

### Supplementary Material

Monteiro MG, Braz AF, Lima K, Lacerda HR. Identification of serodiscordant couples, their clinical and laboratory characteristics, and vulnerabilities of HIV transmission risk in Northeastern Brazil in the era of pre-exposure prophylaxis (PrEP). Rev Cienc Saude. 2020;10(2 Suppl1): 1-5.

### Questionnaire 1 – “Index” participants

DADOS DA PESQUISA			
1-Número na Pesquisa		2-Data da Entrevista: / /	
3-Local de Assistência/Estudo: 1 - HUAC <input type="checkbox"/> 2 - SAE-CG <input type="checkbox"/>		4- Entrevistador(a):	
5- Data do Cadastro no Serviço: / /		6-Município de residência:	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICOS			
7-N.PRONTUÁRIO		8-Número do Cartão Nacional do SUS:	
9- Qual seu sexo? 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/>		10- Data de Nascimento: / /	11- Qual sua idade? (Anos completos): <input type="text"/> <input type="text"/>
12-Idade (Categoria): 1. 13 – 18anos <input type="checkbox"/> 2. 19 – 25anos 3. 26 – 59anos 4. >= 60anos		13-Qual sua cor/raça: (Autodeclarada) 1.Branca <input type="checkbox"/> 2.Preta <input type="checkbox"/> 3.Amarela <input type="checkbox"/> 4.Parda <input type="checkbox"/> 5.Indígena <input type="checkbox"/>	14- Qual seu estado civil? (Autodeclarado) 1.Casado <input type="checkbox"/> 2.Separado ou Divorciado <input type="checkbox"/> 3. Viúvo <input type="checkbox"/> 4. Solteiro <input type="checkbox"/>
15-Natureza da União Conjugal (Autodeclarada) 1.Casamento civil e religioso 2.Casamento civil <input type="checkbox"/> 3.Casamento religioso 4.União consensual <input type="checkbox"/> 5. Namoro		16-Com quem reside? (Autodeclarado) 1- Sozinho 2-Família 3-Com companheiro (a) 4-Em abrigo (casa de apoio) 5-Na rua 6-Amigo <input type="checkbox"/>	
17- Nível de Instrução: (Autodeclarado) 1 – Não Alfabetizado 2 – Ensino Fundamental 3 – Ensino Médio 4 – Ensino Superior <input type="checkbox"/> 5 – Pós-graduação		18- Escolaridade em anos de estudo:  _____ anos	19- Condição de Ocupação: (Autodeclarado) <input type="checkbox"/> 1 – Ocupado 2 – Ocupado, mas afastado 3 – Desocupado 4 – Aposentado ou sob benefício social 5 - Estudante 6 – Dona de casa
20- Qual sua ocupação?	20.1 –Preenchido pelo coordenador de campo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		21- Você é profissional do sexo? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2- Não 3- Não quis informar
HÁBITOS DE VIDA			
22-Tabagismo? (Autodeclarado) 1 – Fumante diário 2 – Fumante ocasional 3 – Não é fumante 9 – Não quis informar <input type="checkbox"/>	23-Consumo de Álcool? (Autodeclarado) 1 – Consumo moderado <input type="checkbox"/> 2 – Beber pesado episódico 3 – Uso pesado 4 – Nunca usou 9 – Não quis informar	24-Consumo de Maconha? (Autodeclarado) <input type="checkbox"/> 1 - Uso Intermitente e Ilimitado 2 - Uso diário 3 - Uso semanal 4 - Nunca usou 9 - Não quis informar	
25-Consumo de Cocaína? (Autodeclarado) <input type="checkbox"/> 1 - Uso Intermitente e Ilimitado 2 - Uso diário 3 - Uso semanal 4 - Nunca usou 9 - Não quis informar	26-Consumo de Crack? (Autodeclarado) <input type="checkbox"/> 1 - Uso Intermitente e Ilimitado 2 - Uso diário 3 - Uso semanal 4 - Nunca usou 9 - Não quis informar	27 -Uso de drogas Injetáveis? (Autodeclarado) <input type="checkbox"/> 1 - Uso intermitente e Ilimitado 2 - Uso diário 3 - Uso semanal 4 - Nunca usou 9 - Não quis informar	
DADOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E LABORATORIAIS			
28- Data do diagnóstico de HIV? / /	29- Tempo de diagnóstico? (Anos completos) <input type="text"/> <input type="text"/>	30-Tempo de diagnóstico (Categoria) <input type="checkbox"/> 1 – Menos de 6 meses 2 – De 6 meses a 1 ano 3 – De 1 ano a 3 anos 4 – Mais de 3 anos	
31 –Está em uso de TARV? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não	32-Data de o Início de TARV:  / / Não se aplica <input type="checkbox"/>	33-Tempo desde o Início de TARV (Anos completos) <input type="checkbox"/> 1 – Menos de 6 meses 2 – De 6 meses a 1 ano 3 – De 1 ano a 3 anos 4 – Mais de 3 anos 9 – Não se aplica	34- Quais Medicamentos (TARV) em uso Atual? (Ver Lista) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/>

