, de acertos, devido, provavelmente, a um melhor acesso às informações midiáticas e aos serviços de saúde.

Níveis mais elevados de escolaridade favorecem a busca de conhecimentos mais específicos sobre determinado assunto, o que se aplica também ao contexto saúde. A maior percepção de risco leva às mudanças de comportamentos e atitudes, garantindo uma melhor condição de saúde⁽⁷⁾.

A generalização dos resultados obtidos na presente investigação apresenta-se como limitação para o estudo, uma vez que avaliação do conhecimento sobre IST que estão dispostos na literatura, correspondem predominante à população feminina, sinalizando a escassez de produções sobre conhecimento HIV/aids envolvendo homens: em particular os trabalhadores da construção civil. A exceção vem dos estudos realizados com HSH.

Portanto, este estudo traz colaboração importante no campo científico, possibilitando novos espaços de atuação da Enfermagem, ao investir em pesquisas e contribuir para futuras intervenções no campo profissional da construção civil, com olhar atento e assertivo em direção às populações vulneráveis, saúde do homem e do trabalhador.

Conclusão

Os resultados evidenciam baixo índice de conhecimento dos trabalhadores da construção civil sobre o HIV/aids e conseqüente vulnerabilidade à aquisição da infecção. Isso sugere a necessidade de medidas de intervenção permanente, de educação e prevenção, no âmbito laboral desses profissionais.

O conhecimento persiste, como importante ferramenta no enfrentamento às IST e particularmente o HIV, possibilitando possíveis mudanças de comportamento. O acesso à informação deve ser dinâmico e constante, não apenas incorporados aos calendários das campanhas educativas, mas, sim, ao cotidiano do trabalhador da construção civil.

Por meio dos seus empregadores, em parceria com os serviços de saúde e as políticas públicas, fica estabelecido o conhecimento, como um instrumento imprescindível no controle e no combate do HIV/aids.

Referências

1. Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). Viva a vida positivamente. Conheça seu estado sorológico para o HIV. [Internet]. 2018. Acesso em 2019 abr 10. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/02/WorldAIDSday_LivePositively_PT_V2.pdf.
2. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Secretaria de Vigilância em Saúde. [Internet]. 2018. Acesso em 2019 abr 9. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. [Internet]. 2015. Acesso em 2019 mar 7. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO. [Internet]. 2002. Acesso em 2019 mar 7. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.
5. Siqueira SAV, Hollanda E, Motta JIJ. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. Ciênc Saúde Colet. 2017; 22(5): 1397-406.
6. Martins TA, Kerr LRFS, Kendall C, Mota RMS. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. Rev Fisioter S Fun. [Internet]. 2014. Acesso em 2019 abr 13; 3(1): 4-7. Disponível em: <http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/425/pdf>.
7. Gomes RFM, Ceccato MGB, Kerr LRFS, Guimarães MDC. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo homens no Brasil. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 7]; 10(33). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n10/1678-4464-csp-33-10-e00125515.pdf>
8. Tarekegne M, Adera A, Haile K, Guyo D. Knowledge, attitude, and practice of HIV/Aids among workers at China first highway engineering Company at Bilibila Sokota Road Project, Sokota, Ethiopia. Human antibody. [Internet] 2017. Acesso em 2019 mar 7; (26). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29439321>

9. Moura LR, Torres LM, Cadete MMM, Cunha CF. Fatores associados aos comportamentos de risco à saúde entre adolescentes brasileiros: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enfer USP*. 2018; 52.
10. Pant A, Kanato M, Thapa P, Ratanasiri A. Knowledge of and Attitude Towards HIV/AIDS and Condom Use among Construction Workers in the Kathmandu Valley, Nepal. *J Med Assoc Thai*. [Internet] 2013. Acesso em 2019 abr 12; 96. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/eeaf/9c630b542f9f48cd9685fe80a5a15952f35d.pdf>
11. Sadarangani SP, Lim PL, Vasoo S. Infectious diseases and migrant worker health in Singapore: a receiving country's perspective. *J Travel Med*. [Internet] 2017. Acesso em 2019 mar 27; 24(4). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28426114>
12. Rocha KB, Ew RAS, Moro LM, Zanardo GLP, Pizzinato A. Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: Desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids. *Cienc. Psicol*. 2018; 12(1): 67-78.
13. Bowen P, Govender R, Edwards P. Validating survey measurement scales for AIDS-related knowledge and stigma among construction workers in South Africa. *BMC Public Health*. [Internet] 2016. Acesso em 2019 mar 31. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2756-z>
14. Harinarain N, Haupt TC. The vulnerability of the construction industry to HIV and Aids. *Glob. J. Health Sci*. [Internet] 2014. Acesso em 2019 mar 27. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327691096_The_vulnerability_of_the_construction_industry_to_HIVAIDS
15. Carey MP, Schroder KEE. Development and Psychometric Evaluation of the Brief HIV Knowledge Questionnaire. *AIDS Educ Prev*. 2002; 2(14): 172-82.
16. Teixeira OL, Figueiredo VLM, Mendoza-Sassi RA. Etapa Inicial da Adaptação Transcultural para o Português do Brasil do HIV Knowledge Questionnaire (HIV-K-Q). [Internet] 2016. Acesso em 2018 mar 1. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n4/AO2-Adaptacao-do-HIV-Knowledge-Questionnaire-para-o-Brasil.pdf>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. 2012 [citado 2018 ago. 12]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
18. Cockell FF, Peticarrari D. Contratos de boca: a institucionalização da precariedade na construção civil. *Caderno SRH, Salvador*. 2010; 23(60): 633-53.
19. Lacerda LB. Análise de situações de vulnerabilidade de trabalhadores da construção civil no Rio de Janeiro. 2006.

20. Faustino R. Mulheres são apenas 10% dos profissionais na construção civil. Going Green Brasil. [Internet] 2018. Acesso em 2019 mar 15. Disponível em: <http://goinggreen.com.br/2018/03/08/mulheres-sao-apenas-9-dos-profissionais-na-construcao-civil-veja-os-numeros/>
21. Lim S, Chi S, Lee JD, Lee HJ, Choi H. Analyzing psychological conditions of field-workers in the construction industry. *Int J Occup Environ Health*. [Internet] 2018. Acesso em 2019 abr 13; 23(4): 261-81. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29989485>. Acesso em: 13 abr. 2019.
22. Zhang M, Murphy LA, Fang D, Caban-Martinez AJ. Influence of fatigue on construction workers' physical and cognitive function. *Occupational Medicine*. [Internet] 2015. Acesso em 2019 abr 13; 65: 245-50. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25701835>
23. Govender R, Bowen P, Edwards P, Cattell. AIDS-related knowledge, stigma and customary beliefs of South African construction workers. *Aids Care*. 2017; 29(6): 711-17.
24. Tunji-Olayeni PF, Afolabi AO, Adewale BA, Fagbenle AO. Survey dataset on work-life conflict of women in the construction industry. *Data in Brief*. 2018; 19: 921–4
25. Lombardi. Engenheiras na construção civil: a feminização possível e a discriminação de gênero. *Cad de Pesquisa*. [Internet] 2017. Acesso em 2019 abr 24; 47(163): 122-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v47n163/1980-5314-cp-47-163-00122.pdf>
26. Kissinger P, Althoff M, Burton N, Schmidt N, Hembling J, Salinas O, et al. Prevalence, patterns and predictors of substance use among Latino migrant men in a new receiving community. *Drug Alcohol Depend*. [Internet] 2013. Acesso em 2019 abr 24; 133(3): 814-24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3993992/>
27. Pinto AG, Reis SK, Augusto PJ. Trabalho e saúde nas lutas dos operários da construção civil do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro. *Rev. bras. saúde ocup*. 2018; 43: 2317-6369.
28. Monteiro TJ, Carvalho DS, Trajano LASN, Pinto LAP. Avaliação do conhecimento sobre HIV/Aids em grupo de idosos através do QHIV31. *Geriatr Gerontol Aging*. [Internet] 2016. Acesso em 2019 abr 21; 10(1): 29-33.
29. Bastos LM, Tolentino JMS, Frota MAO, Tomaz WC, Fialho MLS, Batista ACB, et al. Avaliação do nível de conhecimento em relação à Aids e sífilis por idosos do interior cearense, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 8(23): 2495-502.
30. Santos VP, Coelho MTAD, Macário EL, Oliveira TCS. Existe relação entre o conhecimento de estudantes a respeito das formas de contágio do HIV/AIDS e suas respostas sobre a proximidade com soropositivos? *Ciênc Saúde Colet*. 2017; 8(22): 2745-52.
31. Andrade SSC, Zaccara AAL, Leite KNS, Brito KKG, Soares MJGO, Costa MML, et al. Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. *Rev Esc Enfer USP*. 2015; 49(3): 364-72.

32. Preussler GMI, Micheletti VCD, Pedro ENR. Preservativo feminino: uma possibilidade de autonomia para as mulheres HIV positivas. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(6): 699-701.
33. Olsen JM, Lago TG, Kalckmann S, Alves MCGP, Escuder MML. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* [Internet] 2018. Acesso em 2019 abr 21; 34(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00019617.pdf>
34. Camargo BV, Torres TL, Biasus F. Práticas Sexuais, Conhecimento sobre HIV/Aids e atitudes a respeito da relação amorosa e prevenção entre adultos com mais de 50 anos do Sul do Brasil. *Liberabit.* [Internet] 2009. Acesso em 2019 abr 21; 15(2):171-80. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a11v15n2.pdf>

5.5 Segundo Artigo Original

Padrão de consumo de álcool de trabalhadores da indústria da construção civil

Resumo

Objetivo: Avaliar o padrão de consumo da bebida alcoólica de trabalhadores da indústria da construção civil. **Método:** Estudo transversal realizado em 2018, com 380 trabalhadores da indústria da construção civil. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, onde os participantes responderam ao Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool (AUDIT) e às perguntas referentes às variáveis sociodemográficas. Os dados foram processados e analisados por meio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). **Resultados:** Observou-se predomínio de trabalhadores do sexo masculino (97,4%), na faixa etária de 30-39 anos (34,1%); com até 9 anos de estudo formal (73,6%); renda familiar de até dois salários mínimos (52,8%), tempo de atuação na construção civil de 6-10 anos (34,9%) e procedentes de cidades interioranas, com suporte de alojamentos para trabalho durante a semana (43,8%). Considerando aqueles que informaram uso do álcool nos últimos 12 meses, 71,7% (IC 95%: 66,0-77,4), ou aproximadamente 72 de cada 100 trabalhadores **fizeram** consumo de risco nocivo e/ou de provável dependência da substância. A procedência, maior nível de escolaridade, ter idade acima de 40 anos, não fumar e possuir maior renda foram estatisticamente associados ao abuso de uso de álcool ($p < 0,05$). **Conclusão:** Os resultados apontam elevada prevalência do padrão de consumo de risco, nocivo e/ou dependência para o álcool e sugere medidas e estratégias de prevenção para os danos causados pelo abuso de uso de álcool entre trabalhadores da construção civil, principalmente entre àqueles que utilizam os alojamentos de empresas.

Descritores: Alcoolismo; Consumo de bebidas alcoólicas; Trabalhadores; Construção Civil; Enfermagem do trabalho.

Introdução

Em todo o mundo, o ônus dos prejuízos à saúde causados pelo consumo do álcool é alto, principalmente quando se trata da população economicamente ativa. O consumo do álcool é um dos seis principais fatores de risco para doenças e incapacidades. Globalmente, estima-se que cerca de 43% da população consumiram álcool nos últimos 12 meses.⁽¹⁾

No Brasil, mais de 20% da população é abstêmia na vida. No último ano, 40% consumiram álcool, sendo que os homens são maioria. O consumo per capita de álcool puro no Brasil (7,8 L) é maior que a média mundial (6,4 L), porém abaixo da média da região das Américas (8,0 L).⁽²⁾

Nesse contexto, além da quantidade de álcool ingerida, conhecer o padrão de consumo é importante para avaliar os riscos e danos associados ao uso desta substância. O BPE (Padrão de consumo Pesado Episódico - consumo de 60g ou mais de álcool puro em uma única ocasião, pelo menos uma vez no último mês) ou consumo em *Binge*, está associado a uma maior ocorrência de sexo desprotegido, violências, intoxicação alcoólica etc.⁽³⁾

Ademais, o consumo de álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para morbidade, mortalidade e incapacidades. Além dos prejuízos à saúde individual e comunitária, as consequências do abuso de uso do álcool oneram a sociedade, potencializando os custos do sistema judiciário, previdenciário, perda de produtividade do trabalho, absenteísmo, desemprego, entre outros.⁽⁴⁾

Em todo o mundo, nota-se que as faixas etárias mais jovens (20-49 anos) são as principais afetadas em relação a mortes associadas ao uso do álcool, traduzindo como uma maior perda de pessoas economicamente ativas.⁽⁵⁾ Entretanto, a relação com aspectos sociais, econômicos e demográficos não está bem estabelecida, por isso, faz-se necessário que os serviços de saúde estejam preparados para identificar pessoas que venham consumindo o álcool em excesso, para que haja a implementação de ações preventivas.

Nesse contexto, observa-se um crescente número de estudos envolvendo pesquisas sobre o padrão do consumo de álcool na população brasileira. Porém, poucos dados são encontrados em populações específicas, como os trabalhadores da Indústria da Construção Civil (ICC).

Esta população está inserida em um contexto social e econômico de vulnerabilidade, observa-se indivíduos com baixa escolaridade, baixa renda e migrantes. Além disso, o consumo de álcool e outras drogas é tolerado por muitas empresas da construção civil, desde que não acarrete prejuízos às atividades, em especial naquelas onde os trabalhadores ficam alojados em obras distantes das suas cidades de origem.⁽⁶⁾

Assim, o presente estudo corrobora com a Política Nacional sobre o Álcool, que enfatiza a inter setorialidade e a integralidade de ações para a redução de danos sociais à saúde e à vida causados pelo consumo do álcool, bem como ressalta a importância da redução da demanda de álcool por populações vulneráveis, do uso nocivo do álcool, entre outros.⁽⁷⁾ Trata-se de um estudo desenvolvido com o objetivo de avaliar o padrão de consumo da bebida alcoólica entre os trabalhadores da construção civil na grande João Pessoa (João Pessoa, Santa Rita e Cabedelo).

