



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Vanda Lúcia Cota

Avaliação do acesso de homens que fazem sexo com homens à testagem e tratamento precoce do HIV no Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba.

Rio de Janeiro, 2019

Vanda Lúcia Cota

Avaliação do acesso de homens que fazem sexo com homens à testagem e tratamento precoce do HIV no Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Território, Vigilância e Avaliação das Condições de Saúde.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Marly Marques da Cruz

Segunda orientadora: Dra. Solange Kanso

Rio de Janeiro, 2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C843a Cota, Vanda Lúcia.
Avaliação do acesso de homens que fazem sexo com homens à
testagem e tratamento precoce do HIV no Centro de Orientação e
Aconselhamento de Curitiba / Vanda Lúcia Cota. -- 2019.
127 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadoras: Marly Marques da Cruz e Solange Kalso.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. HIV.
3. Homossexualidade Masculina. 4. Acesso aos Serviços de Saúde.
5. Avaliação em Saúde. 6. Diagnóstico Precoce. I. Título.

CDD – 23.ed. – 614.5993

Vanda Lúcia Cota

Avaliação do acesso de homens que fazem sexo com homens à testagem e tratamento precoce do HIV no Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Território, Vigilância e Avaliação das Condições de Saúde.

Aprovada em 18 de março 2019

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Claudia Mora (IMS/UERJ) – Efetivo Externo

Prof.^a Dra. Elizabeth Moreira dos Santos (DENSP/ENSP/Fiocruz) – Efetivo Interno

Dra. Solange Kanso (Consultora Independente) – Segunda Orientadora

Prof.^a Dra. Marly Marques da Cruz (DENSP/ENSP/Fiocruz) – Orientadora

Dedicatória

Ao meu amado pai, que não conseguiu esperar por este momento. Tenho a certeza de que o céu está em festa e que ele não se cabe de tanto orgulho da filha, como ele dizia: “inteligente igual a mim...”.

Pai, muito obrigada por me fazer quem eu sou...

Agradecimentos:

Todos os dias eu tenho a oportunidade de agradecer a Deus por tudo que ele me proporciona, hoje eu agradeço por mais uma conquista.

O meu especial agradecimento à minha mãe que está sempre ao meu lado, incondicionalmente e a toda minha família que me apoia nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos especiais que estão torcendo por mim e às queridas companheiras do mestrado: Amanda, Bárbara, Bruna, Isadora e Maria Ângela, que foram fundamentais nessa caminhada.

Muito obrigada aos colegas e amigos do LASER pelo apoio, incentivo e carinho. Especialmente agradeço à Raquel Torres pela ajuda nos bancos de dados e por estar sempre ao meu lado, mesmo de longe. À Michele pelo apoio fundamental no trabalho de campo, pelas transcrições das entrevistas e por todos os brindes que fizemos em Curitiba.

À Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, especialmente à Dra. Clea Ribeiro e Liza Rosso. À Juliane Cardoso e Teresa Kindra por permitirem a realização da pesquisa no COA, pelo compartilhamento do banco de dados e pelo apoio fundamental no trabalho de campo. A todos os profissionais do COA que se dispuseram a dar entrevista. Aos linkadores Carlos, Guilherme, José Henrique e Terésio por todo o apoio no agendamento das entrevistas e na recepção dos usuários agendados. Vocês foram super incríveis, muito obrigada!

À prof.^a Rosely Magalhães pelo incentivo e valiosas contribuições na disciplina de Seminários Avançados.

À prof.^a Elizabeth Moreira por participar das bancas de qualificação e defesa; pela leitura criteriosa da dissertação, pela disponibilidade em contribuir com essa dissertação e pelo carinho. Foi uma honra ter sido avaliada por uma avaliadora de tamanho prestígio. Muito obrigada!

À querida Raquel de Boni pelas contribuições na banca de qualificação, pelo incentivo e carinho de sempre.

À Claudia Mora e Fátima Rocha pelas recomendações precisas na banca da defesa.

Ao CDC Brasil: Aristides Barbosa, Nena Lentini, Raquel Miranda e Ana Santelli por proporcionar a implementação de um projeto de tamanha relevância para o usuário e pela parceria de sucesso.

Às minhas orientadoras, a minha admiração e gratidão! Sou enormemente grata à prof.^a Ana Cláudia Figueiró por toda a contribuição no período em que foi minha segunda orientadora e por tudo mais... Muito obrigada!

À Solange Kanso, minha segunda orientadora, por todo apoio e por ter trazido qualidade aos meus dados quantitativos.

À minha querida orientadora, prof.^a Marly Cruz, agradeço todos os dias pelo nosso encontro. Muito obrigada pela paciência, por ter segurado a minha mão em tantos momentos difíceis, por me incentivar sempre e por não ter desistido de mim. Você é demais, Marly, e eu sou uma pessoa de muita sorte por ter sido orientada por você. Muito obrigada, sempre!