## Questionnaire 1 - Index participants (cont)

35 - Esquema de TARV: 1- 2ITRN + 1ITRNN 2- 2ITRN + !IP 3- Outro <input type="checkbox"/>	36- Contagem de linfócitos TCD4* mais recente: (Valor Absoluto)  _____cels/m <sup>3</sup>	37-Contagem de linfócitos TCD4* mais recente: (Categorizado) 1 - >1000 2 - 500-1000 3 - 500 - 350 4 - 350-200 5 - <200 <input type="checkbox"/>	38- CD4 Naive:  _____cels/mm <sup>3</sup> 39- CD4 Nadir  _____cels/mm <sup>3</sup>		
40-Contagem de Carga Viral (PCR-RNA) mais recente: (Valor Absoluto)  _____cópias/ml	41- Contagem de Carga Viral (PCR-RNA) mais recente: (Categorizado) <input type="checkbox"/> 1 - Indetectável 2 - até 1.000cópias/ml 3 - 1.000 a 10.000cópias/ml 4 - 10.000 a 100.000cópias/ml 5 - >100.000 cópias/ml.	42- Carga Viral Naive:  _____cópias/ml	43- Carga Viral Nadir  _____cópias/ml		
44- Quando realizou teste para Hepatite B?  _____/_____/_____	45-Qual resultado do teste para Hepatite B? 1 - Não Reagente <input type="checkbox"/> 2 - Reagente 3 - Indeterminado 9 - Não Realizado	46- Quando realizou teste para Hepatite C?  _____/_____/_____	47- Qual resultado do teste para Hepatite C? 1 - Não Reagente <input type="checkbox"/> 2 - Reagente 3 - Indeterminado 9 - Não Realizado		
48- Quando realizou teste para Sífilis?  _____/_____/_____	49-Qual resultado do teste para Sífilis? 1 - Não Reagente <input type="checkbox"/> 2 - Reagente 3 - Indeterminado 9 - Não Realizado	50-Se teste positivo para Sífilis, você completou o tratamento? 1- Tratamento completo <input type="checkbox"/> 2- Tratamento incompleto 3- Não tratei 9 - Não se aplica	51-Gostaria de realizar teste rápido de Sífilis, Hepatites B e C ao final da entrevista? 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não 3 - Gostaria de pensar mais um pouco		
<b>SOBRE PARCERIA</b>					
52-Qual opção sexual? 1.Heterossexual 2.HSH 3.MSH 4.Bissexual 5.Transgênero 5. Não quero informar <input type="checkbox"/>		53. Relacionamento atual é: 1. Monogâmico <input type="checkbox"/> 2. Poligâmico 3. Não quero informar			
54-Parceiro	55-Este parceiro é o mesmo há quanto tempo?	56- Esta parceria se estabeleceu antes ou após você saber diagnóstico de HIV?	57- Esta parceria sabe que você é HIV positivo?	58- Esta parceria já foi testada para o HIV?	59- Podemos convidar este parceiro para responder a um questionário e fazer testes para HIV, sífilis e hepatites?
Parceiro 1 (Número na Pesquisa)  _____	1- _____ meses 2- _____ anos  <input type="checkbox"/> 1.Menos de 6 meses 2.De 6 meses a 1ano 3.De 1 ano a 3 anos 4.Mais de 3 anos	1- Antes 2- Após 9- Não quis informar <input type="checkbox"/>	1.Eu revelei meu diagnóstico 2.Outra pessoa revelou diagnóstico 3.Meu parceiro ainda desconhece meu diagnóstico 9.Não quis informar	1- Sim <input type="checkbox"/>  55-1 Resultado do teste dele (a) foi: 1-Positivo <input type="checkbox"/> 2-Negativo <input type="checkbox"/> 2-Não 3- Não sabe informar 9- Não quis informar	1-Sim 2 -Não 9- Não neste momento <input type="checkbox"/>
Parceiro 2 (Número na Pesquisa)  _____	1- _____ meses 2- _____ anos  <input type="checkbox"/> 1.Menos de 6 meses 2.De 6 meses a 1ano 3.De 1 ano a 3 anos 4.Mais de 3 anos	1- Antes 2- Após 9- Não quis informar <input type="checkbox"/>	1.Eu revelei meu diagnóstico 2.Outra pessoa revelou diagnóstico 3.Meu parceiro ainda desconhece meu diagnóstico 9.Não quis informar	1- Sim <input type="checkbox"/>  55-1 Resultado do teste dele (a) foi: 1-Positivo <input type="checkbox"/> 2-Negativo <input type="checkbox"/> 2-Nao 9- Não sabe informar	1-Sim 2 -Não 9- Não neste momento <input type="checkbox"/>

