



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**



TIAGO JORDÃO DE FREITAS PINHEIRO GOMES

**CONHECIMENTO, ACEITABILIDADE E DISPOSIÇÃO DE
INDICAÇÃO DE AUTOTESTE DE HIV POR PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM HIV NO
ESTADO DA BAHIA**

Salvador

2021

TIAGO JORDÃO DE FREITAS PINHEIRO GOMES

**CONHECIMENTO, ACEITABILIDADE E DISPOSIÇÃO DE
INDICAÇÃO DE AUTOTESTE DE HIV POR PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM HIV NO
ESTADO DA BAHIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Condições de vida, situação de saúde e práticas de cuidado.

Orientador: Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa

Salvador

2021

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB

J82c

Jordão, Tiago

Conhecimento, aceitabilidade e disposição de indicação de autoteste de HIV por profissionais de saúde de serviços de atenção especializada em HIV no Estado da Bahia / Tiago Jordão.- Salvador, 2021.

116 fls.

Orientador(a): Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa.

Inclui Referências

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - MEPISCO, Campus I. 2021.

1.HIV. 2.Pessoal de Saúde. 3.Diagnóstico precoce. 4.Conhecimento. 5.Sistema Único de Saúde.

CDD: 610

FOLHA DE APROVAÇÃO
"CONHECIMENTO, ACEITABILIDADE E DISPOSIÇÃO DE INDICAÇÃO DE AUTOTESTE
DE HIV POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO
ESPECIALIZADA (SAE) EM HIV NO ESTADO DA BAHIA"

TIAGO JORDÃO DE FREITAS PINHEIRO GOMES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA – MEPISCO, em 16 de março de 2021, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia, e aprovada conforme avaliação da Banca Examinadora:

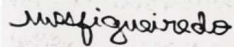


Professor(a) Dr.(a) LAIO MAGNO SANTOS DE SOUSA

UNEB

Doutorado em Saúde Coletiva

Universidade Federal da Bahia



Professor(a) Dr.(a) MARIA APARECIDA ARAUJO FIGUEIREDO

UNEB

Doutorado em Saúde Pública

Instituto de Saúde Coletiva



Professor(a) Dr.(a) MARCOS PEREIRA SANTOS

UFBA

Doutorado em Saúde Coletiva

Universidade Federal da Bahia



Professor(a) Dr.(a) MARIA INES COSTA DOURADO

UFBA

Doutorado em Epidemiologia

University Of California Los Angeles

Artur, você nem sabe, mas, através da tela da babá eletrônica, vigiou meus estudos noite adentro para essa seleção. Vestido de elefantinho no porta-retrato do escritório, você me motivava a passar mais um pouco de tempo lendo artigos ou escrevendo esse trabalho. Ensaçando uma palavra nova, você me deu vontade de fazer qualquer coisa da melhor maneira possível quando eu não sabia mais como, incluindo as análises estatísticas desse artigo. Eu só fiz isso tudo, Arturito, porque você fez muito mais para mim.

Camila, você acreditou desde o começo que esse dia chegaria. Se eu passei na seleção, se concluí as matérias, se fechei a prova de epidemiologia e se terminei o artigo e a dissertação foi, unicamente, porque você estava comigo. Se os profissionais de saúde da Bahia tiverem algum benefício resultante deste trabalho, é a você, linda, e não a mim, que os agradecimentos devem ser feitos.

Por isso e muito mais que eu, além de agradecer, dedico cada linha desse mestrado a vocês dois.

Amo vocês!!

AGRADECIMENTOS

Deus, por ter me dado a força que tanto pedi para seguir até o final;

Minha família, por, desde os tempos do Jardim Atalaia 244, estarem sempre ao meu lado, me dando o exemplo que preciso. Meu pai e minha mãe, sempre que consigo alguma coisa, eu me lembro de vocês, porque vocês conseguiram tudo!

Colegas de DIVEP, pela parceria do dia a dia e pela compreensão nesses tempos de mestrado;

Ministério da Saúde do Brasil, pelo financiamento da pesquisa, por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq na chamada CNPq/MS-DIAHV N° 11/2018;

Professores do MEPISCO, pelas aulas ministradas e pelas referências nas quais vocês se constituíram;

Colegas de MEPISCO, por segurarem a onda de greve, COVID e das salas sem ar condicionado do Jequitáia. Conseguimos!

Colegas profissionais de saúde, por terem participado do estudo. Sem vocês, não haveria dados para analisar nesse trabalho;

Equipe de entrevistadores, pelo excelente trabalho na coleta dos dados e pelas horas que pude compartilhar vocês. Sucesso a todos em suas próprias pesquisas!

Banca examinadora, por atender esse convite e contribuir com meu esforço;

Laio, pela confiança no projeto, pela orientação exigente, pelas tantas oportunidades dadas e por todo incentivo ao longo dessa produção.

“Ninguém baterá tão forte quanto a vida. Porém, não se trata de quão forte você consegue bater, mas de quão forte você consegue ser atingido e continuar lutando. O quanto você é capaz de suportar e seguir em frente. É assim que se conquista a vitória.”

Rocky Balboa, 2006

JORDÃO, Tiago. **Conhecimento, aceitabilidade e disposição de indicação de autoteste de HIV por profissionais de saúde de serviços de atenção especializada em HIV no estado da Bahia.** Orientador: Laio Magno Santos de Sousa. 2021. 116 fl. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

Estima-se que cerca de 11% das pessoas que vivem com HIV (PVHIV) no Brasil ainda não conhecem sua sorologia. A inclusão do autoteste para HIV (ATHIV) no SUS foi um esforço recente no sentido de aumentar o diagnóstico precoce. Desse modo, os profissionais de saúde são fundamentais em promover o uso do ATHIV nos serviços de atenção especializada (SAE) em HIV/AIDS. Assim, este estudo investigou o conhecimento, a aceitabilidade e a disposição de indicação do ATHIV entre profissionais de saúde em um estado do nordeste brasileiro. Trata-se de estudo transversal, realizado com profissionais de saúde de vinte e cinco SAE em HIV/AIDS e outras IST (SAE) em vinte e uma cidades do estado da Bahia. As unidades foram selecionadas após uma amostragem por conglomerado de uma etapa e os profissionais de saúde foram selecionados por meio de amostragem de conveniência. Dados sociodemográficos, ocupacionais e de motivação foram coletados via aplicação de questionário estruturado. Foram feitas análises descritiva, bivariada e multivariada. Foram entrevistados duzentos e cinquenta e dois profissionais de saúde. A maioria eram mulheres (78,2%), com idade entre 35 e 50 anos (54,4%) e nível superior completo (84,5%). A maioria compunha a equipe de enfermagem: com nível superior (25,8%) e técnicos (11,9%); seguidos de farmacêuticos (12,3%) e médicos (11,9%). O conhecimento, a aceitabilidade e a disposição de indicação do ATHIV foram, respectivamente, 79,8% (I.C. 95%: 74,30-84,30), 55,2% (I.C. 95%: 48,92-61,23) e 47,1% (I.C. 95%: 40,90-53,45). Os fatores associados com a disposição de indicação foram: aceitabilidade (OR= 9,45; IC95%: 4,53-19,71), disposição de usar o ATHIV em si (OR= 4,45; IC95%: 1,62-12,24), segurança em indicar o ATHIV (Seguro/Muito seguro: OR= 5,73; IC95%: 2,26-12,72) e considerar o público geral como elegível para receber o ATHIV (OR= 2,88; IC95%: 1,25-6,59). Embora o conhecimento sobre o ATHIV tenha sido alto, a aceitabilidade e a disposição de indicação foram moderadas. As chances de disposição de indicação foram maiores entre os profissionais que aceitam o ATHIV, que se declararam dispostos a usar em si, que se disseram seguros ou muito seguros em indicar o ATHIV e entre aqueles que concordaram com a distribuição do ATHIV para o público geral. Assim, esse estudo indica o investimento em capacitações relativas ao ATHIV juntos aos profissionais de saúde no Brasil, propõe o uso de um instrumento de orientação para profissionais de saúde envolvidos na estratégia de autotestagem e indica a organização de Oficinas Pedagógicas para qualificação dos profissionais envolvidos na testagem rápida no estado da Bahia.

Palavras-chave: autoteste de HIV, profissionais de saúde, conhecimento, aceitabilidade, disposição de indicação, Brasil.

JORDÃO, Tiago. **Awareness, acceptability and willingness to indicate HIV self-testing among health care providers from HIV specialized care services in the State of Bahia**. Mentor: Laio Magno Santos de Sousa. 2021. 116 s. Dissertation (Professional Masters in Collective Health) – Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

It is estimated that 11% of the people living with HIV in Brazil are unaware of their condition. The HIV self-testing (HIVST) inclusion in the Brazilian National Health System (SUS) has been a recent effort to increase HIV early diagnoses. Thus, the engagement of health care providers (HCP) to promote HIVST in HIV/AIDS clinics is essential to make this technology more accessible to most at risk populations. We aimed to investigate the awareness, acceptability and the willingness to indicate the HIVST among HCP in a northeastern state in Brazil. A cross sectional study with HCP in twenty five HIV/AIDS specialized care services from twenty one cities from Bahia state, Northeast of Brazil. The services were selected using a conglomerate sampling scheme in one phase and the HCP by convenience sampling. Sociodemographic, occupation and behavior data were collected using a structured questionnaire between October 2019 and March 2020. Adjusted logistic regression models are used to estimate odds ratio (aOR) and 95% confidence intervals (95% CI). Most of the two hundred and fifty two HCP were women (78.2%), between 35 and 50 years old (54.4%), with college degree education (84.5%), nurses with college degree (25.8%) and high school degree (11.9%), pharmacists (12.3%) and physicians (11.9%). The HIVST awareness, acceptability and willingness to indicate it were: 79.8% (95%CI: 74.30-84.30), 55.2% (95% CI: 48.92-61.23) and 47.1% (95%CI: 40.90-53.45), respectively. Only 13.5% of HCP received some training on ATHIV and 23% reported having knowledge of its offer in SUS. Factors associated with the willingness to indicate an HIVST were: HIVST acceptability (aOR= 9.45; 95% CI: 4.53-19.71), agreement to use it on yourself (aOR= 4.45; 95% CI: 1.62-12.24), HIVST offering security (aOR= 5.73; 95% CI: 2.26-12.72) and consider the general public eligible for HIVST (aOR= 2.88; 95%CI: 1.25-6.59). Although the HIVST awareness among HCP was high, acceptability and willingness to indicate it was moderate. Chances of willingness to indicate the HIVST were higher among those HCP who accept the HIVST, declared the will to use the HIVST on itself, stated to be safe or very safe about indicating the HIVST and agreed with the HIVST distribution to the public in general. Therefore, this study indicates the need to increase HIVST training among HCP in Brazil, proposes the use of an instrument to give orientation to the HCP involved in the HIVST strategy and indicates a workshop to qualify healthcare workers in the HIV testing strategy in the state of Bahia.

Keywords: HIV self-test, healthcare provider, awareness, acceptability, willingness to indicate, Brazil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEQ-TR	– Avaliação Externa da Qualidade dos Testes Rápidos
AIDS	– Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATHIV	– Autoteste para HIV
COFEN	– Conselho Federal de Enfermagem
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
HSH	– Homens que fazem sexo com homens
IAPAC	– International Association of Providers of AIDS Care
IST	– Infecções sexualmente transmissíveis
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PCDT	– Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
PEP	– Profilaxia Pós Exposição
PrEP	– Profilaxia Pré-exposição
PVHIV	– Pessoa vivendo com HIV/aids
SAE	– Serviço de Atenção Especializada
SUS	– Sistema Único de Saúde
TARV	– Terapia Antirretroviral
TasP	– Treatment as Prevention
TB	– Tuberculose
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TcP	– Tratamento como Prevenção
TR	– Teste rápido
TTP	– Tratamento para todas as pessoas
UFSC	– Universidade Federal de Santa Catarina
UNAIDS	– United Nations Programme on HIV/aids
UN-Habitat	– United Nations Human Settlements Programme

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Casos de aids e HIV e taxas de detecção de aids e HIV por 100 mil habitantes, entre 2010 e 2019, no estado da Bahia.	PG. 25
Figura 2	Mandala da Prevenção Combinada.	PG. 28
Figura 3	Mapa mundi com o <i>status</i> das políticas nacionais de autotestagem para HIV no mundo até julho de 2019.	PG. 31
Figura 4	Mapa do Estado da Bahia, com destaque para as vinte e uma cidades alcançadas neste estudo.	PG. 41
Figura 5	Proporção do conhecimento, aceitabilidade, disposição de indicação e oferta de informação sobre ATHIV aos usuários no serviço entre profissionais de serviços de atenção especializada ao HIV na Bahia, Brasil, 2019-2020.	PG.67
Figura 6	Proporção do conhecimento, aceitabilidade e disposição de indicação aos usuários no serviço entre profissionais de serviços de atenção especializada ao HIV na Bahia entre tipos de categoria profissional, Bahia, Brasil, 2019-2020.	PG.68
Figura 7	Fluxograma para dois TRs realizados em sequência com amostras de sangue.	PG.89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de profissionais entrevistados distribuídos por serviço de saúde em cada município, Bahia, 2019-2020.	PG. 40
Tabela 2	Características sociodemográficas, de formação, atividade laboral, conhecimento e aceitabilidade do ATHIV entre profissionais de serviços de atenção especializada ao HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia, Brasil, 2019-2020.	PG. 65
Tabela 3	Fontes de informação e motivos para não indicação do ATHIV entre profissionais de serviços de atenção especializada ao HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia, Brasil, 2019-2020.	PG. 69
Tabela 4	Análise bivariada entre a disposição de indicação do ATHIV e características sociodemográficas, de formação, atividade laboral e aspectos gerais relacionados ao ATHIV entre profissionais de serviços de atenção especializada ao HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia, Brasil, 2019-2020.	PG. 71
Tabela 5	Análise multivariada de fatores associados à disposição de indicação do ATHIV entre profissionais de serviços de atenção especializada ao HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia, Brasil, 2019-2020.	PG. 74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Programação da Oficina para unidades de saúde. PG. 84

Quadro 2 Programação da Oficina para Secretarias Municipais de Saúde. PG. 85

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	PG. 16
2	OBJETIVOS	PG. 20
2.1	GERAL	PG. 20
2.2	ESPECÍFICOS	PG. 20
3.	REVISÃO DA LITERATURA	PG. 21
3.1	HIV/AIDS NO MUNDO, BRASIL E NA BAHIA	PG. 21
3.2	ESTRATÉGIA 90-90-90 E PREVENÇÃO COMBINADA	PG. 26
3.3	AUTOTESTAGEM PARA DETECÇÃO DE HIV	PG. 29
4	METODOLOGIA	PG. 36
	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL:	
4.1	CONHECIMENTO, ACEITABILIDADE E DISPOSIÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	PG. 36
4.2	DESENHO DE ESTUDO	PG. 38
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	PG. 39
4.4	MUNICÍPIOS, LOCAIS DO ESTUDO E PROCESSO DE AMOSTRAGEM	PG. 39
4.5	INSTRUMENTO E PRODUÇÃO DE DADOS	PG. 41
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	PG. 42
5	PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO	PG. 43
5.1	ARTIGO	PG. 44
	PRODUTO TÉCNICO 1: OFICINA PARA QUALIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE TESTAGEM RÁPIDA NO ESTADO DA BAHIA	PG. 75
5.2.1	Introdução	PG. 75
5.2.2	Desafios da testagem rápida na Bahia	PG. 76
5.2.3	Objetivos	PG. 78
5.2.3.1	<i>Geral</i>	PG. 78
5.2.3.2	<i>Específicos</i>	PG. 78
5.2.4	Metodologia	PG. 79
5.2.5	Lições aprendidas	PG. 81
	REFERÊNCIAS	PG. 83
5.3	PRODUTO TÉCNICO 2: CARTILHA INFORMATIVA SOBRE ATHIV	PG. 86
5.3.1	Objetivos	PG. 87
5.3.1.1	<i>Geral</i>	PG. 87
5.3.1.2	<i>Específicos</i>	PG. 87
5.3.2	Metodologia	PG. 88
5.3.3	Discussão e resultados esperados	PG. 90
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	PG. 94
	REFERÊNCIAS	PG. 95
	ANEXO I – Questionário aplicado com os profissionais	PG. 102
	ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	PG. 109
	ANEXO III – Card I: Autoteste para HIV no SUS	PG. 110
	ANEXO IV – Card II: O que é ATHIV?	PG. 111
	ANEXO V – Card III: Informações sobre o ATHIV	PG. 112
	ANEXO VI – Card IV: Faça o ATHIV no SUS	PG. 113
	ANEXO VII – Card V: Mitos mais comuns sobre o ATHIV	PG. 114
	ANEXO VIII – Card VI: Mitos mais comuns sobre o ATHIV	PG. 115

1. INTRODUÇÃO

O conhecimento precoce do *status* sorológico da pessoa vivendo com HIV/aids (PVHIV) tem sido considerado como um ponto crucial do combate à transmissão do vírus causador da aids (PLATTEAU *et al*, 2018; MYERS *et al*, 2013). A fim de mudar a configuração pandêmica da circulação do HIV no mundo, são necessárias estratégias para acelerar o diagnóstico, o tratamento e a prevenção de novas infecções. Nesse sentido, destaca-se o investimento na ampliação da testagem para a detecção precoce do vírus (SILVA, VALENÇA, SILVA, 2017).

O diagnóstico precoce da infecção pelo HIV representa uma vantagem individual para alguém que adquire o vírus, pois o pronto começo da Terapia Antirretroviral (TARV) funciona em duas dimensões de prevenção, a saber, a primária, uma vez que a manutenção da carga viral indetectável tem efeito preventivo para as parcerias sexuais das PVHIV, e secundária, pois diminui as chances de complicações decorrentes da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) (RODGER, CAMBIANO, BRUUN *et al*, 2016; COHEN, CHEN, MCCAULEY *et al*, 2011).

Muito embora não se objetive o descarte do aconselhamento e do investimento no uso do preservativo, as ações preventivas atualmente seguem o paradigma biomédico do Tratamento como Prevenção (TcP), no âmbito da estratégia de Prevenção Combinada, por ser o tratamento um recurso potencial para o rompimento da cadeia de transmissão viral (MONTEIRO *et al*, 2019). Desse modo, a testagem tem sido cada vez mais associada à mudança de práticas sexuais de maior risco, mesmo quando comparada ao uso do preservativo (BILLARDI *et al*, 2013), e está vinculada à prevenção, pois é fundamental para o sucesso da Meta 90-90-90 da UNAIDS (2014), que propõe oportunizar a 90% das PVHIV o conhecimento do seu *status* sorológico, garantir acesso a 90% das pessoas desse grupo à TARV e, entre esses em tratamento, alcançar 90% de carga viral indetectável.

Faz-se importante ampliar não só a quantidade de testagem rápida ofertada, bem como também diversificar os locais de disponibilização. As iniciativas brasileiras nesse sentido incluem principalmente a oferta do teste rápido (TR) no âmbito do pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais, a capilarização da testagem rápida na rede básica de saúde (ZAMBENEDETTI, 2016) e, mais recentemente, a retomada da disponibilização

do autoteste para HIV (ATHIV) (BRASIL, 2019b). Inicialmente, o ATHIV foi distribuído nas cinco cidades de rastreo acelerado do HIV (*Fast-Track Cities*¹), em três capitais de estado e outras cidades do interior do estado de São Paulo, cuja oferta da PrEP já está em curso (BRASIL, 2019c), porém, no contexto da pandemia da COVID 19, passou a ser disponibilizado em toda rede do Sistema Único de Saúde (SUS) para públicos específicos (BRASIL, 2020b), acompanhando uma tendência recomendada pela OMS para alcançar populações que não seriam testadas nos formatos convencionais (OMS, 2016).

Entretanto, duas grandes questões permanecem como entraves para a plena execução das estratégias de aceleração do conhecimento sorológico nas políticas públicas. A primeira delas está relacionada com atrasos no processo de implantação das ações devido a dificuldades com infraestrutura, recursos humanos e fluxos de trabalho inadequados (NASCIMENTO *et al*, 2018). Por exemplo, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no âmbito da atenção primária à saúde, a implantação de uma rotina para diagnóstico de HIV através de testagem rápida encontrou dificuldade entre os profissionais de saúde da equipe devido à percepção de aumento da carga de trabalho e da alta rotatividade de profissionais (ZAMBENEDETTI, 2016). Além disso, deficiências no funcionamento logístico de pedido e entrega dos testes, a escassez de material informativo para suporte das ações educativas, pouco investimento em sensibilização e capacitação dos profissionais a respeito dos testes e seus resultados, também comprometem o alcance das ações diagnósticas e preventivas (ARAÚJO *et al*, 2018), podendo levar a situações como falta de testes ou perda da validade dos mesmos (LOPES *et al*, 2016).

A segunda questão é o comportamento do profissional, considerado peça chave para o processo de execução da estratégia de testagem (LOPES *et al*, 2016; PLATTEAU, 2018). Em primeiro lugar, é preciso compreender o quanto os profissionais sabem a respeito dos insumos disponibilizados, os aceitam e estão dispostos a os indicarem aos usuários de suas unidades. A desconfiança na sensibilidade e especificidade dos testes

1 A *Fast-Track Cities Initiative* é uma estratégia conjunta da UNAIDS, *International Association of Providers of AIDS Care – IAPAC*, *United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat)* e da prefeitura de Paris, lançada em 2014, com a intenção de acelerar as respostas do combate à AIDS no nível municipal (IAPAC, 2017). No Brasil, assinaram o documento Curitiba (PR), Florianópolis (SC), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA) e São Paulo (SP).

rápidos por parte da classe médica marcou a fase inicial da distribuição desses insumos no Brasil (ZAMBENEDETTI, 2016). Macêdo *et al* (2008) identificaram inconsistências na oferta da testagem a gestantes de maternidades no Nordeste brasileiro relacionadas justamente à baixa aceitabilidade dos testes rápidos por parte dos profissionais dessas unidades de saúde. Mais recentemente, com o advento do ATHIV, as investigações de conhecimento e aceitabilidade têm sido feitas em diversos países, porém do ponto de vista do usuário (FIGUEROA *et al*, 2015; KRAUSE *et al*, 2013), o que deixa uma lacuna a ser preenchida por estudos que investiguem como os profissionais de saúde se posicionam a respeito dessa possibilidade de testagem.

É importante considerar que a conduta do trabalhador em saúde é influenciada por concepções que circulam no meio social. A continuidade de uma prática profissional que reproduz uma lógica discriminatória e moralista que estigmatiza aqueles acometidos pelo vírus, lentifica o avanço das ações, afasta usuários das opções de prevenção e tratamento e resulta na manutenção da concentração elevada da epidemia em determinados grupos populacionais, denominados de populações-chave (ARANTES, SANTOS, 2015; NEUMAN, OBERMEYER, 2013).

Como forma de diminuir as barreiras entre os usuários, seu conhecimento sorológico e o cuidado (BAIN *et al*, 2015), o ATHIV vem sendo difundido com alta aceitabilidade entre as populações-chave, tendo a seu favor o fato de ser de fácil manuseio e interpretação, além de prover privacidade, conveniência e emancipação ao usuário (INDRAVUDH, SIBANDA, D'ELBE, 2017; PLATTEAU, 2018; MUGO, 2017). Mavedzenge, Baggaley e Corbett (2013), demonstraram que a segurança do ambiente domiciliar, se comparado com os riscos de discriminação possíveis em um serviço tem sido referido como vantagem do ATHIV em relação a outros métodos diagnósticos do HIV. Contudo, o ATHIV ainda é cercado de dúvidas em relação à sua capacidade de vinculação indivíduo-tratamento, risco de falsos negativos, ausência de aconselhamento pré e pós teste, custo elevado, uso coercitivo por terceiros, erros de aplicação e interpretação de resultados e riscos de violência auto imposta diante de resultados reagentes (FREEMAN *et al*, 2018; WOOD, BALLENGER, STEKLER, 2014).

Nesse cenário, oferecer *kits* do ATHIV poderá ser uma ação insuficiente para produzir um impacto significativo no rompimento da cadeia de transmissão do HIV no Brasil, caso sua oferta não seja acompanhada de investimento no profissional que poderá

o indicar aos indivíduos que desejam e precisam da testagem. Dessa forma, faz-se necessário que o profissional de saúde conheça o insumo, seu uso e importância estratégica nas políticas de HIV, e consiga manejar as possibilidades criadas na relação com o usuário a partir dele, possibilitando o início do tratamento, para os casos reagentes ou adoção de comportamentos sexuais seguros e adesão a outros métodos preventivos da transmissão do HIV e outras IST, em casos não reagentes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estimar o conhecimento, a aceitabilidade, a disposição para indicação do ATHIV entre profissionais de saúde em serviços de atenção especializada para HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia.

2.2 Objetivos específicos

Analisar os fatores associados à disposição para indicação do ATHIV entre profissionais de saúde em serviços de atenção especializada para HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia.

