

## Attachment 5: Brazil Risk Factor Assessment Portuguese

REDSIII DF Objetivo D

### Caracterização do risco de aquisição do HIV e prognóstico do HIV em população brasileira de portadores de Doença Falciforme (DF)

2014 (Português)

O tempo estimado para de coleta desta carga de informação pública é em média 45 minutos por resposta, incluindo o tempo para revisar as instruções, buscar informações existentes, coleta e manutenção dos dados necessários e para completar e rever a coleta de informações. Uma agência não poderá realizar ou patrocinar, e uma pessoa não é obrigada a responder, um conjunto de informações, a menos que exiba um número de controle OMB válido. Envie comentários sobre esta estimativa de tempo ou qualquer outro aspecto desta coleta de informações, incluindo sugestões para reduzir esta carga, para: NIH, Projeto Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, à atenção de PRA (OMB número aqui). Não devolva o formulário preenchido para este endereço.

**OMB Number: 0925-XXXX**

**Expiration Date: XX/XX/XXXX**

#### SEÇÃO A – DADOS DO ESTUDO

Esta seção será completada pelo assistente de pesquisa ou outro funcionário da pesquisa.

A1. Identificação do estudo

\_\_\_\_\_

A2. Identificação do Hemocentro

\_\_\_\_\_

A3. Anote se o participante for caso ou controle

\_\_\_\_\_ Caso

\_\_\_\_\_ Controle

A4. Hemocentro (Escolha um)

31 HEMOPE - Pernambuco

32 FPS - Sao Paulo

33 HEMOMINAS - Minas Gerais

35 Hemominas – Juiz de Fora

36 Hemominas – Montes Claros

34 HEMORIO-Rio de Janeiro

A5. Mês de entrevista (Escolha um)

01 Janeiro

02 Fevereiro

03 Março

- 04 Abril
- 05 Maio
- 06 Junho
- 07 Julho
- 08 Agosto
- 09 Setembro
- 10 Outubro
- 11 Novembro
- 12 Dezembro

A6. Ano de entrevista (por favor, insira quatro dígitos)

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ aaaa

A7. Iniciais do assistente de pesquisa: \_\_\_\_

A8. Participante do estudo é alfabetizado? (Escolha um)

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

Se o participante do estudo não estiver sentado à frente do computador até o momento, peça a ele (a) para se sentar e colocar os fones de ouvido agora.

#### SEÇÃO B – DADOS DEMOGRÁFICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética no Brasil e nos Estados Unidos. Este estudo também foi aprovado pelo Departamento de Administração e Finanças (OMB): XXXXX, data de expiração da OMB: XXXXX .

Nós estamos te perguntando essas questões para compreender se o risco de aquisição do HIV em pessoas portadoras de Doença Falciforme é diferente do risco de pessoas que não são falciformes. Nós faremos várias perguntas de cunho pessoal. Por favor, responda às perguntas da forma mais sincera que puder. Nós não divulgaremos as suas respostas a ninguém. Quando analisarmos as questões, as suas respostas serão agrupadas juntamente às respostas dos outros participantes. Isto significa que quem ler os resultados deste estudo verá as respostas do grupo todo, e não as suas respostas individualmente.

Nesta primeira seção, o assistente de pesquisa demonstrará como usar o computador para responder às questões. Depois que o assistente ajudá-lo a terminar esta seção, você será deixado a sós para completar o questionário de forma privada. Se você tiver alguma dúvida ou estiver confuso, por favor peça ajuda.

**B1. Qual o seu gênero?**

- 1 Masculino
- 2 Feminino
- 3 Transgênero
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

**B2. Qual o seu ano de nascimento?**

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

- 9997 Não sei
- 9998 Não quero responder

**B3. Qual o seu mês de nascimento? (Escolha um)**

- \_\_\_ Janeiro
- \_\_\_ Fevereiro
- \_\_\_ Março
- \_\_\_ Abril
- \_\_\_ Maio
- \_\_\_ Junho
- \_\_\_ Julho
- \_\_\_ Agosto
- \_\_\_ Setembro
- \_\_\_ Outubro
- \_\_\_ Novembro
- \_\_\_ Dezembro
- \_\_\_ Não sei
- \_\_\_ Não quero responder

**B4. Qual o seu dia de nascimento?**

- \_\_\_
- 97 Não sei
- 98 Não quero responder

**B5a. Qual a sua nacionalidade? (Escolha uma)**

- 1 Brasileira
- 2 Outra
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

*Se B5a não for igual a 2, então pule para a instrução antes de B6.*

B5b. Por favor, especifique o seu país de nascimento.