Resumo:

Curitiba foi escolhida entre outras cidades para um projeto de ciência de implementação, o A Hora é Agora (AHA), por ter uma epidemia concentrada em Homens que fazem Sexo com Homens (HSH). O AHA visava ampliar o acesso dos HSH à testagem do HIV e facilitar o tratamento precoce. Esse estudo avaliou o acesso dos HSH no Centro de Orientação e Aconselhamento - COA (uma das estratégias do AHA) de Curitiba e a sua vinculação ao tratamento, a partir do AHA, com base nas dimensões de acomodação, aceitabilidade, acessibilidade e oportunidade, na visão dos usuários, profissionais de saúde e gestores. Trata-se de um estudo de caso, utilizando métodos mistos, analisados por triangulação e complementaridade. Os resultados apontam que houve um aumento de 54,7% de testes realizados em HSH no COA, comparando aos três anos anteriores ao AHA e os três anos após o projeto. Todos os usuários entrevistados se sentiram acolhidos e bem atendidos no COA, mas expuseram a necessidade de aumentar o horário de atendimento. O COA é considerado um local de fácil acesso geográfico, porém pouco conhecido, não há informação na mídia a não ser do projeto AHA. Observou-se também um alto nível de escolaridade dos usuários atendidos (mais de 90% com ensino médio completo ou mais). Os usuários citaram falta de informação, medo, homofobia e vergonha como principais barreiras para se chegar aos HSH.

O estigma e a discriminação ainda é uma realidade no COA, o que indica a necessidade de capacitação dos profissionais. 345 usuários diagnosticados foram acompanhados pelo linkador até o início do tratamento e 86% deles iniciaram a terapia antirretroviral em uma média de 75,5 dias. Todos os entrevistados ressaltaram a importância do linkador nesse acompanhamento. Dificuldade na aceitação do diagnóstico, cadastro na Unidade Básica de Saúde, preconceito e discriminação, foram algumas barreiras encontradas para o início do tratamento. Pode se concluir que o projeto AHA ajudou plenamente na ampliação do acesso de HSH no COA, além de ter proporcionado profissionais capacitados para ajudar na redução do tempo entre diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; HIV; homossexualidade masculina; acesso aos serviços de saúde; avaliação em saúde; diagnóstico precoce

Abstract:

Curitiba was chosen among other cities for an implementation science project, The Time is Now (AHA), for its concentrated epidemic of Men who have Sex with Men (MSM). AHA was aimed at increasing the access of MSM to HIV testing and facilitating early treatment. This study evaluated the access of MSM to the COA (one of the AHA strategies) in Curitiba and its linkage to the treatment, as of AHA, based on the dimensions of accommodation, acceptability, accessibility and opportunity, in the view of users, health professionals and managers. It is a case study using mixed methods, analyzed by triangulation and complementarity. The results indicate that there was a 54.7% increase in the number of tests performed on MSM in the COA, comparing the three years prior to AHA and three years after the project. All the interviewed users felt welcomed and well attended in the COA, but exposed the need to increase COA's working hours. The COA is considered to be an easily accessible geographic location, but little known, there is no information in the media other than the AHA project. There was also a high level of schooling of the users served (more than 90% with complete secondary education or more). Users cited lack of information, fear, homophobia and shame as the main barriers to reaching MSM. Stigma and discrimination is still a reality in the COA, which indicates the need for professional training. 345 diagnosed users were followed up by the linker until the start of treatment and 86% of them started antiretroviral therapy in an average of 75.5 days. All interviewees stressed the importance of the linker in this follow-up. Difficulty in accepting the diagnosis, registration in the Basic Health Unit, prejudice and discrimination, were some barriers found for the beginning of treatment. It can be concluded that the AHA project has fully aided in expanding access to MSM in the COA and has provided trained professionals to help reduce the time between diagnosis and treatment.

Key words: Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV; male homosexuality; access to health services; health evaluation; early diagnosis

Lista de Siglas e Abreviações

AHA	A Hora é Agora
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CD4	Grupamento de diferenciação 4 (Cluster of Differentiation)
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
COA	Centros de Orientação e Aconselhamento
COAS	Centros de Orientação e Apoio Sorológico
CR	Consultório na Rua
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga Viral
DIAHV	Departamento de IST/AIDS e Hepatites Virais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EIC	Entrevistas com Informantes Chave
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da Aids
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSB	Homens que fazem sexo com homens
IE	Imunoensaios
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INI	Instituto Nacional de Infectologia
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LGBTB	Lésbicas, Gays, Travestis, Bissexuais, Transsexuais e Transgêneros
LINCS	Linkage Integration Navigation Comprehensive Services
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não Governamental
PVHA	Pessoa vivendo com HIV/AIDS
RDS	Respondent Driven Sample
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
Si-CTA	Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em AIDS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4/CD8 e Carga Viral do HIV
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Testes Rápidos
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNGASS	United Nations Office on Drugs and Crime
WB	Western Blot