Conhecer os motivos de não indicação do ATHIV para HIV entre profissionais de saúde de SAE para HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia;

Organizar uma oficina para treinamento da rede de operadores da estratégia de testagem rápida no estado da Bahia, com a finalidade de expansão da rede e atualização de conteúdos específicos sobre testes rápidos e autotestagem para HIV;

Elaborar material instrutivo para instrumentalizar o profissional de saúde no seguimento da linha de cuidado para oferta do ATHIV para HIV em serviços da rede pública de saúde do estado da Bahia.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 HIV/aids no mundo, no Brasil e na Bahia

A transmissão do vírus HIV, apesar de combatida por diversos países e órgãos internacionais, nos últimos trinta anos segue seu curso como uma epidemia de difícil controle. As causas para o atual quadro epidemiológico mundial podem se relacionar com fatores variados, que vão desde decisões individuais em não se testar para HIV (PEREZ *et al*, 2016) a questões sociais mais amplas, como o compartilhamento de noções preconceituosas e moralistas dos primórdios da epidemia, que estigmatizam pejorativamente as pessoas vivendo com HIV, lhes prejudicando seu convívio social (BARBARÁ *et al*, 2005).

O contexto inicial da infecção e seu tratamento pouco eficaz difundiram a noção de fatalidade da doença causada pela ação do HIV, contudo, a evolução do tratamento lhe conferiu *status* atual de cronicidade (JESUS *et al*, 2017; BRITO *et al*, 2000). Tal melhoria se deu a partir do advento da Terapia Antirretroviral de alta efetividade (TARV – HAART) em meados dos anos noventa, mudando as perspectivas para os que haviam sido infectados pelo HIV até então, possibilitando o aumento da expectativa e da qualidade de vida (GOMES *et al*, 2017). No Brasil, essa terapia passou ser disponibilizada pelo SUS em 1996, através da Lei 9.313/96 (BRASIL, 1996).

Se os avanços científicos do tratamento farmacológico acarretaram melhoras clínicas a partir da TARV no espectro biológico da infecção, não se pode afirmar que o mesmo efeito foi percebido no que concerne às questões sociais da luta contra a aids, pois, enquanto os medicamentos que combatem a ação do vírus HIV foram sendo melhorados, permitindo a manutenção do curso de vida das pessoas vivendo com HIV, o imaginário social resistiu a mudar concepções sobre as formas de transmissão do HIV, mantendo alta carga moral de reprovação sobre segmentos sociais específicos, o que mantém a condição de viver com HIV como algo ainda muito estigmatizante, tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento (FERREIRA, 2003; MAARTENS *et al*, 2014).

A antiga noção de grupos de risco se mostrou ineficaz como barreira de transmissão e, apesar de investimentos econômicos, sociais e educativos, a epidemia demonstrou avanços em todas as partes do mundo (KAHALLE *et al*, 2010). A ideia de

imunidade ao HIV atrelada ao pertencimento a um tipo específico de grupo comportamental se revelou ilusória algum tempo depois da transmissão já haver se configurado como pandemia, alcançando a população geral para além de segmentos populacionais já estigmatizados antes mesmo do conhecimento do vírus, a saber os homossexuais, hemofílicos, haitianos, usuários de drogas e profissionais do sexo (KAHALLE *et al*, 2010; BARBARÁ *et al*, 2005).

Nessa trajetória, as explicações sobre a transmissão do vírus HIV se baseavam na responsabilização dos acometidos pela AIDS, a partir de estudos epidemiológicos que identificaram subgrupos populacionais cujas taxas de incidência da síndrome se mostravam elevadas. Muito embora essa análise tenha sido útil, produziu a identificação desses subgrupos como grupos de risco, os destinando ao isolamento social e à abstinência sexual para fins de controle do contágio. A progressiva mudança de foco do grupo para a prática do indivíduo diante da possibilidade de infecção foi conceituada de *comportamento de risco* (AYRES *et al*, 2012), contudo, esse termo também foi superado historicamente devido ao seu foco individualista e culpabilizador da pessoa infectada por ter falhado na sua responsabilidade de autoproteção (GOMES *et al*, 2011).

A mais atualizada compreensão desse contexto é de que existem, de fato, grupos sociais específicos em maior risco e sua conceituação está relacionada ao termo *população-chave*, que designa aquelas pessoas

Atingidas desproporcional e desigualmente em comparação com a população geral, tanto sob o ponto de vista epidemiológico quanto em relação ao acesso à saúde, além de se encontrarem sob maior vulnerabilidade² para outras IST, hepatites virais e coinfeção para TB-HIV (BRASIL, 2019, p.21).

No que tange ao HIV e suas populações-chave, Ayres (2012) destaca que é preciso considerar a historicidade da resposta brasileira à epidemia, suas implicações na história social dessa doença e a narrativa em torno dela. Este autor apresenta a compreensão de três dimensões de vulnerabilidade, a saber, a individual, a social e a programática, sendo: as interações entre um indivíduo ativo, sujeito-cidadão de direito em seu cotidiano social,

² O conceito de vulnerabilidade não se relaciona necessariamente ao fato de pertencer a um determinado grupo social, mas, principalmente, ao fato de a exposição ao HIV estar condicionada a problemas estruturais objetivos e subjetivos, a exemplo da pobreza, violência, escolaridade, gênero, etc (MANN *et al*, 2002).

comunitário, familiar e profissional (dimensão individual); seu meio, configurado pelo contexto dinâmico de relações econômicas, de gênero, raciais, geracionais, religiosas e outras formas de inclusão e exclusão (dimensão social); e as políticas e instituições cuja atuação aumenta ou diminui as condições de vulnerabilidade (dimensão programática). Gomes *et al* (2017) relacionam também fatores cognitivos e comportamentais e a qualidade da informação que uma pessoa dispõe sobre saúde na dimensão individual; o acesso à informação e outros bens sociais, o enfrentamento de barreiras culturais e a capacidade de influenciar politicamente na dimensão social e o grau de comprometimento e financiamento da assistência e prevenção do HIV por parte das políticas, na dimensão programática.

A consideração dos determinantes sociais como parte integrante das causas e da manutenção da epidemia do HIV no Brasil se deu a partir dos anos noventa, quando já permeava no imaginário social a explicação moralista dos grupos de risco e a consequente responsabilização do indivíduo em detrimento do envolvimento da estrutura social (ADAMY, CASIMIRO, BENZAKEN, 2018). Enquanto os impactos da epidemia eram combatidos nas dimensões individual e programática, através do enfoque na informação para gerar mudança de comportamento e no avanço das políticas de distribuição de medicamentos e estruturação de serviços especializados, respectivamente, na dimensão social houve estagnação na compreensão dos direitos humanos e redução do preconceito, além da circulação repetitiva das diferenças entre HIV e AIDS (EUZEBIO, 2018).

Sob essa análise, cabe refletir sobre o momento atual da resposta brasileira à epidemia da aids e sua influência nas dimensões de vulnerabilidade acima relatadas. Segundo Grangeiro (2016), apesar de passarmos um momento estruturado da dimensão programática, caracterizado pelo acesso ao antirretroviral e aumento da oferta da testagem para HIV, os indicadores apontam para uma possível reemergência da epidemia do HIV no país engendrada por alterações sociais como o desinteresse gradual da mídia sobre o tema, redução do foco preventivo e redução das atividades do terceiro setor e, ao mesmo tempo, por mudanças da dimensão individual, a exemplo da precocidade da vida sexual, multiplicidade de parcerias e baixa adesão ao preservativo entre o público jovem.

Seffner e Parker (2016) lembram que, muito embora o Brasil tenha feito avanços no campo dos direitos humanos nos anos 2000, vem se desenhando na última década um cenário de recuo nas políticas de temas como gênero e sexualidade, que impacta em outras

ações programáticas, repercutindo nos espectros social e individual da vulnerabilidade. Esvaziamento do financiamento e a desorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), aliado e produzido pelo avanço de representações políticas ditas conservadoras (CORRÊA, 2016), são ingredientes atuais que arriscam especialmente a saúde sexual de alguns grupos populacionais, nos quais a epidemia do HIV se concentra.

No Brasil, são consideradas populações-chave pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), gays e outros HSH, trabalhadoras do sexo, usuários de álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e pessoas trans, sendo os três primeiros correspondentes à maioria de casos novos de HIV no país anualmente (BARRETO *et al*, 2018). Além disso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) considera ainda jovens, negros, índios e pessoas em situação de rua como *populações prioritárias*, pois demandam maiores e melhores cuidados por apresentarem fragilidades que acarretam aumento do risco de infecção por HIV, considerando inclusive, a possibilidade de transversalidade entre essas condições, denominada de sinergia de vulnerabilidades (PARKER, 2000 *apud* BRASIL, 2019), que corresponderia às situações nas quais um indivíduo pode ser considerado parte de uma ou mais populações-chave e prioritárias ao mesmo tempo, além de ser também potencialmente vulnerável às outras ISTs, hepatites virais e coinfeção com tuberculose.

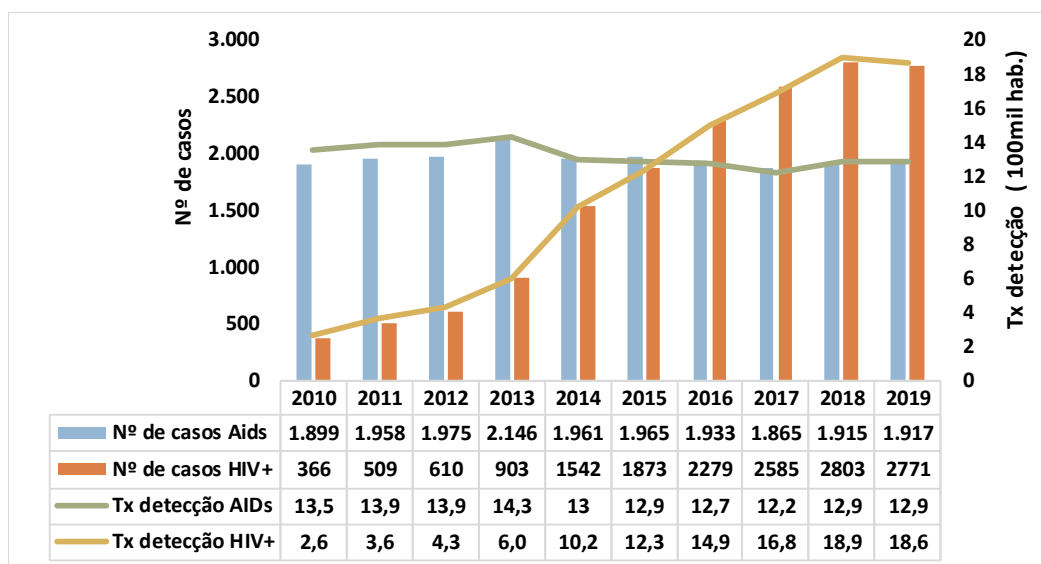
Atualmente, a epidemia do HIV no Brasil tem uma configuração de classificação concentrada, que se refere a países nos quais a prevalência do vírus está acima de 5% em uma ou mais populações consideradas de risco acrescido, e abaixo desse patamar entre gestantes atendidas no pré-natal (BANCO MUNDIAL, 1997 *apud* BRITO *et al*, 2000). Estima-se que o Brasil atingiu, até 2019, 89% de detecção do vírus entre as PVHIV (BRASIL, 2020c).

Dados epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) demonstraram grande diferença percentual entre a prevalência do HIV de 0,4% na população geral (BRASIL, 2012 *apud* BRASIL, 2019) e as populações-chave, sendo 36,7% entre mulheres trans e travestis (GRINSZTEN, 2017), 24,8% nas pessoas privadas de liberdade (BEZERRA, 2015), 18,4% para gays e outros HSH (KERR, 2017 *apud* BRASIL, 2019), 5,3% nas mulheres trabalhadoras do sexo (SZWARCOWALD, 2016 *apud* BRASIL, 2019) e 5,0% em usuários de álcool e outras drogas (BASTOS *et al*, 2014 *apud* BRASIL, 2019). Dessa forma, a concentração aumentada da epidemia dentro desses

grupos populacionais justificaria o aumento de esforços para aproximar estes indivíduos dos serviços e estratégias de saúde, colaborando para a diminuição das iniquidades (SWEAT; DENISON, 1995 *apud* BRASIL, 2019).

Na Bahia, segundo dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DIVEP-SESAB), a taxa de detecção da aids manteve-se estável de 2010 a 2019, contudo, houve aumento na taxa de detecção do HIV no mesmo período. Esse aumento pode ter relação com a instituição da notificação obrigatória da infecção pelo HIV, a partir de 2014 (Figura 1). Em 2020, foram notificados, via SINAN (Sistema de Notificação de Agravos), 335 novas infecções por HIV e 599 casos de aids no estado, porém, o contexto da pandemia da COVID 19 pode ter influenciado na queda desses números, se comparados com os anos anteriores (BRASIL, 2020). Mais recentemente, a DIVEP colocou em curso um programa de expansão da testagem rápida e incluiu, a exemplo de outros estados, o ATHIV na sua rede assistencial, o que poderá impactar no aumento progressivo desses números, especialmente, com a normalização do funcionamento das unidades de saúde após a vacinação para a COVID 19.

Figura 1 - Casos de aids e HIV e taxas de detecção de aids e HIV por 100 mil habitantes, entre 2010 e 2019, no estado da Bahia.



Fonte: Dados de aids: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Dados preliminares até 30/06/2020. Dados de HIV: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia/ Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado da Bahia/Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) acesso em 14/12/2020.

3.2 Estratégia 90-90-90 e Prevenção Combinada

É importante reconhecer que, mais recentemente, o tratamento tem sido considerado uma importante intervenção biomédica de caráter preventivo, pois, o uso regular de ARV por PVHIV está ligado à redução da transmissão do vírus, além de benefícios como diminuição de comorbidades e aumento da expectativa de vida (BRASIL 2017). A ideia de considerar o TARV como estratégia preventiva é nomeada pelo MS de Tratamento para Todas as Pessoas (TTP) (BRASIL, 2017a) ou *Treatment as Prevention* (TasP), na literatura internacional (ZUNIGA, 2015). Além disso, a UNAIDS (2014), em parceria com países de todos os continentes, incluindo o Brasil, estabeleceu objetivos para acelerar os esforços e eliminar o caráter epidêmico da transmissão do HIV no mundo até 2020. Para isso, foi elaborada a Meta 90-90-90, cujo objetivo é alcançar 90% das pessoas vivendo com HIV a conhecerem sua condição sorológica, oferecer e manter 90% deste grupo em TARV e chegar à condição de carga viral indetectável em 90% deste último. Espera-se alcançar 95% até 2030 e zerar o preconceito e a discriminação contra as PVHIV. O estabelecimento da meta além de ser um reforço às vias tradicionais de prevenção primária, avança também em objetivos de prevenção secundária entre as PVHIV ao mirar na manutenção de sua qualidade de vida através do acesso imediato e ininterrupto à TARV, sem depender do balanço entre carga viral e níveis de CD4/CD8 para seu início.

Outra adição às já conhecidas estratégias preventivas, no sentido de superar a exclusividade da promoção da camisinha como método de barreira, é a introdução de medicamentos antirretrovirais antes (ou diante da possibilidade de) e depois do contato com o vírus. A Profilaxia Pré-exposição (PrEP) consiste na utilização do ARV antes de relações sexuais desprotegidas, a fim de evitar replicação viral, e pode ser conduzida de maneira contínua ou sob demanda, dependendo da avaliação de risco do próprio usuário, sendo ambas as conduções de com desempenho satisfatório na proteção do indivíduo (MOLINA *et al*, 2015). No Brasil, a PrEP e tem sido direcionada na rede pública para grupos específicos, como casais sorodiferentes, HSH, profissionais do sexo e população

trans (BRASIL, 2017c). Segundo o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (BRASIL, 2017), a PrEP apresentou eficácia entre 45% na população geral e 95% na população com altas taxas de adesão, em estudos feitos com segmentos populacionais variados como HSH, heterossexuais, mulheres hétero e usuários de drogas injetáveis. As variações de eficácia nos estudos citados relativas ao manejo da adesão ao tratamento, chamam a atenção para a importância do investimento na qualidade dos cuidados oferecidos e não somente da tecnologia em si.

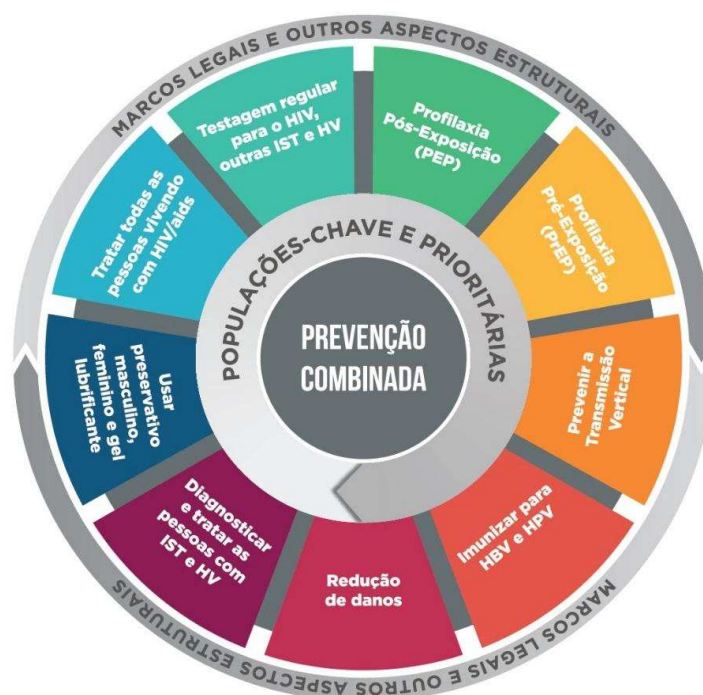
Já a Profilaxia Pós Exposição (PEP) é uma urgência médica com o uso de medicamentos ARV, que deve começar em até setenta e duas horas após a exposição potencial ao vírus com a extensão deste uso por vinte e oito dias. Disponível como estratégia preventiva desde 1998, primeiramente para acidentes ocupacionais e depois para vítimas de violência sexual, a PEP passou a ser disponibilizada para qualquer pessoa que tenha tido relações sexuais sem uso do preservativo, ou naquelas em que tenha ocorrido rompimento ou falha do insumo no contato com uma PVHIV, sabidamente ou não (MAKSUD, 2015).

Tanto a PEP, PrEP e o TTP compõem a estratégia nomeada de Prevenção Combinada, assim definida pelo MS:

É uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (BRASIL, 2017, p.18).

O objetivo destes novos recursos não é o de interromper o incentivo ao uso do preservativo, por exemplo, mas de ampliar o leque de opções preventivas tanto para o HIV quanto para outras ISTs, para que os indivíduos possam viver de maneira saudável suas vidas sexuais e o número de novas infecções diminua. A estratégia é representada pela Mandala da Prevenção Combinada (Figura 2):

Figura 2 – Mandala da Prevenção Combinada.



Fonte: BRASIL, 2017b, p. 3

É nesse contexto atual do combate à epidemia da aids que o teste rápido (TR) vem ganhando protagonismo no mundo todo. Entre 2010 e 2014, mais de seiscentas milhões de pessoas tiveram acesso a essa modalidade de testagem em países de rendas média e baixa (OMS, 2015 *apud* JOHNSON *et al*, 2017). Antes reservado a públicos específicos e situações não rotineiras de testagem, o TR passou a ser mais necessário e o seu acesso é atualmente recomendado para a população geral, a fim de que haja mais rapidez no conhecimento do *status* sorológico e contemple o primeiro noventa da Meta. Baseado em tecnologia simples e de fácil manuseio, o TR prescinde da estrutura laboratorial e de serviço de saúde estruturado, podendo alcançar lugares de difícil acesso e acelerar o alcance de campanhas de testagem. O uso do TR pode significar a superação de problemas como o distanciamento entre usuário e serviço devido à espera pelo resultado.

No SUS, o TR vem sendo direcionado para a rotina dos serviços na atenção básica à saúde. Com objetivo de capilarizar o alcance desses testes na atenção primária, o MS disponibiliza treinamento gratuito online através da plataforma TELELAB e faculta aos conselhos profissionais a decisão de permitir ou não que seus profissionais atuem como executores de TR, incluindo a categoria de técnicos de enfermagem, lhes restringindo

apenas a emissão de laudos de exames reagentes, conforme decisão do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), emitida no Parecer 259/2016. O uso do recurso virtual descentraliza o treinamento e amplia as possibilidades de qualquer serviço de saúde no país em formar executores, fortalecendo a capacidade da rede em dar resposta às necessidades de saúde apresentadas pela população coberta pela unidade prestadora do serviço.

Muito embora o TR não exija procedimentos complexos para um profissional de saúde, os cursos existem também para qualificar a execução, leitura e interpretação dos testes, para diminuir chances de falsos positivos ou negativos. No sentido de seguir se qualificando ainda mais, o profissional pode participar de rodadas da Avaliação Externa da Qualidade dos TR (AEQ-TR), proposta facultativa de cunho educativo feita pelo MS em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina. A preocupação com a qualidade e a fidedignidade do resultado de um TR se justifica se considerarmos que esse exame lida com um resultado potencialmente desorganizador na vida de um indivíduo, pois, como apontado anteriormente, a soropositividade segue cercada de preconceito e discriminação, além de demandar cuidados extra com a saúde, como a rotina de medicação e exames.

Mesmo com a consolidação do TR sendo executado com segurança na Atenção Básica e nas demais instituições de saúde, restam ainda grupos populacionais não alcançados por esses serviços ou campanhas de testagem, como pode ser verificado na alta taxa de diagnóstico tardio do HIV em bancos de dados nacionais, como destacado por Lippman (2014). Para que essa lacuna seja preenchida, o Brasil junta-se atualmente a uma tendência mundial e se prepara para difundir o uso do ATHIV para HIV no SUS.

3.3 Autotestagem para detecção precoce de HIV

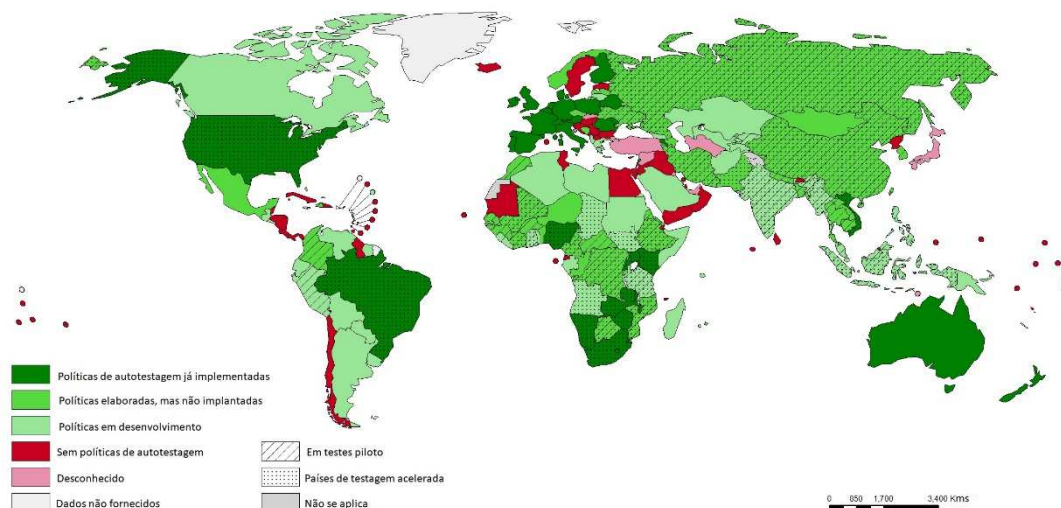
A autotestagem para HIV pode ser definida como o processo no qual um indivíduo realiza sua coleta de sangue ou fluido oral, utiliza um teste rápido para HIV e interpreta o seu próprio resultado, com ou sem assistência (OMS, 2016). O ATHIV pode ser realizado com *kits* de punção digital e fluido oral, sendo os primeiros reportados como mais desconfortáveis e relacionados à dor e à complexidade de coleta da amostra, por

isso, em geral, são preteridos pelo fluido oral (ZHAO *et al*, 2018). O ATHIV é considerado um insumo para diagnóstico *in vitro* pelo Fórum Internacional de Regulação de Equipamentos Médicos e, devido às consequências de um resultado incorreto e seu uso por leigos, é classificado como um equipamento de classe D, que corresponde ao mais alto risco, sendo a maior gradação dessa classificação (GLOBAL HARMONIZATION TASK FORCE, 2012 *apud* DACOMBE, 2019).

O recurso da autotestagem já vem sendo discutido há quase 20 anos pelos programas especializados ao redor do mundo. Segundo Mavedgenze *et al* (2013), o ATHIV foi primeiro discutido pelo Programa de HIV/AIDS das Nações Unidas/UNAIDS em 2000, numa advertência de implementação de cuidados para garantias da qualidade ao licenciar esse tipo de tecnologia e no reconhecimento de que a autotestagem e a testagem em ambiente doméstico seriam mais comumente usadas e promoveriam aumento no acesso ao diagnóstico (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME, 2000 *apud* MAVEDGENZE *et al*, 2013). Na Europa, o ATHIV já havia sido defendido pelo Reino Unido em 2008 (TORJENSEN, 2011), em 2009 o Quênia se tornou o primeiro país africano a disponibilizar orientações sobre ATHIVs para o público em geral e a validar o uso de *kits* de fluido oral e, em 2012, os EUA permitiu a venda do ATHIV por via oral. Esforços foram feitos também na Austrália em 2015, com a regulamentação da legislação para avaliar equipamentos *in vitro* e considerar o licenciamento do ATHIV (SYDNEY, 2015).