-----

-----

De agora em diante, você será deixado a sós para responder às questões em privacidade. Por favor, se tiver alguma dúvida chame o assistente de pesquisa para ajudá-lo (a).

**B6. Qual a sua raça ou etnia? (Escolha uma)**

- 1 Caucasiana
- 2 Negra
- 3 Amarela
- 4 Mulata
- 5 Indiana
- 6 Outra
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

*Se B6a não for igual a 6, então pule para a instrução antes de B7.*

B6b. Por favor, descreva a sua raça ou etnia:

-----

**B7. Qual o seu estado civil? (Escolha um)**

- 1 Solteiro (a).
- 2 Amasiado (a).
- 3 Casado (a).
- 4 Divorciado (a).
- 5 Viúvo (a).
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

**Se B7 não for igual a 2 ou 3, então pule para B9.**

B8. Se você é casado (a) ou mora com algum (a) parceiro (a), essa pessoa é do sexo:

- 1 Masculino
- 2 Feminino
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

**B9. Qual o seu nível de educação? (Escolha um)**

- 00 Primário incompleto
- 01 Primário completo
- 02 Ensino médio
- 03 Curso profissionalizante
- 04 Curso técnico
- 05 Superior completo
- 06 Mestrado
- 07 Doutorado
- 97 Não sei
- 98 Não quero responder

**B10 Qual a sua profissão? (Atual e anterior. Se você já teve mais de uma profissão, escolha aquela que exerceu por mais tempo).**

- ( ) Nunca trabalhei/ Não tenho profissão
- ( ) Dona de casa/ Proprietário (a) (organização, limpeza, cozinha, compras para a casa)
- ( ) Negócios/ tecnologia da informação/ programação/ finanças/ contador (a)
- ( ) Ciências da Saúde (biotecnologia, biologista, fisioterapeuta, químico (a), psicólogo (a), epidemiologista, assistente social)
- ( ) Educação (professor, assistente de classe, diretor)
- ( ) Artes / entretenimento (artista, designer, cantor (a), dançarino (a), escritor (a), televisão e radio, fotógrafo (a))
- ( ) Saúde (Médico (a), dentista, enfermeiro (a), cuidador (a), assistente de dentista, flebotomista, técnico (a) de laboratório)
- ( ) Militar ou serviços de proteção (policial, bombeiro, detetive, segurança)
- ( ) Alimentação e serviços relacionados (cozinheiro (a), garçom, garçonete, bartenders, lavador (a) de pratos)

- Construção ou limpeza e manutenção (limpeza de casa, zelador, jardineiro)
- Cuidado pessoal (cabeleireiro (a), manicure, pedicuro)
- Vendas (caixa, corretor (a), vendas em geral)
- Escritório e administração (advogado (a), secretário (a), administrador (a), recepcionista)
- Agricultura (agricultor, pescador)
- Construção ou manutenção (reparos de casas/ estradas/ escritórios, mecânico, encanador)
- Transporte (motorista de ônibus ou taxi, motoboy)
- Outros

Especifique se outra profissão: \_\_\_\_\_

**B11 Qual a renda mensal média da sua família?**

- Menos que R\$ 700,00
- Entre R\$ 701,00 e R\$ 1.400,00
- Entre 1.401,00 e R\$3.000,00
- Entre R\$ 3.001,00 e R\$ 6.000,00
- Mais que R\$ 6.000,00
- Desconhecida
- Não quero responder

Seção C- Teste de HIV prévio

C1.