Método

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal e analítico realizado com trabalhadores da construção civil, na grande João Pessoa (João Pessoa, Santa Rita e Cabedelo), no estado da Paraíba, realizado no período de março a setembro de 2018. A população-alvo do presente estudo foi composta por trabalhadores da construção civil com idade igual ou superior a 18 anos. A amostra mínima necessária, considerando um poder estatístico de 80% ($\beta=20\%$), nível de significância de 95% ($\alpha<0,05$), foi de 360 participantes. Ao final, a amostra foi composta de 380 trabalhadores da construção civil. A seleção dos participantes foi realizada de forma não probabilística, por conveniência, por meio do recrutamento sequencial dos participantes no ambiente de trabalho (edificações e/ou casas de apoio) durante o período mencionado.

Consideraram-se como elegíveis todos os trabalhadores da construção civil, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos. Para coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado, contemplando variáveis socioeconômicas e uso de drogas lícitas e ilícitas, elaborado pelas pesquisadoras, além da aplicação do Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool (AUDIT).⁽⁸⁾

O AUDIT é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizado para medir o padrão do uso de álcool nos últimos 12 meses por um indivíduo, ou seja, se é um uso experimental, esporádico, frequente, pesado ou abusivo, até o grau de dependência. O questionário é composto por 10 questões, com margem de 0 a 4, podendo atingir uma pontuação final de 0 a 40 pontos. A análise do teste é de acordo com os níveis de uso do álcool, tipos de intervenção e scores, com a seguinte classificação: Zona I (baixo risco, menos de 2 doses) – 0 a 7 pontos, indicando prevenção primária; Zona II (uso de risco, acima de 2 doses) – 8 a 15 pontos, indicando orientação básica; Zona III (uso nocivo, acima dos padrões associados a problemas de consumo) – 16 a 19 pontos, requerendo

intervenção breve e monitoramento; e Zona IV (grandes chances de dependência) – 20 a 40 pontos, evidenciando necessidade de encaminhamento para serviço especializado.⁽⁸⁾

Os trabalhadores que obtiveram pontuação de zero a sete no AUDIT foram considerados consumidores de baixo risco, e aqueles que obtiveram resultados acima de oito foram classificados como de consumo de risco, nocivo e de provável dependência.

Para a análise dos dados das entrevistas, adotou-se o programa estatístico SPSS versão 21 (IBM Corporation 2012). Na análise descritiva utilizou-se média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa. Considerou-se o desfecho consumo do álcool acima de oito pontos segundo o AUDIT. As prevalências foram calculadas com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher foi utilizado para avaliar diferenças entre proporções. As variáveis demográficas: sexo (masculino; feminino), faixa etária (18-39; 40 e mais), estado civil (casado; não casado), renda (até dois salários mínimos; mais de dois salários), procedência (João Pessoa/região metropolitana; interior do estado), tabagismo (fumante; não fumante), escolaridade (até nove anos de estudo; 10 anos e mais) e prisão (sim; não), foram utilizadas para investigar quais são fatores preditores e quais são de proteção, para padrão de consumo do álcool entre os trabalhadores entrevistados e classificados nas zonas II a IV (resultado AUDIT ≥ 8), através da Razão de Prevalência (RP) e da Regressão de Poisson com estimador robusto, procedimento recomendado para estudos transversais com prevalência elevada.⁽⁹⁾ Consideraram-se associações estatisticamente significativas valores de $p < 0,05$.

Foram respeitados em todas as etapas da investigação os princípios éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos na Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.⁽¹⁰⁾ A pesquisa foi devidamente aprovada por Comitê de Ética e Pesquisa, sob parecer nº 257281, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética- CAAE: 84297818.9.0000.5183. Aqueles indivíduos classificados como consumidores de risco, nocivo e de provável dependência foram encaminhados para as unidades de saúde e serviços especializados.

Resultados

No tocante aos trabalhadores entrevistados, observou-se predomínio do sexo masculino (97,4%), na faixa etária de 30-39 anos (34,1%), com média de idade 38 ± 10 anos; casados ou em união consensual (81,4%); que cursaram até 9 anos de estudo (66,6%), com média de 7 ± 4 anos; renda familiar de até dois salários mínimos (52,8%), com média de

R\$1600±1250; com tempo de atuação na construção civil de 6-10 anos (34,9%), com média de 12±9 anos e que são procedentes de cidades interioranas e passam a semana em casas de apoio (43,8%), seguidos daqueles que são do próprio município de João Pessoa (30,7%).

A prevalência do uso de álcool dentre o total de trabalhadores entrevistados (n=380) nos últimos 12 meses foi de 63% (IC 95%: 58,1-67,8). Em se tratando dos entrevistados que consomem álcool (n=240), observa-se que a prevalência de uso de risco, nocivo ou provável dependência somaram 71,7% (IC95%: 66,0-77,4), ou seja, aproximadamente 72 de cada 100 trabalhadores que consumiram álcool nos últimos 12 meses estão na classificação de risco, nocivo ou de provável dependência (com base no valor de corte ≥ 8 para o AUDIT) (Tabela 1).

Tabela 1. Classificação do uso de álcool, segundo o AUDIT, pelos trabalhadores da construção civil (n=240)

AUDIT	n	%
Zona I (baixo risco)	68	28,3
Zona II (uso de risco)	104	43,3
Zona III (uso nocivo)	33	13,8
Zona IV (grandes chances de dependência)	35	14,6
Total	240	100,0

A tabela 2 mostra associação significativa ($p < 0,05$) da faixa etária e da frequência de doses contendo álcool que consome em um dia que normalmente bebe. O consumo 10 ou mais doses foi o mais elevado em todas as faixas etárias quando comparado às demais doses e variou de 43,3 a 62,1%.

Tabela 2. Consumo de álcool nos últimos 12 meses conforme faixa etária dos trabalhadores da construção civil (n=240)

Frequência Doses	Faixa etária				Valor p
	18 a 29 n(%)	30 a 39 n(%)	40 a 49 n(%)	50 ou mais n(%)	
0	2 (3,0)	2 (2,3)	3 (5,4)	-	$p^{(1)} = 0,020^*$
1 a 2	3(4,5)	11 (12,5)	4 (7,1)	3 (10,0)	
3 a 4	6 (9,1)	10 (11,4)	17 (30,4)	8 (26,7)	
5 a 6	9 (13,6)	19 (21,6)	7 (12,5)	5 (16,7)	

7 a 9	5 (7,6)	5 (5,7)	-	1 (3,3)
10 ou mais	41 (62,1)	41(46,6)	25 (44,6)	13(43,3)
Total	66 (100,0)	88 (100,0)	56(100,0)	30 (100,0)

*Associação significativa a 5%; ⁽¹⁾ Através do teste da Razão de Verossimilhança.

Entre os fatores associados estatisticamente ao consumo de risco, nocivo ou provável dependência de álcool (AUDIT $\geq$ 8; Zonas II a IV), sobressaíram-se: as variáveis procedência (RP=2,1; IC95% 1,8-2,5), para trabalhadores oriundos do interior do estado e escolaridade (RP=2,1; IC95% 1,6-2,8) e para trabalhadores com mais de nove anos de estudo (Tabela 3).

Por sua vez, apresentar idade igual ou superior a 40 anos (RP= 0,46; IC95% 0,26-0,81), ter renda acima de dois salários mínimos (RP= 0,48; IC95% 0,33-0,68) e não ser fumante (RP= 0,66; IC95% 0,54-0,79) reduziram a ocorrência de classificação nas zonas II a IV para o AUDIT, caracterizando-se como fatores de proteção.

Tabela 3. Distribuição da frequência do consumo de alto e baixo grau do álcool e associação com as variáveis socioeconômicas dicotomizadas, dos trabalhadores da construção civil (n=240)

Variáveis	Alto risco n (%)	Baixo risco n (%)	Qui- quadrado de Wald	p-valor	Razão de prevalência	IC 95%
Estado civil						
Casado	195 (81,2)	114 (81,4)	0,62	0,43	1,17	0,79-1,72
Não casado	45 (18,8)	26 (18,6)				
Sexo						
Masculino	235 (97,9)	135 (96,4)	0,68	0,41	0,76	0,40-1,46
Feminino	5 (2,1)	5 (3,6)				
Faixa etária						
18 a 39 anos	145 (60,4)	74 (52,9)	7,24	0,00*	0,46	0,26-0,81
$\geq$ 40 anos	95 (39,6)	66 (47,1)				
Prisão						
Já esteve	5 (2,1)	4 (2,9)	2,06	0,15	1,55	0,85-2,82
Não esteve	235 (97,9)	136 (97,1)				

Procedência						
Capital/Região metropolitana	128 (53,3)	86 (61,4)	82,9	0,00*	2,08	1,78-2,45
Interior do estado	112 (46,7)	54 (38,6)				
Tabagismo						
Fumante	36 (15,0)	9 (6,4)	19,25	0,00*	0,66	0,54-0,79
Não fumante	204 (85,0)	131 (93,6)				
Renda mensal						
≤ 2 salários	181 (75,4)	54 (38,6)	16,33	0,00*	0,48	0,33-0,68
> 2 salários	59 (24,6)	40 (28,6)				
Escolaridade						
≤ 9 anos de estudo	175 (72,9)	105 (75,0)	24,83	0,00*	2,09	1,56-2,79
> 9 anos de estudo	65 (27,1)	35 (25,0)				
Tempo na ICC						
≤ 10 anos	150 (62,5)	81 (57,9)	0,02	0,90	1,04	0,56-1,93
> 10 anos	90 (37,5)	59 (42,1)				

*Resultado significativo pelo Qui-quadrado de Wald.

Os trabalhadores da indústria da construção civil (ICC) representam uma das várias classes de trabalhadores brasileiros marcadas por desigualdades socioeconômicas e vulnerabilidade no contexto da saúde.⁽¹⁰⁾ É uma categoria profissional que vivencia condições de trabalho insalubres, perigosas, com alojamentos precários, riscos à integridade física e jornadas de trabalho acima dos limites permitidos, com altas taxas de informalidade trabalhista.⁽¹²⁾

Quanto à vulnerabilidade no contexto da saúde, esses trabalhadores estão expostos a riscos relativos ao uso de drogas lícitas e ilícitas, em especial, ao uso abusivo de álcool. Poucos estudos são desenvolvidos sobre o consumo do álcool entre trabalhadores da ICC, o que limita a comparabilidade das prevalências de diferentes realidades com essa população específica.⁽²⁾ Por essa razão, considerando os trabalhadores da ICC como população vulnerável, conforme descrito no início deste estudo, utilizaram-se, também, pesquisas relacionadas a outras populações vulneráveis e a estudos de base populacional.

Os resultados demonstraram elevada prevalência de consumo de risco, nocivo e de provável dependência entre os trabalhadores da ICC, 71,7% (IC 95%: 66,0-77,4). Resultado

que corrobora com outros estudos que evidenciaram altas taxas de consumo de cigarro, álcool e outras drogas entre trabalhadores da ICC,^(12-14, 15) o que leva a maior mortalidade por álcool entre esses trabalhadores.⁽¹⁶⁾ Ademais, há forte associação entre ocupação e uso de álcool entre trabalhadores de atividades desgastantes que bebem com mais frequência, em maior quantidade e em excesso.⁽¹⁷⁾ No Paraná, estudo com a mesma população apresentou menor prevalência de consumo de risco em trabalhadores que preencheram critérios de risco para o consumo do álcool.⁽¹⁴⁾

No entanto, os achados da prevalência são maiores que os encontrados em outras populações vulneráveis. Por exemplo, estudos com a população rural no Brasil, em comunidades quilombolas na Bahia, em área rural no Quênia.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Nesta pesquisa, trabalhadores com maior nível de escolaridade tiveram maior prevalência para consumo de risco, nocivo ou dependência do álcool. Estudos mostram que indivíduos com maiores condições socioeconômicas tendem a consumir medidas iguais ou maiores de álcool quando comparados a indivíduos com condições socioeconômicas mais baixas,^(21,22) porém a morbidade e a mortalidade relacionadas ao álcool é mais comum entre pessoas de baixo status socioeconômico, fenômeno conhecido como Paradoxo do Dano pelo Álcool.⁽²³⁻²⁵⁾

Algumas explicações podem ser dadas para essa associação, uma vez que indivíduos com maior qualificação educacional têm maior acesso aos recursos voltados para a saúde, pois a educação aumenta a capacidade de sintetizar as implicações de consumo de álcool para a saúde.^(26,27) Ademais, pessoas mais instruídas podem ter mais recursos materiais que podem ajudar a amenizar os efeitos adversos da bebida por meio de uma nutrição adequada ou vivendo em locais com menos danos sociais.⁽²⁸⁻³⁰⁾

Quanto à procedência, ser oriundo do interior aumentou as chances para consumo de risco, nocivo ou dependência do álcool. Sabe-se que muitos trabalhadores da ICC permanecem em alojamentos durante a jornada semanal de trabalho, fato que favorece e estimula a adoção de consumo de álcool.⁽²⁾

Trabalhadores da ICC, da mineração, pesca, petróleo entre outros, que vivem em alojamentos ou embarcados, são consumidores potenciais de álcool e outras drogas.^(31,32) Outrossim, trabalhadores que passam a semana na obra, em alojamentos, retornando com menor frequência ao seu ambiente familiar, estão possivelmente sujeitos a situações divergentes de nutrição, condições psicológicas e consumo de drogas lícitas e ilícitas.⁽³³⁾

Neste estudo, possuir idade acima de 40 anos, não fumar e ter maior renda foram considerados fatores protetores para o abuso de uso de álcool. Estudo desenvolvido com

população rural na Índia, sobre avaliação do uso do álcool, através do AUDIT, mostrou associação estatisticamente significativa com tabagismo e adultos, com faixa etária abaixo de 40 anos de idade, corroborando com os resultados deste estudo.⁽¹⁵⁾ O tabagismo é fator de risco para o consumo abusivo de álcool, e estudos mostram ser a principal droga usada enquanto se ingere bebida alcoólica.⁽¹⁸⁾

A renda representa um importante avaliador de condições socioeconômicas e sua associação com padrões de consumo de drogas lícitas e ilícitas.⁽¹⁵⁾ Uma avaliação com a população adulta brasileira, sobre padrões de renda e consumo de álcool, mostrou associação negativa entre a renda e a dependência do álcool. Indivíduos com menor renda têm menores condições de responder aos problemas gerados pelo uso de risco, nocivo e dependência do álcool.⁽³⁴⁾

O consumo em *Binge* constitui-se um importante indicador relacionado ao consumo de substância alcoólica, independentemente se o indivíduo atende aos critérios de dependência, pois pode indicar o envolvimento frequente em situações de risco à saúde, além dos prejuízos nas atividades laboral, familiar e social.⁽¹⁸⁾ Em relação ao número de doses que consomem em uma única ocasião, a proporção de trabalhadores que consomem no padrão BPE ou padrão *Binge* foi elevada, o que representa um sério problema de saúde pública.⁽³⁵⁾

Outras pesquisas apresentaram resultados semelhantes em relação ao BPE. Em estudo desenvolvido com trabalhadores de metalúrgica, aqueles que consumiam álcool no padrão *binge* foi elevada.⁽³⁵⁾ Entre jovens, essa prática tem sido cada vez mais frequente, cerca de 30% dos jovens que bebem utilizam o BPE.⁽³³⁾

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. O fato de a pesquisa ser realizada no ambiente de trabalho, o que pode ter levado alguns indivíduos a minimizar seu padrão de consumo. Essa atitude pode ter ocasionado a subestimação da prevalência de abuso de uso do álcool. Porém, acredita-se que o valor realmente subestimado tenha sido de provável dependência, pontuação AUDIT > 20. Outros sim, o estudo do tipo transversal limita as inferências causais, aspecto importante, principalmente, quando se discute o paradoxo do dano pelo álcool.