Lista de Gráficos, Figuras e Quadros

Gráfico 1:	Casos notificados de HIV/aids por ano diagnóstico segundo categoria de exposição. Curitiba 2000-2017	21
Gráfico 2:	Proporção de casos notificados de HIV/Aids segundo categoria de exposição	22
Figura 1:	Prevenção Combinada ao HIV	19
Figura 2:	Fluxograma da testagem para o HIV (TR1 + TR2: sequencial. TR-1 e TR-2 de fabricantes diferentes)	33
Figura 3:	As dimensões do Acesso e Vulnerabilidades	38
Figura 4:	Modelo Lógico da Implantação do AHA no COA	43
Figura 5:	Modelo Teórico da Avaliação	45
Figura 6:	Desenho da Análise	51
Figura 7:	Matriz de Informação Método Quantitativo	53
Figura 8:	Matriz de Informação Método Quantitativo	55
Quadro 1:	Análise Documental da Avaliação do AHA no COA	47
Quadro 2:	Categorias de análise das entrevistas realizadas	48
Quadro 3:	Categorias de análise - Barreiras de Acesso	49
Quadro 4:	Entrevistas realizadas, segundo categoria	50
Quadro 5:	Pontuação final dos resultados quantitativos e qualitativos	56
Quadro 6:	Síntese dos resultados – dimensão Aceitabilidade	66
Quadro 7:	Síntese dos resultados – acessibilidade.	69
Quadro 8:	Síntese dos resultados – dimensão oportunidade	73
Quadro 9:	Síntese dos resultados – acomodação	77
Quadro 10:	Barreiras de Acesso	82
Quadro 11:	Resultado da avaliação por dimensão do acesso	83

Lista de Tabelas

Tabela 1:	Perfil dos homens testados para o HIV no COA - Curitiba - 2012 a 2017	59
Tabela 2:	Perfil dos homens testados para o HIV no COA por meio do projeto AHA - Curitiba - 2015 a 2017	62
Tabela 3:	Linkagem do projeto AHA - Curitiba - 2015 a 2017	70

Sumário:

1. Introdução	14
1.1. HIV/AIDS no Brasil	16
1.1.1. HIV/AIDS em Curitiba	19
1.2. O Projeto A Hora é Agora	23
1.2.1. O COA no projeto AHA – a intervenção	24
1.3. Pergunta Avaliativa	26
1.4. Justificativa	26
1.5. Pressupostos	27
2. Referencial Teórico	28
2.1. Práticas sexuais, Território de Sociabilidade Homossexual e Vulnerabilidades ao HIV/AIDS	28
2.2. Testagem do HIV e Vinculação ao Serviço de Saúde	31
2.3. Avaliação de acesso à testagem e ao tratamento do HIV/AIDS para HSH	34
3. Objetivos	39
3.1. Objetivo Geral	39
3.2. Objetivos Específicos	39
4. Metodologia	39
4.1. Coleta e Análise de Dados	46
4.1.1. Dados Quantitativos	46
4.1.2. Dados Qualitativos	46
4.1.3. Seleção dos participantes para as entrevistas	49
4.1.4. Critérios de Inclusão/Exclusão e Procedimentos de consentimento e entrevista	50
4.2. Análise de Dados	51
4.3. Aspectos Éticos	56
5. Resultados e Discussão	57
5.1. Caracterização dos usuários	57
5.2. O Acesso e suas dimensões	62
5.3. Barreiras de Acesso	77
5.4. Síntese da Avaliação	82
6. Considerações Finais e Recomendações	83
7. Referências Bibliográficas	86
8. Anexos	98
Anexo 1. Roteiro para Observação de Campo	100
Anexo 2a. Roteiro de Entrevistas com Informantes Chave – HSH – Diagnosticados HIV +	102
Anexo 2b. Roteiro de Entrevistas com Informantes Chave – HSH (não reagentes)	104
Anexo 3. Roteiro para Entrevista com Informante Chave – Profissionais de Saúde e Gestores	107
Anexo 4a: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para usuários	110
Anexo 4b: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais e gestores	112
Anexo 5a: Parecer do Comitê de Ética da ENSP	114
Anexo 5b: Parecer do Comitê de Ética da SMS	123

Apresentação:

Este estudo se insere no contexto de um projeto de intervenção e pesquisa – projeto “A Hora é Agora” (AHA), implementado por meio de um acordo de cooperação entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC).

O projeto AHA foi lançado em 2014, em Curitiba, com o objetivo de ampliar o acesso à testagem e tratamento precoce do HIV para populações-chave de HSH (homens que fazem sexo com homens). As estratégias desenvolvidas no projeto AHA foram: 1) testagem do HIV em uma unidade móvel; 2) em uma ONG que trabalhava com direitos LGBT; 3) no Consultório na Rua de Curitiba; 4) no Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba (COA); 4) a linkagem: vinculação dos usuários diagnosticados HIV+ tratamento no serviço de saúde, com acompanhamento de um profissional capacitado (linkador); 6) e-testing: distribuição de teste do HIV de fluido oral, por meio de uma plataforma digital; e 7) comunicação.

O presente estudo intitulado: “Avaliação do acesso de homens que fazem sexo com homens à testagem e tratamento precoce do HIV no Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba”, é um estudo de caso, cujo objetivo foi avaliar o acesso dos homens que fazem sexo com homens à testagem para o HIV no COA de Curitiba e a sua vinculação ao tratamento, a partir do projeto AHA. Foi utilizado métodos mistos – quantitativos e qualitativos para avaliar se o projeto AHA modificou o acesso dos HSH no COA, durante o período da intervenção/pesquisa.

O que me motivou a desenvolver essa pesquisa foi o meu envolvimento direto com o projeto AHA, desde o seu início até a sua conclusão, atuando como coordenadora adjunta do acordo de cooperação entre a ENSP/Fiocruz/CDC. Esse envolvimento propiciou uma aproximação com as questões locais e o interesse pela investigação e aprofundamento sobre o acesso dos HSH, uma das populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV, aos serviços públicos de saúde. Esse estudo avaliou os efeitos da intervenção/pesquisa do projeto AHA a partir da visão dos gestores, profissionais de saúde e usuários.