Mundialmente, a OMS registra que, logo após a recomendação de oferta do ATHIV, complementarmente às outras possibilidades de testagem feita em 2016, cento e doze países apresentaram ou passaram a desenvolver políticas que apoiam a introdução desse recurso em suas redes. Esse crescimento de interesse e mercado para os ATHIVs estão relacionados com a possibilidade de alcance de populações-chave, de alto risco e de difícil acesso, como apontam as experiências em países como Rússia, Namíbia, Vietnã (OMS, 2018) e da África do Sul, país com o maior número (6,4 milhões) de PVHIV no mundo, que publicou sua política para o ATHIV no mesmo ano (VENTER *et al*, 2017). Atualmente, setenta e sete países já implementaram políticas de autotestagem, segundo a OMS (Figura 3).

Figura 3 - *Status* das políticas nacionais de autotestagem para HIV no mundo até julho de 2019.



Fonte: Monitoramento Global da aids (Organização Mundial da Saúde/ United Nations Programme on HIV/AIDS/Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF))/ Ferramenta de Inteligência sobre nações, 2019. Disponível em <https://www.who.int/hiv/topics/self-testing/en/#>. Último acesso em 02/02/2021.

Países com altas taxas de prevalência do HIV, como Malawi, Zâmbia e Zimbábue (9,2%, 12,4% e 13,5% respectivamente), ainda estão em estágios iniciais do registro dos produtos ou importando regulamentações já existentes (DACOMBE *et al*, 2019) e, até mesmo em países desenvolvidos como o Canadá (com estimativa de 21% de casos não diagnosticados entre 75.500 PVHIV em 2014), o ATHIV ainda não é aprovado ou não tem registro de nenhum produto para aprovação (PAI *et al*, 2018).

No Brasil, apesar de haver permissão da ANVISA para a registro do produto desde 2015 (BRASIL, 2015) o primeiro ATHIV foi registrado só em 2017³ e podia ser encontrado para compra na rede varejista de farmácias, a exemplo do que já ocorre em países como Estados Unidos desde 2012, Reino Unido e França, desde 2015.

³ Atualmente estão registrados no Brasil três testes de cada tipo, sendo Action, Alerta e o Biosure HIV Selftest, que utilizam amostra de sangue e HIV Detect Oral, Saliteste HIV e Oraquick HIV Selftest, que usam fluido oral. Desses, o Action foi o teste comprado pelo MS para distribuição nacional, por ser o único registrado na época da aquisição.

Além de possibilitar o aumento no número de pessoas testadas, o recurso do ATHIV é mais um esforço para aproximar a pessoa do conhecimento de seu *status* sorológico, o que pode influenciar na diminuição do envolvimento de PVHIV em situações de risco sexual e da probabilidade de novas transmissões, desde que o tratamento seja iniciado e mantido (BUNNEL *et al*, 2008; ATTIA *et al*, 2009). A autotestagem pode ser importante no alcance de grupos populacionais que não buscariam a testagem num serviço de saúde e de usuários no período de janela, lhes dispensando uma nova ida ao serviço de saúde, evitando incômodos como a perda de tempo com deslocamento e espera pelo atendimento. A possibilidade da distribuição secundária, a exemplo do que foi adotado no já referido projeto piloto do MS, também sinaliza uma vantagem no alcance dos pares, nem sempre atraídos para as unidades de saúde que oferecem outras modalidades de testagem.

Outro possível benefício do ATHIV, é que estigmas associados à orientação sexual, dificuldades estruturais, geográficas e financeiras de frequentar uma unidade de saúde, geralmente relatados como barreira de acesso ao teste, poderiam ser diminuídos com o ATHIV (LIPPMAN *et al*, 2018; MAKSUD *et al*, 2014). Belza (2016) relata ainda que a possibilidade de fazer o teste no tempo mais conveniente e assim sanar dúvidas de maneira imediata, a contribuição para a autorresponsabilização sobre a saúde e o ganho de tempo foram destacados por usuários como vantagens do ATHIV em relação aos exames feitos nos serviços de saúde.

Segundo Maksud (2014), o uso do ATHIV no ambiente domiciliar pode também influenciar na adoção de comportamentos seguros no tocante ao contato sexual, especialmente as opções do posicionamento estratégico (*sero-positioning*) e na escolha de parceria por sorologia (*serosorting*). Por posicionamento estratégico entende-se a opção por uma posição ou prática sexual condicionada à soropositividade ou não da parceria sexual. Segundo a autora, portadores do HIV tendem a assumir a posição receptiva anal objetivando oferecer um risco diminuído da transmissão do vírus a alguém que se acredita soro negativo. Já o *serosorting* diz respeito à escolha da parceria com o mesmo *status* sorológico com o intuito de manter intercurso sexual sem uso do preservativo. Especificamente no contexto da população chave dos HSH, esses benefícios podem ser acessados mediante a autotestagem, que pode ocorrer em condições de maior segurança psicossocial, evitando que a exposição e possíveis desconfortos vivenciados

no serviço de saúde decorrentes de maus tratos lá recebidos funcionem como barreira de acesso.

Um estudo conduzido com quinhentos HSH na cidade de Buenos Aires, Argentina, corrobora com essas afirmações. A pesquisa encontrou aceitação de 74% dos participantes, que responderam ter preferência por comprar o teste para usar no ambiente doméstico e 70% disseram que seria mais fácil realizar o procedimento em casa. Ainda, 66% informaram que pediriam a um parceiro casual para se submeter à testagem antes de contato sexual e 60% usariam o teste para dispensar o uso do preservativo (PANDO *et al*, 2017).

A utilização do ATHIV, vendido em farmácias ou disponibilizado pelo sistema de saúde de um país, ainda passa por avaliações ao redor do mundo, porém estudos de aceitabilidade têm revelado achados promissores. Segundo Belza (2016), estudos de viabilidade conduzidos em 2009 na Espanha já mostravam aceitação do ATHIV por 84% dos participantes e outros estudos nos Estados Unidos, feitos entre 2010 e 2012, encontraram 88% de concordância com a venda dos insumos nas farmácias e 64,5% dos entrevistados manifestaram que teriam feito o teste caso estivesse disponível. Pesquisadores brasileiros também têm encontrado percentuais animadores de aceitação do ATHIV, como o estudo de Lippman (2014), realizado em 2011 através de pesquisas no Facebook, que verificou a preferência de 47% de 356 HSH HIV (-) em oposição a 27% que escolheram a testagem em ambiente clínico. Outro estudo conduzido por Magno *et al* (2019), abordou 4.176 HSH de 12 cidades brasileiras e encontrou 49,1% de aceitação do ATHIV, porém entre os que nunca haviam se testado para HIV antes do estudo, esse número se reduziu para 14,1%.

Aceitar e se disponibilizar a utilizar o ATHIV pode ter relação com temas já conhecidos sobre as consequências do diagnóstico de um teste rápido para HIV executado em serviços de saúde, como reações de violência em casos de testes reagentes, porém, somam-se a isso questionamentos sobre a habilidade da coleta do sangue ou do fluido oral, utilização do kit e a correta interpretação dos resultados sem assistência profissional. A respeito desses temores, a UNAIDS (2016) publicou um relatório baseado em estudos conduzidos no continente africano e destacou que não foram registrados riscos estatísticos significativos concernentes a quaisquer formas de agressão, auto ou hétero dirigida, após

os resultados do ATHIV, indo ao encontro de dados achados em outros estudos (BROWN *et al*, 2014; MASTERS *et al*, 2016).

No citado estudo realizado na capital argentina (PANDO *et al*, 2017) o percentual de 17% dos entrevistados relatou ideações suicidas diante de resultado reagente do teste para HIV, porém, esses indivíduos tinham também um histórico de tentativas de suicídio, além de que, outros fatores devem ser considerados na análise dessa resposta. Historicamente, o medo do suicídio pós-teste sempre existiu apesar de pouca evidência ligando resultados positivos de HIV a tentativas suicidas (PANDO *et al*, 2017). Mais recentemente, Kumwenda *et al* (2019) relataram achados de seis estudos de implementação do ATHIV no Malawi entre os anos de 2011 e 2017 que sustentam não haver ligação entre suicídio ou formas severas de violência e ATHIV, contudo, outros prejuízos sociais de menor impacto como ofensas verbais e término de relacionamentos entre sorodiscordantes, tenham sido registrados em baixa amostragem.

No que diz respeito à confiança no resultado, Figueroa *et al* (2018) demonstraram que indivíduos que se testam podem alcançar desempenho comparável ao de profissionais de saúde no uso do ATHIV. Muito embora essa revisão tenha encontrado erros similares da performance no uso de testes por punção digital (na maioria relacionados com o manejo da amostra de sangue) e fluido oral (interpretação dos resultados), não foram encontrados resultados inválidos o suficiente para afirmar que a ausência de orientação profissional durante a execução do teste influencie na invalidação de seu resultado. Outros achados reforçam a necessidade de clareza das instruções pelo fabricante e a utilização de mais recursos para o bom uso do teste e orientações após o resultado, como vídeos instrutivos e disponibilização de profissionais por telefone ou aplicativos digitais. Zhao *et al* (2018) encontraram aceitação da abordagem para promoção do ATHIV via um aplicativo para *smartphones* entre HSH na China, apesar dos usuários referirem preocupações acerca da possibilidade de vazamentos de informações na troca de mensagens ou de descoberta de sua orientação sexual pela família através da visualização das informações enviadas.

Medidas que aproximem o usuário do suporte necessário nos casos de resultados reagentes incluem a obrigatoriedade do fabricante ou distribuidor fornecer canais de comunicação disponíveis ininterruptamente ao longo da semana e orientações facilmente visíveis para encontrar a rede assistencial. Cabe lembrar, por fim, que o ATHIV sozinho

é insuficiente para determinar o diagnóstico de HIV no Brasil, conforme determina a Resolução 52/2015 da ANVISA. Casos de resultados reagentes devem ser seguidos obrigatoriamente por uma testagem de outro fabricante ou de outra modalidade de análise, similarmente ao que ocorre com os testes rápidos aplicados nos serviços de saúde e campanhas (BRASIL, 2018). Informações a respeito de outras modalidades diagnósticas do HIV devem estar ao alcance, inclusive, de populações nas quais a oferta do ATHIV não seja a abordagem preferencial (JOHNSON *et al*, 2017).

4. METODOLOGIA

4.1 Referencial teórico-conceitual: conhecimento, aceitabilidade e disposição de indicação do ATHIV por profissionais de saúde

Apesar de estudos apontarem para uma boa aceitabilidade de uso do ATHIV por parte de profissionais de saúde (OMS, 2011; KEBEDE, ABATE, MEKONNEN, 2013), poucos dados foram publicados sobre a disposição de indicação do ATHIV, constituindo-se um campo ainda aberto para investigações. A atitude dos profissionais de saúde diante da oferta do ATHIV pode ter relação com fatores diversos, a exemplo da suposição de riscos psicossociais consequentes a um diagnóstico positivo obtido fora do ambiente da unidade prestadora do serviço, a preocupação com falhas na vinculação entre indivíduo e rede assistencial, suspeitas de danos autoprovocados por aqueles cujos testes forem reagentes para o HIV e uso coercitivo do exame (KALIBALA *et al*, 2014; PAI *et al*, 2018).

A necessidade de pré-avaliar a percepção dos profissionais de saúde para a ampliar da oferta de testagem para HIV foi demonstrada por Irrázabal *et al* (2016) em relação a testes de fluido oral para HIV no Chile e por Tat *et al* (2018) a respeito de autotestagem para IST nos Estados Unidos. Concernente ao ATHIV, no estudo qualitativo com profissionais canadenses conduzido por Pai *et al* (2018), a disposição em indicar o ATHIV foi condicionada à percepção, por parte dos profissionais de saúde, de uma diversidade de fatores individuais que assegurem uma experiência confortável de testagem. Essa percepção foi conceituada pelos autores como *segurança subjetiva*. Em outro estudo com profissionais de saúde sul africanos, os mesmos autores encontraram aceitação em usar o teste, disposição em indicá-lo e concordância em tornar sua distribuição ampla para o público, desde que houvesse aconselhamento disponível o tempo todo para o usuário (PAI *et al*, 2013). Kalibala *et al* (2014) identificaram num grupo de setecentos e sessenta e cinco profissionais de saúde no Quênia a relação entre conhecimento e disposição em indicar o ATHIV, ao encontrar a diferença de 7% nas repostas de intenção para indicação entre profissionais de saúde que passaram por sessões informativas a respeito do ATHIV daqueles que dispensaram as sessões.

No que diz respeito ao conhecimento do ATHIV, é preciso esclarecer que, para a finalidade deste estudo, está em questão o quanto um profissional declara conhecer a respeito da autotestagem para HIV e não o quanto e se ele consegue se autotestar corretamente. Dessa forma, o conhecimento a ser investigado nesta pesquisa pode ser compreendido como o relato verbal que descreve as regras para a ação (SKINNER, 2006) de autotestar-se, aqui já definida como realizar a coleta da amostra e interpretar o resultado com ou sem ajuda (OMS, 2016).

Segundo Baum (2006), o conhecimento pode ser diferenciado em operacional e declarativo. Para o autor, o conhecimento operacional é um repertório comportamental que vai além do verbal e se relaciona com ações diretas no ambiente, dessa forma, conhecer operacionalmente é *saber como* fazer alguma coisa. Por outro lado, conhecer declarativamente é *saber sobre* alguma coisa. Trata-se de um repertório verbal descritivo a respeito de um determinado estímulo ou condição e precisa estar apropriado com o que será descrito. No que tange aos interesses desta pesquisa, considerar-se-ão como apropriados os relatos de conhecimento da autotestagem que estiverem de acordo com a bibliografia referenciada e, assim, tiveram maior probabilidade de serem reforçados nas contingências encontradas nos serviços envolvidos com a oferta do ATHIV.

Sobre aceitabilidade, a literatura mais atual sobre o ATHIV tem enfatizado seus benefícios, em detrimento de explorar preocupações com riscos potenciais do seu uso (GAGNON *et al.*, 2018). De acordo com Sekhon, Cartwright e Francis (2017), a aceitabilidade de intervenções nos cuidados à saúde é uma construção multideterminada, que traduz o quanto alguém, recebendo ou aplicando uma ação de saúde, considera essa prática apropriada e varia num espectro entre três posturas diante da oferta interventiva, a saber, a prospectiva, que ocorre anteriormente à execução do procedimento, a concorrente, que acontece ao longo da intervenção e a retrospectiva, que tem lugar após a ocorrência do procedimento. Para os autores, essa compreensão é importante para o sucesso de qualquer proposta interventiva na área de saúde, considerando que, tanto usuários quanto profissionais formam alguma expectativa a respeito do processo a ser experienciado.

Vale salientar que, aceitar não implica automaticamente disposição a fazer ou indicar um determinado procedimento. Inicialmente, a aceitabilidade de um tratamento dependerá de uma pré-avaliação que levará em conta como o indivíduo percebe

adequação, aptidão, conveniência e efetividade do que lhe é proposto e essas noções podem estar também sob influência das informações disponíveis para esses indivíduos (SIDANI *et al*, 2006).

Assim sendo, cabe investigar a associação entre o que dizem os profissionais a respeito de um insumo que ainda não usam em suas rotinas de trabalho, o quanto aceitam que esse recurso seja disponibilizado em suas unidades e o comportamento de indicá-lo aos usuários que buscam o conhecimento diagnóstico. Considerando o caráter experimental da recente implantação da distribuição do ATHIV no SUS, as respostas às questões que norteiam essa pesquisa podem colaborar para a execução de ações que ampliem, inicialmente, os níveis de conhecimento a respeito do ATHIV, para que este possa ser consolidado numa política pública de distribuição em um futuro breve.

4.2 Desenho do estudo

Este trabalho foi um subprojeto da pesquisa intitulada “Acesso da população LGBT e avaliação de serviços especializados no cuidado ao HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia”, que tinha como objetivo primário analisar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) no estado da Bahia e, entre outros os objetivos secundários, discutir a natureza dos obstáculos que se apresentam nos serviços de saúde para atenção integral e humanizada para essa população; comparar as experiências dos itinerários terapêuticos na rede de atenção à saúde nos municípios eleitos; avaliar a qualidade de serviços de atenção especializada (SAE) no cuidado ao HIV/aids e outras IST para população LGBT na Bahia; identificar barreiras que se apresentam nos SAE no cuidado ao HIV/aids e outras IST para atenção integral e humanizada para população LGBT.

Trata-se de um estudo exploratório quantitativo do tipo transversal, que é caracterizado por gerar dados sobre a descrição do processo de saúde-doença num determinado corte no tempo, ou seja, as informações são obtidas no momento das entrevistas (SANTANA; CUNHA, 2011).

4.3 População de estudo

A população do estudo foi composta de trabalhadores (as) de saúde dos serviços especializados no cuidado de HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia, com idade maior de 18 anos e que tinham, no mínimo, seis meses de atividade no serviço.

4.4 Municípios, locais do estudo e processo de amostragem

O estudo foi realizado em SAEs no cuidado ao HIV/aids e outras IST no estado da Bahia. Os SAE são unidades assistenciais, localizados em ambientes ambulatoriais, hospitalares ou exclusivos, que funcionam como um mecanismo de referência e contra-referência na rede pública de saúde para o tratamento continuado das IST, vinculando o usuário à oferta dos serviços prestados por uma equipe multiprofissional (SILVA, 2007).

Para seleção dos serviços participantes, foi realizada uma amostragem por conglomerado de uma etapa, que consiste na tomada aleatória de indivíduos agrupados por uma determinada razão (VIEIRA, 2011). Foram considerados os nove Núcleos Regionais de Saúde para realização do sorteio dos municípios incluídos no estudo. Do total de quarenta e sete SAE no Estado, foram selecionados de vinte e cinco unidades, distribuídas em vinte e uma cidades, representando da seguinte maneira os Núcleos Regionais: Centro-Leste – Feira de Santana; Centro-Norte – Irecê; Extremo Sul – Eunápolis, Itamaraju, Porto Seguro e Teixeira de Freitas; Sul – Ilhéus, Itabuna e Jequié; Leste – Camaçari, Lauro de Freitas, Salvador (esta cidade com cinco serviços) e Simões Filho; Nordeste – Alagoinhas; Norte – Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim; Oeste – Barreiras e Bom Jesus da Lapa; Sudoeste – Guanambi e Vitória da Conquista (Tabela 1).

Os municípios eleitos são territórios complexos, de diferentes portes populacionais, que ofertam serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas para suas populações. Os profissionais de saúde foram selecionados por amostragem de conveniência, através do convite para participação no estudo feito, nas datas da coleta de dados.

Tabela 1 – Número de profissionais entrevistados distribuídos por serviço de saúde em cada município, Bahia, 2019-2020.

Nome do serviço	Município	Profissionais entrevistados
Núcleo Regional Centro-Leste		
Centro de Referência Municipal de DST/HIV/Aids	Feira de Santana	20
Núcleo Regional Centro-Norte		
CTA / SAE Irecê	Irecê	6
Núcleo Regional Extremo Sul		
CTA / SAE de Teixeira de Freitas	Teixeira de Freitas	12
CTA SAE Ed. Aquino	Porto Seguro	7
CTA / SAE de Itamaraju	Itamaraju	3
Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atenção Especializada	Eunápolis	7
Núcleo Regional Sul		
Centro de Referência em DST/AIDS	Ilhéus	8
CERPAT - Centro de Referência em Prevenção, Assistência e Tratamento	Itabuna	11
Centro de Referência em Saúde Sexual de Jequié	Jequié	15
Núcleo Regional Leste		
SAE / Hospital Couto Maia	Salvador	18
CEDAP - Centro Especializado em Assistência, Diagnóstico e Assistência	Salvador	39
SEMAE - Serviço Municipal de Assistência Especializada - Liberdade	Salvador	12
SEMAE - Serviço Municipal de Assistência à Saúde - São Francisco	Salvador	9
SAE Marymar Novaes	Salvador	8
Lair Guerra de Macedo	Lauro de Freitas	4
Centro de Referência de Especialidades em Saúde - CRES	Camaçari	11
SAE Simões Filho	Simões Filho	4
Núcleo Regional Nordeste		
Centro de Referência em DST/HIV/Aids e Hepatites Virais – CIDHA	Juazeiro	13
CTA/SAE Paulo Afonso	Paulo Afonso	6
SAE/CTA Alagoinhas	Alagoinhas	5
CTA / SAE Senhor do Bonfim	Senhor do Bonfim	8
Núcleo Regional Oeste		
CTA SAE Edgard Pita	Barreiras	8
CRESS Centro de Referência em Saúde Sexual	Bom Jesus da Lapa	4
Núcleo Regional Sudoeste		
Centro de Atenção e Apoio à Vida	Vitória da Conquista	8
CTA / SAE Guanambi	Guanambi	6
Total		252

Figura 4 – Mapa do Estado da Bahia, com destaque para as vinte e uma cidades alcançadas neste estudo.



Fonte: www.baixarmapas.com.br, a partir da base cartográfica do IBGE. Disponível em <http://www.baixarmapas.com.br/mapa-da-bahia/>. Último acesso em 07/04/2021.

4.5 Instrumento e produção de dados

Foi aplicado em local reservado um questionário estruturado especificamente para este estudo, via *tablet*, com perguntas de múltipla escolha para aferição do conhecimento, sondagem da aceitabilidade e avaliação da disposição para indicação do ATHIV entre membros da equipe de profissionais de saúde dos SAE (Anexo I). A coleta de dados iniciou em outubro de 2019 e terminou em março de 2020, sendo realizada por entrevistadores treinados previamente para esta pesquisa. Esse treinamento consistiu na aplicação simulada do instrumento com uso do *tablet*. Alguns questionários foram aplicados em papel devido à dificuldade de conectividade à *internet* em alguns municípios e, posteriormente, os dados foram digitados e integrados ao banco de dados. Foi realizado um pré-teste do questionário na cidade de Barreiras para ajustes finais do instrumento.

4.6 Aspectos éticos

O referido projeto guarda-chuva, sob o qual a presente pesquisa está subordinada, foi submetido para avaliação no CEP do Instituto Multidisciplinar de Saúde (IMS-UFBA), *campus* Anísio Teixeira, Vitória da Conquista (BA) e aprovada em 21 de agosto de 2019, conforme atestado pelo Parecer Consubstanciado nº 3.523.832. Este estudo respeita os princípios da bioética, obedecendo o disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos.

Os indivíduos concordantes em colaborar com este estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo II), no qual estavam contidas as condições, os benefícios e riscos da pesquisa, o direito de desistir da participação nela, incluindo a possibilidade de não responder alguma das questões do questionário e as garantias éticas de sigilo.

5. PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação apresenta um artigo e dois produtos técnicos, a saber, uma cartilha informativa e a programação para uma oficina de treinamento profissional. O artigo apresentará os resultados e a discussão a respeito da pergunta de investigação proposta neste trabalho: “qual o conhecimento, a aceitabilidade e a disposição para indicação do ATHIV entre profissionais de saúde em serviços de atenção especializada para HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia?”.

As oficinas foram fruto da disciplina Cultura e Saúde, na qual, requisitou-se a elaboração de um produto técnico que atendesse a uma necessidade do nosso local de atuação e foi um dos requisitos para avaliação na referida disciplina. Essa oficina objetivou treinar coordenadores de serviços de saúde, municípios e regionais, envolvidos na estratégia de testagem rápida, no uso dos sistemas de informação e de capacitação referentes aos TR. Além disso, uma cartilha foi elaborada para aplicação no cotidiano dos profissionais atuantes nos SAE do estado e ampliação do conhecimento do ATHIV. A seguir, apresentamos o artigo e ambos produtos.

5.1 ARTIGO

Título: Disposição de indicação do autoteste de HIV entre profissionais de saúde de Serviços de Atenção Especializada em HIV no estado da Bahia.