Conclusão

Os resultados mostraram alta prevalência do consumo de álcool entre os trabalhadores investigados. Estes resultados foram elevados quando comparados a outras populações vulneráveis e similares aos identificados com a mesma população em outras regiões. Além disso, foi possível verificar associação estatisticamente significativa entre o padrão de

consumo de risco, nocivo e/ou dependência e trabalhadores procedentes do interior e com escolaridade acima de nove anos de estudo.

Medidas e estratégias de prevenção para os danos causados pelo abuso de uso de álcool devem ser implementadas. Sugere que a avaliação do uso do álcool pelos trabalhadores seja promovida pelos empregadores, aqui representados pelas indústrias de construção civil.

A detecção precoce, juntamente com uma abordagem integral sobre o consumo de bebida alcoólica e outras drogas é uma proposta urgente e eficaz a ser implementada no contexto de prevenção à saúde do trabalhador da ICC. Essa proposta possibilita uma forma rápida, fácil e eficiente para a prevenção e diagnóstico dos consumidores de risco, de uso nocivo e de provável dependente.

Referências

1. Hall W. Socioeconomic status and susceptibility to alcohol-related harm The Lancet Public Health. Lancet Public Health. 2017;2(6):250-1.
2. Fernandes MFFF, Santos FSM, Santana KWC, Teles WS, Silva CE. Consumo de álcool e influência no ambiente de trabalho da construção civil. Scire Salutis. 2014; 4(2):28-46.
3. Guimarães DBO, Castro AED, Soares EMC, Fernandes MA. Saúde e segurança na construção civil: relato sobre as contribuições de enfermagem. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2017[cited 2019 abr 6];11(3):1351-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13999/16869>
4. Marchand A, Parent-Lamarche A, Blanc ME. Work and high-risk alcohol consumption in the Canadian workforce. Int J Environ Res Public Health. 2011;8(7): 2692-705.
5. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet. 2009;373(9682):2223-33.
6. Fernandes MFFF, Santos FSM, Santana KWC, Teles WS, Silva CE. Consumo de álcool e sua influência no ambiente de trabalho da construção civil. Scire Salutis. 2014;4(2):28-46.
7. Assis DAD, Silva AA, Torres T. Políticas de saúde mental, álcool e outras drogas e de criança e adolescente no Legislativo. Saúde Debate. 2017;41(112):255-72.
8. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrel M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. Alcohol Alcohol 2005; 40:584-9
9. Bergamo FPMS, Donalisio MR, Barros MBA, Galvão CCL, Carandina L, Goldbaum M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances

- e razão de prevalência. Rev bras Epidemiol.[Internet] 2008 [cited 2019 abr 20];11(3):347-55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2008000300002&lng=e
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 2012.
 11. Iriart JA, Oliveira RP, Xavier SS, Costa AM, Araújo GR, Santana VS. Representações do trabalho informal e dos riscos a saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. Cienc Saude Coletiva. 2008;13(1):165-74.
 12. Lipscomb HJ, Dement JM, Li LM. Health care utilization of carpenters with substance abuse-related diagnoses. Am J Ind Med. 2003; 43:120–31.
 13. Armour BS, Woollery T, Malarcher A, Pechacek TF, Husten C. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses - United States, 1997–2001. JAMA-J Am Med Assoc. 2005;294:788–9.
 14. Gaviolu A, Mathias TAF, Rossi RM, Oliveira MLF Risco relacionado ao consumo de drogas em homens trabalhadores da construção civil. Acta Paul Enferm. 2014; 27(5):471-8
 15. Strickland JR, Wagan S, Dale AM, Evanoff BA. Prevalence and perception of risky health behaviors among construction workers. J Occup Environ Med. 2017;59(7):673–8.
 16. Gu JK, Charles LE, Fekedulegn D, Ma CC, Andrew ME, Burchfiel CM. Prevalence of Injury in Occupation and Industry: Role of Obesity in the National Health Interview Survey 2004 to 2013. J Occup Environ Med. 2016;58:335–43.
 17. Barnes AJ, Zimmerman FJ. Associations of occupational attributes and excessive drinking. Soc Sci Med. 2013;92:35-42.
 18. Jaeger GP, Loret de Mola C, Silveira MF. Transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados em zona rural do Brasil. Rev Saude Publica. 2018;52(1).
 19. Cardoso LGV, Melo APS, Cesar CC. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitoria da Conquista, Bahia, Brasil. Cienc Saude Coletiva. 2015;20(3):809-20.
 20. Takahashi R, Wilunda C, Magutah K, Mwaura-Tenambergen W, Wilunda B, Perngparn U. Correlates of alcohol consumption in rural western Kenya: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2017;17(1):175.
 21. Collins SE. Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. Alcohol research: current reviews. 2016;38:83-94.

22. Katikireddi SV, Whitley E, Lewsey J, Gray L, Leyland AH. Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data. *Lancet Public Health*. 2017; 2:267–76.
23. Bellis MA, Hughes K, Nicholls J, Sheron N, Gilmore I, Jones L. The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. *BMC public health*. 2016;16:111.
24. Bellis M, Jones L, Morleo M. Understanding the alcohol harm paradox. Alcohol Research UK Conference [Internet]. 2013 [cited 2019 abr 15]. Available from: <https://www.drinkaware.co.uk/research/our-research-and-evaluation-reports/understanding-the-alcohol-harm-paradox/>
25. Lewer D, Meier P, Beard E, Boniface S, Kaner E. Unravelling the alcohol harm paradox: a population-based study of social gradients across very heavy drinking thresholds. *BMC public health*. 2016;16:599.
26. Grossman M. The relationship between health and schooling. *Investing In Human Capital For Economic Development In China: World Scientific*. 2010; 279-91.
27. Rahkonen O, Berg MA, Puska P. Relationship between educational status, gender and smoking in Finland, 1978–1992. *Health Promotion International* 10: 115-20.
28. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international*. 2005; 20:195-203.
29. Beard E, Brown J, West R, Angus C, Brennan A, Holmes J. et al. Deconstructing the Alcohol Harm Paradox: A population based survey of adults in England. *Plos one*. 2016; 11: e0160666.
30. Beard E, Brown J, West R, Kaner E, Meier P, Michie S. Associations between socioeconomic factors and alcohol consumption: A population survey of adults in England. *PLos one*. 2019;14(2):e0209442.
31. Costa GAS, Silva TH, Silveira AM. Consumo de álcool e condições de trabalho: uma revisão integrativa. *Rev Med Minas Gerais*. 2016; 26(8):118-22.
32. Fort E, Massardier-Pilonchery A, Bergeret A. Psychoactive substances consumption in French fishermen and merchant seamen. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010;83(5):497-509.
33. Sanchez ZM. A prática do *binge drinking* por adolescentes e jovens brasileiros. *Epidemiol Serv Saude*. 2017; 26(1):195-98.
34. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev Bras de Psiquiatr*. 2010; 32(3).

35 Ferreira ML, Albertoni MR, Silna NB, Sartes LMA. Avaliação da Efetividade da Intervenção Breve para a Prevenção do Uso de Álcool no Trabalho. *Psicologia em Pesquisa-UFJF*. 2016;10(1):34-43.

O presente estudo trouxe uma abordagem acerca da prevalência, fatores e comportamento de risco relacionados às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em trabalhadores da construção civil.

A prevalência de IST nesta categoria profissional apresentou-se baixa, apesar de ser uma população considerada vulnerável.

Foram identificados fatores e comportamento de risco para as IST, como a baixa escolaridade, processo migratório, prática sexual insegura, multiplicidade de parceiros, consumo de álcool e drogas ilícitas, além de relatos de IST. Os resultados obtidos deram origem a dois artigos.

O primeiro artigo refere-se ao conhecimento dos trabalhadores sobre o HIV/aids por meio da aplicação da escala K-Q, um estudo observacional, transversal e analítico. Observa-se nesta produção que os trabalhadores entrevistados, de forma geral, evidenciam baixo índice de conhecimento sobre o HIV/aids, e consequente vulnerabilidade à aquisição dessa infecção, o que sugere medidas de intervenção permanente de educação e prevenção no âmbito laboral desses profissionais.

Em se tratando do segundo artigo, no qual foi avaliado o padrão de consumo de álcool por meio do teste AUDIT entre os trabalhadores da construção civil, ficou evidente a alta prevalência do consumo de álcool, com resultados mais elevados se comparados a outras populações vulneráveis e similares aos identificados com a mesma população em outras regiões. Além disso, foi possível verificar associação estatisticamente significativa entre o padrão de consumo de risco, nocivo e/ou dependência, em trabalhadores procedentes do interior e com escolaridade acima de nove anos de estudo.

A inserção do técnico em segurança do trabalho nas obras também se caracteriza como grande colaboração para promoção à saúde, através das atividades programadas e que abordam diversas temáticas de interesse dos trabalhadores.

No entanto, faz-se necessário que empresários da ICC e profissionais envolvidos no lidar diário com essa categoria profissional ampliem seu campo de investigação. Que não os limitem, tão somente, à análise sob o ponto de vista da morbidade e mortalidade inerentes a profissão, mas, principalmente, abrindo espaço para discussão de suas vulnerabilidades.

O conhecimento apresenta-se ainda como uma das estratégias mais eficazes para a redução de danos, prevenção e promoção da saúde de um indivíduo. Portanto, incorporar ao cotidiano dos trabalhadores da construção civil, um processo de educação de forma problematizada, aproximando o conhecimento à realidade dessa categoria profissional e não

apenas impor ou exercer uma educação de transmissão de conhecimentos é essencial, enquanto instrumento e meio de intervenção no processo de ensino aprendizagem.

Aproximar as políticas públicas vigentes de combate às IST, buscar estratégias que garantam o acesso aos serviços de saúde, promover de forma contínua a educação em saúde, ofertar a testagem rápida como estratégia precoce de detecção das IST são algumas das ações que podem ser preconizadas, em parceria com as instituições de saúde e de ensino. Neste contexto, enquanto mediador, o enfermeiro tem fundamental importância na concretização deste novo parâmetro social.

Por fim, os resultados deste estudo sugerem que investigações semelhantes sejam realizadas em outros estados e em diferentes regiões do país, a fim de propiciar um melhor aprofundamento dos fenômenos aqui estudados.

Referências

ALWAFI, H.A. *et al.* Knowledge and attitudes toward HIV/AIDS among the general population of Jeddah, Saudi Arabia. **Journal of Infection and Public Health**, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034117301314?via%3Dihub>. Acesso em: 12 abr. 2019.

BABOR, T. F. *et al.* **AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test –Guidelines for use is primary care.** 2001. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?sequence=1 Acesso em: 10 abr. 2019.

BASTOS, L. M. *et al.* Avaliação do nível de conhecimento em relação a Aids e sífilis por idosos do interior cearense, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2495-2502, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2495.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2019

BELÉM, I. C. *et al.* Associação entre comportamentos de risco para a saúde e fatores sociodemográficos em universitários de educação física. **Motricidade**, v. 12, n. 1, p. 3-16, 2016. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/3300>. Acesso em: 16 abr. 2019.

BERNARDO, A. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **Doenças sexualmente transmissíveis não param de crescer.** São Paulo, 2017. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/bem-estar/numero-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-nao-para-de-crescer> Acesso em: 7 dez. 2019.

BOWEN, P. *et al.* HIV testing of construction workers in the Western Cape, South Africa. **Aids Care**, v. 27, n. 9, 2015, p. 1150–1155. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2015.1032877>. Acesso em: 2 dez. 2017.

BOTTERO, J. *et al.* Effectiveness of hepatitis B rapid tests toward linkage-to-care: results of a randomized, multicenter study. **Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.**, v. 28, n.6, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26954517>. Acesso em: 31 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 8 de abril de 2004.** Institui, em todo o território nacional, os calendários de vacinação. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0597_08_04_2004.html. Acesso em: 28 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria 151, de 14 de outubro de 2009. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 198, p. 40, 16 out 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151_14_10_2009.html. Acesso em: 25 jan.2019

BRASIL. Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009. **Ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV,** Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151_14_10_2009.html Acesso em: 19 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2010a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf Acesso em: 17 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: SISTEMA TELELAB – Educação Permanente. **Teste rápido para investigação da infecção pelo HIV através do Kit HIV Tri Line - Bioclin**. 2010b. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/88713/mod_resource/content/1/Manual_HIV_Tri_Line_Bioclin%20%28006%29corre%C3%A7%C3%B5es%201204.pdf. Acesso em: 4 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: SISTEMA TELELAB – Educação Permanente. **HIV: estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil**. 2010c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HIV_estrategias_testes_rapidos_brasil.pdf. Acesso em: 4 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília: DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília, 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso: 1 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. Brasília, 2014b. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_crie_.pdf. Acesso: 1 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: SISTEMA TELELAB – Educação Permanente. **Teste Rápido para sífilis**. 2014c. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf Acesso em: 20 fev. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2015a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 7 mar. 2019.