A dissertação está dividida em seis capítulos. O primeiro capítulo, introdutório, compreende o contexto do HIV/Aids no mundo, no Brasil e no município de Curitiba, o projeto A Hora é Agora, a pergunta do estudo, a justificativa e os pressupostos. O segundo capítulo traz o referencial teórico utilizado, onde abordo as questões dos HSH e práticas sexuais, o território de sociabilidade homossexual, as vulnerabilidades ao HIV/Aids, os tipos de testagem para o

HIV, a vinculação/navegação, a avaliação, o acesso e suas dimensões e a importância do tratamento precoce. O terceiro capítulo compreende o objetivo geral do estudo e os objetivos específicos. No quarto capítulo é apresentada a metodologia utilizada: como foi realizada a coleta e análise de dados, a seleção dos participantes do estudo e os critérios de inclusão e exclusão, além dos aspectos éticos considerados. No quinto capítulo são apresentados os resultados e a discussão e por fim, no sexto capítulo, as considerações finais e recomendações do estudo.

1. Introdução

“A crônica da Aids é a crônica dessas duas populações em conflito, vírus e humanos, cada uma delas almejando perpetuar-se às expensas da outra. Trata-se de uma crônica do que há de pior e melhor na alma humana, já que as ameaças prementes à nossa integridade sempre fizeram e fazem aflorar o que há de pior e melhor de nós.” (Bastos, 2006)

Ao longo da década de 1970 e início da década de 1980, diversos casos de uma nova síndrome emergiram na África. Devido à ausência de um sistema de vigilância que monitorasse os dados de forma correta e com qualidade, a Aids simplesmente inexistia. O que se sabia é que a partir de casos de pneumonia atípica (Pneumocistose) e de um câncer raro (Sarcoma de Kaposi) em homens jovens, previamente saudáveis, em sua maioria homossexuais masculinos, nas cidades de Los Angeles, São Francisco e Nova York, os Centros para a Prevenção e Controle das Doenças dos EUA (CDC), identificaram uma nova e misteriosa síndrome - a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). (CDC, 1981).

Estima-se que, em 2017, haviam 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) no mundo, sendo 1,8 milhões na América Latina; 77,3 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia e 35,4 milhões morreram por causas relacionadas à Aids (UNAIDS, 2018). Esse número é crescente, porém o aumento substancial no número de pessoas em terapia antirretroviral (TARV), causou queda da mortalidade (Pustil, 2016) e aumento progressivo na expectativa de vida desta população (Marcus et al., 2016). Embora o número de novas infecções por HIV no mundo tenha diminuído, a incidência ainda é elevada, bem como os óbitos por Aids. O número de novas infecções caiu 47,0% desde o pico em 1996, porém 1,8 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV em 2017 e 940.000 pessoas morreram de doenças relacionadas com a Aids nesse ano (UNAIDS, 2018).

A estratégia de "testar e tratar", lançada em 2009 na V Conferência sobre Patogênese, Tratamento e Prevenção do HIV da Sociedade Internacional de Aids (IAS), realizada na África do Sul, que inclui testes anuais de HIV para detectar infecção prévia e início imediato da TARV busca reduzir a prevalência do HIV e impedir novas infecções. Para demonstrar a efetividade dessa estratégia foram publicados modelos matemáticos promissores, iniciando a TARV entre os infectados pelo HIV, independentemente do estágio da doença (Charlebois et al., 2009). Em 2011 foi publicado o estudo HPTN 052 (COHEN et al., 2011) que apresentou sólidas evidências de que o início de TARV em pacientes com contagem de LTCD4+ entre 350 e 550 céls/mm³

reduz a chance de transmissão do HIV entre casais sorodiferentes em até 96%, tendo sido considerada um marco na resposta mundial ao HIV. Esse estudo foi reconhecido pela revista Science como “Breakthrough of the Year” (descoberta do ano) em 2011 (AAAS, 2011) e estabeleceu as bases empíricas pelas quais as iniciativas globais passaram a estruturar medidas que empregam a utilização de TARV como estratégia de prevenção do HIV, expandindo o tratamento a todas as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA). Apesar da estratégia de “testar e tratar”, um grande desafio que se coloca em diferentes países, é a dificuldade de acesso à testagem e ao tratamento, sobretudo dos grupos mais estigmatizados (Macdonald, et al., 2017). Daí surgem as diferentes iniciativas que buscam a melhoria de acesso às estratégias de prevenção e cuidado com intuito de interromper a cadeia de transmissão do HIV.

1.1. HIV/Aids no Brasil

No Brasil, segundo o boletim epidemiológico publicado em 2018, foram registrados, desde o início da epidemia até 2018, 926.742 casos de Aids, sendo 34,5% dos casos em mulheres e 65,5% dos casos em homens. O número anual de casos de Aids vem diminuindo no Brasil desde 2013, quando atingiu 43.269 casos; em 2017 foram registrados 37.791 casos (Brasil, 2018). Em relação ao HIV, foram notificados no SINAN, de 2007 até junho 2018, 247.795 casos, sendo 68,6% em homens e 31,4% em mulheres.