Resumo

Introdução: Estima-se que cerca de 11% das pessoas que vivem com HIV (PVHIV) no Brasil ainda não conhecem sua sorologia. A inclusão do autoteste para HIV (ATHIV) no SUS foi um esforço recente no sentido de aumentar o diagnóstico precoce. Desse modo, os profissionais de saúde são fundamentais em promover o uso do ATHIV nos serviços de atenção especializada (SAE) em HIV/AIDS. Assim, este estudo investigou o conhecimento, a aceitabilidade e a disposição de indicação do ATHIV entre profissionais de saúde num estado do nordeste brasileiro. **Metodologia:** Trata-se de estudo transversal, realizado com profissionais de saúde de vinte e nove SAE em HIV/AIDS e outras IST (SAE) em vinte e uma cidades do Estado da Bahia. As unidades foram selecionadas após uma amostragem por conglomerado de uma etapa. Os profissionais de saúde foram selecionados por meio de amostragem de conveniência. Dados sociodemográficos, ocupacionais e de motivação foram coletados via aplicação de questionário estruturado. Foram realizadas análises descritiva, bivariada e multivariada. Teste de χ^2 foi utilizado, *odds ratio* ajustadas (ORa) e intervalos de confiança à 95% (IC95%) foram estimados. **Resultados:** Foram entrevistados 252 profissionais de saúde. A maioria eram mulheres (78,2%), com idade entre 35 e 50 anos (54,4%) e nível superior completo (84,5%). A maioria compunha a equipe de enfermagem: com nível superior (25,8%) e técnicos (11,9%); seguidos de farmacêuticos (12,3%) e médicos (11,9%). O conhecimento, a aceitabilidade e a disposição de indicação do ATHIV foram, respectivamente, 79,8% (IC95%: 74,30-84,30), 55,2% (IC95%: 48,92-61,23) e 47,1% (IC95%: 40,90-53,45). O ato de informar os usuários do serviço sobre o ATHIV foi relatado 17,1% da amostra (IC 95%: 12,88-22,25). Os principais motivos para não indicação foram: preocupações com o risco de suicídio (75,4%), erros na leitura do exame (68,4%), autoagressão (61,5%), necessidade de aconselhamento pós teste (55%) e vinculação com o tratamento (50,4%). Os fatores associados com a disposição de indicação foram: aceitabilidade de ATHIV (ORa= 9,45; IC95%: 4,53-19,71), disposição de usar o ATHIV em si (ORa= 4,45; IC95%:

1,62-12,24), muita segurança em indicar o ATHIV (ORa= 5,73; IC95%: 2,26-12,72) e considerar o público geral como elegível para receber o ATHIV (ORa= 2,88; IC95%: 1,25-6,59). **Conclusão:** Embora o conhecimento sobre o ATHIV tenha sido alto, a aceitabilidade e a disposição de indicação foram moderadas. As chances de disposição de indicação foram maiores entre os profissionais que aceitam o ATHIV, que se declararam dispostos a usar em si, que se disseram seguros ou muito seguros em indicar o ATHIV e entre aqueles que concordaram com a distribuição do ATHIV para o público geral. Assim, esse estudo indica o investimento em capacitações relativas ao ATHIV juntos aos profissionais de saúde no Brasil.

Palavras-chave: autoteste de HIV, profissionais de saúde, conhecimento, aceitabilidade, disposição de indicação, Brasil.

Title: Willingness to indicate HIV self-testing among health care providers from HIV specialized care services in the State of Bahia, Brazil.

Abstract

Background: The largest gap in Brazil is for the initial 90-90-90 UNAIDS goals, 90% of people living with HIV know their HIV *status*. The inclusion of the HIV self-testing (HIVST) at the Brazilian National Health System (SUS) has been a recent effort to increase HIV early diagnoses. The engagement of health care providers (HCP) to promote HIVST in HIV/AIDS clinics is essential to make HIVST even more accessible to most at risk populations. We aimed to investigate the awareness, acceptability and factors associated with the willingness to indicate the HIVST among HCP in northeastern state of Brazil. **Methods:** A cross sectional study with HCP in 29 HIV/AIDS specialized care services from 21 cities from Bahia state, Northeast of Brazil. The services were selected using a conglomerate sampling scheme in one phase, and the HCP by convenience sampling. Sociodemographic, occupation and behavior data were collected using a structured questionnaire between October 2019 and March 2020. Adjusted logistic regression models are used to estimate odds ratio (aOR) and 95% confidence intervals (95%CI). **Results:** Most of the 252 HCP were women (78.2%), between 35 and 50 years old (54.4%), with college degree education (84.5%), nurses with college degree (25.8%)

and high school degree (11.9%), pharmacists (12.3%) and physicians (11.9%). The HIVST awareness, acceptability and willingness to indicate it were: 79.8% (95%CI: 74.30-84.30), 55.2% (95%CI: 48.92-61.23) and 47.1% (95%CI: 40.90-53.45), respectively. Only 13.5% of HCP received some training on ATHIV and 23% reported having knowledge of its offer in SUS. The main reasons to no indication were: concerns about suicidal risk (75.4%), wrong reading of results (68.4%) and self-aggression due to a positive result (61.5%). Factors associated with the willingness to indicate an HIVST were: HIVST acceptability (aOR= 9.45; 95%CI: 4.53-19.71), agreement to use it on yourself (aOR= 4.45; 95%CI: 1.62-12.24), HIVST offering security (aOR= 5.73; 95%CI: 2.26-12.72) and consider the general public eligible for HIVST (aOR= 2.88; 95%CI: 1.25-6.59). **Conclusion:** Although the HIVST awareness among HCP was high, acceptability and willingness to indicate it was moderate. It is needed to increase HIVST training among HCP in Brazil, and demystify concerns related to this technology.

Keywords: HIV self-test, healthcare provider, awareness, acceptability, willingness to indicate, Brazil.

Introdução

A identificação rápida do vírus HIV pode contribuir tanto para o aumento na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV) (GRINSZTEJN *et al*, 2014), quanto uma diminuição da transmissão do vírus nas populações (MAKSUD, FERNANDES, FILGUEIRAS, 2015; RODGE *et al*, 2016; LIPPMAN *et al*, 2014). Desde o estabelecimento da meta 90-90-90 pela UNAIDS em 2014, a detecção precoce do vírus HIV entre as (PVHIV) passou a ser prioridade para os países signatários desse acordo (UNAIDS, 2014). Esta meta tem o objetivo de alcançar o conhecimento da condição sorológica em 90% das PVHIV no mundo, garantir o acesso à TARV a 90% dessas pessoas e, desse último contingente, obter 90% de supressão viral até o ano de 2020, com aumento em 5% em cada meta até o ano de 2030. Nesse cenário, a implementação de novas estratégias de difusão da testagem rápida para o HIV, como a autotestagem, podem ser necessárias, a fim de possibilitar o alcance do primeiro noventa (MONTEIRO *et al*, 2019; MARSH *et al*, 2019), sobretudo, se considerarmos que na América Latina, o diagnóstico tardio segue sendo obstáculo para o alcance da Meta (UNAIDS, 2019a) e o

Brasil, apesar de avanços recentes na cobertura diagnóstica, registrou 89% no primeiro noventa da Meta até 2019 (BRASIL, 2020d).

No Brasil, a implementação da iniciativa “Testar, tratar” em 2014, possibilitou o aumento do início imediato do tratamento e reduziu, aproximadamente, 60% na taxa de detecção de casos de AIDS e 73% na taxa de mortalidade por AIDS no país em 2015, em comparação com os períodos de 2007 a 2014 (PEREIRA *et al*, 2019). Entretanto, ainda é necessário aumentar a oferta de testagem para populações com vulnerabilidade aumentada e mais à margem das políticas de saúde, tais como trabalhadores do sexo, usuários de drogas, gays e HSH, pessoas trans e população encarcerada e suas parcerias (UNAIDS, 2019b).

Nesse contexto, o autoteste para HIV (ATHIV) foi proposto como uma nova tecnologia para ampliar a testagem, principalmente para populações mais vulneráveis, uma vez que esse público não tem conseguido acesso aos serviços de testagem já existentes (JOHNSON *et al*, 2017).

A organização em larga escala da distribuição no ATHIV pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem ganhado relevância nos últimos anos. Desde 2018 esta modalidade de testagem está disponível para distribuição no SUS, porém em condições restritas, como por exemplo, em projetos pilotos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). Atualmente, em decorrência da pandemia do novo coronavírus, essas restrições foram diminuídas e o ATHIV passou a ser disponibilizado para populações-chave em toda rede pública, mediante disponibilidade do insumo na rede assistencial local (BRASIL, 2020b).

O ATHIV é bem avaliado e possui alta aceitabilidade pelos usuários, sobretudo entre pessoas de diferentes tipos de grupos populacionais em maior vulnerabilidade, consideradas como populações-chave (FIGUEROA *et al*, 2015; RAPID RESPONSE SERVICE, 2019; HOYOS *et al*, 2020). Entre os benefícios relatados por estudos conduzidos em Malawi, Quênia, Zâmbia e Zimbábue, usuários e profissionais de saúde listaram a segurança do ambiente doméstico, prevenção de discriminação em unidades de saúde, confidencialidade, economia de tempo no deslocamento, diminuição do tempo de espera pelo resultado, custo diminuído e alcance ampliado na distribuição entre pares, quando comparada com ações de testagem de maior escopo, emancipação do usuário, *serosorting*, adoção de práticas sexuais seguras e a distribuição secundária entre pares

(KUMWENDA, 2019a; STEVENS *et al*, 2018; CAMBIANO, 2019). Além disso, trata-se de um instrumento de fácil manuseio e interpretação para leigos (INDRAVUDH *et al*, 2017; MUGO, 2017).

Por outro lado, ideias equivocadas sobre o ATHIV circulando entre profissionais de saúde atuantes em serviços de prevenção de HIV podem dificultar sua distribuição e o acesso ao insumo, o que torna este profissional um personagem importante para expansão da autotestagem (LOPES *et al*, 2016; PLATTEAU *et al*, 2018). Além disso, em nosso conhecimento, não existem ainda estudos conduzidos com profissionais de saúde no Brasil para entender a postura destes frente ao ATHIV. Assim, o objetivo desse trabalho é estimar o conhecimento, a aceitabilidade e a disposição de indicação do ATHIV, bem como verificar os fatores associados à disposição de indicação de ATHIV entre profissionais de saúde de Serviços de Atenção Especializada (SAE) em HIV no Estado da Bahia, Brasil.

Metodologia

Locais, desenho e população do estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado com profissionais de saúde dos serviços especializados no cuidado de HIV/AIDS e outras IST (SAE) no estado da Bahia, que tenham, no mínimo, seis meses de atividade no serviço. As unidades participantes do estudo foram selecionadas após uma amostragem por conglomerado de uma etapa através da seleção de vinte e cinco SAE, nos municípios de Alagoinhas, Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Camaçari, Eunápolis, Feira de Santana, Guanambi, Ilhéus, Irecê, Itabuna, Itamaraju, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Paulo Afonso, Porto Seguro, Salvador (com cinco serviços), Senhor do Bonfim, Simões Filho, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista. Os profissionais de saúde foram selecionados por amostragem de conveniência através do convite para participar do estudo nas datas da coleta de dados.

Crêterios  ticos da pesquisa

Esta pesquisa está subordinada ao projeto de pesquisa “Implementa o da política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) no estado da Bahia”. O referido projeto guarda-chuva, foi submetido para avalia o no CEP do Instituto Multidisciplinar de Saúde (IMS-UFBA), *campus* Anísio Teixeira, Vitória da Conquista (BA) e aprovada em 21 de agosto de 2019, conforme atestado pelo Parecer Consubstanciado n  3.523.832. Este estudo respeita os princípios da bioética, obedecendo o disposto na Resolu o 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos. Os indivíduos concordantes em colaborar com este estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Coleta de dados e instrumentos

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2019 e março de 2020. Foi realizada aplica o de questionário estruturado, com o auxílio de *tablets*, para cada profissional de saúde, em salas reservadas dos seus próprios locais de serviço, por meio de entrevistadores treinados previamente para entrevista. Alguns questionários foram aplicados em papel devido   dificuldade de conectividade   *internet* em alguns municípios e, posteriormente, os dados foram digitados. Foi realizado um pré-teste do questionário na cidade de Barreiras para ajustes finais do instrumento

Variáveis do estudo

A variável de desfecho do estudo foi a disposi o de indica o do ATHIV, que foi estruturada a partir da seguinte pergunta no questionário: “você indicaria o autoteste para os usuários do serviço?” (não, sim).

A revisão de literatura orientou a escolha de variáveis de exposi o que poderiam explicar a disposi o de indica o do ATHIV: i) sociodemográficas: sexo (masculino, feminino), orienta o sexual (heterossexual, homossexual e bissexual), idade (até 35

anos, entre 35 e 50 anos e acima de 50 anos) e escolaridade (nível médio completo, nível superior, pós-graduação – especialização, etc.); ii) formação e trabalho: categoria profissional (enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, médico, etc.), especialidade no campo do HIV/AIDS (não, sim), anos de formação (até 5 anos de formado, entre 5 e 10 anos de formado e acima de 10 anos de formado), tempo de trabalho no SAE (1 a 7 anos, 8 a 13 anos e 14 a 40 anos) e tipo de vínculo trabalhista (concurso temporário, concurso efetivo); iii) variáveis relacionadas ao ATHIV entre os profissionais: conhecimento prévio (não, sim), aceitabilidade do ATHIV dos profissionais (não, sim), disposição de indicação (não, sim), oferta de informação de ATHIV aos usuários do serviço (não, sim), fontes de informação (treinamento, meios de comunicação, colegas etc.), motivos para não indicação (risco de suicídio, agressão, erros de execução etc.), treinamento prévio (não, sim), o serviço em que trabalha dispensa o ATHIV (não, sim), conhecimento da oferta no SUS (não, sim), conhecimento da oferta do ATHIV em farmácias (não, sim), confiança no diagnóstico (não, sim), usaria o ATHIV em si (não, sim), público-alvo para os quais concorda com a distribuição (público geral, gays e HSH, pessoas trans ou travestis etc.), segurança em indicar aos usuários do serviço (inseguro, pouco seguro, seguro/muito seguro), acredita que o ATHIV provoca a compensação de risco (não, sim), acredita que o ATHIV provoca diminuição de comportamentos de risco (não, sim), formato preferencial de dispensação do ATHIV (execução assistida, execução auto administrada, de acordo com a preferência do usuário), outros recursos que deveriam ser ofertados juntamente com o ATHIV (aconselhamento, informações cadastrais, insumos de prevenção, etc.).

Análise de dados

Realizou-se análise descritiva do conhecimento, aceitabilidade, disposição de indicação do autoteste de HIV e oferta de informação de ATHIV aos usuários do serviço, bem como das demais variáveis de interesse. Posteriormente, foram investigados possíveis fatores associados à disposição da indicação do autoteste de HIV através de análise bivariada e multivariada, estimando-se *odds ratio* e intervalos de confiança à 95% por meio de regressão logística. Para seleção de variáveis para o modelo multivariado foi considerado um valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. Considerou-se os testes de bondade de ajuste Hosmer-Lemeshow ($p > 0,16$) e a estimativa da curva ROC (0,88) na

escolha do modelo final e a relevância teórica das variáveis. Os dados foram analisados no *software* STATA, versão 14.0.

Resultados

Foram entrevistados duzentos e cinquenta e dois profissionais dos SAE, dos quais, 78,2% eram do sexo feminino. Em relação à idade, 18,3% têm até 35 anos, 54,4% estão entre 35 a 50 anos e 27,4% acima dos 50 anos. A maioria (84,5%) disse ter curso universitário completo. Cerca de metade referiu possuir pós-graduação *latu sensu* com título de especialização (51%), seguido de mestrado (7,2%) e doutorado (2,4%). A maioria das categorias profissionais foram enfermeiros (25,8%), farmacêutico (12,3%), técnico ou auxiliar de enfermagem (11,9% do total), médicos (11,9%) e assistentes sociais (9,5%). O total de 23,4% declarou ter especialização na área de HIV/AIDS e mais da metade referiu possuir mais de 10 anos de formação na área (74,2%). Dos participantes, 78,6% informaram que atuam no SAE para HIV há menos de 14 anos e 66,3% tinham contrato de trabalho estável em regime jurídico único (Tabela 2).

Na Figura 5, observa-se que 79,8% (IC 95%: 74,30-84,30) dos profissionais declararam conhecimento prévio do autoteste para HIV, 55,2% (IC 95%: 48,92-61,23) concordam com a dispensação de autoteste nos SAE em que trabalham, 47,1% (IC 95%: 40,90-53,45) participantes se declararam dispostos a indicar o ATHIV e 17,1% (IC 95%: 12,88-22,25) responderam que informam os usuários do serviço sobre o ATHIV. No comparativo entre as profissões da enfermagem, medicina e as demais, esses valores foram, respectivamente, de 87,7%, 70,0% e 78,3% para o conhecimento, 60,0%, 76,7% e 49,0% para aceitabilidade e 45,3%, 59,3% e 45,7% para a disposição de indicação do ATHIV (Figura 6).

As principais fontes do conhecimento prévio foram ações de educação permanente ou capacitações no próprio serviço de saúde (34,5%) e meios de comunicação (TV, rádio e outros) (28,4%) (Tabela 3). Os motivos para não indicar o ATHIV foram: risco de suicídio em caso de resultado positivo (75,4%), possíveis erros de aplicação e leitura do resultado por parte dos usuários (68,4%), pessoas com resultados positivos podem se agredir ou agredir outras pessoas (61,5%), indispensabilidade do aconselhamento pós teste, mesmo no caso de resultados negativos (55%), as pessoas não saberiam aonde

buscar atendimento no caso de resultados positivos (50,4%), alto risco de vazamento da informação dos resultados (30,5%) e as pessoas podem ser obrigadas a fazer o teste antes de uma relação sexual e mostrar o resultado (25,2%) (Tabela 3).

Poucos profissionais afirmaram que seus serviços dispensam o ATHIV (3,6%) e 13,5% dos entrevistados declarou ter recebido algum tipo de informação ou curso sobre o ATHIV. O conhecimento da oferta do ATHIV no SUS foi informado por 23% dos profissionais e 61,9% tinham conhecimento de que o ATHIV pode ser comprado em farmácias. A confiança na eficácia em prover o diagnóstico do HIV foi relatada por 55,6% da amostra e 75,4% usaria o ATHIV em si. Sobre a segurança em indicar o ATHIV, 38,1% se disse inseguro, 28,6% pouco seguro e 33,3 seguros ou muito seguros. Quase metade (42,9%) acreditam que ATHIV pode provocar compensações de riscos, enquanto 28,7% acredita que o acesso a ele pode diminuir o comportamento sexual de alto risco. A execução assistida no serviço como o formato preferencial para dispensar esse insumo foi preferida por 56,8% da amostra.

No que concerne aos públicos considerados elegíveis para a distribuição do ATHIV, 51,1% dos profissionais entrevistados citaram apenas o público geral, 15,9% entendem que apenas populações-chave e 27,0% consideraram ambos os públicos. Em relação a outros recursos e insumos que deveriam ser utilizados ou dispensados conjuntamente com o ATHIV foram indicados pelos entrevistados da seguinte forma: aconselhamento com foco em HIV/ISTs (83,1%), insumos de prevenção (62,6%), vinculação a outras estratégias, como PEP e PrEP (52,7%), de acordo com a preferência do usuário (24,8%) e informações cadastrais apenas (10,6%).

Na análise bivariada (Tabela 4) os fatores associados positivamente à disposição de indicação do ATHIV foram: aceitabilidade do ATHIV (OR= 17,2; IC 95%: 8,9-33,5), o conhecimento da oferta do ATHIV no SUS (OR= 2,3; IC 95%: 1,3-4,3), confiança no diagnóstico pelo ATHIV (OR= 4,1; IC 95%: 2,4-7,2), informar aos usuários sobre o ATHIV no serviço (OR=6,6; IC 95%: 2,9-15), disposição em usar o ATHIV em si (OR= 10,7; IC 95%: 4,6-24,9), segurança em indicar o ATHIV aos usuários do serviço (Seguro ou muito seguro; OR= 12,8; IC 95%: 6,2-6,2), acreditar que o acesso ao ATHIV diminui o comportamento sexual de alto risco (OR= 2,4; IC 95%: 1,4-4,3), atuar num serviço que dispensa o ATHIV (OR= 9,5; IC 95%: 1,2-77,7), preferir a auto execução do teste num local de preferência do usuário (OR= 2,8; IC 95%: 1,6-4,9), concordar com a dispensação

para público em geral (OR= 5,3; IC 95%: 2,8-10,4), gays e HSH (OR= 3; IC 95%: 1,6-5,7), pessoas trans ou travestis (OR= 2,7; IC 95%: 1,4-5,3) e usuários de álcool e outras drogas (OR= 2,6; IC 95%: 1,3-5,3). Além disso, houve associação positiva também com a dispensação do ATHIV conjuntamente com informações cadastrais apenas (OR= 4,9; IC 95%: 1,6-15,8), insumos preferenciais do usuário (OR= 3,5; IC 95%: 1,71-7,2) e fazer indicação da PrEP no serviço (OR= 5,7; IC 95%: 2,3-14,4).

Na análise multivariada (Tabela 5), foi encontrada associação positiva para disposição de indicação do ATHIV com os seguintes fatores de exposição: aceitabilidade (ORa= 9,45; IC 95%: 4,53-19,71), disposição de usar o ATHIV em si (ORa= 4,45; IC 95%: 1,62-12,24), pouca segurança em indicar o ATHIV (ORa= 3,09; IC 95%: 1,30-7,31) e segurança/muita segurança (ORa=5,73; IC 95%: 2,26-12,72), comparadas com nenhuma segurança, e considerar o público geral como alvo da dispensação do ATHIV (OR= 2,88; IC 95%: 1,25-6,59).

Discussão

Este foi o primeiro estudo sobre conhecimento, aceitabilidade e disposição de indicação do ATHIV entre profissionais de saúde em SAE do nordeste brasileiro. Embora a maioria dos profissionais de saúde dos SAE amostrados no estado da Bahia indicassem conhecer o ATHIV (79,8%), a proporção de aceitabilidade (55,2%) e a disposição de indicá-lo aos usuários dos serviços foram moderadas (47,1%) (Figura 5).

Revisão sistemática da aceitabilidade do ATHIV entre populações-chave, demonstrou que, dos 14 estudos analisados, oito indicaram alta ($\geq 67\%$), cinco moderada (entre 34-66%) e uma baixa ($\leq 33\%$) aceitabilidade de ATHIV (FIGUEROA *et al*, 2015). Em nosso estudo, verificamos moderada aceitabilidade do ATHIV entre os profissionais de saúde, o que difere dos relatos de alta aceitabilidade encontrada em revisões sistemáticas de pesquisas com populações específicas e grupos etários variados em diferentes locais do mundo (KRAUSE, 2013; FIGUEROA *et al*, 2015; STEVENS, 2018). No Brasil, estudo realizado entre HSH em 12 cidades, em 2016, também encontrou moderada aceitabilidade do ATHIV (47,3%), com um registro ainda menor entre aqueles HSH que nunca tiveram realizado um teste de HIV na vida (42,7%) (MAGNO *et al*, 2020). Embora esta pesquisa não tenha sido realizada com profissionais de saúde, estes dados podem apontar para a incipiente divulgação desta tecnologia no Brasil.

No nosso estudo, a escolha da execução assistida no serviço foi o formato preferencial de dispensação do ATHIV, o que pode indicar uma tendência dos profissionais de saúde entrevistados a atuarem orientados por uma perspectiva tradicional de testagem e aconselhamento, conhecida como “testagem e aconselhamento voluntária” (TAV) (em inglês: *Voluntary Counseling and Testing - VTC*), que é baseada na busca voluntária do usuário pelos serviços. Esta abordagem difere, por exemplo, da perspectiva denominada “testagem e aconselhamento iniciados pelo profissional” (TAIP) (em inglês: *Provider-Initiated Testing and Counseling - PITC*), que se caracteriza pela oferta rotineira e ativa do teste por parte dos profissionais de saúde em todos os atendimentos. Ambas dizem respeito à postura do profissional em apresentar ao usuário a oportunidade de ser testado para o HIV (OMS, 2007; NAVAZA *et al*, 2016). Considerando a atual proposta do Ministério da Saúde em expandir a testagem do HIV com o ATHIV e a promoção da autonomia do usuário, a perspectiva tradicional de TAV pode representar uma barreira na distribuição deste insumo, enquanto que abordagens próximas da TAIP poderiam facilitar a criação de demanda para testagem.

O nosso estudo mostrou que menos da metade dos profissionais de saúde se mostraram dispostos a indicar o ATHIV e as principais razões para isto estiveram relacionadas a possíveis desfechos negativos de saúde mental, como o temor de suicídio dos pacientes e violência auto infligida, ou direcionada a terceiros, em decorrência de um resultado de HIV reagente. Estudos com populações-chave, como HSH, pessoas trans e trabalhadores sexuais em diversos países registraram semelhantes inquietações a respeito do uso do ATHIV, entretanto, até o momento, não há evidências na literatura que tenha registrado a associação do uso do ATHIV com estes desfechos (KUMWENDA *et al*, 2019b; NJAU *et al*, 2019).

No que diz respeito à prática do aconselhamento, é possível perceber que o formato tradicional ainda é preferido pela maioria dos profissionais de saúde neste estudo, uma vez que a ausência do aconselhamento pós-teste para resultados não reagentes foi também considerada um motivo para não indicação do ATHIV. Revisão sistemática de dados qualitativos coletados entre 1998 e 2018, realizada por Njau *et al* (2019), encontrou preocupação semelhante entre profissionais e gestores de saúde de cinco países africanos. O estudo revelou que o aconselhamento foi percebido pelo público estudado como ferramenta imprescindível para a vinculação com o tratamento e sua ausência foi considerada como determinantes de riscos psicossociais, como ideação suicida e testagem

forçada por terceiros. No Brasil, estudo qualitativo realizado em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em IST/Aids, em Maceió, no ano de 2017, mostrou que alguns profissionais de saúde percebiam o ATHIV como uma tecnologia que diminuiria a importância do seu papel profissional, bem como uma ameaça à sua atuação e, conseqüentemente, um prejuízo na continuidade do cuidado dispensado ao usuário (SILVA, SILVA, FERREIRA, 2019).