Questões direcionadas aos casos: **Você já foi testado antes para HIV por alguma outra razão que não o seu seguimento habitual da Doença Falciforme?**

Questões direcionadas aos controles: **Você já foi testado para HIV?**

- 0 Não **Pule para C2**
- 1 Sim
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

**C1a. Qual foi a razão para o teste de HIV? (Escolha uma opção)**

- 1 Pré-natal
- 2 Para o seguro-saúde
- 4 Eu queria saber se tinha HIV
- 5 Outro
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

**Se C5a não for igual a 5, então pule para C2.**

C1b. Por favor, especifique a razão para o teste:

---

**C2. Você já fez teste de HIV em algum outro lugar fora do hemocentro?**

- 0 Não **Pule para a instrução antes de D1**
- 1 Sim
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

**C2a. Em qual lugar fora do hemocentro você fez o teste de HIV? (Anotar todos que são válidos)**

- 1 Laboratório particular
- 2 Posto de saúde
- 3 Hospital
- 4 Laboratório público
- 5 Outro local de teste
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

**Se C2a não for igual a 5, então pule para as instruções antes de D1.**

C2b. Por favor, especifique o outro local de teste.

---

## Seção D – Comportamento sexual

Esta seção do questionário contém questões relacionadas a sexo. Nós compreendemos que essas perguntas são pessoais e difíceis de serem respondidas. Por favor, lembre-se que as perguntas fazem parte de um questionário de pesquisa científica. Este formulário não contém o seu nome (somente um código), então mesmo que alguém veja as suas respostas no formulário, não conseguirá saber que elas são relacionadas a você. Por favor, responda a essas questões da forma mais honesta que conseguir.

### D1. Qual a sua opção sexual? (Escolha uma)

- 1 Heterossexual
- 2 Bissexual
- 3 Gay/homossexual
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

Esta próxima seção de perguntas é a respeito de experiências que você já teve. Enquanto algumas pessoas já tiveram muitas experiências sexuais, outras não as tiveram, então as perguntas podem ou não se aplicar a você.

Quando contar o número de pessoas que você já teve relação sexual, inclua somente as pessoas com as quais você já teve sexo oral, vaginal ou anal. Não inclua pessoas que você somente beijou. Para as questões que seguem, “sexo” significa que alguma destas atividades aconteceu:

**Sexo vaginal** é o contato entre pênis e vagina

**Sexo oral** é o contato entre a boca ou língua de uma pessoa com a vagina, pênis ou ânus de outra.

**Sexo anal** é o contato entre pênis e ânus.

Qualquer uma dessas atividades será considerada relação sexual, independente de preservativo ter sido ou não usado e se ocorreu ou não ejaculação.

### D2. Quantas pessoas você já teve relação sexual na sua vida? (Se 0, pule para a seção F)

- —
- 97 Não sei
- 98 Não quero responder
- 99 Não aplicável

### D3. Com quantas pessoas você já teve relação sexual nos últimos 12 meses? (Se 0, pule para a seção E)

- —
- 97 Não sei
- 98 Não quero responder
- 99 Não aplicável

### D4. (Pergunta somente para homens) Com quantas mulheres você já teve relação sexual?

— — — —

- 9997 Não sei
- 9998 Não quero responder
- 9999 Não aplicável

***Se D4 for igual a 0, então pule para D6.***

D5. (Pergunta somente para homens) **Quantos anos você tinha quando teve a primeira relação sexual com uma mulher?**

- — — —
- 9997 Não sei
  - 9998 Não quero responder
  - 9999 Não aplicável

D6. (Pergunta somente para homens) **Com quantos homens você já teve relação sexual?**

- — — —
- 9997 Não sei
  - 9998 Não quero responder
  - 9999 Não aplicável

***Se D6 for igual a 0, então pule para D8.***

D7. (Pergunta somente para homens) **Quantos anos você tinha quando fez sexo com um homem pela primeira vez?**

- — — —
- 9997 Não sei
  - 9998 Não quero responder
  - 9999 Não aplicável

D8. (Pergunta somente para mulheres) **Com quantos homens você já teve relação sexual?**

- — — —
- 9997 Não sei
  - 9998 Não quero responder
  - 9999 Não aplicável

***Se D8 for igual a 0, então pule para D10.***

D9. (Pergunta somente para mulheres) **Quantos anos você tinha quando fez sexo com um homem pela primeira vez?**