BRASIL. Secretaria de Inspeção do Trabalho. **NR 18 - Condições e meio ambiente de trabalho na Indústria da Construção**. Brasil. 2015b. Disponível em: http://www.segurancaotrabalho.eng.br/nr/nr_18.pdf Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013> Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite C e coinfeções**. Brasília, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_hepatite_c_coinfeccoes.pdf Acesso em: 5 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico hepatites virais**. Brasília, ano V, n. 1. 2017b. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/387533/> Acesso em: 5 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 48, n. 36, 2017c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>. Acesso em: 7 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) hepatite B e Coinfecções**. Brasília, 2017d. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_hepatite_b_Coinfeces.pdf. Acesso em: 28 jan. 2019.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde: SISTEMA TELELAB – Educação Permanente. **Testes Rápidos**. 2017e. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22198/mod_resource/content/1/S%C3%ADfilis%20-%20Manual%20Aula%207.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Infecções Sexualmente Transmissíveis. Cuidado na execução dos testes rápidos. Módulo II: orientações pré e pós testes**. 2017f. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/116412/mod_resource/content/5/Manual_02_FINAL_CORRIGIDA%20COM%20ANEXOS_V4.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: SISTEMA TELELAB – Educação Permanente. **Vikia HBsAg - Teste rápido para diagnóstico de hepatite B**. 2017g. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22182/mod_resource/content/5/Hepatites%20-%20Manual%20Aula%203_CORRIGIDO%202017.pdf Acesso em: 19 fev. 2019.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde: SISTEMA TELELAB – Educação Permanente. **Teste rápido para diagnóstico de hepatite C**. 2017h. Disponível em:

https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22183/mod_resource/content/2/Hepatites%20-%20Manual%20Aula%204.pdf Acesso em: 20 fev. 2019.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico das Hepatites Virais**. Brasília, 2018a. Disponível em: file:///C:/Users/Patr%C3%ADcia/Downloads/manual_tecnico_hepatites_08_2018_web.pdf. Acesso em: 5 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) hepatite B e Coinfecções**. Brasília, 2018b. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_PCDT_HepatiteC.pdf. Acesso em: 28 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico hepatites virais**. Brasília. 2018c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2018>. Acesso em: 6 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico – HIV/Aids**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>. Acesso em: 9 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, 2018e. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em: 7 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Tecnologias do SUS. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite C e coinfecções**. Brasília, 2018f. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_PCDT_HepatiteC.pdf. Acesso em: 5 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2018g. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 1 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Relatório de monitoramento clínico do HIV**. Brasília, 2018h. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2018>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-exposição (PrEP) de risco**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco%20>. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) para hepatite C e Coinfecções**. Brasília, 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c-e-coinfecoes>. Acesso em: 13 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é HIV?** Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Brasília, 2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>. Acesso em: 2 fev. 2019.

BÜHNE, A. R. **Programa Escola Zé Peão: uso social da leitura e da escrita dos operários-educandos da construção civil**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, 2016.

CAREY, M. P.; MORRISON-BEEDY, D.; JOHNSON, B. T. The HIV-Knowledge questionnaire: development and Evaluation of a Reliable, valid, and practical Self-administered questionnaire. **AIDS and Behavior**, v. 14, n. 2, p.172-182, 2002.

CARVALHO, P. *et al.* Prevalência de sinais e sintomas e conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 95-100, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0095.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2019.

CASTELO, A. *et al.* Hepatitis C in the Brazilian public health care system: burden of disease. **Arq Gastroenterol**, v. 55, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ag/v55n4/1678-4219-ag-55-04-329.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CBCI. Estabelecimentos na Construção. **Valor adicionado bruto – Construção civil**. 2018a. Disponível em: <http://www.cbicdados.com.br/menu/pib-e-investimento/pib-brasil-e-construcao-civil>. Acesso em: 27 mar. 2019.

CBCI. RAIS- Estabelecimento na Construção. **Estoque de trabalhadores na construção civil**. 2018b. Disponível em: <http://www.cbicdados.com.br/menu/emprego/rais-ministerio-do-trabalho> Acesso em: 29 mar. 2019.

CBCI. Estabelecimentos na Construção. **Número de estabelecimentos na construção civil**. 2018c. Disponível em: <http://www.cbicdados.com.br/menu/empresas-de-construcao/estabelecimentos-na-construcao> Acesso em: 29 mar. 2019.

CDC. **Centers for Disease Control and Prevention**. National Center for Immunization and Respiratory Diseases. **Hepatitis B and Hepatitis B Vaccine**, 2017. Disponível em: <https://www2.cdc.gov/vaccines/ed/pinkbook/2018/downloads/PB12/PB12.pdf> >. Acesso em: 1 jan. 2019.

COSTA, I. I. da. Portal de Formação a distância. **Sujeitos, contextos e drogas**. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-095653-001.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

COUTO, M. T. *et al.* Men in primary healthcare: discussing (in) visibility based on gender perspectives. **Interface – Comunic., Saude, Educ.** v. 14, n. 33, 2010, p.257-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2019.

DEGENHARDT, L. *et al.* Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. **Lancet Glob Health**, v. 5, n. 12, 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30375-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30375-3/fulltext) Acesso em: 27 mar. 2019.

FAUSTINO, R. **Mulheres são apenas 10% dos profissionais na construção civil.** Going Green Brasil. 2018. Disponível em: <http://goinggreen.com.br/2018/03/08/mulheres-sao-apenas-9-dos-profissionais-na-construcao-civil-veja-os-numeros/>. Acesso em: 28 fev. 2019.

FILHO, L.H.P *et al.* How are HCV-infected patients being identified in Brazil: a multicenter study. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867018306408>. Acesso em: 15 abr. 2019.

FIGUEIREDO, J. P. de. **Comportamentos de saúde, costumes e estilo de vida. Indicadores de risco epidemiológico.** Avaliação de estados de saúde e doença. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra. 2015.

GALLO, R. C. **A reflection on HIV/AIDS research after 25 years.** Retrovirology. 2006. Disponível em: <https://retrovirology.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4690-3-72>. Acesso em: 1 fev. 2019.

GUEDES, L. *et al.* **First Paleogenetic Evidence of Probable Syphilis and Treponematoses Cases in the Brazilian Colonial Period.** BioMed Research International, 2018. Disponível em: <http://web-b-ebscohost.ez15.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=2592f61a-62e3-4904-89c5-1e82a4912e15%40pdc-v-sessmgr03>. Acesso em: 12 abr. 2019.

GUIMARÃES, D. B. O. *et al.* Saúde e segurança na construção civil: relato sobre as contribuições de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, Supl. 3, 2017, p.1351-9 Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>. Acesso em: 10 jan. 2018.

HARINARAIN, N.; HAUPT, T. C. The vulnerability of the construction industry to HIV and Aids. **Glob. J. Health Sci.** 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327691096_The_vulnerability_of_the_construction_industry_to_HIVAIDS. Acesso em: 27 mar. 2019.

HEUVEL, A. V. D. *et al.* Laboratory evaluation of four HIV/syphilis rapid diagnostic tests. **BMC Infectious Diseases**, v. 19, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30606108>. Acesso em: 31 mar. 2019.

IRIART, J. A. B. *et al.* Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 13, n. 1, 2008, p. 165-174. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/20.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

IBGE. **Pesquisa anual da indústria da construção**. Rio de Janeiro, v. 25, p.1-52, 2015. Disponível em: http://www.cbicdados.com.br/media/anexos/paic_2015_v25.pdf. Acesso em: 10 jan 2019.

JESUS, A. A. *et.al.* Comportamento Histórico no Brasil da Indústria da Construção Civil e suas atuais perspectivas. **Rev. Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 03, 7 ed., v. 5, 2018, p. 87-95. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/engenharia-civil/comportamento-historico>. Acesso em: 7 mar. 2019.

LAAR, T. J. W. V. *et al.* Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men: an emerging sexually transmitted infection. **Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins**, v. 24, p. 1799-1812, 2010. Disponível em: https://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2010/07310/Acute_hepatitis_C_in_HIV_infected_men_who_have_sex.1.aspx. Acesso em: 15 abr. 2019.

LAMEGO, M. R. R. **Hepatite a e sua relação com serviços de saneamento básico em Juiz de Fora-MG**. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Engenharia da UFJF. 2018. Disponível em: http://www.ufjf.br/engsanitariaeambiental/files/2014/02/TFC_M%C3%Alrcia08.12.18-Apos-corre%C3%A7%C3%B5es-banca-1.pdf. Acesso em: 29 mar. 2019.

LIMA, C. T. *et al.* Concurrent and construct validity of the AUDIT in a urban Brazilian Sample. **Alcohol & Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16143704>. Acesso em: 6 abr. 2019.

LIU, D. *et al.* The study of KBP of road construction workers of highway AIDS prevention project before and after intervention. **Asian. Pac. J. Trop. Med.**, p. 412-442, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23870472>. Acesso em: 13 abr. 2019.

LOPES, A. C. M. U. *et al.* Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza-Ceará. **Rev. Brasil. Enfer.**, v. 69, n. 1. 2016.

MAIA, J. M. D; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2005000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2019.

MBITUYUMUREMYI, A. *et al.* Controlling hepatitis C in Rwanda: a framework for a national response. **Bull World Health Organ.**, v. 96, p. 51-58, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29403100>. Acesso em: 31 mar. 2019.

MENDEZ, B. E. **Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test** [Tese de Doutorado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999

MOURA, L. R. *et al.* Fatores associados aos comportamentos de risco à saúde entre adolescentes brasileiros: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enfer. USP.**, v. 52., 2018.

NAVARRO, A.F.; 2015. **As drogas e a indústria da Construção Civil**. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/282976590_As_drogas_e_a_Industria_da_Construcao_Civil. Acesso em: 11 fev. 2019.

OMS. Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf;jsessionid=CF96E7DACF8B8DA5FD82B5103B03909?sequence=4. Acesso em: 15 abr. 2019.

PAIC. **Pesquisa Anual da Indústria da Construção Civil**. 2016. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/54/paic_2016_v26_informativo.pdf. Acesso em: 9 mar. 2019.

PANT. A. *et al.* Knowledge of and Attitude Towards HIV/AIDS and Condom Use among Construction Workers in the Kathmandu Valley, Nepal. **J. Med. Assoc. Thai.**, v. 96, 2013. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/eeaf/9c630b542f9f48cd9685fe80a5a15952f35d.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

PASQUALI, L. **Análise fatorial para pesquisadores**. 1 ed. Brasília: LabPAM, 2012.

PASTERNAK, J. Ministério da Saúde altera nomenclatura para doenças transmitidas por contato sexual. **Sociedade Beneficente Israelita Brasileira**. 2016. Disponível em: <https://www.einstein.br/noticias/noticia/ministerio-saude-altera-nomenclatura-para-doencas-transmitidas-por-contato-sexual>. Acesso em: 27 mar. 2019.

PAULINO, J. A.; FERRAREZ, R.; LOPES, F. Relação entre percepção e comportamento de risco e níveis de habilidade cognitivas em um grupo de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Rev. Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, p.752-765. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932010000400007&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 16 abr. 2019.

PINTO, V. M. *et al.* Prevalência de sífilis e fatores associados a população de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de teste rápido. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 2014, p. 341-354 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-rbepid-17-02-00341.pdf Acesso em: 4 mar. 2019.

PIVATTI, A. S. A. P; OSIS, M. J. N. D.; LOPES, M. H. B. M. The use of educational strategies for promotion of knowledge, attitudes and contraceptive practices among teenagers- a randomized clinical trial. **Rev. Nurse Education Today**, p 18-26, 2018.

PORTARI-FILHO, L.H. *et al.* How are HCV-infected patients being identified in Brazil: a multicenter study. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**. 2019.

ROCHA, D. F. N. de C. *et al.* Epidemiology of HIV, syphilis, and hepatitis B and C among manual cane cutters in low-income regions of Brazil. **BMC Infectious Diseases**, v. 18, 2018.

Disponível em:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6215621/pdf/12879_2018_Article_3439.pdf
 Acesso em: 31 mar.2019.

ROCHA, K. B. *et al.* Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: Desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids. **Ciências Psicológicas**, v. 12, n. 1, p. 67-78, 2018. Disponível em:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212018000100067&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 31 mar. 2019.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bibicbs/livros-novos/rouquayrol-epidemiologia-e-saude> Acesso em: 12 mar. 2019.

SADARANGANI, S. P. *et al.* Infectious diseases and migrant worker health in Singapore: a receiving country's perspective. **J. Travel Med.**, v. 24, n. 4, 2017. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28426114>. Acesso em: 27 mar. 2019.

SALES, W. B. *et al.* Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários da saúde. **Rev. De Enfermagem Referência**, v. 4, n. 10, p. 19-27, 2016. Disponível em:
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000300003. Acesso em: 16 abr. 2019.

SALOMÃO, R. **Infectologia: Bases Clínicas e Tratamento**. 1. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SAMPIERE, R.H; COLLADO, C.F; LUCIO, M.P.B. Metodologia de Pesquisa. 5. ed. – Porto Alegre: Penso, 2013.

SEPKOWITZ. K. A. AIDS - The first 20 years. **N. Engl. J Med.**, v. 344, n. 23, 2001. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200106073442306> Acesso em: 1 fev. 2019.

SHAMPO, M. A.; KYLE, R. A. Luc Montagnier - Discoverer of the AIDS Virus. **Mayo Clin Proc.**, v. 77, p. 50, 2002. Disponível em:
[https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)61990-3/pdf](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)61990-3/pdf). Acesso em: 10 abr. 2019.

SIGNOR. M. *et al.* Spatial Distribution and Characterization of Cases of Congenital Syphilis. **Journal of Nurse**, v. 12, n. 2, p. 388-406, 2018. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230522>. Acesso em: 13 abril. 2019.

SILVA, I. T. S. da; VALENÇA, C. N.; SILVA, R. A. R. da. Cartografia da implementação do teste rápido anti-HIV na Estratégia Saúde da Família: perspectiva de enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0019.pdf. Acesso em: 31 mar. 2019.

SILVEIRA, D. X. da; DOERING-SILVEIRA, E. B. Padrões de Uso de Drogas. Eixo Políticas e Fundamentos. Aberta–Portal de Formação a Distância: sujeitos, contextos e drogas. 2017.