Esse dado sobre a indispensabilidade do aconselhamento sugere, por um lado, uma preocupação dos profissionais de saúde que não estão dispostos a indicar o ATHIV com o cuidado aos usuários mas, por outro lado, também reforça um espaço de poder ocupado pelas profissões da saúde na relação usuário-profissional, com pouco espaço para expressão de autonomia dos sujeitos. Embora a prática de aconselhamento tenha acompanhado a história da epidemia da aids (GALINDO, FRANCISCO & RIOS, 2015), as rotinas de uso do teste rápido para HIV têm dispensado o aconselhamento pré-teste em campanhas de testagem, reservando a interação profissional-usuário apenas ao momento da revelação diagnóstica (SOUZA & CZERESNIA, 2010).

Além disso, a negação do ATHIV por conta do aconselhamento pode diminuir o alcance do diagnóstico da doença em populações-chave estigmatizadas e vulnerabilizadas que possuem diversas barreiras de acesso. Nesse sentido, experiências anteriores mostraram que formatos não convencionais de oferta da testagem e de aconselhamento, como aqueles baseados em tecnologias *on-line*, estão relacionados à maior aceitabilidade do ATHIV, ou à melhoria da experiência de autotestagem entre usuários (LEGRAND *et al*, 2017; WANG *et al*, 2017; ZHAO *et al*, 2018). No Brasil, Boni *et al* (2019) demonstraram a factibilidade de estratégias baseadas na *internet* para disponibilização gratuita e anônima do ATHIV, além de informações sobre seu uso, na cidade de Curitiba entre 2015 e 2016. Desse modo, a execução repetida do ATHIV sem a presença do profissional de saúde e com as portas dos serviços de saúde abertas para o usuário é considerada vantajosa para os usuários porque confere maior autonomia na escolha do seu método de testagem, aumenta o sigilo, a conveniência e privacidade e diminui as chances de sofrer com estigmas e discriminações relativas ao HIV (VAN DYK, 2013; FREEMAN, 2018; HARICHUND & MOSHABELA, 2018; EKOUEVI *et al*, 2020).

Entretanto, não se trata de banalizar o uso do ATHIV, que deve ser utilizado considerando as evidências científicas atuais e os dispositivos legais do SUS, como o

acesso a orientações pós teste *on-line*, garantia de uma linha telefônica de funcionamento ininterrupto e sem custo ao usuário para qualquer ATHIV registrado no Brasil (BRASIL, 2015), e orientações explícitas do MS para suporte ao usuário, como a conclusão diagnóstica e a garantia de acolhimento da PVHIV nos serviços de saúde (BRASIL, 2020a).

É preciso considerar que mudanças sociais devem ser levadas em conta e formatos inovadores de disponibilização da informação e de aconselhamento podem ser necessários e se constituem como um desafio na implantação da autotestagem (NJAU *et al*, 2019; CHIPUNGU *et al*, 2017; PHANUPHAK *et al*, 2020). Abordagens mais rápidas, mediadas por tecnologia digital, de fácil acesso ou que nem mesmo condicionem a interação usuário-profissional em tempo real se apresentam caminhos, desde que o acesso dos usuários seja factível, sem correr o risco de excluir justamente os públicos-alvo nos quais a epidemia se concentra desigualmente (EKOUEVI *et al*, 2020; GOHIL *et al*, 2020).

No nosso estudo, verificamos que o prévio conhecimento não foi associado a uma maior disposição de indicação de ATHIV por profissionais de saúde, o que pode sugerir que a disposição de indicação pode estar sob a influência de preocupações de outras ordens sobre esta tecnologia, tais como ausência de aconselhamento e ligação com o cuidado continuado (KRAUSE *et al*, 2013) e possibilidade de erros na leitura dos resultados dos testes (GUMEDE & SIBIA, 2018). Por outro lado, evidenciamos que indicadores que sugerem maior contato dos profissionais da saúde com o ATHIV, como trabalhar num serviço que já oferta o ATHIV, ter tido treinamento prévio sobre o ATHIV e saber sobre sua distribuição no SUS, parecem ter um papel importante no aumento da disposição de indicação desta tecnologia, evidenciando a necessidade de um repertório maior de conhecimentos desta tecnologia.

Este estudo também mostrou que a disposição de indicação do ATHIV teve forte associação com a aceitabilidade do ATHIV: indivíduos que aceitam o ATHIV em seus serviços de saúde tiveram nove vezes mais chances de indicá-lo em comparação com aqueles que não relataram aceitabilidade. Em estudo de revisão sistemática, Sekhon *et al* (2017) propuseram uma definição de aceitabilidade que contempla aspectos subjetivos no julgamento de um procedimento de saúde, feito tanto por quem vai executá-lo ou por quem vai recebê-lo. Estes aspectos estão baseados tanto em conhecimento descritivo anterior, quanto em vivência prática prévia da intervenção. Dessa forma, o nível de

treinamento específico sobre uma nova tecnologia em saúde pode ser um fator fundamental para sua adoção (TRINDADE, 2008; WISDOM *et al*, 2014). Assim, faz-se necessário ampliar as ações de treinamento e educação permanente sobre o ATHIV nos SAE.

Além disso, encontramos que os profissionais que relataram a possibilidade de usar o ATHIV em si tiveram chance quatro vezes maior de disposição de indicação do ATHIV, em comparação com aqueles que não usariam. Tal fenômeno pode ser uma indicação de confiança nesta tecnologia e no manejo do teste. Estudos africanos multicêntricos realizados no Quênia entre 2009 e 2010 (KALIBALA *et al*, 2014) e na Etiópia em 2012 (KEBEDE *et al*, 2013) com profissionais de saúde, encontraram, respectivamente, associações entre treinamento sobre o ATHIV e a experiência de uso desse tipo de testagem com a disposição de indicação do ATHIV.

Nosso estudo verificou também que a disposição de indicação foi maior entre aqueles que referiram pouca e muita segurança em indicar o ATHIV, em comparação com aqueles que não se sentiam seguros. Encontramos que, aproximadamente, 68% dos profissionais de saúde relataram como motivo de não indicar o ATHIV, possíveis erros de aplicação e leitura do resultado por parte dos usuários, o que demonstra a preocupação destes profissionais a execução do teste. A existência de erros de uso e interpretação do resultado por parte dos usuários leigos também é uma preocupação já demonstrada em diversos estudos (MUGO *et al*, 2017; LIPPMAN *et al*, 2018; SIMWINGA *et al*, 2019). Apesar dos erros no manuseio nos testes de punção digital estarem entre as preocupações relativas ao ATHIV (WOOD *et al*, 2014), pesquisas atuais indicam que usuários e profissionais podem alcançar o mesmo desempenho na função de executor de um ATHIV (FIGUEROA *et al*, 2018), além de serem entendidos como mais precisos por analisar uma amostra de sangue ao invés de saliva (GOHIL *et al*, 2020).

A segurança em relação ao ATHIV pode ser impactada não apenas pela capacidade do teste em informar resultados precisos, mas também por preocupações com a rede de atenção à saúde para dar respostas aos usuários com resultado reagente. Por exemplo, Musheke *et al* (2013), em uma revisão sistemática de fatores que favorecem e atrapalham a difusão do ATHIV, encontraram estudos que mostravam que a desconfiança nos sistemas de saúde poderia ser um empecilho para a testagem e o tratamento do HIV.

Adicionalmente, nosso estudo encontrou que a chance de disposição de indicação do ATHIV era maior entre aqueles profissionais que concordaram que o público em geral deveria ser elegível para a distribuição desta tecnologia. Esse dado demonstra que, muito embora seja percebida a vulnerabilidade de determinados grupos sociais e sua inclusão entre os contemplados com o ATHIV deva ser mantida, o ATHIV pode ser bem aceito entre profissionais para a distribuição em larga escala num sistema de saúde universalizado, como o brasileiro. Em caminho contrário, as diretrizes do MS têm focalizado a oferta do ATHIV (BRASIL, 2020b) na implementação das estratégias voltadas para pessoas em uso de PrEP, em pessoas que relatam parceria sexual com PVHIV, e para populações-chave e prioritárias para epidemia de HIV no Brasil (BRASIL, 2020a).

Nosso estudo apresentou como limitações o processo amostral não probabilístico e a disposição de indicação do ATHIV ter sido analisada em conjunto entre profissionais de saúde que trabalhavam em unidades de saúde com duas realidades distintas no que diz respeito à implementação da tecnologia: implementado e não implementado. Como a variável desfecho trata-se de uma disposição futura, aqueles profissionais que trabalhavam em unidades com ATHIV poderiam ter maior proporção do desfecho. Nesse sentido, para superar estas limitações, os municípios dos SAE foram sorteados, considerando as nove regiões de saúde do Estado da Bahia, e apenas uma unidade que tinha oferta de ATHIV foi incluída no estudo.

Conclusão

O estudo encontrou alta proporção de conhecimento prévio do ATHIV, porém moderada proporção de aceitabilidade e disposição de indicação desta tecnologia. Possivelmente, há uma distância entre saber da existência do ATHIV e a disposição de sua indicação aos usuários dos serviços de saúde. A chance de disposição de indicação desta tecnologia foi maior entre os profissionais que relataram aceitabilidade, que a usaria em si, que se sentem seguros em indica-la e concordância que sua distribuição deveria ser realizada para o público em geral e para homens gays.

Além disso, identificamos lacunas de informação sobre o ATHIV, expressas em motivos de não indicação que se baseiam em crenças distorcidas a respeito deste insumo, como o medo de suicídio ou agressões a terceiros decorrentes do uso do ATHIV e a ideia de que o ATHIV pode estar relacionado a práticas sexuais de risco. Também foi possível identificar relatos de desconfiança na capacidade do sistema de saúde em prover tratamento às PVHIV e uma tendência de manutenção de práticas em saúde que reforçam o poder do profissional, limitando a autonomia do indivíduo em suas escolhas de testagem.

Dessa forma, a implementação da distribuição do ATHIV em larga escala, como se pretende fazer no Brasil, dependerá do investimento na capacitação dos profissionais que lidam diretamente com o público a ser beneficiado pela estratégia. Para ser efetiva, a distribuição do ATHIV demandará a revisão de mitos sobre o insumo. Estudos qualitativos poderão aprofundar essas concepções e basear intervenções destinadas a atualizá-las à luz da experiência internacional já publicada.

Além disso, a distribuição do ATHIV deve ser acompanhada de melhorias estruturais que assegurem uma comunicação simples e clara de informações sobre elementos relacionados à usabilidade da tecnologia para melhores resultados na aplicação, leitura e interpretação dos resultados do ATHIV e, conseqüentemente, oportunizar o acesso das PVHIV ao tratamento.

Referências

- BOCHNER, A. F. *et al.* Strengthening provider-initiated testing and counselling in Zimbabwe by deploying supplemental providers: a time series analysis. **BMC Health Serv Res**, 19, 351, 2019.
- BONI, R. B. de; VELOSO, V. G.; FERNANDES, N. M. *et al.* An Internet-Based HIV Self-Testing Program to Increase HIV Testing Uptake Among Men Who Have Sex With Men in Brazil: descriptive cross-sectional analysis. **Journal of Medical Internet Research**, [S.L.], v. 21, n. 8, 1 ago. 2019
- BRANDÃO, E. R. & CABRAL, C.S. da. Sexual and reproductive rights under attack: the advance of political and moral conservatism in Brazil, **Sexual and Reproductive Health Matters**, 27:2, 76-86, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Diretoria Colegiada. **Resolução RDC 52**. Dispõe sobre as regras para o registro de produtos para

diagnóstico in vitro como autoteste para o HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana, para fins de triagem e dá outras providências. Brasília, DF, 2015.

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. **Agenda estratégica para ampliação e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF, 2019a.

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. **Diretrizes para implantação da autotestagem no Brasil**. Brasília, DF, 2020a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Ofício circular nº 15/2020**. Distribuição de autotestes de HIV para ampliação de acesso à testagem durante a emergência de saúde pública causada pela pandemia de COVID-19. Brasília, DF. 2020b.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia rápido de testagem focalizada para o HIV**. Brasília, DF. 2020c.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico 2020**. Distribuição de autotestes de HIV para ampliação de acesso à testagem durante a emergência de saúde pública causada pela pandemia de COVID-19. Brasília, DF. 2020d.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, abr. 2001.

CAMBIANO, V, *et al.* The impact and cost-effectiveness of community-based HIV self-testing in sub-Saharan Africa: a health economic and modelling analysis. **J Int AIDS Soc.** Vol. 22 Sup. 1, 2019

CHIPUNGU, J. *et al.* Understanding linkage to care with HIV self-test approach in Lusaka, Zambia - A mixed method approach. **Plos One** vol. 12, 2017.

CHOKO, A.T *et al.* Uptake, accuracy, safety, and linkage into care over two years of promoting annual self-testing for HIV in Blantyre, Malawi: a community-based prospective study. **Plos Med.** 12(9). 2015.

EKOUEVI, D.K.; BITTY-ANDERSON, A.M.; GBEASOR-KOMLANVI, F. A. *et al* HIV self-testing: the key to unlock the first 90 in west and central Africa. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 95, p. 162-166, jun. 2020.

FIGUEROA, C. *et al.* Attitudes and acceptability on HIV self-testing among key populations: a literature review. **AIDS and behavior.** Vol. 19, n.11, p. 1949-65. 2015

FIGUEROA, C. *et al.* Reliability of HIV rapid diagnostic tests for self-testing compared with testing by health-care workers: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet HIV**, Elsevier, 2018.

FREEMAN, A.E. *et al.* Perceptions of HIV self-testing among men who have sex with men in the United States: a qualitative analysis. **AIDS education and prevention**, 30(1), 47–62, 2018

GALINDO, W. C. M; FRANCISCO, A. L; RIOS, L. F. Reflexões sobre o trabalho de aconselhamento em HIV/AIDS. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 815-829, dez. 2015.

GEBREMEDHIN, K. B. *et al.* Factors associated with acceptance of provider-initiated HIV testing and counseling among pregnant women in Ethiopia. **Patient Preference and Adherence**, v. 12, p. 183-191, jan. 2018

GOHIL, J., *et al.* Is the Philippines ready for HIV self-testing? **BMC Public Health**, 20, 34, 2020.

GRINSZTEJN B, *et al.* Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: Results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. **The Lancet Infectious Diseases**. Vol. 14. p. 281–90. 2014

HARICHUND, C. & MOSHABELA, M. Acceptability of HIV Self-Testing in Sub-Saharan Africa: Scoping Study. **AIDS and Behavior**. 22, 2018

HOYOS, J. *et al* The incorporation of HIV self-testing as an exclusive option among men who have sex with men in Spain: results of an online cross-sectional study. **BMC Public Health**, 20:1865, 2020

INDRAVUDH, P.P. *et al.* I will choose when to test, where I want to test: investigating young people's preferences for HIV self-testing in Malawi and Zimbabwe. **AIDS**. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Londres, Inglaterra. v.31, sup. 3. p.203-S212. 2017

IRIBARREN, S. *et al*, Using an HIV self-test kit to test a partner: attitudes and preferences among high-risk populations. **AIDS and Behavior**. 2020.

JOHNSON, C.C. *et al.* Examining the effects of HIV self-testing compared to standard HIV testing services: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the International AIDS Society**. v. 20. p .21594, 2017.

JUNIOR, V.T. Homossexualidade e saúde: desafios para a Terceira década de epidemia de HIV/AIDS. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 147-158, junho de 2002.

KALIBALA, S. *et al.* Factors associated with acceptability of HIV self-testing among health care workers in Kenya. **AIDS Behav**. v.18, sup. 4. p. 405–414. 2014

KASSA, G. *et al.* Improving inpatient provider-initiated HIV testing and counseling in Sierra Leone. **Plos One**. 15(7), 2020.

KEBEDE, B. *et al* HIV self-testing practices among Health Care Workers: feasibility and options for accelerating HIV testing services in Ethiopia. **Pan African Medical Journal**. v. 15, p.15-50, 2013.

KRAUSE, J, Subklew-Sehume F, Kenyon C, Colebunders R. Acceptability of HIV self-testing: a systematic literature review. **BMC Public Health**, 2013.

KUMWENDA, M.K., *et al*. Exploring social harms during distribution of HIV self-testing *kits* using mixed-methods approaches in Malawi. **J. Int. AIDS Soc.** Vol. 22, sup. 1, 2019a.

KUMWENDA, M. K., *et al*. Post-test adverse psychological effects and coping mechanisms amongst HIV self-tested individuals living in couples in urban Blantyre, Malawi. **Plos One**, 14(6), 2019b.

LEGRAND, S.; MUESSIG, K. E.; HORVATH, K. J. *et al*. Using technology to support HIV self-testing among MSM. **Current Opinion in Hiv and Aids**, [S.L.], v. 12, n. 5, p. 425-431, set. 2017

LIPPMAN, S. A. *et al*. Over-the-counter human immunodeficiency virus self-test *kits*: time to explore their use for men who have sex with men in Brazil. **The Brazilian journal of infectious diseases: an official publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases**. vol. 18, n.3, p. 239-44, 2014.

LOPES, A.C.M.U., *et al*. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. **Rev. Bras. Enferm.** v. 69, n. 1. p.54-58. 2016.

MAGNO, L., LEAL, A.F., KNAUTH, D. *et al*. Acceptability of HIV self-testing is low among men who have sex with men who have not tested for HIV: a study with respondent-driven sampling in Brazil. **BMC Infect Dis**, 20, 86, 2020.

MAKSUD, I.; FERNANDES, N. M.; FILGUEIRAS, S. L. Tecnologias de prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 18, sup. 1, p. 104-119, 2015

MAKUSHA, T. *et al*. HIV self-testing could "revolutionize testing in South Africa, but it has got to be done properly": perceptions of key stakeholders. **Plos One**, vol. 10, 2015.

MONTEIRO, S. S. *et al*. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1793-1807, 2019.

MUGO, P.M. *et al* Uptake and acceptability of oral HIV self-testing among community pharmacy clients in Kenya: a feasibility study. **Plos One**. v. 12, n. 1. 2017.

MUTSETA, M. Impact of HIVST on uptake of HIV testing among unreached populations and those living with undiagnosed HIV: experiences from the STAR project in Malawi, Zambia and Zimbabwe. **9ª International AIDS Conference**; 23-26 de julho; 2017.

NAVAZA, B. *et al.* “Provider-Initiated HIV Testing for Migrants in Spain: A Qualitative Study with Health Care Workers and Foreign-Born Sexual Minorities. **Plos One**, vol. 11, 2016

NJAU, B., COVIN, C., LISASI, E. *et al.* A systematic review of qualitative evidence on factors enabling and deterring uptake of HIV self-testing in Africa. **BMC Public Health**, vol. 19, 1289, 2019.

OMS, Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Suíça, 2017

PEREIRA, G.F.M., *et al.* Decline in reported AIDS cases in Brazil after implementation of the test and treat initiative. **BMC Infect Dis.** v. 19, n. 579, 2019.

PHANUPHAK, N; JANTARAPAKDE, J; HIMMAD, L, *et al.* Linkages to HIV confirmatory testing and antiretroviral therapy after online, supervised, HIV self-testing among Thai men who have sex with men and transgender women. **J Int AIDS Soc**, Jan; 23(1), 2020.

PLATTEAU, J.V.L. HIV testing for key populations in Europe: A decade of technological innovation and patient empowerment complement the role of health care professionals. **HIV Medicine**, v.19, sup. 1, p. 71-76. 2018.

RAPID RESPONSE SERVICE. HIV self-testing in high-income settings: Acceptability, potential benefits and harms, issues related to linkage to care, interventions to increase HIV self-testing. Toronto, ON: **Ontario HIV Treatment Network**; 2019.

RODGER, A.J. *et al.* Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. **JAMA.** v.316(2), p. 171–181. 2016.

SEKHON, M; CARTWRIGHT, M; FRANCIS, JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. **BMC Health Serv Res.** Jan 26; 17 (1):88, 2017.

SIMWINGA, M, *et al.* Ability to understand and correctly follow HIV self-test kit instructions for use: applying the cognitive interview technique in Malawi and Zambia. **J Int AIDS Soc.**, 22(S1), 2019

SILVA, Y. T. da; SILVA, L. B. da; FERREIRA, S. M. S. Práticas de aconselhamento em infecções sexualmente transmissíveis/aids: perspectiva das profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 5, p. 1137-1144, 2019.

SILVA, L.A.V da, *et al.* Moral barriers to HIV prevention and care for gay and bisexual men: Challenges in times of conservatism in Brazil. **Sociol Health Illn.** 00, p 1-17, 2021

SOUZA, V, CZERESNIA, D. Demands and expectations of users of HIV testing and counseling centers. **Revista de saúde pública.** Vol. 44, n.3, 2010.

- STEVENS, D.R, *et al.* A Global Review of HIV Self-testing: Themes and Implications. **AIDS Behav.** Vol. 22(2). p. 497-512. 2018.
- TONEN-WOLYEC, S *et al.* Acceptability of HIV self-testing in African students: a cross-sectional survey in the Democratic Republic of Congo. **The Pan African medical journal.** Vol. 33 83. 4, Jun. 2019.
- TRINDADE, E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 951-964, 2008.
- UNAIDS. **Declaração de Paris: acabar com a epidemia da AIDS: Cidades acelerando a resposta.** Paris, França. 2014.
- UNAIDS, **Un aids Data.** Genebra, Suíça, 2019a.
- UNAIDS. **Communities at the centre: defending rights, breaking barriers, reaching people with HIV services.** Global AIDS Update. Suíça, 2019b.
- VAN DYK, P. Client-Initiated, Provider-Initiated, or Self-Testing for HIV: What do South Africans prefer? *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care.* **JANAC.** 24, 2013.
- WANG, Z; LAU, J. T. F.; IP, M. *et al.* A Randomized Controlled Trial Evaluating Efficacy of Promoting a Home-Based HIV Self-Testing with Online Counseling on Increasing HIV Testing Among Men Who Have Sex with Men. *Aids And Behavior*, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 190-201, 22 ago. 2017.
- WISDOM, J. P. *et al.* Innovation adoption: a review of theories and constructs. **Administration and policy in mental health.** Vol. 41,4, p. 480-502, 2014).
- WOOD, B.R *et al.* Arguments for and against HIV self-testing. **HIV/AIDS Research and Palliative Care.** v. 6. p. 117–126, Auckland, Australia. 2014.
- ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-AIDS para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3. p. 785-806, 2016.
- ZHAO, Y; ZHU X.; PÉREZ A.E. *et al.* MHealth approach to promote Oral HIV self-testing among men who have sex with men in China: a qualitative description. **BMC Public Health.** 27;18(1):1146, 2018.

Tabela 02 - Características sociodemográficas, de formação, atividade laboral, conhecimento e aceitabilidade do ATHIV entre profissionais de serviços de atenção especializada ao HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	n/N	%	IC95%
Sociodemográficas			
Sexo			
Masculino	55/252	21,8	17,12-27,39
Feminino	197/252	78,2	72,60-82,87
Idade			
≤ 35 anos	46/252	18,3	13,93-23,55
35-50 anos	137/252	54,4	48,13-60,45
>50 anos	69/252	27,4	22,19-33,25
Escolaridade			
Nível médio completo	39/251	15,5	11,53-20,60
Nível superior	50/251	19,9	15,40-25,36
Pós-graduação (especialização)	128/251	51	44,78-57,17
Pós-graduação (residência)	10/251	4	2,14-7,27
Mestrado	18/251	7,2	4,55-11,12
Doutorado	6/251	2,4	1,07-5,24
Formação e trabalho			
Categoria profissional			
Enfermeiro	65/252	25,8	20,73-31,59
Téc./Aux. Enfermagem	30/252	11,9	8,42-16,55
Médico	30/252	11,9	8,42-16,55
Psicólogo	15/252	6	3,60-9,66
Farmacêutico	31/252	12,3	8,76-16,99
Terapeuta Ocupacional	2/252	0,8	0,19-3,14
Fisioterapeuta	2/252	0,8	0,19-3,14
Nutricionista	2/252	0,8	0,19-3,14
Odontólogo	7/252	2,8	1,32-5,73
Assistente social	24/252	9,5	6,44-13,84
Outra	44/252	17,5	13,22-22,69
Especialidade no campo do HIV/AIDS			
Sim	59/252	23,4	18,56-29,07
Não	193/252	76,6	70,92-81,43
Anos de formação			
≤5 anos de formado	23/252	9,1	6,12-13,39
Entre 5 e 10 anos de formado	42/252	16,7	12,53-21,82
>10 anos de formado	187/252	74,2	68,40-79,26
Início do trabalho no SAE			
1 a 7 anos	124/252	49,2	43,03-55,40
8 a 13 anos	75/252	29,8	24,40-35,73
14 a 40 anos	53/252	21	16,40-26,54

Tipo de vínculo trabalhista			
Concurso temporário	85/252	33,7	28,12-39,83
Concurso efetivo	167/252	66,3	60,16-71,87

Figura 5. Proporção do conhecimento, aceitabilidade, disposição de indicação e oferta de informação sobre ATHIV aos usuários no serviço entre profissionais de serviços de atenção especializada ao HIV na Bahia, Brasil, 2019-2020.