O acesso universal aos medicamentos antirretrovirais é garantido no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1996, adotando também políticas assistenciais às PVHA, em ambulatórios especializados, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica (Greco, 2007).

As primeiras respostas da sociedade civil brasileira à epidemia da Aids vieram de grupos de homossexuais de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, em 1982. Ainda que de forma não sistemática, elas já revelavam que preconceito e discriminação são grandes obstáculos ao enfrentamento da epidemia e que informar à população é fundamental na prevenção da doença. Seguindo essa orientação, surgiu, em 1985, a primeira Organização da Sociedade Civil (OSC) dedicada especificamente à Aids, GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção da Aids, em São Paulo (Costa, 2011).

Segundo Pereira (2010), foi na década de 1990 que aconteceu o fenômeno do surgimento das Organizações não Governamentais (ONGs/ Aids) o que concretizou novas formas de organização da sociedade civil no enfrentamento da doença no Brasil. Dentre muitas, destacam-se a ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids e o Pela Vida - Grupo

Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids. Estas duas ONG, junto com o GAPA, foram consideradas como três modelos de ONG/ Aids que serviram de referência aos grupos que surgiram posteriormente.

O Brasil tornou-se um modelo global para o controle da epidemia de HIV, graças à adoção de políticas progressistas e proativas, mobilização precoce contra o HIV, formulação de políticas adequadas e investimentos consideráveis em prevenção, cuidados e tratamento (Cruz et al., 2015). No entanto, muitos são os desafios a serem enfrentados para a promoção de prevenção, cuidado e tratamento de forma mais integral, equitativa e livre de estigma e discriminação.

Um dos pilares do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids – atual Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do HIV/ Aids e das Hepatites Virais (DIAHV), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde é a oferta universal de testes de HIV, como forma de promover o diagnóstico precoce e o tratamento. A partir da década de 1980, o Programa iniciou investimentos nos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), que mais tarde passaram a se chamar Centros de Orientação e Aconselhamento (COA) e atualmente, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Desde então, foram implantados 515 CTA em todo território nacional de forma a ampliar o acesso da população brasileira à testagem para o HIV, prioritariamente aos segmentos populacionais mais vulneráveis (Brasil, 2017).

Contudo, estudo nacional sobre os CTA, realizado em 2006, revelou que 40% das unidades não estavam priorizando os grupos mais vulneráveis da população, e em cidades com maior número dessas populações vulneráveis, essa porcentagem subia para 60% (Grangeiro et al., 2007). Fato muito preocupante dado as estimativas elevadas de prevalência do HIV nos grupos populacionais-chave de homens que fazem sexo com homens (HSH) (19,8% entre HSH com 25 anos ou mais de idade e 9,4% entre os HSH de 18 a 24 anos) pessoas que usam drogas injetáveis (2,9%) e trabalhadoras do sexo (5,3%) (Brasil, 2017) em comparação com a prevalência estimada de HIV de 0,4% na população em geral (UNAIDS, 2014).

O Ministério da Saúde (MS), a partir de dezembro de 2013, com base nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a recomendar o início da TARV para todas as PVHA, independente da contagem de CD4 (Brasil, 2015). O Brasil foi o primeiro país de renda média a propiciar o acesso universal à TARV, monitorando exames laboratoriais e assistência para os pacientes elegíveis para tal (Malta et al., 2015).

Apesar de inegáveis os benefícios do diagnóstico precoce do HIV e dos avanços terapêuticos na qualidade de vida das PVHA e no controle da epidemia (Monteiro & Brigeiro,

2017), a estratégia do “testar e tratar”, como uma recomendação da OMS, vem sendo fortemente atacada pela lógica da prevenção como tratamento. Segundo Parker (2011), esse enfoque desconsidera as especificidades socioculturais, políticas e econômicas locais, que exercem efeito sobre a vulnerabilidade às IST/Aids dos diferentes grupos sociais, bem como as lições e as conquistas históricas, no campo da prevenção, do cuidado e dos direitos das PVHA nas respostas à epidemia. No Brasil, os movimentos sociais têm reagido, sobretudo devido à ênfase dada ao tratamento quando as ações de prevenção e acesso à assistência não estão devidamente estabelecidas e adequadas, principalmente para os grupos sociais mais vulneráveis para o HIV/Aids (Terto, 2015).

É importante resgatar o papel do CTA de promover a equidade e qualificar o acesso aos segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade às ações de “Prevenção Combinada do HIV”, garantindo o respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção (Brasil, 2017).

O Ministério da Saúde adota a “Prevenção Combinada do HIV” como estratégia de prevenção do HIV que consiste na conjugação de diferentes medidas de prevenção baseadas em intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais (WHO, 2014), aplicando-as no nível dos indivíduos e de suas relações; dos grupos sociais a que pertencem; ou na sociedade em que vivem, mediante ações que levem em consideração as necessidades e especificidades desses indivíduos e as variadas formas de transmissão do vírus (Brasil, 2017).