- — — —
- 9997 Não sei
  - 9998 Não quero responder
  - 9999 Não aplicável

D10. (Pergunta somente para mulheres) **Com quantas mulheres você já teve relação sexual?**

- — — —
- 9997 Não sei
  - 9998 Não quero responder
  - 9999 Não aplicável



D11. (Pergunta somente para mulheres) **Quantos anos você tinha quando fez sexo pela primeira vez com uma mulher?**

— — — —

9997 Não sei

9998 Não quero responder

9999 Não aplicável

D12. **Quantas vezes você fez sexo vaginal nos últimos 12 meses?** (Escolha uma opção)

— nenhuma

— 1 a 3 vezes

— 4 a 10 vezes

— mais de 10 vezes

— Não sei

— Não quero responder

*Se D12 for igual a 0, então pule para D14.*

D13. **Quando você tinha relação sexual vaginal, com que frequência usava preservativo?** (Escolha uma)

— Nunca

— Às vezes

— Sempre

— Não sei

— Não quero responder

D14. **Quantas vezes você teve relação sexual anal nos últimos 12 meses?** (Escolha uma)

— Nenhuma

— 1 a 3 vezes

— 4 a 10 vezes

— Mais de 10 vezes

— Não sei

— Não quero responder

*Se D14 for igual a 0, então pule para a seção E.*

D15. **Quando você tinha relação sexual anal, com que frequência usava preservativo?** (Escolha uma opção)

— Nunca

— Às vezes

— Sempre

— Não sei

— Não quero responder

D16. **Quantas vezes você praticou sexo anal ativo nos últimos 12 meses?** (Escolha uma opção)

— Nenhuma

— 1 a 3 vezes

- 4 a 10 vezes
- Mais de 10 vezes
- Não sei
- Não quero responder

*Se D16 for igual a 0, então pule para D18.*

**D17. Quando você praticava sexo anal ativo, com que frequência usava preservativo? (Escolha uma opção)**

- Nunca
- Às vezes
- Sempre
- Não sei
- Não quero responder

**D18. Quantas vezes você praticou sexo anal passivo nos últimos 2 meses? (Escolha uma opção)**

- Nenhuma
- 1 a 3 vezes
- 4 a 10 vezes
- Mais de 10 vezes
- Não sei
- Não quero responder

*Se D18 for igual a 0, então pule para a instrução antes de E1.*

**D19. Quando você praticava sexo anal passivo, com que frequência usava preservativo? (Escolha uma opção)**

- Nunca
- Às vezes
- Sempre
- Não sei
- Não quero responder

#### Seção E – Riscos dos parceiros sexuais

Esta seção fará perguntas a respeito das pessoas com quem você teve relação sexual. Nós perguntaremos especificamente a respeito dos riscos deles (as) para o HIV. Por favor, responda as questões da forma mais sincera que puder. Lembre-se de que “sexo” significa qualquer uma das atividades a seguir: **sexo vaginal** (contato entre pênis e vagina), **sexo oral** (contato entre a boca ou língua de uma pessoa com a vagina, pênis ou ânus de outra), **sexo anal** (contato entre pênis e ânus).

**E1. Pelo que você saiba você já teve alguma vez relação sexual com alguém que usava drogas injetáveis? (Ou seja, as drogas eram inseridas dentro da veia usando uma agulha)? (Escolha uma opção)**

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

E2. **Pelo que você saiba você já teve alguma vez relação sexual com alguém HIV positivo? (Escolha uma opção)**

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

E3. **Pelo que você saiba você já teve alguma vez relação sexual com algum homem homossexual? (Escolha uma opção)**

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

E4. **Pelo que você saiba você já teve alguma vez relação sexual com alguém que tenha recebido uma transfusão de sangue? (Escolha uma opção)**

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

E5. **Pelo que você saiba você já teve alguma vez relação sexual com alguém que tenha hemofilia? (Escolha uma opção)**

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

#### Seção F - Álcool e uso de drogas

Agora nos perguntaremos questões gerais a respeito de álcool e uso de drogas. Por favor, lembre-se de responder da forma mais sincera que puder.