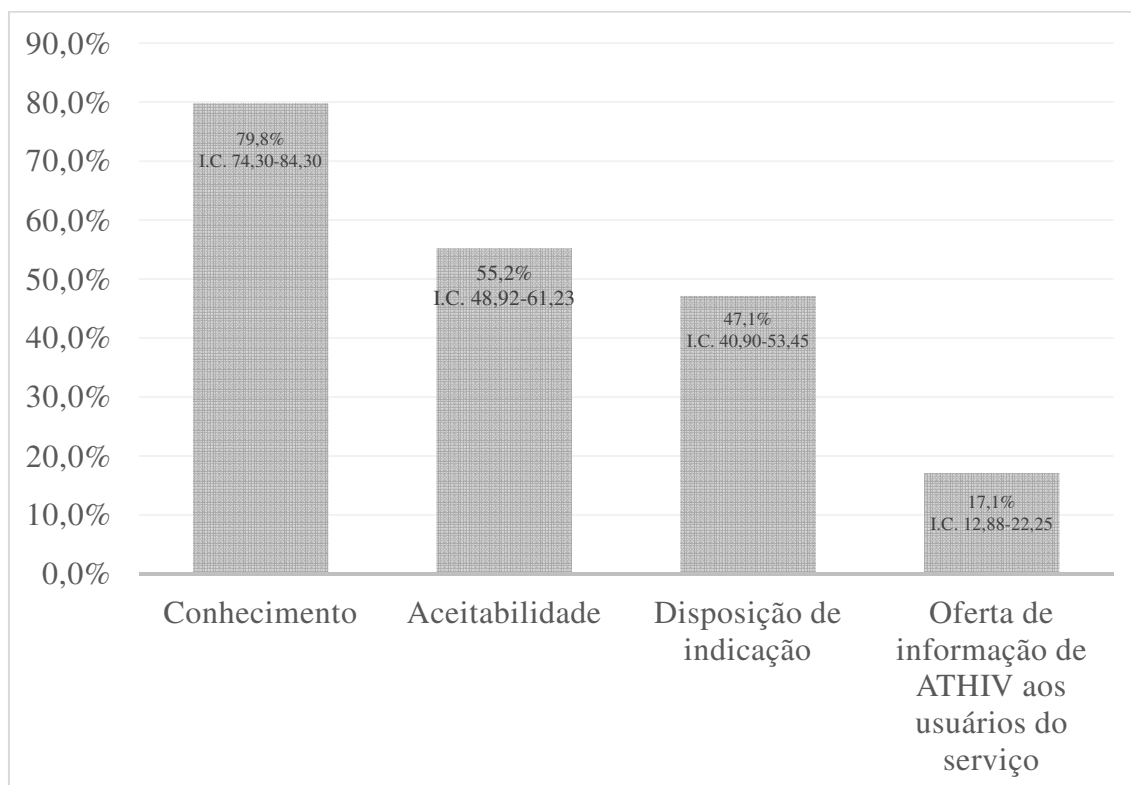
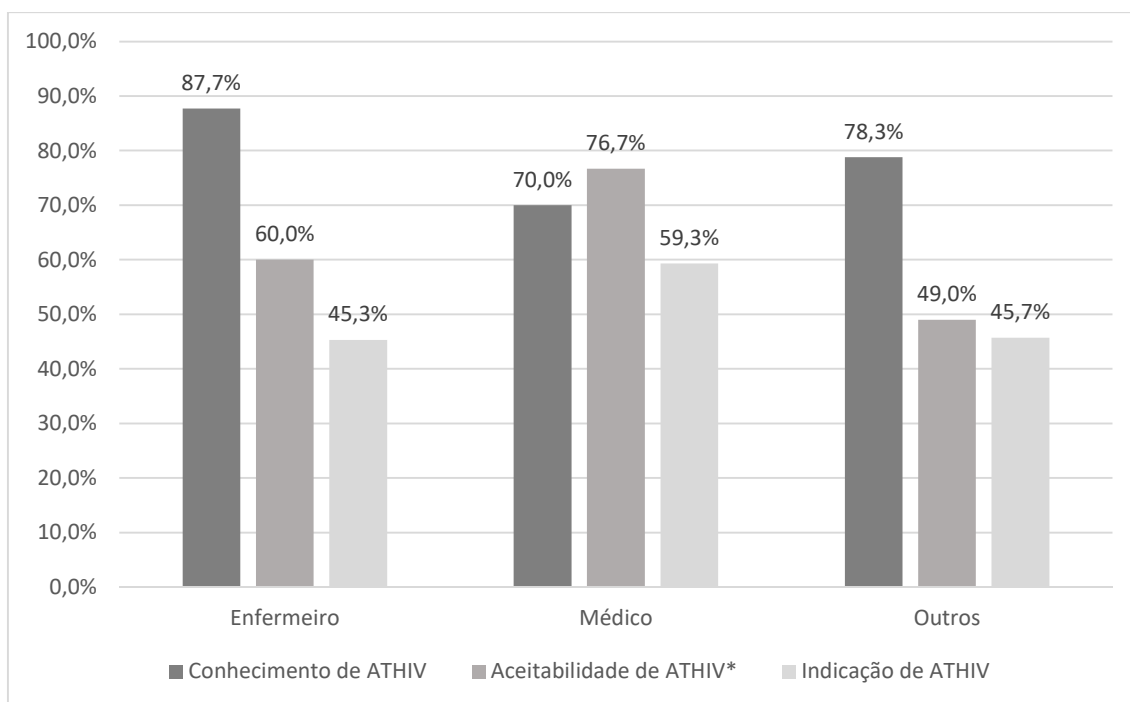


Figura 6. Proporção do conhecimento, aceitabilidade e disposição de indicação aos usuários no serviço entre profissionais de serviços de atenção especializada ao HIV na Bahia entre tipos de categoria profissional, Bahia, Brasil, 2019-2020.



* Valor de $p = 0.014$.

Tabela 03 - Fontes de informação e motivos para não indicação do ATHIV entre profissionais de serviços de atenção especializada ao HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia, Brasil, 2019-2020.

Variável	n/N	%	IC95%
Fonte de informação sobre o ATHIV			
Treinamento no serviço	68/197	34,5	28,15-41,48
Em meios de comunicação (TV, rádio e outros)	56/197	28,4	22,51-35,18
Na <i>internet</i> ou rede social	26/197	13,2	9,11-18,73
Através de colegas de trabalho	23/197	11,7	7,84-17,01
Outros	24/197	12,2	8,27-17,58
Motivos de não indicação do ATHIV			
Risco de suicídio em caso de resultado positivo	101/129	75,4	67,27-82,00
Pessoas com resultados positivos podem se agredir ou agredir outras pessoas	80/129	61,5	52,79-69,59
Possíveis erros de aplicação e leitura do resultado por parte dos usuários	91/129	68,4	59,93-75,83
As pessoas não saberiam aonde buscar atendimento no caso de resultados positivos	66/129	50,4	41,78-58,95
Alto risco de vazamento da informação dos resultados	40/129	30,5	23,17-39,04
As pessoas podem ser obrigadas a fazer o teste antes de uma relação sexual e mostrar o resultado	33/129	25,2	18,41-33,43
É indispensável oferecer o aconselhamento pós teste, mesmo no caso de resultados negativos	71/129	55	46,27-63,50
Outro motivo	21/129	16,3	10,79-23,79
Aspectos gerais do ATHIV			
O serviço em que trabalha dispensa o ATHIV			
Sim	9/252	3,6	1,86-6,74
Não	243/252	96,4	93,25-98,13
Treinamento prévio sobre o ATHIV			
Sim	34/252	13,5	9,77-18,32
Não	218/252	86,5	81,67-90,22
Conhecimento da oferta do ATHIV no SUS			
Sim	58/252	23	18,20-28,65
Não	194/252	77	71,34-81,79
Conhecimento da oferta do ATHIV em farmácias			
Sim	156/252	61,9	55,71-67,73
Não	96/252	38,1	32,26-44,28
Confiança no diagnóstico pelo ATHIV			
Sim	140/252	55,6	49,32-61,61
Não	112/252	44,4	38,38-50,67
Usaria o ATHIV em si			
Sim	184/244	75,4	69,57-80,44
Não	60/244	24,6	19,55-30,42

Segurança em indicar o ATHIV aos usuários do serviço			
Inseguro (a)	96/252	38,1	32,26-44,28
Pouco seguro (a)	72/252	28,6	23,29-34,49
Seguro (a) / Muito seguro (a)	84/252	33,3	27,75-39,42
Acredita que o ATHIV provoca compensação de risco			
Sim	108/252	42,9	36,84-49,08
Não	144/252	57,1	50,91-63,15
Acredita que o acesso ao ATHIV diminui o comportamento sexual de alto risco			
Sim	70/252	28,7	23,32-34,72
Não	174/252	71,3	65,27-76,67
Formato preferencial de dispensação do insumo			
Execução assistida no serviço	143/252	56,8	50,51-62,77
Execução auto administrada no local de preferência do usuário	90/252	35,7	30,00-41,86
De acordo com a preferência do usuário	19/252	7,5	4,84-11,54
Públicos para os quais concorda com a distribuição do ATHIV			
Apenas público geral	144/252	57,1	50,91-63,15
Apenas populações-chave	40/252	15,9	11,83-20,95
Ambos públicos	68/252	27,0	21,83-32,84
Outros recursos que deveriam ser ofertados juntamente com o ATHIV			
Aconselhamento com foco em HIV/ISTs	172/207	83,1	77,30-87,63
Insumos de prevenção	129/206	62,6	55,75-69,01
Vinculação a outras estratégias	107/203	52,7	45,77-59,54
De acordo com a preferência do usuário	50/202	24,8	19,24-31,22
Informações cadastrais apenas	21/199	10,6	6,95-15,69

Tabela 04 - Análise bivariada entre a disposição de indicação do ATHIV e características sociodemográficas, de formação, atividade laboral e aspectos gerais relacionados ao ATHIV entre profissionais de serviços de atenção especializada ao HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	Disposição de indicação de ATHIV		OR	IC95%	Valor de p
	Não	Sim			
Sociodemográficas					
Sexo					
Masculino	46,2	53,9	1		0,27
Feminino	54,7	45,3	0,71	0,38-1,31	
Idade					
<=35 anos	51,2	48,8	1		0,91
35-50 (inc) anos	54,1	45,9	0,88	0,44-1,76	
>50 anos	51,5	48,5	0,98	0,46-2,12	
Escolaridade					
Ensino médio completo	55,3	44,7	1		0,75
Ensino superior	44,0	56,0	1,57	0,67-3,67	
Pós-graduação	55,1	44,9	1,00	0,49-2,05	
Formação e trabalho					
Especialidade no campo do HIV/AIDS					
Não	55,3	44,7	1		0,16
Sim	44,6	55,4	1,53	0,84-2,79	
Anos de formação					
<=5 anos de formado	36,4	63,6	1		0,10
>5 anos de formado	54,5	45,5	0,47	0,19-1,18	
Início do trabalho no SAE					
1 a 14 anos	51	49	1		0,27
Mais de 14 anos	59,6	40,4	0,70	0,37-1,31	
Tipo de vínculo trabalhista					
Concurso temporário	46,3	53,7	1		0,15
Concurso efetivo	56,2	43,8	0,67	0,39-1,14	
Conhecimento do ATHIV					
Não	55,3	44,7	1		0,71
Sim	52,3	47,7	1,12	0,59-2,14	
Aceitabilidade do ATHIV					
Não	86,1	13,9	1		<0,0001
Sim	26,5	73,5	17,22	8,85-33,49	
Aspectos gerais do ATHIV					
Serviço dispensa o ATHIV					
Não	54,5	45,5	1		0,011
Sim	11,1	88,9	9,57	1,17-77,73	

Treinamento prévio sobre o ATHIV					0,06
Não	55,2	44,8	1		
Sim	38,2	61,8	1,99	0,94-4,19	
Conhecimento da oferta do ATHIV no SUS					0,006
Não	57,8	42,2	1		
Sim	36,8	63,2	2,34	1,27-4,31	
Conhecimento da oferta do ATHIV em farmácias					0,341
Não	48,9	51,1	1		
Sim	55,2	44,8	0,77	0,46-1,30	
Confiança no diagnóstico pelo ATHIV					<0,0001
Não	72	28	1		
Sim	38	62	4,19	2,43-7,23	
Informa aos usuários sobre o ATHIV no serviço					<0,0001
Não	60,2	39,8	1		
Sim	18,6	81,4	6,61	2,91-14,99	
Usaria o ATHIV em si					<0,0001
Não	88,3	11,7	1		
Sim	41,3	58,7	10,75	4,64-24,94	
Segurança em indicar o ATHIV aos usuários do serviço					<0,0001
Inseguro (a)	80,2	19,8	1		
Pouco seguro (a)	51,4	48,6	3,83	1,90-7,78	
Seguro (a)/Muito seguro (a)	24,1	75,9	12,87	6,21-6,25	
Acredita que o ATHIV provoca compensação de risco					<0,0001
Não	39,7	60,3	1		
Sim	70,9	29,1	0,27	0,15-0,46	
Acredita que o acesso ao ATHIV diminui o comportamento sexual de alto risco					0,002
Não	59,2	40,8	1		
Sim	37,1	62,9	2,45	1,38-4,34	
Formato preferencial de dispensação do insumo					0,001
Execução assistida no serviço	62,6	37,4	1		
Execução auto administrada no local de preferência do usuário	37,1	62,9	2,83	1,63-4,92	
De acordo com a preferência do usuário	56,3	43,8	1,30	0,45-3,70	
Públicos para os quais concorda com a distribuição do ATHIV					0,031
Apenas população em geral	46,4	53,6	1		
Apenas populações-chave	69,2	30,8	0,38	0,18-0,82	
Ambas populações	56,9	43,1	0,65	0,36-1,18	
Outros recursos/insumos que deveriam ser utilizados/dispensados conjuntamente com o ATHIV					
Aconselhamento com foco em HIV/ISTs					0,08
Não	37,1	62,9	1		
Sim	53,1	47	0,52	0,24-1,10	
Informações cadastrais apenas					0,002
Não	53,9	46,1	1		
Sim	19,1	80,9	4,97	1,60-15,37	

Insumos de prevenção					0,84
Não	49,4	50,7	1		
Sim	50,8	49,2	0,94	0,53-1,66	
Vinculação a outras estratégias (PeP, PrEP, etc.)					0,06
Não	57,3	42,7	1		
Sim	43,7	56,3	1,70	0,96-3,03	
De acordo com a preferência do usuário					<0,0001
Não	57,2	42,8	1		
Sim	27,7	72,3	3,50	1,71-7,15	
Outras tecnologias de prevenção					
Indicação da PrEP no serviço					<0,0001
Não	83,8	16,2	1		
Sim	47,3	52,7	5,74	2,29-14,35	

Tabela 05 - Análise multivariada de fatores associados à disposição de indicação do ATHIV entre profissionais de serviços de atenção especializada ao HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	OR	IC95%	Valor de p
Aceitabilidade do ATHIV			<0,0001
Não	1		
Sim	9,45	4,53-19,71	
Aspectos gerais do ATHIV			
Usaria o ATHIV em si			0,004
Não	1		
Sim	4,45	1,62-12,24	
Segurança em indicar o ATHIV aos usuários do serviço			
Inseguro (a)	1		
Pouco seguro (a)	3,09	1,30-7,31	0,010
Seguro (a) /Muito seguro (a)	5,73	2,26-12,72	<0,0001
Públicos para os quais concorda com a distribuição do ATHIV			
Público geral			0,012
Não	1		
Sim	2,88	1,25-6,59	

5.2 PRODUTO TÉCNICO 1: OFICINA PARA QUALIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE TESTAGEM RÁPIDA NO ESTADO DA BAHIA

5.2.1 Introdução

No contexto da Meta 90/90/90 (UNAIDS, 2014), o teste rápido (TR) no Brasil foi direcionado para o público geral e disponibilizado não só em unidades especializadas em HIV, mas também na rede básica de saúde sendo, assim, justificado por possibilitar o diagnóstico e início do tratamento de forma precoce, colaborando com outros objetivos importantes da Meta, como a manutenção da adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) e, conseqüentemente, da carga viral indetectável (ARAÚJO *et al*, 2018). O uso do TR em larga escala pode ser justificado por se tratar de um recurso de simples execução e prescindir de estrutura laboratorial para que seja disponibilizado, o que é ideal para campanhas e localidades de difícil acesso.

Dessa forma, é imperativo que toda a rede pública de saúde esteja em condições de oferecer a testagem rápida sem barreiras de acesso e com qualidade na no processo de comunicação do seu resultado aos usuários. Isso significa investir no bom funcionamento logístico para a manutenção dos estoques nas unidades de saúde executoras, de forma que o insumo não falte ao usuário interessado, implicando no bom seguimento de prazos e no ajuste de informações sobre o fluxo dos testes (como por exemplo, a taxa de consumo, o saldo final e o ressuprimento). Outro ponto fundamental é que o teste seja executado sem erros e sua interpretação seja fidedigna com a situação da pessoa testada, o que impacta diretamente nas decisões futuras desse indivíduo em seguir o tratamento.

Esses aspectos podem influenciar os rumos tomados pelos sujeitos em busca de confirmação diagnóstica e, conseqüentemente, o início do tratamento ou da adoção de prática sexuais seguras. Essa trajetória de decisões, que acontecem entre a busca e o alcance do tratamento, pode ser denominada de itinerário terapêutico. Segundo Cabral (2011), a literatura mais atualizada a respeito dos itinerários terapêuticos abarca, não apenas o comportamento do enfermo e enfoques pragmáticos dos encaminhamentos e solução de problemas, mas também condições macrossociais, dimensões subjetivas e culturais do processo saúde-doença-cuidado.

De acordo com Arantes (2015), apesar de a testagem rápida favorecer o rompimento da cadeia de transmissão do vírus HIV, os profissionais de saúde ainda trabalham com a ideia de grupos de risco e incorporam preconceitos que afastam usuários dos serviços de saúde, o que se reflete na oferta do teste rápido restrita às consultas de pré-natal e para o público considerado como “de risco”. Além disso, Macêdo *et al* (2008) identificaram também que a baixa aceitabilidade dos TR por parte dos profissionais se tornou um obstáculo para seu uso em alguns espaços do Nordeste do Brasil (por exemplo, maternidades).

Outro empecilho que pode interferir no itinerário terapêutico de quem busca testagem de HIV são as dificuldades estruturais, como a indisponibilidade do teste, problemas com recursos humanos e uso de um fluxo inadequado de oferta do TR (NASCIMENTO *et al*, 2018). A esse respeito, Lopes *et al* (2016) demonstraram que a implantação dos TR no pré-natal na cidade de Fortaleza, Ceará, esbarrou em situações como a falta dos testes ou o vencimento do prazo de validade dos *kits*. Dessa forma, faz-se necessário conhecer a realidade dos estado e municípios, no tocante às suas capacidades de implementar os TR de maneira eficaz.

5.2.2 Desafios da testagem rápida na Bahia

O funcionamento ideal da estratégia de testagem rápida não depende somente da disponibilização dos TRs nas unidades executoras. É preciso considerar a relevância da compreensão dos profissionais e gestores do programa de aids sobre a importância dos TR para aceleração da captação de PVHIV que ainda não sabem de seu diagnóstico, de um fluxo de trabalho eficaz e de relações de trabalho funcionais entre os diferentes níveis da gestão da saúde, traduzidas, por exemplo, no intercâmbio de informações logísticas. Desse modo, elementos como a gestão do tempo, organização do trabalho, planejamento e recursos humanos precisam ser levados em consideração para a efetivação dessas ações (SILVA *et al*, 2017).

A rede gerencial dos testes rápidos na Bahia é composta por 30 Bases Regionais de Saúde, nas quais se encontram cadastrados quatrocentos e dezesseis municípios e, dentro deles, três quatrocentos e cinquenta unidades de saúde. Além disso, o estado atende

a vinte e seis unidades diretamente vinculadas à Coordenação Estadual de IST/Aids. No cenário atual da rede estadual, existem desafios na comunicação entre a gestão central estadual e a gestão dos programas nos municípios, bem como pela alta rotatividade de profissionais da assistência nas unidades. Em decorrência disso, verifica-se dificuldade no cumprimento de prazos, uso incorreto do Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SISLOGLAB), que pode produzir informação logística de baixa qualidade, isolamento das queixas, oscilações no fornecimento contínuo e atraso na disponibilidade dos insumos. Desse modo, existe a necessidade constante de treino e retreino de profissionais na execução correta do SISLOGLAB e também dos TR.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho técnico foi realizar uma Oficina Pedagógica (OP) para treinamento dos profissionais operadores da estratégia de testagem rápida no estado da Bahia, no âmbito do Coordenação Estadual de IST/Aids da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da SESAB. A opção por este formato se deu por ser a OP um campo para transformação coletiva da realidade, a partir de metodologias participativas, com a mobilização de atores sociais chave, a socialização da fala e a análise de acontecimentos, promovendo sensibilização, compreensão, reflexão, análise, ação e avaliação (FIGUEIRÊDO *et al*, 2006).

A OP abrangeu não só as ordens de funcionamento da rede assistencial na qual estão inseridos os TR, mas também na verificação de dificuldades operacionais, com elaboração conjunta de soluções factíveis, atualização das pactuações com regras mais funcionais, coparticipação e engajamento dos profissionais para melhoria dos indicadores do estado. Além disso, apoiou o investimento na relação entre a Coordenação Estadual de IST/Aids, regionais de saúde e as unidades de saúde municipais.

5.2.3 Objetivos

5.2.3.1 Objetivo geral

Treinar os operadores da logística de TR do estado da Bahia para ampliação da rede e funcionamento pleno e qualificado das ações de testagem rápida.

5.2.3.2 Objetivos específicos

Sensibilizar os profissionais no tocante ao funcionamento global da estratégia de testagem rápida.

Qualificar os operadores do SISLOGLAB no sentido de aprimorar a informação enviada via SISLOGLAB;

Aumentar a adesão aos programas de qualificação profissional: Telelab (plataforma virtual de treinamento, voltada para execução correta dos testes rápidos) e AEQ-TR (Avaliação Externa da Qualidade - programa proposto pelo MS em parceria com a UFSC, para qualificação da execução e leitura dos resultados dos TRs);

Definir novas regras e prazos para o fluxo logístico dos testes rápidos no estado.

5.2.4 Metodologia

Foi realizada uma Oficina Pedagógica com as referências técnicas e operadores do Sisloglab das trinta Bases Regionais de Saúde (BRS), quinze Secretarias Municipais de Saúde (SMS) da Região Metropolitana de Salvador (RMS) e das vinte e seis unidades de saúde diretamente vinculadas à Coordenação Estadual de IST/Aids (CEIST).

Houve uma etapa prévia de diagnóstico situacional, realizada através da aplicação de um formulário *on-line*, enviado para os indivíduos componentes da rede citada. Este instrumento foi composto de dez perguntas, contemplando aspectos variados da relação entre os componentes da rede e a CEIST, a saber: cumprimento de prazos, envio de informações, dificuldades de acesso e orientação da CEIST, entraves para a implantação e expansão da estratégia de testagem rápida local, outros problemas e suas possíveis soluções, além da avaliação do próprio formulário. Após a análise dos dados, a Oficina ocorreu separadamente para as SMS e unidades de saúde, para que fossem abordadas as particularidades de cada uma. Para as BRS, os resultados do questionário e as medidas adotadas em consequência a ele, foram abordados numa reunião anual de coordenadores regionais.

O primeiro momento da Oficina foi composto de uma exposição relativa à importância histórica e relevância atual da estratégia de testagem rápida no mundo e no Brasil, ressaltando temas como a Meta 90/90/90, a tendência de capilarização do acesso diagnóstico na rede básica de saúde, os entraves para efetivação dessa política e a inserção da autotestagem na rede pública. Em seguida, foi exibida a análise dos dados obtidos com o formulário para pactuação de novas diretrizes da logística do estado, atendendo, tanto às orientações do MS, quanto a lógica da Meta 90/90/90 e as necessidades e preferências dos usuários, percebidas pelos sujeitos da Oficina. Esse bloco foi comum aos três grupos da intervenção, sendo o turno vespertino, variável conforme o tipo de instituição (Quadros 1 e 2).

Para as unidades de saúde (Quadro 1), no turno da tarde foram abordadas diretamente as funcionalidades do Sisloglab através do uso do ambiente de treinamento disponível no sistema. As unidades foram capacitadas a informar corretamente o recebimento dos testes, a quantidade utilizada na competência trabalhada (discriminando o objetivo de uso

do quantitativo informado e a perda de testes) no campo “Boletim” e os dados logísticos de saldo, consumo e ressuprimento de *kits* no campo “Mapa”. As funções de relatórios e ajustes também serão aprofundadas.