A figura 1 mostra uma representação gráfica da estratégia, apresentado pelo “cubo mágico”, indicando as inúmeras possibilidades de combinações. Cada face corresponde a um tipo de intervenção: intervenções biomédicas, intervenções comportamentais e estruturais. A estratégia se baseia na conjugação das três faces, sendo essa combinação acordada pelas populações envolvidas nas ações de prevenção (população-chave, prioritária ou geral) e nos meios em que estão inseridas.

População-chave é aquela que apresenta risco acrescido para a infecção pelo HIV, atribuindo as probabilidades de infecção não somente aos indivíduos e aos seus comportamentos, mas considerando todos os aspectos de seus contextos sociais e estruturais que os colocam em situações de maior vulnerabilidade para a infecção pelo HIV. Atualmente, o Brasil está focado nas populações: profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, gays e homens que fazem sexo com homens, pessoas trans e pessoas privadas de liberdade. Populações prioritárias são também afetadas desproporcionalmente pelo HIV/Aids quando comparadas à população geral, em decorrência de dinâmicas sociais locais e que, portanto, variam de acordo

com o território. Nesse caso destacam-se as populações em situação de rua e a população indígena (Brasil, 2018).

Figura 1: Prevenção Combinada para o Enfrentamento do HIV



Fonte: DIAHV/SVS/MS, 2017

1.1.1. HIV/Aids em Curitiba

Entre as capitais do Brasil que implementaram ações descentralizadas para prevenção e controle das IST/HIV, Curitiba se destaca na descentralização do diagnóstico do HIV para a atenção básica, em 2002. Nessa ação, tornou possível realizar exames em todas as unidades básicas de saúde (UBS) da rede municipal. Naquele ano Curitiba foi pioneira ao notificar todos os casos de portadores do HIV, prática que o MS tornou compulsória apenas em 2014 (Portaria 1.271, de 06 de junho de 2014). Desde então, as UBS também têm a capacidade de solicitar exames de carga viral (CV) e de contagem de células CD4, importantes no acompanhamento e avaliação do progresso da Aids (Burguer, 2011).

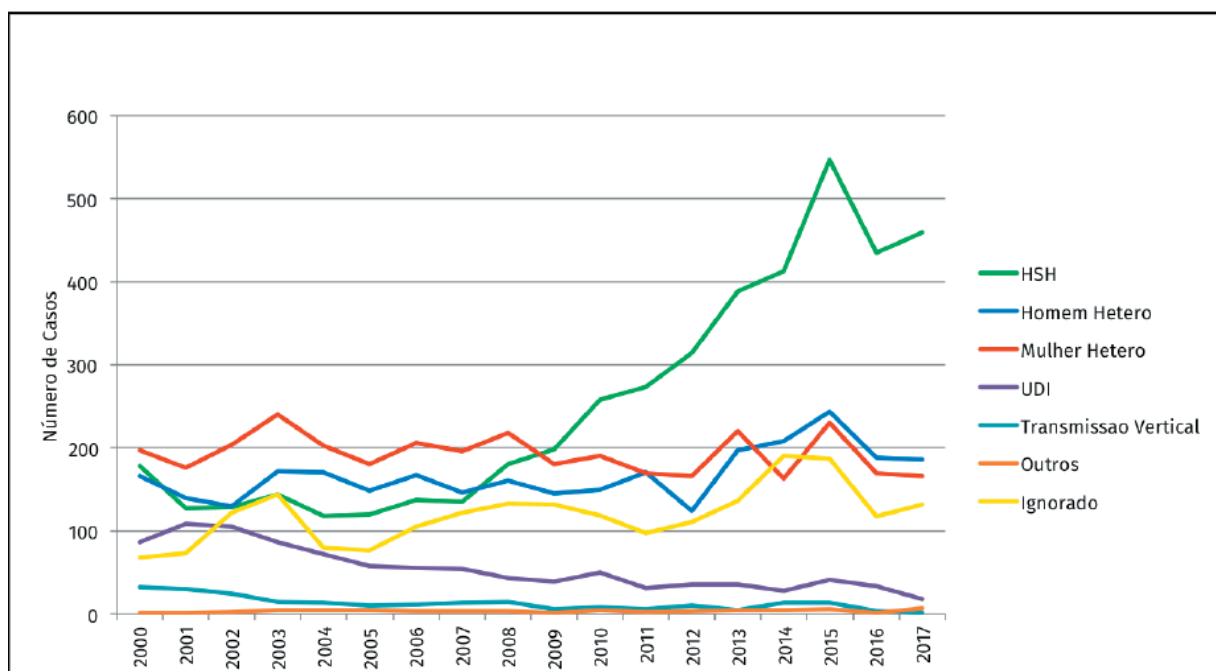
A cidade de Curitiba, em 2014, passou a ser signatária da Declaração de Paris que inclui compromissos com o foco nas populações e comunidades mais afetadas pelo HIV. O compromisso com a declaração tem o objetivo de alcançar as populações e comunidades mais vulneráveis, fazendo com que a liderança local e a inovação direcionem as políticas de saúde e os serviços de HIV para que nenhuma pessoa seja deixada para trás – incluindo desde o acesso ao diagnóstico, passando pela adesão ao tratamento, até a manutenção de seu bem-estar e o exercício de seus direitos. O resultado esperado pelos signatários dessa Declaração é acabar com a epidemia de Aids nas cidades até 2030 e atingir a “meta 90 90 90” até 2020, ou seja, que 90% dos infectados pelo HIV saibam do seu diagnóstico, 90% dos diagnosticados estejam em tratamento e 90% dos pacientes tratados tenham carga viral indetectável (UNAIDS, 2014).