## Questionnaire 2 - "Partner" participants

DADOS DA PESQUISA			
1-Número na Pesquisa:		2-Data da Entrevista: ____/____/____	3-Número do Caso Index na pesquisa:
4-Local de Estudo:		5-Município de Residência:	6-Entrevistador:
<input type="checkbox"/> 1 HUAC <input type="checkbox"/> 2 SAE - CG			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICOS			
7-N.PRONTUÁRIO (CASO SE APLIQUE)		8-Número do Cartão Nacional do SUS	
9- Qual seu sexo: 1 Masculino 2 Feminino	10- Qual sua idade: (Anos completos)	11- Qual sua data de Nascimento:	12-Idade: (Categoria) 1. 13 - 18anos 2. 19 - 25anos 3. 26 - 59anos 4. > = 60anos
<input type="checkbox"/>	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>
3- Qual sua cor/raça: (Autodeclarada) 1-Branca 2-Preta 3-Parda 4- Amarela 5- Indígena	14-Qual seu estado civil? (Autodeclarado) 1.Casado 2.Separado ou Divorciado 3. Viúvo 4. Solteiro	15-Natureza da União Conjugal (Autodeclarada) 1.Casamento civil e religioso 2.Casamento civil 3.Casamento religioso 4.União consensual 5.Namoro	16-Com quem reside? (Autodeclarado) 1- Sozinho 2-Família 3-Com companheiro (a) 4-Em abrigo (casa de apoio) 5- Na rua 6-Com amigos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-Você se declara: 1. Heterossexual 2. HSH 3. MSM 4. Bissexual 5. Transgênero 6. Não quis informar	18- Anos de estudo: _____anos	19- Nível de Instrução: (Autodeclarado) 1 - Não Alfabetizado 2 - Ensino Fundamental 3 - Ensino Médio 4 - Ensino Superior 5 - Pós-graduação	20- Condição de Ocupação: (Autodeclarado) 1 - Ocupado 2 - Ocupado mas afastado 3 - Desocupado 4 - Aposentado ou sob benefício social 5 - Estudante 6 - Dona de casa
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Qual sua ocupação?	21.1 -Preenhido pelo coordenador de campo	22- Você é profissional do sexo?	22- Você é profissional do sexo? 1- Sim 2- Não 9- Não quis informar
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HÁBITOS DE VIDA			
23-Tabagismo? (Autodeclarado) 1 - Fumante diário 2 - Fumante ocasional 3 - Não é fumante 9 - Não quis informar	24-Consumo de Alcool? (Autodeclarado) 1 - Consumo moderado 2 - Beber pesado episódico 3 - Uso pesado 4 - Nunca usou 9 - Não quis informar	25-Consumo de Maconha? (Autodeclarado) 1 - Uso intermitente e limitado 2 - Uso diário 3 - Uso semanal 4 - Nunca usou 9 - Não quis informar	26-Consumo de Cocaína? (Autodeclarado) 1 - Uso intermitente e limitado 2 - Uso diário 3 - Uso semanal 4 - Nunca usou 9 - Não quis informar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27-Consumo de Crack? (Autodeclarado) 1 - Uso intermitente e limitado 2 - Uso diário 3 - Uso semanal 4 - Nunca usou 9 - Não quis informar	28 -Uso de drogas injetáveis? (Autodeclarado) 1 - Uso intermitente e limitado 2 - Uso diário 3 - Uso semanal 4 - Nunca usou 9 - Não quis informar	29-Consumo de Heroína? (Autodeclarado) 1 - Uso intermitente e limitado 2 - Uso diário 3 - Uso semanal 4 - Nunca usou 9 - Não quis informar	30-Consumo de Crack? (Autodeclarado) 1 - Uso intermitente e limitado 2 - Uso diário 3 - Uso semanal 4 - Nunca usou 9 - Não quis informar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DADOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E LABORATORIAIS.			
29- Tempo de parceria? (Anos completos /Meses)	30-Tempo de parceria: (Categoria) 1 - Menos de 6 meses 2 - De 6 meses a 1 ano 3 - De 1 ano a 3 anos 4 - Mais de 3 anos	31-A parceria sexual atual é exclusiva? 1- Sim. 2- Não. 9-Não quis responder	32-Quanto tempo levou desde o começo do relacionamento até saber o status do parceiro? (meses/anos completos)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
33-Quanto tempo levou desde o começo do relacionamento até saber o status do parceiro? (Categoria) 1 - Menos de 3 meses 2 - 3 a 6meses 3 - 6 meses a 1 ano 4 - 1 ano a 3 anos 5 - Mais de 3 anos	34- Você já fez teste para HIV? 1- Sim 2- Não 3- Não sabe informar 9-Não quer informar	35-Gostaria de realizar teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatites B e C ao final da entrevista? 1-Sim 2-Não 3 - Gostaria de pensar mais um pouco	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Questionnaire 3 - Knowledge about HIV transmission