Já para as SMS (Quadro 2), o segundo momento foi reservado aos operadores dos respectivos níveis centrais e se destinou a investigar a situação e o funcionamento detalhado das instituições de sua responsabilidade direta, discutindo a realidade local. Dessa forma, foram abordadas possibilidades factíveis de superação dos entraves relatados pelos operadores, ajustadas à realidade descrita, bem como a pactuação de prazos para ajustes da rede e estratégias de fomento da adesão do Sisloglab, Telelab e AEQ-TR entre municípios das BRS e unidades das SMS. O formato da intervenção poderá ser replicado pelas instituições em oportunidades futuras, na medida da necessidade de cada instituição, sem depender da CEIST.

5.2.4 Lições aprendidas

A realização da oficina possibilitou o aprofundamento em temas básicos da estratégia de testagem rápida na Bahia, além de aproximar coordenadores e demais profissionais de tópicos mais recentes, como a autotestagem para HIV. No que diz respeito aos assuntos já conhecidos pelos profissionais, foi possível esclarecer o uso do sistema para novos operadores e pactuar prazos mais funcionais para a prestação de informação. Outro ponto importante, foi a abordagem do contexto da testagem rápida no mundo e no Brasil, ampliando a visão sobre o uso do teste rápido e o conectando com outros temas do campo do HIV/aids. No tocante às novas tendências, o autoteste foi abordado e, ainda que não fosse tema central da oficina, os profissionais se mostraram interessados em conhecer a tecnologia.

A utilização prévia do questionário colaborou com a avaliação do serviço prestado pela CEIST, além de basear a tomada conjunta de decisões para os ajustes necessários. O uso do questionário *on-line* foi um fator que favoreceu a organização dos dados e otimização do tempo para fazer uso das opiniões enviadas pelos usuários da rede. Destaca-se o caráter voluntário e anônimo da participação nesse formulário. O formulário foi disponibilizado entre os meses de julho e agosto de 2019 e era composto por dez perguntas, sendo oito objetivas e duas discursivas. Foram contabilizadas dezenove respostas de trinta possíveis, entre as Bases Regionais de Saúde e vinte de vinte e seis unidades de saúde possíveis. No âmbito das SMS houve um desvio operacional, uma vez que, apenas as SMS da Região Metropolitana de Salvador deveriam ter respondido, o que daria o total de quinze participantes possíveis. Contudo, houve envio do formulário para algumas SMS no interior, o que resultou em quarenta respostas de SMS, até que o envio para o interior fosse interrompido.

O instrumento informou que 90% dos respondentes considerava os prazos da CEIST possíveis de cumprir, 96% estavam satisfeitos ou totalmente satisfeitos com a qualidade do atendimento prestado pela CEIST, 81% perceberam como clara a linguagem usada nos comunicados via e-mail pela CEIST e 86% avaliaram os canais de comunicação disponibilizados pela CEIST como suficientes ou parcialmente suficientes. Foram apontados os principais entraves para o avanço da estratégia de testagem rápida no Estado, entre eles o uso incorreto do Sisloglab (25 respostas), a baixa adesão das Unidades

Básicas de Saúde (UBS) (23 respostas) e as dificuldades logísticas (22 respostas) foram as principais. Nas questões abertas foram identificados problemas pontuais e sugeridas soluções, cujo encaminhamento resultou em ajustes de prazo e redistribuição de documentos específicos da CEIST e do MS que tratavam sobre logística dos TRs

O formato da oficina e do questionário foram avaliados positivamente pelos participantes. Espera-se deixar o modelo de oficina para novos treinamentos a serem replicados no nível local, à medida da necessidade das instituições e, futuramente, realizar outro encontro, presencial ou *on-line*, anualmente.

Os impactos imediatos da Oficina foram prejudicados pelas rupturas causadas na rede de distribuição pela rotatividade nos serviços municipais que se seguiu e, mais tarde, pelas rupturas no funcionamento das unidades no contexto da pandemia da COVID 19. Entretanto, ao longo do ano de 2020, regionais e profissionais não participantes solicitaram nova realização do evento e orientações para realizar Oficinas de maneira independente.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, E. O. Teste anti-HIV na perspectiva das políticas públicas: proposta e realidade. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 562-566, 29 set. 2015.
- ARAÚJO W.J. *et al.* Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, 71(Sup 1), p. 631-6. 2018.
- 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. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde.** Brasília, DF, 2017.
- CABRAL, A.L.L.V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.
- FIGUEIRÊDO, M.A.C. Metodologia de oficina pedagógica: uma experiência de extensão com crianças e adolescentes. **Rev. Elet. Extensão Cidadã.** UFPB. Vol 2. 2006.
- GRECO, D.B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1553-1564, 2016.
- LOPES, A.C.M.U, *et al.* Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care. Fortaleza. **Rev Bras. Enferm.** 69(1):54-8. 2016.
- MACÊDO, V.C. *et al.* Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(8):1679-1692, ago, 2009.
- MONTEIRO, S.S. *et al.* Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, pp. 1793-1807, 2019.
- NASCIMENTO, D da S. F; SILVA, R. C. da; TÁRTARI, D. de O *et al* Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 13, n. 40, p. 1-8, 18 ago. 2018
- SILVA, I.T.S, VALENÇA C.N, SILVA, R.A.R. Cartografia da implementação do teste rápido anti-HIV na Estratégia Saúde da Família: perspectiva de enfermeiros. **Esc Anna Nery**, 21(4), 2017.
- UNAIDS. 90–90–90. **Uma meta ambiciosa de tratamento para ajudar a acabar com a epidemia de AIDS.** Genebra, Suíça, 2015.
- UNAIDS. **Declaração de Paris: acabar com a epidemia da AIDS: Cidades acelerando a resposta.** Paris, França. 2014.

Quadro 1 – Programação da Oficina para unidades de saúde.

Oficina para qualificação da estratégia de testagem rápida na Bahia	
Programação - Unidades de Saúde	
Horário	Atividade
09h-09:30h	Exposição dialogada 01:
	Cenário atual da luta contra o HIV
	Os TRs e sua importância para a meta 90/90/90
	Tendências atuais – Autoteste para HIV
09:30h-09:50h	Debate
09:50h-10:30h	Exposição dialogada 02:
	Fluxo de distribuição dos TR no Brasil e na Bahia
	Treinamento de executores de TR
	Qualificação profissional continuada
10:30h-10:50h	Debate
10:50h-11:00h	Intervalo
11:00h-12:30h	Construção conjunta:
	Resultado do questionário
	Ajustes de diretrizes
12:30h-14:00h	Intervalo - Almoço
14:00h-17:00h	Oficina de preenchimento do SISLOGLAB:
	Recebimento de insumos
	Boletim
	Mapa
	Relatórios

Quadro 2 – Programação da Oficina para Secretarias Municipais de Saúde.

Oficina para qualificação da estratégia de testagem rápida na Bahia	
Programação - BRS/SMS	
Horário	Atividade
09h-09:30h	Exposição dialogada 01:
	Cenário atual da luta contra o HIV
	Os TRs e sua importância para a meta 90/90/90
	Tendências atuais – Autoteste para HIV
09:30h-09:50h	Debate
09:50h-10:30h	Exposição dialogada 02:
	Fluxo de distribuição dos TR no Brasil e na Bahia
	Treinamento de executores de TR
	Qualificação profissional continuada
10:30h-10:50h	Debate
10:50h-11:00h	Intervalo
11:00h-12:30h	Construção conjunta:
	Resultado do questionário
	Ajustes de diretrizes
12:30h-14:00h	Intervalo - Almoço
14:00h-17:00h	Monitoramento junto à SMS/BRS:
	Assiduidade / Pontualidade
	Qualidade da informação prestada
	Entraves logísticos e de uso dos TRs
	Proposição de soluções

5.3 PRODUTO TÉCNICO 2: CARTILHA INFORMATIVA SOBRE ATHIV E LINHA DE CUIDADO

No sentido de orientar os profissionais de saúde envolvidos na estratégia de testagem rápida, na qual se inclui o ATHIV, foi elaborado um material gráfico para a rápida visualização da linha de cuidado da autotestagem na Bahia.

O material em questão (Anexos III a IX) foi criado em parceria com a Assessoria de Comunicação (ASCOM) da DIVEP e constitui-se em *cards* digitais que podem ser utilizados como consulta nos momentos de encontro entre profissional e usuário. O primeiro *card* informa o profissional no tocante à definição do ATHIV e aborda mitos e verdades sobre a autotestagem, com base na literatura e nas preocupações informadas pelos profissionais do estudo. Além disso, o *card* orienta quanto ao acesso a mais informações sobre o tema no site do MS (<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/testagem-prevencao-combinada/autoteste-de-hiv#>).

O segundo *card* é a demonstração da linha de cuidado da autotestagem na Bahia, através de um fluxo que demonstra as opções de caminhos que o usuário tem em relação ao uso do ATHIV e as possibilidades que o profissional pode ofertar. Esse *card* pode ser impresso, porém, recomenda-se o uso via celular ou computador, para melhor visualização dos seus componentes gráficos e uso de recursos interativos, como um QR-Code que permitirá o acesso instantâneo do profissional ao site do MS. Pode ser usado também ao longo dos encontros presenciais entre profissional e usuário, permitindo acesso rápido ao fluxo de atendimento e consulta aos materiais já existentes sobre o tema.

5.3.1 Objetivos

5.3.1.1 Objetivo geral

Informar os profissionais de saúde em relação à linha de cuidado do ATHIV na Bahia.

5.3.1.2 Objetivos específicos

Instrumentalizar o profissional de saúde envolvido na distribuição do ATHIV;

Orientar em relação à utilização de material informativo já existente sobre o tema.

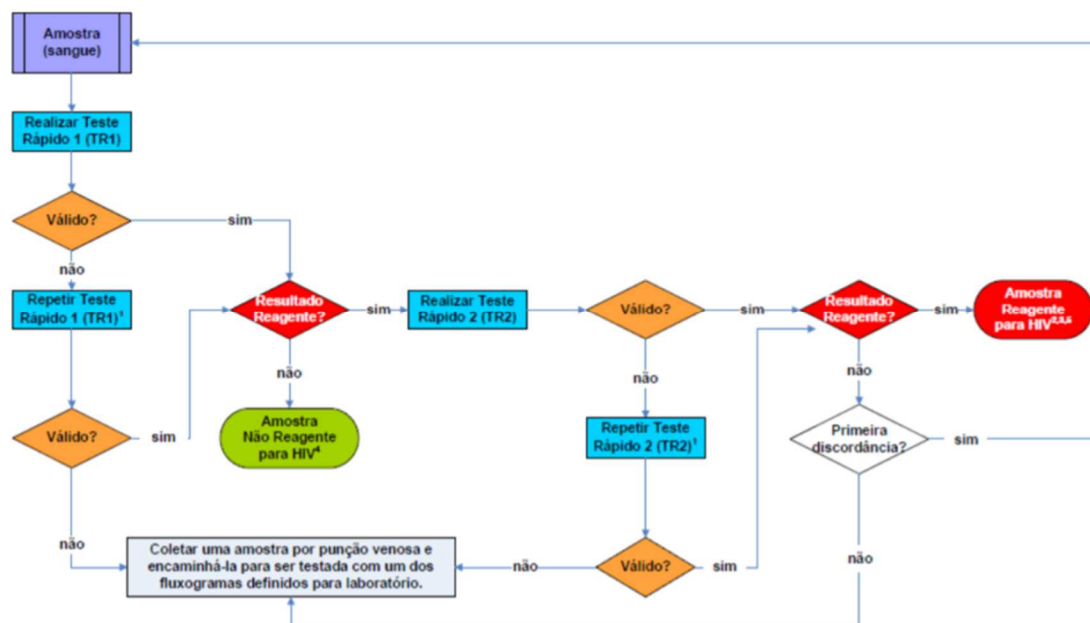
5.3.2 Metodologia

A construção do material foi iniciada com uma pesquisa bibliográfica sobre os argumentos contra e a favor do ATHIV. Em seguida, os resultados deste trabalho foram consultados para definir a parte informativa dos *cards*, que ficou composta de uma definição do ATHIV, informações contextuais com dados do Brasil e do mundo sobre o uso desse tipo de testagem e respostas a cinco afirmações que elucidam preocupações sobre o manejo do ATHIV por parte dos usuários, as consequências psicossociais do uso do ATHIV, sua relação com práticas sexuais seguras e as repercussões tanto para as demais modalidades de testagem para o HIV, quanto para o papel do profissional de saúde no contexto da estratégia de autotestagem.

O fluxo assistencial foi montado considerando as opções já disponíveis nas unidades de saúde para os formatos convencionais de testagem para HIV, adicionando propostas para os profissionais, que os auxiliem na de condução da relação com os usuários que buscarem o ATHIV. A concepção visual da linha de cuidado foi concebida seguindo o exemplo de outros fluxos atualmente em uso pelo MS em materiais técnicos sobre HIV/aids, a exemplo do fluxograma de TR realizados com amostras de sangue, presente no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças (BRASIL, 2018) (Figura 7).

O conteúdo foi revisado pela equipe técnica do Programa Estadual de IST/aids e compartilhado com a ASCOM, que se encarregou de elaborar visual. Atualmente, o material está na fase final de elaboração do fluxo no formato digital. As demais peças se encontram em anexo neste trabalho.

Figura 7 – Fluxograma para dois TRs realizados em sequência com amostras de sangue.



Fonte: Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças (BRASIL, 2018).

5.3.3 Discussão e resultados esperados

No âmbito da estratégia de autotestagem, a vinculação entre indivíduo e rede assistencial é relatada como uma preocupação (CHIPUNGU *et al*, 2017) e continuará sendo até que todas as necessidades potenciais decorrentes do uso do ATHIV pelos indivíduos estejam previstas e organizadas numa linha de cuidado, que oriente o profissional a manejar os instantes de contato com o usuário e lhe permita acesso ao tratamento, no caso dos reagentes, e outros insumos como a PrEP, a testagem frequente, a informação e os diversos insumos de prevenção, para os não reagentes.

Uma linha de cuidado em saúde pode ser entendida como a instrumentalização da gestão, expressa nos fluxos assistenciais que garantem ao usuário o atendimento de suas necessidades, incluindo, não só os protocolos, mas também as relações desse percurso (SILVA, SANCHO & FIGUEREDO, 2016). Além dos processos de referência e contra referência, a linha de cuidado pode permitir flexibilização do itinerário terapêutico a ser percorrido pelo usuário, a fim de facilitar o seu acesso aos serviços que precisa (PESSÔA, SANTOS & TORRES, 2011).

Para conceber uma linha de cuidado nesse sentido, é preciso considerar dois conceitos inter-relacionados, que são importantes para a compreensão da capacidade do sistema de saúde em atender às necessidades de seus usuários, a saber, o itinerário e o projeto terapêutico. Em primeiro lugar, sobre itinerários terapêuticos, Cabral *et al* (2011), em uma revisão bibliográfica sobre a produção nacional a respeito desse termo, demonstraram haver pouco consenso no uso exato do termo, contudo, verificam que essa produção permite conhecer quais dispositivos são acessados pelos usuários e seu grupo familiar, no percurso de enfrentamento da doença e propor uma compreensão para além dos fluxos de trabalho, contemplando, não só a subjetividade de quem necessita do serviço, bem como também, um olhar ampliado do profissional sobre essa pessoa e o que gira em torno dela sobre a doença da qual sofre. O objetivo dessa reorientação é a adequação das práticas e a efetividade terapêutica.

No que tange aos projetos terapêuticos, Silva, Sancho e Figueiredo (2016) o situam entre as práticas clínicas e de gestão e, embora abarquem atos assistenciais, não se resumem a eles. Ainda para os autores, numa linha de cuidado, se considerado apenas

o seguimento do fluxo de atendimento centrado unicamente na lógica do serviço de saúde, corre-se o risco de adotar uma prática dissociada do contexto de seus usuários e, assim, ineficaz em responder às suas necessidades. Dessa forma, o projeto terapêutico, ainda que dentro de protocolos institucionais, deve ser dinâmico e dialético. Assim, uma linha de cuidado deve abarcar as ofertas de serviços como possibilidades para o usuário da rede e, de acordo com Franco e Júnior (2004), tem um caráter de pacto entre todos os atores que controlam recursos e gestão assistencial, centrada no usuário da rede para facilitar o itinerário nos diversos níveis de complexidade do sistema.

A proposição da linha de cuidado na estratégia de autotestagem passa pela implementação de intervenções que reduzam vulnerabilidades nos citados âmbitos individual, social e programático, nos quais, se situam aspectos centrais deste trabalho, como a elaboração de políticas específicas sobre o ATHIV, aumento da aceitabilidade deste insumo (tanto pelos profissionais, quanto pelos usuários) e articulação multissetorial (AYRES, 2012). As moderadas aceitabilidade e disposição de indicação do ATHIV encontradas entre os profissionais de saúde abordados neste estudo, podem ser indicativo da necessidade de mais investimento em treinamentos específicos nessa área para que a política funcione.

Considerando o atual estágio da oferta do ATHIV no Brasil e na Bahia, convém iniciar as ações no âmbito programático, possibilitando mudanças sociais e individuais, cujos impactos poderão ser analisados em estudos posteriores. Ao mesmo tempo que o ATHIV vai sendo implementado na rede, é possível instrumentalizar os profissionais para seu uso, através da organização dos passos a seguir desde o momento em que um usuário busca o ATHIV até seu possível retorno com o resultado, incluindo outras possibilidades para este indivíduo. Para esse fim, sugerimos aqui as seguintes ações dentro do âmbito programático no estado da Bahia:

1. Capacitação, via web conferência, sobre o ATHIV, para a rede de profissionais e gestores de saúde dos níveis básico e intermediário, cujas unidades ofertem a testagem para HIV;
2. Distribuição de material informativo junto com o ATHIV, contendo detalhamento das redes de assistência de saúde, social e de segurança pública;

3. Elaboração de material gráfico específico para os profissionais de saúde com informações sobre o ATHIV e com o fluxo da linha de cuidado (Anexos III e IV);
4. Divulgação e execução da linha de cuidado entre os profissionais de saúde das unidades de saúde que ofertam o ATHIV;

Além disso, levando em consideração as especificidades das necessidades das populações-chave e prioritárias⁴, é preciso reorientar as práticas para a criação da demanda para o ATHIV. Assim, sugere-se também as medidas abaixo:

1. Parcerias com ONGs para distribuição do ATHIV em lugares de concentração dos públicos-alvo;
2. Vinculação do ATHIV aos programas já em curso nos serviços de saúde, tais como PrEP e PEP;
3. Campanhas de divulgação temáticas em canais de comunicação em mídias diversas (redes sociais, TV e rádio), que abordem a existência, vantagens e eficácia do ATHIV, além da vinculação assegurada à rede assistencial;
4. Integração do ATHIV a outros programas de interface com o tema da saúde sexual, como saúde da mulher, saúde da população jovem, Programa de Saúde nas Escolas, etc.;

Espera-se com essa proposta, divulgar imediatamente aos profissionais alcançados pela pesquisa, os detalhes da estratégia de autotestagem no Brasil e, posteriormente, divulgar para a sociedade em geral, os resultados desta investigação num artigo científico. Além de contribuir com o funcionamento da rede assistencial propondo a linha de cuidado na estratégia de autotestagem no estado da Bahia. Para isso, propõe-se a distribuição de material gráfico em via digital para uso cotidiano nas unidades que distribuem o ATHIV. O conteúdo desse material serão as informações que desmistifiquem o ATHIV, baseadas na literatura consultada neste estudo e um guia de

⁴ São consideradas populações-chave (BRASIL, 2019a): gays e HSH, trabalhadoras (es) sexuais, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas trans e pessoas privadas de liberdade e prioritárias: jovens, negros, índios e pessoas em situação de rua.

orientação com o fluxo da linha de cuidado do ATHIV, que inclui, desde o momento em que a demanda é percebida, a indicação do ATHIV e os passos seguintes à aceitação ou recusa do usuário, além de instruções para consultar as orientações já existentes e disponibilizadas pelo MS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ATHIV pode ser um recurso importante para o alcance de populações vulneráveis e para aproximar a população geral do conhecimento do seu *status* sorológico. Desde sua recomendação pela OMS em 2016, vários países têm desenvolvido políticas para seu uso e distribuição, além de ser, também, alvo de estudos sobre sua aceitabilidade por públicos variados. Contudo, a postura dos profissionais de saúde a respeito do ATHIV permanece como um campo aberto para maiores explorações.

Neste estudo, encontramos moderadas aceitabilidade e disposição de indicação, apesar de alto conhecimento dos profissionais de saúde dos SAE do estado da Bahia. As chances de disposição de indicação são maiores entre aqueles profissionais que aceitam o ATHIV, os que estão dispostos a usar em si, os que estão seguros ou muito seguros em indicar o ATHIV e entre aqueles que consideram o público alvo como elegível para receber o ATHIV.

Foram limitações deste trabalho, o tamanho da amostra e a não contemplação da religião entre os quesitos do questionário sociodemográfico. Tal inserção seria de valor para aprofundamentos de uma possível relação entre concepções morais e decisões a respeito do ATHIV, que permanecem como possibilidades para estudos futuros. Nesse sentido, talvez existam concepções estigmatizadas e cristalizadas sobre a autotestagem de HIV na sociedade em geral, e não apenas entre os profissionais de saúde, que podem ser barreiras para implementação do ATHIV em serviços especializados e que podem ser melhor investigadas em estudos qualitativos sobre o tema.

Finalmente, o produto técnico proposto neste trabalho tem a finalidade de difundir o conhecimento sobre o ATHIV, além de operacionalizar sua distribuição, através da composição de uma cartilha que orienta o profissional de saúde nos momentos de contato com os usuários dos serviços que buscarem o ATHIV. Recomenda-se, assim, além do seu uso, investimento em capacitações com foco no ATHIV para a rede de profissionais dos SAE da Bahia.

REFERÊNCIAS

ADAMY, P.E.; CASIMIRO, G.; BENZAKEN, A. Na Era da Prevenção Combinada In: LEITE, V; JR, V.T.; PARKER, R. **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. ABIA, Rio de Janeiro. 2018

ARAÚJO, W.J. *et al.* Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 71, Sup. 1, p. 631-6, 2018.

AYRES, J.R. *et al.* Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.; BUCHALLA, C.M. **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Livro I, Curitiba, ed. Juruá, 2012.

BAIN, E. L. *et al.* Ethical implications of HIV self-testing: The game is far from being over. **Pan African Medical Journal**. v.25, 2016.

BARBARÁ, A. *et al.* Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. **Interação em Psicologia**, v.9, n. 2, p.331-339, 2005.

BARRETO, J.H.S. *et al.* **Epidemiologia da Aids In: Manual de Atendimento a HIV/AIDS, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Hepatites e Atenção à Saúde da População Transgênero**. CEDAP, Salvador, Ed. Quarteto, 2018.

BELZA, MJ. Estrategias para promover el diagnóstico precoz del VIH en hombres que tienen sexo con hombres. **Monográfico**, v.4, n. 8, 2016.

BEZERRA, A.T.A. **HIV/Aids e demais infecções sexualmente transmissíveis em população carcerária brasileira: uma revisão sistemática**. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP. 2015.

BILLARDI, J.E. *et al.* Gay and Bisexual Men's Views on Rapid Self-Testing for HIV, **AIDS and behavior**, 17 (6), p. 2093-2099, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada**, n. 52. Brasília, DF, 2015.

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. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde**. Brasília, DF, 2017a.

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. **Prevenção Combinada do HIV/Sumário executivo**. Brasília, DF, 2017b.

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 Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília, DF. 2017c

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. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. 2018.

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. **Agenda estratégica para ampliação e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF, 2019a.

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. **Nota informativa nº28**, Brasília, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Diretrizes para a distribuição inicial do ATHIV no Brasil**. Brasília, DF. 2020a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia rápido de testagem focalizada para o HIV**. Brasília, DF. 2020b.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. 2020c.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, abr. 2001.

BROWN, A.N; DJIMEU, E.W.; CAMERON, D.B. A Review of the evidence of harm from self-tests. **AIDS Behav.** Vol. 18. p.445–449, 2014.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CHIPINGU, J. *et al.* Understanding linkage to care with HIV selftest approach in Lusaka, Zambia - A mixed method approach. **Plos One**. v. 12(11). 2017.

COHEN, M.S. *et al.* Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. **N. Engl. J. Med.** v. 365. p. 493–505. 2011.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer 259**. Solicitação do Ministério da Saúde a respeito do parecer normativo nº 001/2013. Rio de Janeiro, 2016.

CÔRREA, S. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos in ABIA, **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. ABIA, Rio de Janeiro, 2016.

DACOMBE, R. *et al.* Regulation of HIV self-testing in Malawi, Zambia and Zimbabwe: a qualitative study with key stakeholders. **J. Int. AIDS Soc.** v. 22, sup. 1, 2019.

EUZEBIO, C. Estigma e Discriminação: barreiras para a resposta à epidemia do HIV In LEITE, V.; JR, V. T.; PARKER, R. **Dimensões sociais e políticas da prevenção**. ABIA, Rio de Janeiro, 2018.