De acordo com dados do boletim epidemiológico de Curitiba (2018), desde o início da epidemia até setembro de 2018 (ano base 2017), foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 11.799 casos de Aids (condição em que a doença já se manifestou), sendo 8.204 homens (69,5%) e 3.595 mulheres (30,5%), e 6.863 notificações de infecção pelo HIV (condição em que o paciente é assintomático), sendo 4.991 homens (73%) e 1.872 mulheres (27%). De 1984 a 2017, somando a infecção pelo HIV e Aids, foram 13.195 casos em homens (70%) e 5.467 casos em mulheres (30%), o que mostra uma epidemia predominantemente masculina.

No ano de 2017 foram notificados 212 casos de Aids com uma taxa de detecção de 11,3 casos por 100 mil habitantes e 757 casos de infecção pelo HIV com taxa de detecção de 40,3 casos por 100 mil habitantes. Ainda no mesmo ano foram 969 notificações de HIV/Aids com taxa de detecção geral de 51,6 casos por 100 mil habitantes. A taxa de detecção de HIV/ Aids por 100 mil habitantes cresceu 4,9 vezes no sexo masculino de 2005 a 2015, principalmente na faixa etária de 20 a 29 anos, com taxa passando de 51,9 por 100 mil habitantes em 2005 para 271,2 por 100 mil habitantes em 2015; no ano de 2016 houve queda de 27 % com relação a 2015, nesta faixa etária e em 2017 uma elevação de 10%. Em uma análise temporal das categorias de exposição dos casos de HIV/ Aids em Curitiba, quanto aos casos bissexual e HSH, observa-se um crescimento importante, entre 2004 e 2017, de 28,6% dos casos em 2004 e 59,3% em 2017 (Curitiba, 2018).

No gráfico a seguir observa-se o número de casos de HIV/ Aids segundo a categoria de exposição a partir de 2000. Observa-se um aumento expressivo dos casos em HSH de 2008 a 2015 e uma queda de 25% dos casos na categoria HSH, em 2016. Apesar da queda, esta categoria respondeu por 45,9% de todos os casos notificados em 2016. Em 2017, observa-se um novo aumento de casos.

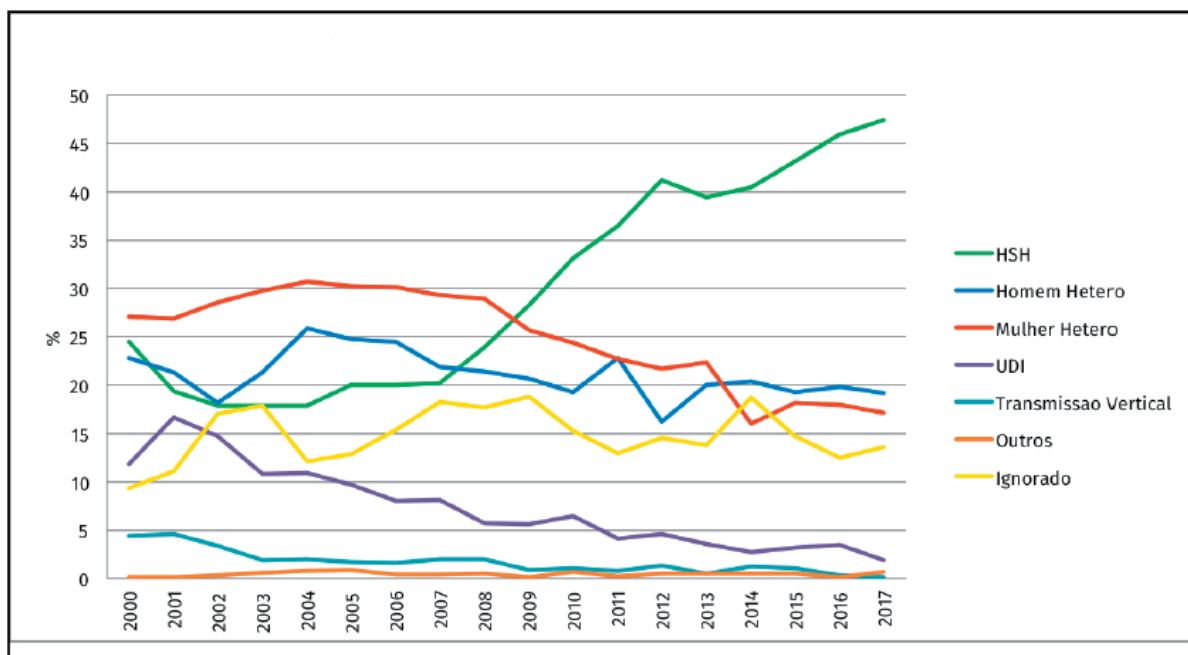
Gráfico 1 - Casos notificados de HIV/ Aids por ano diagnóstico segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico. Curitiba: 2000-2017



Fonte: SINAN/SMS Curitiba CE/CVE. (Curitiba, 2018)

O gráfico 2 apresenta a proporção de casos segundo categoria de exposição. Observa-se um aumento expressivo de casos desde 2007 até 2012 onde houve uma pequena queda, logo após, em 2014, a proporção de casos em HSH foi aumentando gradualmente, chegando a mais de 45% em 2017.