SIQUEIRA, S. A. V. de; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1397-1406, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1397.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2019.

SMOLAK, A. *et al.* Trends and Predictors of Syphilis Prevalence in the General Population: Global Pooled Analyses of 1103 Prevalence Measures Including 136 Million Syphilis Tests. **Infectious Diseases Society of America**, 2019. Disponível em: <https://academic-oup-com.ez15.periodicos.capes.gov.br/cid/article/66/8/1184/4607808>. Acesso em: 13 abr. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf Acesso em: 7 mar. 2019.

VIEJO, L. G. E. *et al.* Screening of hepatitis C virus infection in adult general population in Spain. **Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.**, v. 30, n. 9, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29939868>. Acesso em: 31 mar. 2019.

VRANJAC, A. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Vacina contra hepatite B. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 6, 2006, p. 1137-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/26.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. São Paulo: Atheneu, 2005.

TEIXEIRA, O. L.; FIGUEIREDO, V. L. M.; MENDOZA-SASSI, R.A. **Etapas Iniciais da Adaptação Transcultural para o Português do Brasil do HIV Knowledge Questionnaire (HIV-K-Q)**. Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n4/AO2-Adaptacao-do-HIV-Knowledge-Questionnaire-para-o-Brasil.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2018.

UNAIDS. 90-90-90. **Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS**. 2015. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf. Acesso em: 4 mar. 2019.

UNAIDS. **Ending AIDS**. Progress towards the 90–90–90 targets. 2017. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf. Acesso em: 5 mar. 2019.

UNAIDS. Relatório informativo – Dia mundial contra Aids. **Estatísticas globais sobre HIV 2017**. 2018. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Fact-sheet-UNAIDS-novembro-2018-1.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2019.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. Disponível em: https://issuu.com/elsevier_saude/docs/e-sample_vieira. Acesso em: 20 dez. 2018.

VOLPATO, G. L; BARRETO, R. E. **Estatística Sem Dor**. 2.ed. São Paulo, 2016.

WESBROOK, R.H.; DUSHEIKO, G. Natural history of hepatitis C. **Journal of Hepatology Update: Hepatitis C**, v.61, 2014. Disponível em: [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(14\)00481-4/pdf](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(14)00481-4/pdf). Acesso em: 15 abr. 2019.

WHO. Management of Substance Dependence screening and brief intervention. 2003.

WHO. **List of diagnostics eligible to tender for procurement by WHO in 2014 (including WHO prequalified diagnostics)**. 2014. Disponível em: https://www.who.int/diagnostics_laboratory/procurement/140324_v11_pqed_products_eligible_for_procur_2014.pdf Acesso em: 03 abr. 2019.

WHO. **Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis**, 2016a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06eng.pdf;jsessionid=9CE166611FF4E438D21A14ED386478A6?sequence=1>. Acesso em: 5 mar. 2019.

WHO. **Global health sector strategy on HIV 2016-2021. Towards ending AIDS**, 2016b. Disponível em: <http://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/>. Acesso em: 6 mar. 2019.

WHO. **Hepatitis B**, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> Acesso em: 30 jan. 2019.

ZELLNER. S.L. **Condom Use and the Accuracy of AIDS Knowledge In Côte d'Ivoire**. International Family Planning Perspectives, V. 29, p. 41-47, 2003. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2904103.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO

ID CONS|_|_|_|_|

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

SEÇÃO I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Iniciais _____	INI ()
1- Cidade onde mora: _____	CIDADE ()
2- Filiado ao sindicato _____	SIND ()
3- Nome (nome e sobrenome) _____	
4- Sexo: 1- Masculino (); 2- Feminino ()	SEX ()
5- Tel: _____; Tel 2: _____	TEL1 ()
6- Data de nascimento: ____/____/____	DNASC ____/____/____
7- Você estuda? ()sim () não, próxima questão 1 – Ensino fundamental ou primeiro grau 2- Supletivo 3- Alfabetização de adultos 4- Ensino médio ou segundo grau 5- Superior	ESCOL1 ()
8- Você estudou até que série (especifique em anos de estudo)?	ESCOL2 ()
9- Qual o seu estado civil? 1- Casado/união consensual (); 2- Solteiro(); 3- Separado(); 4- Viúvo()	ESTCIV ()
10- Quantos filhos possui: _____	NFILHO ()
11- Há quantos anos trabalha na construção civil?	TEMTRACONS ()
12- Renda mensal: _____	RENDA ()
SEÇÃO II – COMPORTAMENTO E FATORES DE RISCO PARA SIFILIS, HEPATITE B, C e HIV	
13-Você tem alguma tatuagem/piercing no corpo? 1- ()Não; 2-() Sim,	TATOO ()
14-Se sim: quantos _____	NTATOO ()
15-Você já fez hemodiálise? 1- Não (); 2- Sim (), em que mês e ano parou? ____/____/____	HEMO ()
16-Atualmente, você fez hemodiálise? 1- Não (); 2- Sim ()	HEMOATUAL()
17-Você já fez transfusão de sangue (recebeu sangue na veia)? 1- Não (); 2- Sim ()	TRANSF ()
18-Caso afirmativo, transfusão foi antes de 1994? 1-Não (); 2-Sim (); 3-Não lembra ()	TRANSF94 ()
19-Já compartilhou material de higiene (alicate de unha, prestobarba, escova de dente e outros)? 1- Não (); 2- Sim ()	HIG ()
20-Já foi preso? 1- Não (); 2- Sim ();	PRESO ()
21-Se sim, quantas vezes? _____	NPRIS ()
22- Qual o ano da sua última experiência na prisão? _____	ANOPRIS ()
CARTAO DE VACINA (DOSES HEPATITE B) 1ª DOSE () DATA ____/____/____ 2ª DOSE DATA ____/____/____ 3ªDOSE DATA ____/____/____ ()NÃO APRESENTOU CARTÃO DE VACINA () RELATO VERBAL	

SEÇÃO III- COMPORTAMENTO SEXUAL	
Agora, gostaria que você respondesse a algumas perguntas sobre seu comportamento sexual.	
Lembrando que nenhuma pessoa ficará sabendo destas informações, este questionário não tem seu nome.	
23-Já iniciou atividade sexual? 1-() Não; 2-() Sim	INISEX()
24-Idade da primeira relação sexual: _____	SEXARCA ()
25-Qual foi o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses? _____	NSEX12()
26-Você sente atração sexual por: 1-()Homem; 2-()Mulher; 3-()Homem e Mulher	ATRASEX()
27-Você já teve relação sexual com pessoa do mesmo sexo? 1-() Não; 2-() Sim	HOMOSEX ()
28-Tipo de parceiros (as) sexuais nos últimos 12 meses? 1-() Não teve relações sexuais; 2-() Só homens; 3-() Só mulheres; 4-()Homens/Mulheres; 5-() Travestis/Transexuais;	PARCESEX ()
29-Qual (ais) tipo (s) de prática sexual você tem ou teve neste período (12 meses)? 1-() Vaginal; 2- Oral (); 3-() Anal; 4-() Oro-anal (boca no ânus); 5-() Todos	TIPOSEX12 ()
30-Você conhece o preservativo masculino? 1-() Não; 2-Sim;	PSVMAS() USAPSVMAS()
31-Se sim, já utilizou? 1-() Sim; 2-() Não	
32-Você conhece preservativo feminino? 1-() Sim; 2-() Não;	PSVFEM ()
33-Se sim, já utilizou? 1-() Sim; 2-() Não	USAPSVFEM()
34- Pensando na última relação sexual, você usou o preservativo? 1-() Sim; 2-() Não	PSVULTSEX()
35- Frequência do uso do preservativo nos últimos 12 meses? 1-() Sempre; 2-() As vezes; 3-() Nunca	FPRV12 ()
36- Você teve relação sexual com parceiros(a) casuais [paqueras, “ficantes”, rolos, amigo(a)] nos últimos 12 meses? 1-() Não; 2-() Sim;	SEXCASUAL()
37- Se sim, usaram preservativo? 1-() Sempre; 2-() As vezes; 3-() Nunca	PSVSESCASUAL()
38- Em quais lugares/pessoas você obtém os preservativos? 1- ONG (); 2- Unidade de Saúde (CTA, cais/siams, outros) (); 3- Comércio (); 4 - Outros () especifique: _____	OBTEMPSV()
39- Você conhece lubrificantes íntimos (gel) mesmo que só de ouvir falar? 1-() Sim; 2-() Não;	LUBRIF() USOLUBRIF()
40- Já usou estes lubrificantes? 1-() Sim; 2-() Não	
41- Você concorda com a seguinte afirmação: “o uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas tenham relação sexual sem usar camisinha”? 1-() Não; 2-() Sim;	AFIRMALCOSEX () ALCOSEXDESPR()
42- Se sim, isso já aconteceu com você? 1-() Não; 2-() Sim	
43- Você já teve relação sexual com profissional do sexo? 1-() Não; 2-() Sim	PROFISEX()
44- Você já recebeu dinheiro ou pagou em troca de sexo? 1-() Não; 2-()	PROST() PSVPROST()
45- Sim; Se sim: usou preservativo? 1-() Sim; 2-() Não	
46- Pensando na última relação sexual, você usou o preservativo? 1-() Sim; 2-() Não	PSVULTSEX()
47- Frequência do uso do preservativo nos últimos 12 meses? 1-() Sempre; 2-() As vezes; 3-() Nunca	FPRV12 ()
48- Você já teve relação sexual com alguém que conheceu pela internet? 1-() Não; 2-() Sim;	SEXNET() PSVNET()
49- Se sim: usou preservativo? 1-() Sim; 2-() Não	
50- Você já utilizou dispositivo móvel-celular (tinder, badoo, happn) para busca de parceiro sexual: 1-() Não; 2-() Sim	BUSCACEULAR () SEXCELULAR ()
51- Você já fez sexo com parceiro sexual que conheceu pelo celular (dispositivo móvel) ?	PSVCELULAR ()

1-()Não; 2-()Sim	
52- Se sim, frequência do uso do preservativo com estes parceiros advindos de dispositivo móvel? 1-()Sempre; 2-()As vezes; 3-()Nunca	
53- Em caso de homem, você já operou de fimose ou fez circuncisão?	FIMOSE()
1-() Não; 2-() Sim;	
54- Já contraiu algum tipo de IST (doença do mundo, venérea, doença que pega pelo sexo)?	RELATOIST ()
1-() Não; 2-()Sim	
55- Durante a sua vida, você já teve algum desses problemas na genitália (vagina, ânus, pênis)?	
56- a) Feridas? 1-() Não; 2-() Sim; Se sim, idade ultimo episódio:_____	
57- b) Pequenas bolhas? 1-() Não; 2-() Sim; Se sim, idade ultimo episódio:_____	FERI() BOLHAS() VERRUGA() CORR()
58- c) Verrugas? 1-() Não; 2-() Sim; Se sim, idade ultimo episódio:_____	
59- d) Corrimento pelo canal da urina? 1-() Não; 2-() Sim; Se sim, idade ultimo episódio:_____	
60- E nós últimos 12 meses, você já teve algum desses problemas na genitália (vagina, ânus, pênis)?	
61- a) Feridas? 1-() Não; 2-() Sim; Se sim, idade ultimo episódio:_____	
62- b) Pequenas bolhas? 1-() Não; 2-() Sim; Se sim, idade ultimo episódio:_____	FERI12() BOLHAS12() VERRUGA12() CORR12()
63- c) Verrugas? 1-() Não; 2-() Sim; Se sim, idade ultimo episódio:_____	
64- d) Corrimento pelo canal da urina? 1-() Não; 2-() Sim; Se sim, idade ultimo episódio:_____	
65- Você procurou tratamento em alguma unidade de saúde (quando apresentou IST ou corrimento ou ferida/úlceras)? 1- Não (); 2- Sim () caso não, o que fez para tratar?_____	TRATULC ()
66- Na última vez que você teve um desses problemas, recebeu alguma dessas orientações?	
67- 1) Usar regularmente preservativo 1-() Sim; 2-()Não;	
68- 2) Informar aos(as) parceiros(as) 1-() Sim; 2-()Não;	ORIENTPSV() ORIENTPARC() ORIENTHIV() ORIENTSIFILIS() ORIENTHEPAT()
69- 3) Fazer o teste de HIV 1-() Sim; 2-()Não;	
70- 4) Fazer o teste de sífilis 1-() Sim; 2-()Não;	
71- 5) Fazer os testes para as hepatites B e C 1-() Sim; 2-()Não;	
SEÇÃO IV – HÁBITOS E COSTUMES ASSOCIADOS AO USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS Vamos falar um pouco sobre hábitos e costumes	
72- Você fuma Tabaco/cigarro atualmente? 1-()Não; 2-() Sim;	
73- Se sim, quantos cigarros por dia?_____	fuma() nfuma()
74- Você já fumou Tabalho/cigarro? 1-()Não; 2-() Sim;	
75- Você já usou algum tipo de droga ilícita (proibida) na vida? 1-()Não; 2-() Sim;	
76- Se sim, qual(is)? 1-()Crack; 2-()Maconha; 3-()Cocaína;	droga() tipodroga()