FERREIRA, C.V. de L. **AIDS e exclusão social: um estudo clínico com pacientes com o HIV**. Lemos Editorial. Uberlândia, MG. 2003

FIGUEROA, C. *et al.* Attitudes and acceptability on HIV self-testing among key populations: a literature review. **AIDS and behavior.** v. 19, n. 11, p. 1949–1965. 2015.

FIGUEROA, C. *et al.* Reliability of HIV rapid diagnostic tests for self-testing compared with testing by health-care workers: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet HIV**, Elsevier, 2018.

FRANCO, T.B.; JÚNIOR, H.M.M, Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. **HUCITEC**, 2ª ed. São Paulo. 2004

FREEMAN, A.E. *et al.* Perceptions of HIV self-testing among men who have sex with men in the United States: a qualitative analysis. **AIDS Education and Prevention**, v. 30(1), p. 47–62, 2018.

GOMES, R. R. de F. M. *et al.* Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 33, n. 10. 2017.

GRANGEIRO, A. Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil in ABIA, **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. ABIA, Rio de Janeiro, 2016

GRECO, D.B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5. p.1553-1564, 2016.

GRINSZTEN, MD *et al.* Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent driven sampling study in Rio de Janeiro. **The Lancet**, v. 4, n. 4, p. 169-176. 2017.

HEARD, A.C.; BROWN, A.N. Public readiness for HIV self-testing in Kenya. **AIDS Care**, vol. 28, n. 12, 2016.

IAPAC. **Recommendations for the Rapid Expansion of HIV Self-Testing in Fast-Track Cities.** 2017

INDRAVUDH, P.P. *et al.* I will choose when to test, where I want to test: investigating young people's preferences for HIV self-testing in Malawi and Zimbabwe. **AIDS**. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Londres, Inglaterra. v.31, sup. 3. 2017.

JESUS, G. J. *et al.* Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017.

JOHNSON, C.C. *et al.* Examining the effects of HIV self-testing compared to standard HIV testing services: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the International AIDS Society**. v. 20, 2017.

KALIBALA, S. *et al.* Factors associated with acceptability of HIV self-testing among health care workers in Kenya. **AIDS Behav.** v.18, sup. 4. p. 405–414. 2014.

KAHHALE, E.P. *et al.* **HIV/AIDS: enfrentando um sofrimento psíquico**, São Paulo, Cortez, 2010.

KATZ, D.A.; CASSELS, S.L.; STEKLER, J.D. Response to the modeling analysis by Katz *et al.* on the impact of replacing clinic-based HIV tests with home testing among men who have sex with men in Seattle: authors' reply. **Sex Transm. Dis.** v. 41(5). p. 320. 2014.

KEBEDE, B. *et al.* HIV self-testing practices among Health Care Workers: feasibility and options for accelerating HIV testing services in Ethiopia. **Pan African Medical Journal**. v. 15, p.15-50, 2013.

KRAUSE, J., *et al.* Acceptability of HIV self-testing: A systematic literature review. **BMC Public Health**. v.13. p. 735, 2013.

KUMWENDA, M., *et al.* Exploring social harms during distribution of HIV self-testing kits using mixed-methods approaches in Malawi. **J Int AIDS Soc.** Vol. 22, sup. 1. 2019.

LIPPMAN, S.A. *et al.* Acceptability of self-conducted home-based HIV testing among men who have sex with men in Brazil: data from an *on-line* survey. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 724-734, 2014.

LIPPMAN, SA. *et al.* Ability to use oral fluid and fingerstick HIV self-testing (HIVST) among South African MSM. **Plos One**. v.13 (11), 2018.

LOPES, A.C.M.U., *et al.* Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. **ver. Bras. Enferm.** v. 69, n. 1. p.54-58. 2016.

MAARTENS, G.; CELUM, C.; LEWIN, S.R. HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. **The Lancet**, v. 384, p. 258–271. 2014.

MACÊDO, V.C. *et al.* Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25(8). p. 1679-1692, 2009.

MAGNO, L. *et al.* **Factors associated with acceptability of HIV self-testing among men who have sex with men in 12 Brazilian cities.** IAS Conference on HIV Science, 2019.

MAKSUD, I.; FERNANDES, N. M.; FILGUEIRAS, S. L. Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 18, sup. 1, p. 104-119, 2015.

MANN, C.G. *et al.* **Guia para Profissionais de Saúde Mental / Sexualidade & DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva.** Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia, 2002.

MAVEDZENGE, S.N; BAGGALEY, R.; CORBETT, E.L. A review of self-testing for HIV: research and policy priorities in a new era of HIV prevention. **Clinical Infectious Diseases.** Infectious Diseases Society of America. v. 57, n. 1, p. 126-138. 2013.

MYERS, J. *et al.* Rapid HIV self-testing: Long in coming but opportunities beckon. **AIDS.** v. 27. n.11. p. 1687-1695. 2013.

MOLINA, J.M *et al.* On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. **N. Engl. J. Med.** v. 373. p. 2237-2246. 2015.

MONTEIRO, S.S. *et al.* Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5. p.1793-1807, 2019.

MUGO, P.M. *et al* Uptake and acceptability of oral HIV self-testing among community pharmacy clients in Kenya: a feasibility study. **Plos One.** v. 12, n. 1. 2017.

NASCIMENTO, D.S.F. *et al* Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.** Rio de Janeiro, Jan-Dez; v. 13, n. 40. p. 1-8. 2018.

NEUMAN, M.; OBERMEYER, C.M. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. **AIDS Behav.** v. 17, n. 5. p. 1796–1808. 2013.

OMS. **Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services.** Suíça, 2016.

OMS. **HIV self-testing among health workers: a review of the literature and discussion of current practices, issues and options for increasing access to HIV testing in sub-saharan Africa.** Suíça, 2011.

PAI, P.N. *et al.* What do key stakeholders think about HIV self-testing in Canada? Results from a Cross-Sectional Survey. **AIDS Behav.** v. 22. p. 606–615. 2018.

PANDO, M.A. *et al.* High acceptability of rapid HIV self-testing among a diverse sample of MSM from Buenos Aires, Argentina. **Plos One**. v. 12, n. 7, 2017.

PÉREZ, M.G. *et al.* 'I know that I do have HIV but nobody saw me': Oral HIV self-testing in an Informal Settlement in South Africa. **Plos One**. v. 11, n. 4, 2016.

PESSÔA, L.R.; SANTOS, E.H.A.; TORRES, K.R.B.O. *et al.* Linha de cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde in **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

PLATTEAU, J.V.L. HIV testing for key populations in Europe: A decade of technological innovation and patient empowerment complement the role of health care professionals. **HIV Medicine**, v.19, sup. 1, p. 71-76. 2018.

RODGER, A.J. *et al.* Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. **JAMA**. v.316(2), p. 171–181. 2016.

SANTANA, V.S.; CUNHA S. Estudos transversais. In: ALMEIDA FILHO, N, BARRETO, M.L, **Epidemiologia & saúde. Fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan; p. 186-93. 2011.

SEFFNER, F.; PARKER, R. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS In **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. ABIA, Rio de Janeiro, 2016

SILVA, C.G.S. Serviços de Assistência Especializada (SAE): uma experiência profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 27, n. 1, p. 156-163, 2007.

SILVA, I.T.S.; VALENÇA C.N.; SILVA, R.A.R. Cartografia da implementação do teste rápido anti-HIV na Estratégia Saúde da Família: perspectiva de enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, v. 2, n. 4, 2017.

SILVA, N. E. K.; SANCHO, L. G.; FIGUEIREDO, W. dos S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 843-852, 2016.

SIMWINGA, M. *et al.* Ability to understand and correctly follow HIV self-test kit instructions for use: applying the cognitive interview technique in Malawi and Zambia. **Journal of the International AIDS Society**, v. 22, sup. 1. 2019.

SYDNEY, N.S.W. Potential public health benefits of HIV testing occurring at home in Australia. **Med. J. Aust.** v. 202, n. 10. p. 529-531. 2015.

UNAIDS. **Declaração de Paris: acabar com a epidemia da AIDS: Cidades acelerando a resposta**. Paris, França. 2014.

UNAIDS. **Technology landscape – HIV rapid diagnostic tests for self-testing**. Ed. 4. Vernier, Suíça. 2017.

- VENTER, F. South African HIV self-testing policy and guidance considerations. **Southern African Journal of HIV Medicine**. v. 18, n. 1, 2017.
- VIEIRA, S. Noções sobre amostragem in **Introdução à bioestatística**. Ed. Elsevier, RJ, 2011.
- WOOD, B.R.; BALLENGER, C.; STEKLER, J.D. Arguments for and against HIV self-testing. **HIV/AIDS Research and Palliative Care**. v. 6. p. 117–126, Auckland, Australia. 2014.
- ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-AIDS para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3. p. 785-806, 2016.
- ZHAO, Y. *et al.* MHealth approach to promote Oral HIV self-testing among men who have sex with men in China: a qualitative description. **BMC Public Health**. v.18. p. 1146. 2018.
- ZUNIGA, J.M. IAPAC Guidelines for optimizing the HIV care continuum for adults and adolescents. **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care**, p. 1–32, Washington, EUA, 2015.

ANEXO I – Questionário aplicado com os profissionaisAcesso da população LGBT e avaliação de serviços especializados no cuidado ao HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia 102

Entrevista com o profissional

III.1 - Identificação Geral			
SUP	Número do supervisor:		Número
ENTREV	Número do entrevistador:		Número
HORIN	Horário de início:		hh:mm:ss
III.2 - Identificação do profissional			
SEX	1. Sexo		Masculino
			Feminino
ORITSEX	3. Qual sua orientação sexual?		Homossexual
			Heterossexual
			Bissexual
IDGEN	4. Qual sua identidade de gênero?		1. Homem cis
			2. Homem trans
			3. Mulher cis
			4. Mulher trans
INSTR	5. Qual é seu grau de instrução?		Nível médio completo
			Nível superior
			Pós-graduação(especialização)
			Pós-graduação (residência)
			Mestrado
			Doutorado

FORM	7. Qual é sua formação acadêmica?		Enfermeiro
			Téc./Aux. Enfermagem
			Médico
			Psicólogo
			Farmacêutico
			6. Terapeuta Ocupacional
			7. Fisioterapeuta
			Nutricionista
			Odontólogo
			Assistente social
			Outra
FORM_001	5.11.1. Qual? <i>(Essa pergunta só abre quando a resposta for "11. Outra.")</i>		
ESPECIA	12. O senhor (a) tem especialidade na área de HIV/aids e outras ISTs?		1.Sim
			0.Não
IDAD	13. Qual é a idade do(a) senhor(a)?		_____ Anos
ANOFOR	14. Qual o ano da sua formação?		_____
TRASAE	15. Quando você iniciou o trabalho no SAE de HIV/Aids?		_____
TVINCUL	16. Neste serviço você possui:		1. Contrato temporário
			2. Concurso temporário

3. Concurso efetivo

III.5 - Aceitação e disposição de indicação de ATHIV para HIV

Explicar: A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o ATHIV como um processo no qual uma pessoa coleta sua própria amostra (fluido oral ou sangue) e, em seguida, realiza um teste e interpreta o resultado, sozinho ou com alguém em quem confia.

AUTOTES	1. Você ouviu falar do ATHIV para HIV antes deste estudo?	1.Sim
		0.Não
ONDTES	2. Onde você conheceu ou ouviu falar sobre o ATHIV?	1. Em ações de educação permanente/capacitações do serviço de saúde
		2. Em meios de comunicação (TV, rádio e outros)
		3. Na <i>internet</i> ou rede social
		4. Através de colegas de trabalho
		5. Outros
ONDTE_001	2.5.1. Especifique: <i>(Essa pergunta só abre quando a resposta for "5. Outros)</i>	
INAUTES	6. Você recebeu algum material informativo, curso ou atualização sobre o ATHIV de HIV?	1.Sim
		0.Não
OFAUTES	7. Você tem conhecimento da oferta do ATHIV pela rede pública de saúde?	1.Sim
		0.Não
AUTETFAR	8. Você tem conhecimento que o ATHIV pode ser adquirido em farmácias privadas?	1.Sim
		0.Não

ACAUTEST	9.	Você está de acordo com a dispensação do ATHIV para HIV neste serviço especializado?	1.Sim
			0.Não
INDTEST	10.	Você indicaria o ATHIV para os usuários do serviço?	1.Sim (PULAR PARA 9.)
			0.Não
NAUTOTES	11.	Se não, especifique a causa da negativa (Resposta de múltipla escolha)	1. Risco de suicídio em caso de resultado positivo
			2. Pessoas com resultados positivos podem se agredir ou agredir outras pessoas
			3. Possíveis erros de aplicação e leitura do resultado por parte dos usuários
			4. As pessoas não saberiam aonde buscar atendimento no caso de resultados positivos
			5. Alto risco de vazamento da informação dos resultados
			6. As pessoas podem ser obrigadas a fazer o teste antes de uma relação sexual e mostrar o resultado
			7. É indispensável oferecer o aconselhamento pós teste, mesmo no caso de resultados negativos
			8. Outro motivo.
			98. Não se aplica
NAUTOTES_001	8.8.1.	Qual? (Essa pergunta só abre quando a resposta for "8. Outro motivo.")	
EFAUTO	9.	Para você o ATHIV para HIV é eficiente no seu diagnóstico?	1.Sim
			0.Não

INAUTO	10. Você informa aos usuários do seu serviço sobre a existência do ATHIV?	1.Sim
		0.Não
USOTEST	11. Você usaria um ATHIV para HIV em você mesmo?	1.Sim (PULAR PARA 13.)
		0.Não
PQNUSO	12. Se não, especifique a causa da negativa (Resposta de múltipla escolha)	1. Risco de meus colegas saberem o resultado
		2. Prefiro outras modalidades de testagem
		3. Não confio na eficácia do ATHIV
		4. Tenho medo de lidar com um possível resultado positivo sozinha (o)
		5. Outro.
PQNUSO_00 1	12.5.1. Qual? (Essa pergunta só abre quando a resposta for "5. Outro)	
INDAUTO	6. Em sua opinião o ATHIV deveria ser disponibilizado para: (Resposta de múltipla escolha)	1. Público em geral
		2. Gays e HSH
		3. Pessoas <i>trans</i> ou travestis
		4. Usuários de álcool e/ou outras drogas
		5. Trabalhadores do sexo
		6. Pessoas no período janela imunológica
		7. Usuários de PEP ou PreP

SEGAUTO	8.	O quanto você se sente seguro em indicar o kit de ATHIV de HIV aos usuários do seu serviço?	1.	Inseguro(a)
			2.	Pouco seguro(a)
			3.	Seguro(a)
			4.	Muito seguro(a)
DISAUTRIS	5.	Você acredita que a disponibilidade de acesso ao kit de ATHIV de HIV aumenta o comportamento sexual de alto risco?	1.	Sim
			0.	Não
DISBAIRIS	6.	Você acredita que disponibilizar o acesso ao ATHIV pode influenciar na diminuição do comportamento sexual de alto risco?	1.	Sim
			0.	Não
DISPAUTO	7.	O seu serviço dispensa o ATHIV para as pessoas?	1.	Sim
			0.	Não (PULAR PARA 19)
DISPMAT	8.	Se seu serviço dispensa o ATHIV, no seu local de trabalho possui disponibilidade suficiente de materiais (<i>Kits</i> de auto testagem) para atender às demandas dos usuários?	1.	Sim
			0.	Não
			98.	Não se aplica
FORMPREF	9.	Na sua opinião qual seria a forma mais efetiva do usuário utilizar o ATHIV?	1.	Eu prefiro que o usuário realize o ATHIV sob supervisão de algum profissional da equipe
			2.	Eu prefiro que o usuário escolha o local de sua preferência para realizar o ATHIV
CRECAUT	10.	Quais outros recursos/insumos deveriam ser utilizados/dispensados conjuntamente com o ATHIV? (Questão de múltipla escolha)	1.	Aconselhamento com foco em HIV/IST's
			2.	Informações cadastrais apenas

		3. Insumos de prevenção
		4. Vinculação a outras estratégias (PeP, Prep, etc.)
		5. De acordo com a preferência do usuário
		6. Informativo sobre os serviços disponíveis para início do tratamento antirretroviral
		0. Nenhum

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE / CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Acesso da população LGBT e avaliação de serviços especializados no cuidado ao HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia”, que é um subprojeto do projeto guarda-chuva intitulado “Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) no estado da Bahia”, coordenado pelos pesquisadores Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa e pelo Prof. Dr Adriano Maia dos Santos. A pesquisa apresenta financiamento do CNPq/MS- Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS e Hepatites Virais (DLAHV) do Ministério da Saúde Nº11/2018.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário, que consiste em um conjunto de perguntas relacionadas ao tema da pesquisa. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento (autorização), sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, nem com a Universidade e o Serviço de Saúde. Informamos também que você não terá nenhum custo ou receberá algum benefício ao participar da pesquisa.

A sua participação contribuirá para ampliar a compreensão sobre a qualidade de serviços de atenção especializada (SAE) no cuidado ao HIV/AIDS e outras IST no estado da Bahia; Identificar o conhecimento, a aceitabilidade e a disposição para indicação do auto-teste para detecção de HIV entre profissionais de saúde em serviços de atenção especializada no cuidado ao HIV/AIDS e outras IST na Bahia; Identificar o conhecimento, a aceitabilidade e a disposição para indicação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) entre profissionais de saúde de serviços de atenção especializada (SAE) em HIV/AIDS no estado da Bahia; Identificar a aceitabilidade da profilaxia pré-exposição ao HIV entre profissionais de saúde em serviços de atenção especializada no cuidado ao HIV/AIDS e outras IST na Bahia;

Durante todo o período da pesquisa você pode pedir esclarecimentos ou tirar qualquer dúvida sobre o estudo, bastando para isso entrar em contato com os pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa, cujos contatos seguem abaixo. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, porém sem identificação dos participantes, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Laio Magno S. Sousa

Pesquisador

Celular: (77) 981018220

e-mail: marcosfisiol0@yahoo.com.br

Adriano Maia dos Santos

Pesquisador

Telefone: (77) 3429-2727

e-mail: maisufba@ufba.br

Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Federal da Bahia- UFBA

Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira

Rua Hormindo Barros, 58. Quadra 17. Lote 58. Bairro – Candeias, Vitória da Conquista - BA. CEP - 45.029-094

Contato: (77) 3429-2709 (Tele-fax)

Eu, _____, após a leitura deste documento e conversa com o pesquisador responsável, declaro que entendi o objetivo e os benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar deste estudo.

Participante da pesquisa

_____ de _____ de 2019
Cidade



ANEXO III – Card I: Autoteste para HIV no SUS



ANEXO IV – Card II: O que é o ATHIV?

O QUE É?

O AUTOTESTE PARA HIV (ATHIV) CONSISTE NO ATO DE ALGUÉM COLETAR A PRÓPRIA AMOSTRA (SANGUE OU FLUIDO ORAL), REALIZAR O TESTE E INTERPRETAR O RESULTADO COM OU SEM AJUDA.



ANEXO V – Card III: Informações sobre o ATHIV

VOCÊ SABIA?

O ATHIV FOI APROVADO PARA USO NOS EUA EM 2012 E A OMS RECOMENDA SEU USO DESDE 2016.

ATUALMENTE, 77 PAÍSES JÁ IMPLEMENTARAM POLÍTICAS DE USO DO ATHIV.

NO BRASIL, O ATHIV PASSOU A SER DISTRIBUÍDO PARA TODA A REDE SUS EM 2020, DURANTE A PANDEMIA DA COVID 19.

ANEXO VI – Card IV: Faça o ATHIV no SUS

The advertisement features a central image of a white HIV self-test device with labels 'C T' and 'C T2 T1' on the left, and 'A B' on the right. The background is a light blue-grey gradient.

**VIVER SEM
DÚVIDA É
MUITO MELHOR**

**FAÇA O AUTOTESTE
PARA HIV NO SUS**

Top right: YouTube, Facebook, Instagram, and Twitter icons followed by the text **/saudegovba**.

Bottom left logos: **MEPISCO** (with '1000 vidas' tagline), **UNEB** (UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA), **GOVERNO DO ESTADO**, and **SECRETARIA DA SAÚDE**.

Bottom center: A box containing the text **Para mais informações: www.aids.gov.br/autoteste**




ANEXO VII – Card V: 5 mitos mais comuns sobre o ATHIV

5 MITOS MAIS COMUNS

1 MITO RESULTADOS POSITIVOS PODEM RESULTAR EM AGRESSÕES OU SUICÍDIO.
A LITERATURA NÃO REGISTRA CASOS DE SUICÍDIO DECORRENTES DE RESULTADOS REAGENTES DO ATHIV.

2 MITO USAR O ATHIV PODE AUMENTAR AS CHANCES DE PRÁTICAS SEXUAIS DE RISCO.
COMPARAÇÕES COM FORMATOS CONVENCIONAIS DE TESTAGEM NÃO ENCONTRARAM ESSA ASSOCIAÇÃO.

3 MITO AS PESSOAS NÃO VÃO ACEITAR O ATHIV.
NA REALIDADE, HÁ ALTA ACEITABILIDADE DO ATHIV ENTRE DIVERSOS GRUPOS ETÁRIOS E ENTRE POPULAÇÕES VARIADAS.





   SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO VIII – Card VI: 5 mitos mais comuns sobre o ATHIV

5 MITOS MAIS COMUNS

4 MITO O ATHIV SUBSTITUIRÁ AS OUTRAS FORMAS DE TESTAGEM PARA HIV.
NENHUMA OUTRA MODALIDADE DE TESTAGEM PARA HIV DEIXARÁ DE SER DISPONIBILIZADA E O ATHIV SERÁ MAIS UMA OPÇÃO ENTRE ELAS.

5 MITO O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE SERÁ DIMINUÍDO DEPOIS DO ATHIV.
AO CONTRÁRIO. O IMPACTO DA SUA ATUAÇÃO TERÁ UM ALCANCE PARA ALÉM DA UNIDADE DE SAÚDE E É ATRAVÉS DA SUA INDICAÇÃO DO ATHIV QUE MAIS PESSOAS PODERÃO ACESSAR O DIAGNÓSTICO E MULTIPLICAR INFORMAÇÕES A RESPEITO DO HIV.

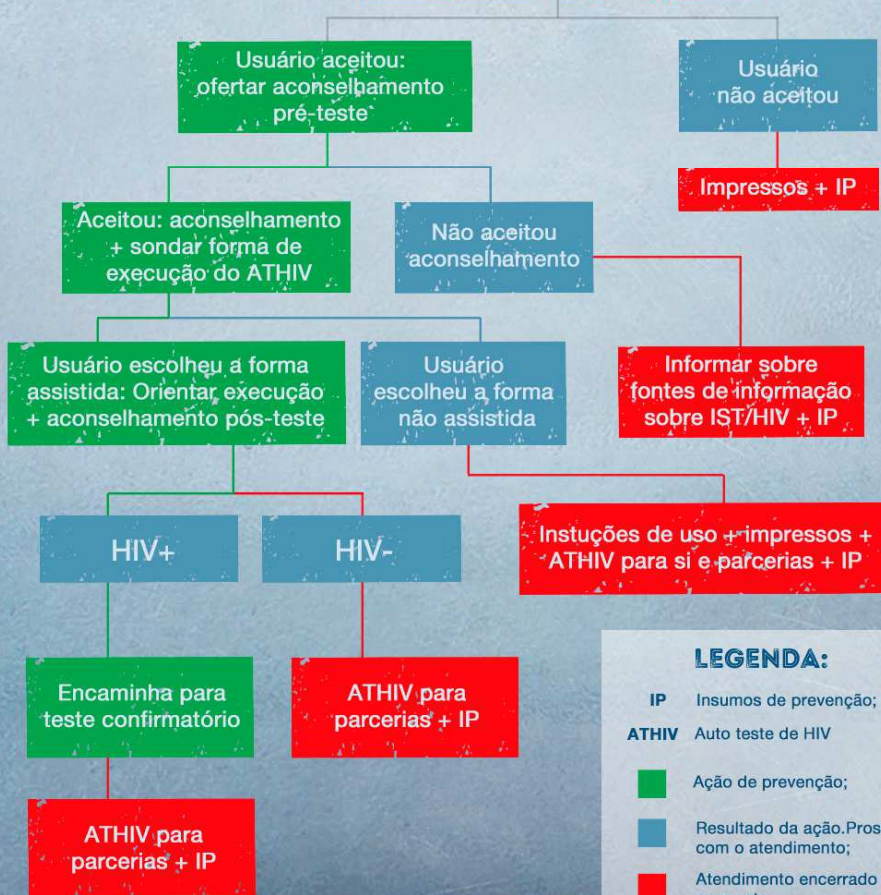
   

ANEXO IX – Card VII – Fluxo de atendimento do ATHIV

LINHA DE CUIDADO DO ATHIV

- Lembre-se de preencher o formulário de registro a cada distribuição no SIMAV-Pro.
- Informações de uso podem ser obtidas em www.aids.gov.br/autoteste, via Disque Saúde 136 e através do suporte telefônico 24 horas fornecido pelo fabricante.

INDICAR O ATHIV



Para mais informações: www.aids.gov.br/autoteste