F1. **Com que frequência você ingere cerveja, vinho, destilados e coquetéis? (Escolha uma opção)**

- 0 Nunca *Pule para F3*
- 1 1-3 vezes por mês ou menos
- 2 1-2 vezes por semana
- 3 3-6 vezes por semana
- 4 Todos os dias
- 7 Não sei

8 Não quero responder

**F2. Quantas doses de bebida você costuma ingerir toda vez que bebe? (Uma dose corresponde a uma taça de vinho ou uma lata de cerveja ou uma taça de coquetel)**

\_\_\_ \_\_ \_\_ Numero de doses

997 Não sei

998 Não quero responder

**F3. Você já usou alguma vez droga não-injetável ilegal? Essas drogas podem ser fumadas, cheiradas ou ingeridas pela boca. Alguns exemplos de droga não-injetável ilegal são maconha, haxixe, cocaína, crack, metanfetaminas (também chamada de cristal), ecstasy, cogumelos, e LSD? (Escolha uma opção)**

0 Não *Se não, pule para F8*

1 Sim

7 Não sei

8 Não quero responder

**F4. Por favor, marque todas as drogas não-injetáveis que você já usou (Escolha uma ou mais opções).**

1. Maconha

2. Haxixe

3. Cocaína/ crack

4. Metanfetaminas (cristal)

5. Ecstasy

6. Cogumelos

7. LSD

8. Outro

*Se F4 não for igual a 8, então pule para F5.*

F4a. Por favor, especifique quais as outras drogas não-injetáveis ilegais que você já usou.

-----

**F5. Qual foi o primeiro ano que você fez uso de drogas não-injetáveis ilegais?**

\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ aaaa

2097 Não sei

2098 Não quero responder

*Se F5 for menor que B2, o ano que você inseriu como sendo o primeiro ano de uso de droga não-injetável e menor que o ano do seu nascimento. Por favor corrija o ano de uso de droga não-injetável e pule para F6.*

**F6. Quando foi o último ano que você usou alguma droga não-injetável ilegal? \_\_\_ \_\_ \_\_**  
\_\_\_ aaaa

2097 Não sei

2098 Não quero responder

**Se F6 for menor que B2 então o ano que você inseriu como sendo o último ano de uso de droga não-injetável e menor que o ano de seu nascimento. Por favor, corrija o ano que você usou droga não-injetável pela última vez e pule para F7.**

**F7. Se você já fumou ou cheirou drogas ilegais, já dividiu canudos ou cachimbos com outras pessoas? (Escolha uma opção)**

1 Sempre

2 Às vezes

3 Nunca

7 Não sei

8 Não quero responder

9 Não aplicável

**F8. Você já usou drogas injetáveis? Isto significa aplicar drogas dentro da veia através de uma agulha. Exemplos incluem heroína, cocaína e anfetaminas?**

0 Não **Pule para F12**

1 Sim

7 Não sei

8 Não quero responder

**F9 Por favor marque todas as drogas injetáveis que você já usou. (Escolha uma ou mais opções)**

1. Heroína

2. Cocaína

3. Anfetaminas

4. Outras

**Se F9 não for igual a 4, então pule para F10.**

F9a. Por favor especifique as outras drogas injetáveis que você já usou.

**F10. Quando foi o primeiro ano que você usou drogas injetáveis?**

\_\_\_\_ \_ aaaa

2097 Não sei

2098 Não quero responder

**Se F10 for menor que B2 então o ano que você inseriu como primeiro ano de uso de drogas injetáveis é menor que o ano que você nasceu. Por favor, corrija o ano que você usou drogas injetáveis pela primeira vez e pule para F11.**

**F11. Quando foi o último ano que você usou drogas injetáveis?**

\_\_\_\_ \_ aaaa

2097 Não sei

2098 Não quero responder

***Se F11 for menor que F10 então o ano que você inseriu como sendo o último ano de uso de droga injetável é menor que o ano que você usou drogas pela primeira vez. Por favor, corrija o ano que você usou drogas injetáveis pela última vez e pule para F12.***

F12. Você já usou alguma substância que não foi prescrita pelo seu médico incluindo vitaminas, esteroides anabólicos ou hormônios? (Escolha uma opção)

0 Não ***Se não, pule para G1***

1 Sim

7 Não sei

8 Não quero responder

F13. **Você já compartilhou agulhas ou seringas com outra pessoa para aplicar alguma substância não prescrita pelo seu médico, como vitaminas, esteroides anabólicos ou hormônios? (Escolha uma opção)**

0 Não

1 Sim

7 Não sei

8 Não quero responder

#### Seção G- Histórico Médico

Na próxima seção nos perguntaremos a respeito de tratamentos médicos que você já tenha feito.