DADOS DA PESQUISA		
1-Número na Pesquisa:	2-Data da Entrevista / /	3-Entrevistador(a):
4-Local de Assistência/Estudo: 1-HUAC 2-SAE <input type="checkbox"/>	5-Denominação do Participante: 1-"Caso Index" <input type="checkbox"/> 2-"Parceiro"	6-Município de residência:
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICOS		
7-Data de Nascimento: / /	8-Qual sua idade: (Anos completos): <input type="text"/> <input type="text"/>	9-Idade (Categoria): 1. 13 – 18anos <input type="checkbox"/> 2. 19 – 25anos 3. 26 – 59anos 4. >= 60anos
10-Natureza da União Conjugal: (Autodeclarada) 1.Casamento civil e religioso <input type="checkbox"/> 2.Casamento civil 3.Casamento religioso 4.União consensual 5.Namoro	11-Nível de Instrução: (Autodeclarado) 1 – Não Alfabetizado 2 – Ensino Fundamental 3 – Ensino Médio <input type="checkbox"/> 4– Ensino Superior 5 – Pós-graduação	12-Com quem reside? (Autodeclarado) 1- Sozinho 2-Família <input type="checkbox"/> 3-Com companheiro (a) 4-Em abrigo (casa de apoio) 5- Na rua 6-Com amigos
13-Identidade Sexual: (Autodeclarada) 1-Heterossexual 2-HSH 3-MSM <input type="checkbox"/> 4-Bissexual 5-Transgênero 6-Não quis informar	14-Com quantos anos iniciou vida sexual? <input type="text"/> <input type="text"/> Não quero informar <input type="checkbox"/>	15-Idade de início da vida sexual : (Categorias) 1. <13anos <input type="checkbox"/> 2.13-17anos 3.18-25anos 4.>25anos
CONHECIMENTO SOBRE RISCO DE TRANSMISSÃO DE HIV E DSTs		
16-O HIV é o vírus causador da AIDS? 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Não sei	17-A pessoa com o vírus da Aids nem sempre apresenta os sintomas da doença? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não 3-Não sei	18-O vírus da Aids é identificado através de exames de sangue? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não 3-Não sei
19-O vírus da Aids é identificado através de exames de saliva? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não 3-Não sei	20-Qual dessas secreções passa HIV? 1-Esperma <input type="checkbox"/> 2-Suor 3-Nem esperma, nem suor 4-Não sei	21-Qual desses objetos pode passar o HIV? 1-Barbeador <input type="checkbox"/> 2-Vaso sanitário 3-Roupa íntima 4-Não sei
22-O HIV pode ser transmitido por uso de alicate de unha? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não 3-Não sei	23-A transfusão de sangue pode ser uma forma de passar o HIV? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não 3-Não sei	24-Qual relação passa mais HIV? 1-Anal <input type="checkbox"/> 2-Vaginal 3-Oral 4-Não sei
25-Como é mais fácil adquirir o HIV? 1-Relação sem camisinha <input type="checkbox"/> 2-Relação com camisinha "turada" 3-Não sei	26-Assim como tem camisinha para o homem, existe camisinha para a mulher? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não 3-Não sei	27-Existem camisinhas de diferentes tamanhos? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não 3-Não sei
28-Em qual situação tenho que usar camisinha? 1-Todas as relações <input type="checkbox"/> 2-Quando a relação for com parceiro que não é fixo 3-Quando meu parceiro pedir 4-Não sei	29-A camisinha deve ser colocada em qual momento? 1-Desde o começo <input type="checkbox"/> 2-Na hora da penetração 3-Não precisa colocar se "gozar" fora 4-Não sei	30-Se duas pessoas tem HIV ainda assim elas precisam usar camisinha? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não 3-Não sei
31-Qual o tipo de lubrificante mais indicado? 1-A base de água <input type="checkbox"/> 2-A base de óleo 3-Não sei	32-Uma pessoa num relacionamento estável ainda precisa se preocupar com o HIV? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não 3-Não sei	33-Uma pessoa com HIV, quando tem DST pode passar HIV mais fácil? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não 3-Não sei