4-() Droga injetável; 5-() Outra: Especifique: _____	
77- Em caso de uso de drogas: Com qual idade você começou a usar drogas? _____	idadroga()
78- Em caso de uso de drogas: Você fez uso de drogas nos últimos 12 meses? 1-() Não; 2-() Sim;	droga12()
79- Se sim, qual(is)? 1-() Crack; 2-() Maconha; 3-() Cocaína; 4-() Droga injetável; 5-() Outra: Especifique: _____	tipdroga12()
80- Em caso de uso de drogas: Com que frequência você fez uso de drogas nos últimos 12 meses? 1-() Todos os dias; 2-() 1x/ semana; 3-() 2x/ semana; 4-() 1x/ mês;	freqdroga12
81- Em caso de uso de cocaína: Você já compartilhou o canudo para o uso da cocaína em pó? 1-() Não; 2-() Sim	canudo()
82- Em caso de uso de drogas injetável: Você já se injetou com seringa/agulha que havia sido usada antes por outra pessoa? 1-() Não; 2-() Sim	compseringa()
83- Você já fez uso de bebida alcoólica na sua vida (cerveja, pinga)? 1-() Não; 2-() Sim	alcohol()
84- Você fez uso de álcool nos últimos 12 meses? 1-() Não; 2-() Sim,	alcohol12()
85- Se sim, com que frequência? 1-() Todos os dias; 2-() 1x/ semana; 3-() 2x/semana; 4-() 1x/mês;	freqalcohol12()
86- Alguma vez em sua vida você já usou anfetamina (são drogas estimulantes como bolinhas, rebites, medicamentos para emagrecer, ritalina, modafinil, ecstasy, etc.)? 1-() Não; 2-() Sim	anfeta()
87- Se sim, utilizou nos últimos 12 meses? 1-() Não; 2-() Sim;	anfeta12()
SEÇÃO V- AUDIT – TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL	
Instruções para preenchimento: a) escolha uma opção para cada pergunta e passe o número dela para a “caixinha” do lado direito;	
1- Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? 0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês 3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana	
2- Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar? 0 (1 a 2 doses) 1 (3 ou 4 doses) 2 (5 ou 6 doses) 3 (7 a 9 doses) 4 (10 ou mais doses)	
3- Com que frequência você toma “seis ou mais doses” em uma ocasião? 0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês 3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana	
4- Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar? 0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês 3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana	
5- Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida? 0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês 3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana	

6-	Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?	
0	Nunca	3 Duas a três vezes por semana
1	Uma vez por mês ou menos	4 Quatro ou mais vezes por semana
2	Duas a quatro vezes por mês	
7-	Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?	
0	Nunca	3 Duas a três vezes por semana
1	Uma vez por mês ou menos	4 Quatro ou mais vezes por semana
2	Duas a quatro vezes por mês	
8-	Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?	
0	Nunca	3 Duas a três vezes por semana
1	Uma vez por mês ou menos	4 Quatro ou mais vezes por semana
2	Duas a quatro vezes por mês	
9-	Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido ?	
0	Não	4 Sim, durante o último ano
1	Sim, mas não no último ano	
10-	Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?	
0	Não	4 Sim, durante o último ano
1	Sim, mas não no último ano	
TOTAL		
Nome do Entrevistador: _____		

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Baseado nas recomendações contidas na Resolução CNS nº466/2012)

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Infecção pelas hepatites virais, HIV/aids e sífilis em trabalhadores da construção civil, que tem como título: **Hepatites virais B e C, HIV/Aids e sífilis em trabalhadores da construção civil: características epidemiológicas e seus fatores preditores**, da aluna do curso de pós Graduação em Enfermagem (PPGENG), nível Mestrado, da Universidade Federal da Paraíba, Patrícia da Silva Araújo, sob a responsabilidade e orientação da Prof(a) Dr^a Ana Cristina de Oliveira e Silva.

Os objetivos do estudo são investigar a ocorrência das hepatites virais B e C, HIV/aids e sífilis em trabalhadores da construção civil que atuam no município de João Pessoa - Pb, descrever características que possam estar relacionadas aos fatores sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, etc) e de comportamento de risco (presença de tatuagem, piercings, realização de cirurgias, consumo de álcool e drogas, uso de preservativos, práticas sexuais, dentre outros) além de identificar os fatores que podem contribuir para ocorrência de infecção por hepatites B e C, HIV/aids e sífilis nessa população e o conhecimento sobre o assunto. Tais informações serão valiosas para elaboração de medidas educativas-preventivas que contribuirão para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores da construção civil.

A finalidade deste estudo é contribuir para o conhecimento do número de casos de hepatites B e C, HIV/aids e sífilis em trabalhadores da construção civil de João Pessoa - PB, através da realização de uma entrevista e exame (teste rápido) que possibilita o indivíduo ter acesso imediato ao resultado facilitando o encaminhamento ao tratamento e ao acompanhamento precoce, caso o teste seja positivo para alguma destas infecções.

Para o desenvolvimento deste estudo, será necessário que a pesquisadora e sua equipe de pesquisa façam algumas perguntas (entrevista) aos participantes voluntários e em seguida realizem exames para identificar hepatite B e C, HIV/Aids e sífilis. A entrevista (perguntas) terá duração média de 30 minutos e será realizada de forma individual, em local privativo, para garantia da privacidade e sigilo das informações declaradas pelos participantes; em seguida será realizado o exame (teste rápido), que para tanto será necessária a coleta de uma gota de sangue de sua polpa digital (ponta do dedo). Essa técnica será executada também pela pesquisadora e sua equipe de pesquisa, devidamente treinadas e capacitadas, e para tal, todo material utilizado para a coleta de sangue serão estéreis e descartáveis garantindo as medidas de prevenção de infecção no local da punção; informamos ainda que os testes citados serão totalmente gratuitos.

Assim, solicitamos a sua colaboração para participar de forma voluntária da entrevista e do teste acima descrito, bem como sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome e outros dados que possam lhe identificar serão mantidos em sigilo absoluto. Informamos que o estudo poderá lhe causar riscos mínimos, como desconforto por se sentir incomodado em responder algumas perguntas de sua intimidade, pelo tempo de duração da entrevista (em torno de 30 minutos), ou sentir-se constrangido ou receoso diante de um possível resultado positivo dos testes rápidos para as referidas infeções, além de um discreto desconforto físico, decorrente de punção da polpa digital da mão para obtenção de sangue para realização do teste rápido. Garantimos que a “furada” no dedo será com agulha apropriada e que causará discreta e passageira dor. Para minimizar esses riscos, será escolhido um local que considerar melhor e mais privado para

realização da entrevista; no que se refere ao teste as pesquisadoras adotarão técnicas que poderão aliviar a tensão e eventual dor local, garantindo ainda a habilidade das pesquisadoras e sua equipe para realização dos testes.

Esclarecemos que sua participação no estudo é totalmente voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum tipo de pressão, nem haverá qualquer modificação na sua relação de trabalho com seu empregador. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____ de _____ de _____


Impressão dactiloscópica

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Patrícia da Silva Araújo. Telefone: (83) 3235-7532 ou para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 32167964

APÊNDICE C
FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE RESULTADOS DE TESTES RÁPIDOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Data da coleta: ____/____/_____ Nome do participante: _____ Data de Nascimento: ____/____/_____ Sexo: ()M ()F
<u>TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE PARA HEPATITE B- HBsAg</u> Amostra: sangue total Nome do produto: VIKIA – HBsAg [BioMérieux Brasil] Método: Imunocromatografia Resultado do teste: () Amostra REAGENTE para o antígeno de superfície da Hepatite B () Amostra NÃO REAGENTE para o antígeno de superfície da Hepatite B
<u>TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPO PARA HEPATITE C</u> Amostra: sangue total Nome do produto: Imuno-Rápido HCV [WAMA] Método: Imunocromatografia Resultado do teste: () Amostra REAGENTE para o anticorpo para Hepatite C () Amostra NÃO REAGENTE para o anticorpo para Hepatite C
<u>TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA SÍFILIS</u> Amostra: sangue total Nome do produto: TR DPP® Sífilis [Bio-Manguinhos] Método: Imunocromatografia Resultado do teste: () Amostra REAGENTE para Sífilis () Amostra NÃO REAGENTE para Sífilis
<u>TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV</u> TESTE 1 : Nome do produto: Rapid Check HIV 1 & 2 Método: Imunocromatografia Resultado do teste: () Amostra NÃO REAGENTE para HIV () Amostra REAGENTE para HIV TESTE 2 (se realizado) : Nome do produto : BIO MANGUINHOS DPP HIV ½- Fluido oral Método: Imunocromatografia Resultado do teste: () Amostra NÃO REAGENTE para HIV () Amostra REAGENTE para HIV

APÊNDICE D
FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

Data: ____/____/____

Para:

Horários de atendimento:

Endereço:

Telefone:

Encaminhamos o Sr(a): _____

Para:

- ☐ Repetir sorologia para HIV- 1/2
- ☐ Realizar testagem para Hepatite C
- ☐ Realizar testagem para Sífilis

Exames realizados:

☐ **Testagem rápida para HIV:**

Teste 1: TR HIV –Bioeasy –SD Alere: _____

Teste 2 (se realizado):

TR DPP HIV 1/2 Fluido Oral (FO) – Bio-Manguinhos: _____

☐ **Testagem rápida para Hepatite C:**

Teste: Bioeasy – HCV: _____

☐ **Testagem rápida para Sífilis:**

Teste: Bioeasy – Sífilis: _____

Solicitamos avaliação clínica e conduta.

Atenciosamente,

Responsável.

ANEXOS

ANEXO A: Teste AUDIT



Programa de Prevenção ao Uso de Substâncias Lícitas
e Ilícitas - Viva Mais

Um drinque/dose= 12 g etanol
Cerveja (uma latinha): 330ml
Vinho (taça pequena): 140ml
Martini, vermute: 50ml
Pinga, vodka, uisque: 37ml

Teste para avaliação de consumo de bebidas alcoólicas
AUDIT

- 1 Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc.)?
 (0) Nunca (2) 2 a 4 vezes por mês (4) 4 ou mais vezes por semana
 (1) Uma vez por mês ou menos (3) 2 a 3 vezes por semana
2. Quantas doses, contendo álcool, você consome num dia em que normalmente bebe.*
 (1) 1 a 2 (3) 5 a 6 (5) 10 ou mais
 (2) 3 a 4 (4) 7 a 9
3. Com que frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?
 (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
 (1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente
4. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?
 (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
 (1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente
5. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você deixou de fazer algo ou atender a um compromisso devido ao uso de bebidas alcoólicas?
 (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
 (1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente
6. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?
 (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
 (1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente
7. Com que frequência você sentiu-se culpado ou com remorso depois de beber?
 (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
 (1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente
8. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você não conseguiu lembrar-se do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?
 (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
 (1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente
9. Você ou outra pessoa já se machucou devido a alguma bebedeira sua?
 (0) Nunca (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses
10. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse a quantidade?
 (0) Nunca (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses

ESCORE TOTAL

A soma de oito (8) ou mais pontos indica uso excessivo de bebida alcoólica, com alto risco para a saúde.

ANEXO B: Escala HIV K-Q

AS PERGUNTAS DESTE QUESTIONÁRIO SÃO SIGILOSAS, NÃO HÁ MENOR POSSIBILIDADE DE VOCÊ SER IDENTIFICADO. PORTANTO, CONTAMOS COM A SUA SINCERIDADE.

AS SUAS RESPOSTAS AJUDARÃO A ENTENDER MELHOR OS PROBLEMAS DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. TODAS AS AFIRMAÇÕES SÃO IMPORTANTES, POR ISSO, EVITE DEIXÁ-LAS EM BRANCO.

PARA CADA AFIRMAÇÃO, POR FAVOR FAÇA UM CÍRCULO EM VERDADEIRO (V), FALSO (F) OU NÃO SEI (NS). SE VOCÊ NÃO SOUBER A RESPOSTA, POR FAVOR, NÃO TENHA A DÍVIDA DE ADIVINHAR E MARQUE “NÃO SEI”.

	Item	Verdadeiro	Falso	Não Sei
1	HIV e AIDS são a mesma doença.	V	F	NS
2	Existe cura para AIDS.	V	F	NS
3	Uma pessoa pode pegar o HIV sentando-se no vaso sanitário	V	F	NS
4	Tosse e espirro NÃO transmitem o HIV	V	F	NS
5	O HIV pode ser transmitido por mosquitos.	V	F	NS
6	AIDS é causado pelo HIV.	V	F	NS
7	Uma pessoa pode pegar o HIV ao compartilhar um copo com uma pessoa com HIV.	V	F	NS
8	A água sanitária (clorofina) mata o HIV.	V	F	NS
9	É possível pegar o HIV quando uma pessoa faz uma tatuagem.	V	F	NS
10	Uma mulher grávida com HIV pode passar o vírus para o feto.	V	F	NS
11	Retirar o pênis antes de ejacular impedirá que o parceiro/parceira pegue o HIV.	V	F	NS
12	Uma pessoa pode pegar o HIV se fizer sexo anal com um homem.	V	F	NS
13	Tomar uma ducha ou lavar os órgãos genitais depois do sexo previne que a pessoa pegue o HIV.	V	F	NS
14	Comer alimentos saudáveis impedem que uma pessoa pegue o	V	F	NS

	HIV.			
15	Todas as mulheres grávidas com HIV terão bebês que nascerão com AIDS.	V	F	NS
16	Usar camisinha diminui a chance de uma pessoa pegar o HIV.	V	F	NS
17	Uma pessoa com HIV pode parecer e sentir-se saudável.	V	F	NS
18	As pessoas com HIV rapidamente mostram sérios sinais de estarem com o vírus.	V	F	NS
19	Uma pessoa pode estar com HIV por 5 anos ou mais sem ter AIDS.	V	F	NS
20	Existe uma vacina que impede as pessoas de pegarem o HIV.	V	F	NS
21	Existem medicamentos para o tratamento da AIDS.	V	F	NS
22	Mulheres são testadas para o HIV durante o exame preventivo do câncer (papanicolau).	V	F	NS
23	Uma pessoa <u>não pega</u> o HIV por praticar sexo oral (boca no pênis) em um homem com HIV.	V	F	NS
24	Uma pessoa pode pegar HIV ainda que faça sexo com outra pessoa uma única vez.	V	F	NS
25	É possível que uma pessoa pegue o HIV através de um beijo, quando se põe a língua na boca de um parceiro que está com HIV.	V	F	NS
26	Uma pessoa pode pegar o HIV ao doar sangue.	V	F	NS
27	Uma mulher não pega o HIV se fizer sexo durante a menstruação.	V	F	NS
28	Normalmente, é possível saber se alguém tem HIV apenas olhando para ela.	V	F	NS
29	Existe uma camisinha feminina que ajuda a diminuir as chances de uma mulher pegar o HIV.	V	F	NS
30	Uma pessoa NÃO pegará o HIV se estiver tomando antibióticos.	V	F	NS
31	Fazer sexo com mais de um parceiro aumenta as chances de se infectar com (pegar o) HIV.	V	F	NS
32	Fazer o teste para HIV uma semana depois de fazer sexo dirá se	V	F	NS

	uma pessoa tem HIV.			
33	Uma pessoa pode pegar HIV ao entrar em uma piscina ou banheira com alguém que tem HIV.	V	F	NS
34	Uma pessoa pode pegar HIV através do contato com saliva, lágrimas, suor, ou urina.	V	F	NS
35	Uma pessoa pode pegar o HIV através das secreções vaginais da mulher.	V	F	NS
36	Uma pessoa pode pegar o HIV se fizer sexo oral (boca na vagina) em uma mulher.	V	F	NS
37	Utilizar vaselina ou óleo de bebê na camisinha diminui a chance de pegar o HIV.	V	F	NS
38	A lavagem com água fria do material utilizado no uso de drogas mata o HIV.	V	F	NS
39	Se uma pessoa tiver um teste positivo para o HIV, o local onde o teste foi feito terá que avisar todos seus parceiros sexuais.	V	F	NS
40	Uma mulher pode pegar o HIV se fizer sexo vaginal com um homem que tem HIV.	V	F	NS
41	Pessoas que utilizam anabolizantes e esteroides injetáveis podem pegar HIV ao compartilhar as agulhas.	V	F	NS
42	Tomar banho após o sexo evita que a mulher pegue o HIV.	V	F	NS
43	Tomar vitaminas evita que uma pessoa pegue o HIV.	V	F	NS
MUITO OBRIGADO PELA SUA PACIÊNCIA E COLABORAÇÃO				

Respostas

- Verdadeiro = 4;6;8;9;10;12;16;17;19;21;24;29;31;35;36;40;41

-Falso = 1;2;3;5;7;11;13;14;15;18;20;22;23;25;26;27;28;30;32;33;34;37;38;39;42;43

ANEXO C: Normas para submissão REEUSP



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Orientações Básicas
- Categorias de Publicações
- Estratégias de Qualificação dos Manuscritos
- Estrutura e Preparo dos Manuscritos
- Modelos de Referências

Atualizado em

Fevereiro 12, 2019

Orientações Básicas

A REEUSP aceita artigos inéditos e originais. Utiliza o sistema CrossRef para localização de textos similares e identificação de plágio e autoplágio. Textos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação e os autores suspensos, a depender da gravidade e extensão da má conduta científica. Nesses casos, a Revista adota as orientações do *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

O conteúdo dos artigos deve agregar **conhecimento e representar um avanço** para a prática, o ensino ou a pesquisa em enfermagem e saúde.