G1. **Você já recebeu alguma transfusão de sangue? (Escolha uma opção)**

0 Não ***Pule para G5***

1 Yes

7 Não sei

8 Não quero responder

G2. **Quantas transfusões você já recebeu?    \_\_ \_\_**

97 Não sei

98 Não quero responder

G3. **Qual foi o ano de sua primeira transfusão de sangue?   \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

9997 Não sei

9998 Não quero responder

***Se G3 for menor que B2 então o ano que você inseriu como sendo o ano em que você recebeu transfusão de sangue pela primeira vez é menor que o ano em que você nasceu. Por favor corrija o ano em que você recebeu transfusão de sangue pela primeira vez e pule para G4.***

G4. **Qual o nome do local (hospital, hemocentro ou clínica) onde ocorreu essa primeira transfusão? \_\_\_\_\_**

G5. **Qual foi o último ano em que você recebeu uma transfusão de sangue?   \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

9997 Não sei

9998 Não quero responder

**Se G5 for menor que G3 então o ano que você inseriu como sendo o último em que recebeu transfusão de sangue é menor que o ano que você inseriu como sendo o primeiro em que recebeu uma transfusão de sangue. Por favor, corrija o ano em recebeu transfusão pela ultima vez e pule para G6.**

**G6. Você já recebeu algum transplante de órgão ou tecido?**

- 0 Não **Pule para G8**
- 1 Sim
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

**G7. Por favor, marque o tipo de tecido ou órgão que você transplantou (escolha uma ou mais opções a seguir)**

- 1. Pele (a sua própria pele)
- 2. Pele (pele de outra pessoa)
- 3. Fígado
- 4. Coração
- 5. Córnea
- 6. Osso
- 7. Pulmão
- 8. Rim
- 9. Célula hematopoiética / medula óssea
- 10. Outro

**Se G7 não for igual a 10, então pule para G8.**

G7a. Por favor, especifique o outro órgão ou tecido. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**G8. Você já fez alguma cirurgia? (Escolha uma opção)**

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

**Se G8 não for igual a 1, então pule para G9.**

G8a. Por favor, especifique a cirurgia.  
\_\_\_\_\_

**G9. Você já extraiu algum dente? (Escolha uma opção)**

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 Não sei

8 Não quero responder

G10. **Você já tratou alguma vez o canal ou fez cirurgia na boca? (Escolha uma opção)**

0 Não

1 Sim

7 Não sei

8 Não quero responder

## Seção H- Outros Potenciais Fatores de Risco

H1. **Você é filho de mãe HIV positivo?**

0 Não

1 Sim

7 Não sei

8 Não quero responder

H2. **Você foi amamentado por alguma pessoa HIV positivo?**

0 Não

1 Sim

7 Não sei

8 Não quero responder

H3. **Você já passou três ou mais noites na prisão ou delegacia? (Escolha uma opção)**