## Questionnaire 3 - Knowledge about HIV transmission (cont.)

34-Existem testes de sangue para DST? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	35-Quando devem ser feitos exames para HIV ou DSTs? 1-Pelo menos 1 vez por ano <input type="checkbox"/> 2-Depois relação sexual suspeita 3- Somente quando temos sintomas 4-Não sei	36-Não existe grupo de risco e qualquer pessoa pode ter HIV? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>
37-Como posso reconhecer se uma pessoa tem HIV? 1-Não se pode reconhecer <input type="checkbox"/> 2-Pela Aparência 3-Não sei	38-Mulher tem mais chance de adquirir o HIV? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	39-Mulher pode pegar o HIV com outra mulher? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>
40-Fazer sexo após uso de álcool pode ser mais arriscado para pegar HIV? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	41-Fazer sexo após uso de drogas pode ser mais arriscado para pegar HIV? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	42-Uma pessoa que tem HIV deve dizer aos parceiros sexuais sobre o vírus? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>
43-Uma pessoa que tem HIV deve chamar seu parceiro para fazer exames? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	44-Reduzir o número de parceiros reduz a chance de adquirir o HIV? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	45-Se eu tiver relação com uma pessoa com HIV e não peguei o vírus, nas outras vezes ainda posso pegar? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>
46-Uma mulher com HIV pode engravidar? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	47-O HIV pode ser transmitido de mãe grávida para seu bebê? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	48-Uma mulher grávida pode tomar remédio para HIV? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>
49-Existe tratamento para HIV? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	50-Existe cura para HIV? 1-Não 2-Sim 3-Não sei <input type="checkbox"/>	51-Existe tratamento para HIV com apenas 1 comprimido por dia? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>
52-Os medicamentos para HIV devem ser tomados todos os dias? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	53-Quem tem HIV e há muito tempo o vírus está controlado mesmo assim tem que continuar tomando a medicação? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	54-A pessoa que toma remédio para o HIV com isso diminui a chance de passar o vírus? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>
55-Quem tem HIV e é muito religioso mesmo assim tem que tomar a medicação para o vírus? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	56-A pessoa está em tratamento para o HIV e faz uso de bebida alcoólica. Nesse dia deve tomar os remédios? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	57-Quem tem HIV e toma remédio pode tomar vacinas? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>
58-Existe alguma forma de evitar o HIV depois que a pessoa já teve relação desprotegida? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	59-Existe alguma forma de proteger uma pessoa que não tem HIV, mas que namora uma pessoa que tem o vírus? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	60-Quem namora há muito tempo com uma pessoa que tem HIV e não pegou o vírus, ainda pode ser que pegue? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>
61-Existe tratamento para as DSTs? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	62-Quem já teve sífilis e tratou pode ter denovo? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	63-Quem tem HIV precisa de uma dieta mais balanceada/cuidadosa? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>
64-Quem tem HIV pode trabalhar? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	65-Quem tem HIV pode fazer exercício físico? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>	66-Quem tem HIV e faz tratamento pode viver bem? 1-Sim 2-Não 3-Não sei <input type="checkbox"/>

Total de Respostas 1		Nível de Conhecimento	1-Insuficiente - <10	
Total de Respostas 2			2-Razoável - 11-20	
Total de Respostas 3			3-Bom - 21-30	
Respostas em Branco			4-Muito Bom - 31-40	
			5-Excelente >40	