Os manuscritos podem ser submetidos nos idiomas português, inglês e espanhol e destinados exclusivamente à REEUSP. Não é permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, parcial ou integralmente.

A revista utiliza a normalização dos "Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations/>).

Nas pesquisas envolvendo seres humanos é necessário o envio de cópia da aprovação por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. . Nas pesquisas envolvendo animais, exige-se a aprovação do Comitê de Ética no Uso de Animais.

Parecer do Comitê de Ética e a coleta de dados: máximo 5 anos.

O artigo deve ser submetido *online* no sistema *ScholarOne* (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta à Editora-chefe informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para a submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente às publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito para assumir a responsabilidade pelo seu conteúdo. O *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) recomenda que a autoria se baseie nos seguintes critérios: a) contribuições substanciais na concepção ou desenho do trabalho; b) na coleta, análise e interpretação dos dados; c) na redação do artigo ou na sua revisão crítica; d) na aprovação final da versão a ser publicada.

Todos aqueles designados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria. **O número máximo de autores é seis.**

Os autores devem colocar o nome por extenso, a contribuição detalhada de cada um dos autores, assinar e enviar a **Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais**, na submissão do manuscrito ([modelo anexo](#)).

Todos os autores devem associar o número de registro no ORCID ao seu perfil no *ScholarOne* e informá-lo na submissão (<https://orcid.org/>).

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a REEUSP adota a Licença *Creative Commons* Licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>).

Custos de publicação

Para autores no Brasil:

Taxa de Submissão/Editoração

Taxa de submissão: R\$ 200,00 (duzentos reais)

Taxa de editoração: R\$ 1.000,00 (mil reais)

As taxas deverão ser pagas através de transferências/depósitos bancários para:

Centro de Apoio à Escola de Enfermagem da USP (CEAP/EE)

CNPJ: 13.523.056/0001-72

Banco: Santander (033)

Agência: 0201

Conta: 13.004932-3

Para autores fora do Brasil:

Não será cobrada a taxa de submissão. Se o artigo for aceito, será cobrada uma Taxa de Editoração no valor de USD 500 dólares (quinhentos dólares).

As despesas bancárias são de responsabilidade dos autores.

DÓLAR (USD – code 220)

Banco Correspondente: Standard Chartered Bank – New York – USA

SWIFT (BIC CODE): SCBLUS33XXX

Clearing Code: ABA 026002561 / CHIPS UID 0256

Número da conta: 3544034644001

Nota: Os dados do Banco Correspondente nem sempre são requisitados pelo banco.

Banco Beneficiário: Banco Santander (Brasil) S.A.

SWIFT (BIC CODE): BSCHBRSP

Nome do Beneficiário – Centro de Apoio à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEAP-EE),

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 1º andar, São Paulo – Brazil

Número da agência: 0201

Número da conta (ou IBAN): BR63 9040 0888 0020 1013 0049 323C 1

Ao submeter o manuscrito no *ScholarOne* o comprovante da transferência ou do depósito (escaneado) deverá ser anexado em File Upload: Payment Proof.

Após o pagamento e a finalização da submissão, preencha os dados no link para emissão de recibo.

<https://goo.gl/forms/DWTV8f2IVDzm1gQ43>

A taxa de submissão não será devolvida se o manuscrito não for aceito para publicação.

Tradução e revisão: Quando o artigo for aprovado para publicação, a tradução para o idioma inglês deverá ser providenciada de acordo com as orientações da Revista.

Os manuscritos aprovados, submetidos em inglês ou espanhol deverão passar por uma revisão profissional do idioma.

O custo da tradução e eventual revisão é de responsabilidade dos autores.

Categorias de Publicações

Artigo original: resultado de pesquisa primária, com metodologia rigorosa, clara, discussão aprofundada e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Revisão sistemática com ou sem meta-análise ou metassíntese: análise de estudos primários, quantitativos ou qualitativos, tendo por finalidade a busca de evidências. Limitada a 25 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Estudo teórico: análise de teorias ou métodos que sustentam a ciência da enfermagem ou de áreas correlatas que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, quadros, figuras e referências).

Relato de experiência profissional: estudo de situação de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas, contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada para a avaliação da eficácia de um procedimento ou estratégia. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Carta à Editora ao Editor: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado. Limitado a uma página.

Editorial e Ponto de Vista: Usualmente são convidados pelo editor. Não são submetidos à revisão por pares e nem é cobrada a taxa de publicação.

Estratégias de Qualificação dos Manuscritos

Relações que podem estabelecer **conflito de interesse**, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

A REEUSP adota como estratégias de qualificação para a publicação de estudos de pesquisa, tais como as da *Organização Mundial da Saúde* (OMS), *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research* (EQUATOR network). Tais estratégias constituem recursos que favorecem o potencial de publicação e sua utilização em referências em pesquisas. A seguir, apresentam-se alguns protocolos internacionais validados a serem utilizados conforme o desenho da pesquisa:

Ensaio clínico: CONSORT <http://www.consort-statement.org/downloads> e identificação de Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve constar no final do resumo.

Revisões sistemáticas e meta-análises: PRISMA <http://www.prisma-statement.org/2.1.2%20-%20PRISMA%202009%20Checklist.pdf> Apresentar, sempre que possível, o método de concordância adotado para a análise dos artigos incluídos, por ex., Kappa.

Estudos observacionais em epidemiologia: STROBE http://stroke-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf

Estudos qualitativos: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

OBS: protocolos de outros tipos de estudos são encontrados na rede EQUATOR <http://www.equator-network.org/> e no artigo de Larson E, Cortazal M.

Publication guidelines: need widespread adoption. Journal of Clinical Epidemiology. 2012;65:239-246.

Estrutura e Preparo dos Manuscritos

Formato do arquivo: doc ou docx (MS Word).

Texto: ortografia oficial em folhas A4; espaço entrelinhas de 1,5; fonte Times New Roman, tamanho 12, inclusive nas tabelas. As margens superiores, inferiores e laterais devem ter 2,5 cm.

Página de título (deve conter):

Título: máximo de 16 palavras, somente no idioma do artigo, em negrito, utilizando caixa alta somente no início do título e substantivos próprios. Não devem ser usadas abreviaturas, siglas ou a localização geográfica da pesquisa. O título é a parte mais lida e divulgada de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Deve ser claro, exato e atraente.

Nomes dos autores: completos e sem abreviações, numerados em algarismos arábicos, com as instituições às quais pertencem, o local, o estado e o país. O autor deve seguir a forma como seu nome é indexado nas bases de dados e inserir o número de registro ORCID no cadastro do *ScholarOne*.

Instituições: até três hierarquias institucionais de afiliação (Universidade, Faculdade, Departamento).

Autor correspondente: indicação do nome, endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail.

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada.

Resumo: somente no idioma do artigo, até 1290 caracteres com espaço. Deve ser estruturado em: **objetivo, método, resultados e conclusão**. Exceção para os **estudos teóricos**. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro no final do resumo.

Descritores: três a seis descritores que identifiquem a temática, acompanhando o idioma do resumo português (descritores), inglês (descriptors) ou espanhol (descriptores); separados entre si por ponto e vírgula; extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (Medical Subject Headings),

elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

Documento principal (*Main Document*):

Deve conter o título, o resumo, os descritores e o corpo do manuscrito. Não coloque a identificação dos autores.

Conteúdo do texto: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, apresentados em tópicos distintos. Os **Objetivos** devem ser inseridos no final da Introdução.

Introdução: Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: Estabelecer a questão principal e as hipóteses a serem testadas.

Método: Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou Desenho do estudo; População ou Cenário; Critérios de seleção; Definição da amostra (se for o caso); Coleta de dados; Análise e tratamento dos dados; Aspectos éticos.

Resultados: Apresentação e descrição somente dos dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Para facilitar a compreensão, podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar ou destacar o que é mais importante, sem repetir os dados das tabelas ou das figuras. O número de participantes da pesquisa faz parte dos Resultados.

Discussão: Deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas, nacionais e internacionais. Deve apontar as limitações do estudo e os avanços para a área da enfermagem/saúde.

Conclusão: Deve ser direta, clara e objetiva, em resposta às hipóteses ou aos objetivos, fundamentada nos resultados e na discussão. Não citar referências.

Referências: máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, a depender da busca e da seleção de inclusão dos estudos). Seguir a proporcionalidade de 80% de artigos de periódicos, no mínimo metade deles indexados em bases de dados internacionais. Permite-se 15% de autocitação dentre os citáveis.

Citações de referências no texto: enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto

os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4); quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

Citações de referências no final do texto: estilo "Vancouver", disponível no endereço eletrônico (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. Os títulos dos periódicos abreviados de acordo com: List of Journals Indexed for MEDLINE (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>).

Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (dos últimos 5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP e de outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma inglês.

Depoimentos: Frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados em itálico. Sua identificação deve ser codificada a critério do autor e entre parênteses.

Citações textuais: devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

Ilustrações: no máximo cinco entre Tabelas, Quadros e Figuras, devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto, com informações não repetidas e com títulos informativos e claros. Nas Tabelas, os títulos devem conter o local, a sigla do estado, o país e o ano da coleta de dados.

Gráficos, fluxogramas ou similares, devem ser preferencialmente editáveis, em formato vetorial. Fotos, imagens, ou similares devem ter resolução final de 300 DPI. Ambos podem ser coloridos e devem ser legíveis.

Quando não elaboradas pelos autores, todas as ilustrações devem indicar a fonte de onde foram extraídas.

Apoio financeiro: : Informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios. A informação deve constar na página de título e no sistema de submissão.

Siglas: Restrita ao mínimo possível. Devem ser citadas por extenso na primeira vez que aparecerem no texto; não usar em título e resumo.

Modelos de Referências

EXEMPLOS DE CITAÇÕES DE REFERÊNCIAS CONFORME O TIPO DE DOCUMENTO

Periódicos

Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. AORN J. 2010;92(2):236-41.

Artigo com mais de seis autores (citar os seis primeiros, seguidos de et al.)

MacNeela P, Clinton G, Place C, Scott A, Treacy P, Hyde A, et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. J Adv Nurs. 2010;66(6):1297-307.

Artigo cujo autor é uma organização

American Diabetes Association. Diabetes update. Nursing. 2003;Suppl:19-20,24.

Artigo com múltiplas organizações como autor

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004;104(6):984-1001.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, Haffner S, Ratner R, Marcovina S, et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. Ann Intern Med. 2005;142(8):611-9.

Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. Rev Esc Enferm USP. 2001;45(4):898-904.

Artigo sem indicação de autoria

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. Health News. 2005;11(4):11.

Artigo num volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2:S190-8.

Artigo num fascículo com suplemento

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Technology and safe medication administration. J

Infus Nurs. 2005;28(2 Suppl):37-41.

Artigo num volume publicado em partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. Int J Psychoanal. 2002;83 Pt 2:491-5.

Artigo num fascículo publicado em partes

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

Artigo num fascículo sem volume

Tom Dwyer AMC. A pesquisa da sociabilidade on-line: três gerações de estudos. Rev USP. 2012;(92):100-13.

Artigo num número especial

Salveti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF. Disability related to chronic low back pain prevalence and associated factors. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(n.esp):16-23.

Artigo com paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. Bioethics. 2002;16(2):iii-v.

Artigo com publicação de errata

Altizer L. Strains and sprains. Orthop Nurs. 2003;22(6):404-11. Erratum in: Orthop Nurs. 2004;23(1):38.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Chen SL, Lee WL, Liang T, Liao IC. Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. J Adv Nurs. 2014 Feb 10. [Epub ahead of print]

Artigo provido de DOI

Loro MM, Zeitoune RCG. Collective strategy for facing occupational risks of a nursing team. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2015027403205>

Livros

Livro padrão com autor pessoal

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

Organizador, editor, coordenador como autor

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Instituição como autor

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2009.

World Health Organization. State of inequality: childhood immunization. Geneva: WHO; 2016.

Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra (adaptado)

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

Capítulo de livro, cujo autor é um colaborador

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Documentos eletrônicos

Artigo de periódico

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 28];45(5):1083-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf

Livro na íntegra

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's online [Internet]. 16th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Capítulo de livro

Loizzo F, Menthonnex E, Menthonnex P, Filipack VA. A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM). In: Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS, organizadores. Manual de regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU [Internet]. Florianópolis; c1999 [citado 2008 nov. 7]. Disponível em: http://www.neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf

Instituição como autor

World Health Organization. State of inequality: childhood immunization [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2018 Apr 17]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252541/9789241511735-eng.pdf>

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

Literatura cinzenta: Devem ser evitadas citações de documentos não indexados e de difícil acesso à comunidade científica (exceto as imprescindíveis), consideradas como literatura cinzenta. É classificada como literatura cinzenta documentos oficiais, os livros, teses, manuais, legislação, normas etc.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Revista da Escola de Enfermagem da USP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05403-000 - São Paulo - SP - Brasil
Tel. /Fax: +55 11 3061-7553

nursingscholar@usp.br

ANEXO D: Normas de submissão da ACTA Paulista de Enfermagem

**INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

- Escopo e política
- Avaliação dos manuscritos
- Objetivos
- Forma e preparação de manuscritos
- Preparando um manuscrito para submissão
- Envio de manuscritos

Escopo e política

Os manuscritos podem ser submetidos em português ou inglês. Nos casos dos manuscritos redigidos em inglês, também será solicitada a tradução, neste caso para a língua portuguesa, da versão final aprovada. A publicação será realizada em inglês.

O manuscrito submetido à análise da Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido publicado ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. A veracidade das informações e das citações bibliográficas é de responsabilidade exclusiva dos autores. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o artigo será desconsiderado.

A Acta segue o *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do <http://publicationethics.org/>

Avaliação dos manuscritos

A plataforma de submissão *on-line* da Acta Paulista de Enfermagem chama-se *ScholarOne*, que é um sistema completo de gerenciamento de fluxo de trabalho para revistas científicas, o qual gerencia a submissão, a revisão por pares, a produção e o processo de publicação de forma mais eficiente proporcionando a informação inteligente para ajudar a tomar decisões estratégicas.

O escritório editorial recebe e confere toda a documentação

apresentada na submissão *on-line*. Os casos de não conformidade são devolvidos ao autor correspondente para adequação.

O escritório editorial encaminha para o editor chefe os manuscritos que atendem as instruções aos autores para a primeira decisão editorial que pode ser: continuar o processo de avaliação, solicitar revisões maiores ou rejeitar. Se, a critério do editor chefe, o manuscrito é atual e apresenta contribuição ao conhecimento, mas, necessita de revisões maiores, é devolvido aos autores com prazo para apresentação de nova versão.

Os manuscritos que vão continuar no processo de avaliação são encaminhados na plataforma de submissão para um dos editores associados. O editor associado analisa o manuscrito e pode sugerir ao editor chefe a sua rejeição ou, se for o caso, indicar consultores ad hoc da área do artigo para a análise.

O editor associado recebe a análise dos consultores ad hoc, faz a apreciação crítica com base nos pareceres dos consultores e emite parecer recomendando ao editor chefe o aceite, ou correções menores ou a rejeição do manuscrito.

O editor chefe toma a decisão editorial e os manuscritos recomendados para publicação pelos editores associados são encaminhados para análise do editor técnico. Após o parecer do editor técnico, o editor chefe toma a decisão editorial final, encaminha para o autor correspondente e solicita a tradução para a língua inglesa ou portuguesa, se for o caso, no prazo de sete dias com certificação.

A Acta apresenta um corpo de tradutores credenciados, que, além da competência técnica, possuem enfermeiros em seu corpo de tradutores, fornecendo o certificado de tradução, sem o qual o artigo não poderá ser publicado. O mesmo ocorre para a língua portuguesa.

Os manuscritos aceitos para publicação passam a ser chamados de artigos e entram em produção editorial.

Quando o seu artigo estiver aceito e em processo de produção: pode comemorar!

Os artigos aceitos passam para a produção, sendo editados e diagramados.

Objetivo

Publicar resultados de pesquisas originais para o avanço das práticas de enfermagem clínica, cirúrgica, gerencial, ensino, pesquisa e tecnologia da informação e comunicação.

Forma e preparação de manuscritos

Antes de submeter um artigo para a Acta Paulista de Enfermagem, por favor, leia atentamente as instruções e consulte os **Padrões de Editoração** no *link*: http://www.scielo.br/revistas/ape/ape_Padrees-de-Editoracao.pdf.

Preparando um manuscrito para submissão

Lembramos aos autores a importância da aplicação correta das regras de ortografia e gramática na redação. Os manuscritos podem ser rejeitados imediatamente após a submissão quando não atendem a essas normas. Sugerimos que os manuscritos sejam encaminhados para profissional especializado para revisão de português antes da primeira submissão.

Salientamos que plágio acadêmico em qualquer nível é crime, fere a legislação brasileira no artigo 184 do Código Penal e no artigo 7º parágrafo terceiro da lei 9.610-98 que regulamenta o direito autoral, constituindo-se, assim, matéria cível e penal.

A conduta editorial para o caso de plágio detectado segue as orientações do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics* (COPE) <http://publicationethics.org/>

Os manuscritos submetidos são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo a opinião dos Editores da revista.

1. Documentos para a submissão *on-line*

- a. Carta de Apresentação (*cover letter*) - nesta carta o autor deve explicar ao Editor porque o seu artigo deve ser publicado na Acta Paul Enferm. e qual a contribuição ao conhecimento dos resultados apresentados no artigo e a sua aplicabilidade prática;
- b. Autorização para publicação e transferência dos direitos autorais à revista, assinada por todos autores e endereçada ao editor-chefe, conforme Modelo;
- c. Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas no Brasil, conforme o capítulo XII.2 da Res. CNS nº 466/2012, devem apresentar a documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e/ou CONEP, quando for o caso. Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas em outros países devem apresentar a documentação ética local;
- d. Comprovante do pagamento da taxa de submissão (*payment voucher*);

- e. Manuscrito (vide abaixo Documento Principal);
- f. Página de Título (veja no item 2 o que deve conter a página de título).

2. Página de Título (Title Page) deve conter:

- O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português ou inglês. Não usar caixa alta no título;
- Os nomes completos e sem abreviações dos, no máximo, oito autores e as Instituições às quais pertencem (obrigatório);
- As especificações sobre quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo conforme os critérios de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:
 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas;
- Agradecimentos: os autores devem agradecer todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também podem ser agradecidos, incluindo a origem (cidade, estado e país). No caso das agências de fomento, pode-se discriminar qual dos autores recebeu, por exemplo, bolsa de produtividade em pesquisa ou bolsa de mestrado, etc. da seguinte forma: ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa nível 1A para AB Exemplo); à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de mestrado para AB Exemplo2). No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.
- Conflitos de interesse: os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes;
- Ensaios clínicos: artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos desenvolvidos no Brasil, devem apresentar comprovante de registro da pesquisa clínica ou comprovante de submissão na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>.

Para casos anteriores a data de publicação da RDC 36, de 27 de junho de 2012 da Agência de Vigilância Sanitária, ou para estudos desenvolvidos em outros países, serão aceitos comprovantes de registro em outras plataformas da Internacional *Clinical Trials Registration Platform* (ICTRP/OMS);

- Indicação do nome completo do Autor correspondente, seu endereço institucional e *e-mail*.
- Incluir o ID Orcid de todos os autores.

3. Documento Principal (*Main Document*)

Deve conter o título, o resumo com descritores e o corpo do manuscrito (não coloque qualquer identificação dos autores).

3.1 Título

O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português ou inglês. Não usar caixa alta no título.

O título é a parte mais lida e divulgada de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Deve ser claro, exato e atraente. Os autores devem incluir no título as informações que permitirão a recuperação eletrônica sensível e específica do artigo. Por isso, utilize o principal descritor como núcleo frasal.

O título não deve conter: abreviações, fórmulas, adjetivos excessivos, cidades, símbolos, datas, gírias, imprecisões e palavras dúbias, significado obscuro e palavras supérfluas (considerações sobre, contribuição ao estudo de, contribuição para o conhecimento de, estudo da, investigação de, subsídios para e etc..).

3.2 Resumo

O resumo, segundo o dicionário Houaiss, é uma apresentação abreviada de um texto. Deve fornecer o contexto ou a base para o estudo, procedimentos básicos, principais resultados, conclusões, de forma a enfatizar aspectos novos e importantes do estudo. É a parte mais lida do artigo científico depois do título. O intuito do resumo é facilitar a comunicação com o leitor.

Prepare o resumo no mesmo idioma do seu manuscrito com, no máximo, 250 palavras e estruturado da seguinte forma:

- **Objetivo:** estabelecer a questão principal e/ou hipóteses a serem testadas;
- **Métodos:** descrever o desenho do estudo, população e procedimentos básicos;
- **Resultados:** descrever o resultado principal em uma frase concisa. Deve ser o mais descritivo possível. Níveis de significância estatística e intervalo de

- confiança somente quando apropriado;
- **Conclusão:** frase simples e direta em resposta ao objetivo estabelecido e baseada exclusivamente nos resultados apontados no resumo.
- Cinco **descritores** em Ciências da Saúde que representem o trabalho conforme o DECS (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderão ser consultados, como lista suplementar, quando necessário ou MeSH
Keywords <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

3.3 Corpo do manuscrito

A Acta aderiu à iniciativa do ICMJE e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas, visando não só aumentar o potencial de publicação como também a divulgação internacional dos artigos e, portanto, devem ser utilizadas as seguintes guias internacionais:

Estudos/Ensaio	Guias Internacionais
Ensaio clínico randomizado	<u>CONSORT</u>
Revisões sistemáticas e metanálises Revisão integrativa	<u>PRISMA</u>
Estudos observacionais em epidemiologia	<u>STROBE</u>
Estudos qualitativos*	<u>COREQ*</u>

**Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups (published in the Int. Journal for Quality in Health Care, 2007).*

O corpo do texto do manuscrito deverá conter parágrafos distintos com **Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos e Referências**. Siga os **padrões de editoração** da Acta. Acesse o [link](#).

- A **introdução** deve apresentar a fundamentação teórica sobre o objeto de estudo. A finalidade da introdução é enunciar com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, finalidade e aplicabilidade da contribuição ao conhecimento pretendida. Não mais do que quatro citações devem ser utilizadas para apoiar uma única idéia. Evite a citação de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução. Lembre-se de que para cada objetivo deverá haver uma conclusão.
- **Métodos** - descreve como a pesquisa foi realizada, a

lógica do raciocínio do autor na ordenação dos procedimentos e técnicas utilizadas para a obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem estar declarados. Estruture Métodos da seguinte forma: tipo de desenho de pesquisa, local, população (explicitando os critérios de seleção), cálculo do tamanho da amostra, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), coleta e análise de dados.

- **Resultados** - descrição do que foi obtido na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).

As Tabelas, Gráficos e Figuras, no **máximo** de três, **obrigatoriamente**, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo, sempre em formato original. Use esses recursos quando eles expressarem mais do que pode ser feito por palavras na mesma quantidade de espaço. Consulte os padrões de editoração da Acta.

- **Discussão** - apresenta a apreciação crítica do autor, os novos e importantes aspectos do estudo e a explicação sobre o significado dos resultados obtidos e as suas limitações, relacionando-as com outros estudos. A linguagem obedece a estilo crítico e o verbo aparece no passado. A essência da discussão é a interpretação dos resultados obtidos e a sua relação com o conhecimento existente, de forma a chegar-se a uma conclusão. Comece a discussão explicitando os limites dos resultados, lembrando que o limite é dado pelo método escolhido. No segundo parágrafo explicita a contribuição dos resultados deste estudo e a aplicabilidade.
- **Conclusão** - escrita em frase clara, simples e direta demonstrando o cumprimento do objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada um. Nenhum outro comentário deve ser incluído na conclusão.
- **Referências** - As referências dos documentos impressos e/ou eletrônicos deverão seguir o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, disponíveis no endereço eletrônico www.icmje.org. O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus* e *International Nursing Index*. Considere que as referências concorrem para convencer o leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados. Quando adequadamente escolhidas, dão credibilidade ao relato. Só devem ser citadas as referências de periódicos científicos indexados em bases de dados internacionais, que foram consultadas na íntegra pelo

autor e que tenham relação direta, relevante, com o assunto abordado. Não incluir na lista referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor como teses e dissertações, trabalhos de conclusão de curso e outras fontes inacessíveis (apostilas, anais, etc.) ou obras de reduzida expressão científica. Considere sempre a atualidade da referência, pois a citação de obras recentes, isto é, com menos de cinco anos, é essencial em artigos originais.

- No texto, as citações devem ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescritos e sem menção do nome dos autores;
- As Referências devem vir numeradas, na ordem da citação no texto, e aquelas que se referem a artigos com o texto completo em português ou outra língua, que não o inglês, as referências deverão ter o título em inglês, entre colchetes, com a indicação da língua do texto no final da referência, conforme exemplos abaixo. Todas as referências devem ser apresentadas sem negrito, itálico ou grifo;
- Confira cuidadosamente as referências, é obrigatório que os leitores consigam consultar o material referenciado no original, por isso, não use publicações isoladas nem materiais de suporte (dicionários, estatística, e outros). Por favor, não inclua mais de 35 referências primárias e atualizadas (menos de cinco anos).

Documentos em formato impresso

Documentos em formato eletrônico

Envio de manuscritos

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://mc04.manuscriptcentral.com/ape-scielo>

Acta Paulista de Enfermagem

Endereço: Rua Napoleão de Barros, 754, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil. CEP: 04024-002

Tel.: + 55 11 5576-4430 Ramais 2589/2590

Email: ape@unifesp.br

Site: <http://www.unifesp.br/acta/>

Home Page: <http://www.unifesp.br/acta/>

Facebook: www.facebook.com/actapaulistadeenfermagem

Twitter: [@ActaPaulEnferm](https://twitter.com/ActaPaulEnferm)

Taxa de submissão: R\$ 350,00

OBS: No caso de rejeição, a taxa de submissão não será devolvida.

Taxa de edição: R\$ 1600,00

OBS: A taxa de edição deve ser paga após o recebimento do email de aceite enviado pelo Editor-Chefe.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**Rua Napoleão de Barros, 754 Vila Clementino
04024-002 São Paulo SP Brasil
Tel. : + 55 11 5576-4430- Ramais 2589/2590**

 e-Mail

ape@unifesp.br