0 Não

1 Sim

7 Não sei

8 Não quero responder

H4. **Você já fez tratamento de acupuntura? (Escolha uma opção)**

0 Não *Pule para H6*

1 Sim

7 Não sei

8 Não quero responder

H5. **Quantas vezes você já fez acupuntura? (Escolha uma opção)**

1 1 vez

2 2 a 5 vezes

3 5 ou mais vezes

7 Não sei

8 Não quero responder

H6. **Quantas tatuagens você tem no seu corpo? (Escolha uma opção)**



0 0 (não tenho tatuagem) **Pule para H8**

1 1

2 2

3 3 ou mais

7 Não sei

8 Não quero responder

H7. **Onde você fez a sua tatuagem mais nova? (Escolha uma opção)**

1 Estúdio de tatuagem

2 Em casa, na casa de um amigo ou em festas/ raves

3 Prisão

4 Outro

7 Não sei

8 Não quero responder

H8. **Quantos piercings de orelha ou no corpo você tem? (Escolha uma opção)**

0 0 (Não tenho piercings) **Pule para H10**

1 1

2 2

3 3 ou mais

7 Não sei

8 Não quero responder

H9. **Onde você colocou seu piercing mais novo? (Escolha uma opção)**

1 Farmácia ou clinica medica

2 Estúdio de tatuagem / piercing

3 Em casa, na casa de um amigo ou em festas/ raves

4 Prisão

5 Outro

7 Não sei

8 Não quero responder

### Seção I

Agora nós gostaríamos de saber a respeito de contatos que você já teve com pessoas que têm HIV ou testaram positivo para HIV. Em cada questão, por favor, inclua somente membros da família, amigos próximos ou conhecidos (se você for um profissional de saúde, por favor NÃO inclua indivíduos que você tenha cuidado profissionalmente. Nós perguntaremos a respeito desses contatos em breve).

I1. **Quantas pessoas você conhece que têm HIV atualmente? (Escolha uma opção)**

0 0 (nenhuma) Pule para I3

1 1

2 2 a 4

3 5 ou mais

7 Não sei

8 Não quero responder

**I2. Quantas pessoas você conhece que têm Doença Falciforme e HIV?**

- 0 0 (nenhuma)
- 1 1
- 2 2 a 4
- 3 5 ou mais
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

**I3. Você está trabalhando atualmente?**

- 0 Não *Pule para J1 (casos) ou final da tela (controles)*
- 1 Sim

**I4. Na sua profissão, você cuida de pessoas ou é exposto a líquidos corporais? (Escolha uma opção)**

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

**I5. Você já teve algum acidente perfurante/cortante no seu trabalho (acidentalmente ter sido ferido (a) por agulha ou outro objeto cortante utilizado para tratamento de outra pessoa)? (Escolha uma opção)**

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder

**I6. Você já teve no seu trabalho algum acidente no qual sangue/ secreções/ fezes de outra pessoa entraram em contato direto com seus olhos, boca ou feridas? (Escolha uma opção)**

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 Não sei
- 8 Não quero responder
- 9 Não aplicável

Seção J – Exposição e Tratamento

Esta é a última seção do questionário. Pode ser difícil para você responder a essas questões, mas lembre-se que não divulgaremos as suas respostas a ninguém.

**J1. Qual o nome da clínica onde você faz o tratamento do HIV?**

---

**J2. Como você imagina que foi infectado (a) pelo HIV?**

-----  
-----

**J3. Quando você acredita ter sido infectado (a) pelo HIV? (Ano)**

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ aaaa

2097 Não sei

2098 Não quero responder

J4. **Em qual mês você imagina ter sido infectado (a) pelo HIV? (Escolha uma opção)**

\_\_ \_\_ Janeiro

\_\_ \_\_ Fevereiro

\_\_ \_\_ Março

\_\_ \_\_ Abril

\_\_ \_\_ Maio

\_\_ \_\_ Junho

\_\_ \_\_ Julho

\_\_ \_\_ Agosto

\_\_ \_\_ Setembro

\_\_ \_\_ Outubro

\_\_ \_\_ Novembro

\_\_ \_\_ Dezembro

\_\_ \_\_ Não sei

\_\_ \_\_ Não quero responder

J5. **Você está tomando algum tratamento antirretroviral no momento? (Escolha uma opção)**

0 Não

1 Sim

7 Não sei

8 Não quero responder

J6. **Você já usou tratamento antirretroviral anteriormente? (Escolha uma opção)**

0 Não

1 Sim

7 Não sei

8 Não quero responder

Obrigado por responder a este questionário. Se você tiver alguma dúvida ou questionamento, por favor fale com o assistente de pesquisa ou enfermeira. Você também pode contatar o diretor médico do hemocentro ou clínica.

Você terminou o questionário. De agora em diante, **NÃO TOQUE** na tela do computador. Por favor, chame o assistente de pesquisa, o mesmo que o ajudou no início da entrevista. Esta pessoa fechará a tela e o agradecerá por ter participado neste estudo.