Gráfico 2 – Proporção de casos notificados de HIV/Aids segundo categoria de exposição



Fonte: SINAN/SMS Curitiba CE/CVE. (Curitiba, 2018)

Com o objetivo de responder a uma necessidade de ampliação do acesso à testagem e tratamento para populações-chave de HSH em que a epidemia do HIV está crescendo, foi lançado em 2014, o projeto “A Hora é Agora” (AHA) no município de Curitiba/PR. Este projeto faz parte do Acordo de Cooperação entre a ENSP/Fiocruz, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e o Ministério da Saúde, que tem como parceiros o Departamento de IST/ Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (DIAHV), a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba, a Universidade Federal do Paraná (UFPR), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/ Aids (UNAIDS), o Grupo Dignidade (ONG de Curitiba) e o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz).

Curitiba foi escolhida, entre outras cidades, para um projeto de ciência de implementação (CI), definido por Odeny (2014) como um campo científico multidisciplinar que busca conhecimento generalizável sobre a magnitude, determinantes e estratégias para fechar o fosso entre evidências e práticas rotineiras para a saúde em contextos do mundo real. A CI identifica, desenvolve e mede o impacto de estratégias inovadoras para melhorar a prestação de serviços, contribuindo para orientar a programação baseada em evidências e fortalecendo assim a resposta global à Aids (Schwartlander, 2011).

A escolha desse município se deveu à sua epidemia concentrada, pois as taxas de infecção pelo HIV são maiores entre as populações de HSH (Curitiba, 2018); à sustentabilidade dos seus programas de saúde no sistema público de saúde, como o Mãe Curitibana, implantado em 1999 com objetivo de reduzir a transmissão vertical do HIV, da mãe para o bebê (Curitiba, 2014) e à experiência de sucesso na parceria com o CDC, ENSP/Fiocruz e DIAHV em outros projetos no âmbito do acordo de cooperação. Destacam-se nessa parceria o estudo para avaliar métodos para estimar a incidência do HIV na população brasileira, testado nas cidades de Curitiba e Recife; e a análise de dados da pesquisa RDS da infecção pelo HIV e realização de testes rápidos nos HSH em Curitiba, nos anos de 2008 e 2009 (Brasil, 2011).

1.2. O Projeto A Hora é Agora

O projeto AHA é uma iniciativa inovadora voltada à prevenção e controle do HIV entre HSH, principalmente entre os jovens (14 a 29 anos). O projeto visa ampliar o acesso à testagem, oferecendo testes rápidos de punção digital em: uma unidade móvel (trailer) posicionada em local estratégico (proximidade a zonas de sociabilidade) frequentados pelo público alvo; uma ONG (Grupo Dignidade) de atendimento a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT); uma unidade de saúde pública – Centro de Orientação e Aconselhamento (COA) e incorporação da testagem do HIV no Consultório na Rua de Curitiba. Além disso, com o apoio de uma plataforma virtual (<https://www.ahoraehagora.org/>), denominada e-testing, a população-chave do projeto (HSH) pode receber o teste de fluido oral em domicílio ou retirar na farmácia popular do Ministério da Saúde para realização do auto teste. O projeto objetiva, ainda, fortalecer a vinculação dos casos positivos para o HIV com os serviços de saúde de referência em Curitiba (linkagem), facilitando o acesso ao tratamento antirretroviral e garantindo o acompanhamento dos usuários, através do linkador.

Inovação, no caso desse estudo, é compreendida como a introdução e a exploração de novos produtos, processos, insumos e formas de organização do trabalho (Figueiró et al. 2017). O aspecto inovador do AHA, a ser destacado, é a distribuição do autoteste (e-testing), a vinculação dos usuários diagnosticados HIV+ aos serviços de saúde (linkagem) e a abordagem dos HSH no Consultório na Rua.

O linkador é um membro da equipe do AHA que auxilia os usuários com resultados reagentes para HIV a fim de dar início ao tratamento em serviços de saúde pública da atenção primária. Trata-se de um profissional que foi selecionado e capacitado, que ajuda os usuários

no momento em que descobrem que são soropositivos, além de facilitar seu acesso aos serviços de saúde e responder às eventuais dúvidas sobre HIV e Aids (Cruz et al., 2015). Os pré-requisitos para a seleção do linkador foram: possuir nível médio completo (desejável estar cursando a universidade); ter mais de 18 anos; capacitação comprovada em prevenção das IST/Aids; conhecimento da rede municipal de saúde de Curitiba; e capacidade de comunicação. A seleção dos linkadores compreendeu as seguintes etapas: análise de currículo, entrevista e capacitação. Os candidatos que atenderam aos quesitos exigidos e tiveram melhor desempenho na capacitação foram selecionados para a função (análise documental).

Os linkadores atuam nas estratégias de testagem e monitoram os usuários recém diagnosticados para ajudar na marcação das consultas, verificar se eles compareceram às mesmas e se fizeram os exames médicos necessários, durante um período de até três meses. Considera-se “linkado” o usuário que inicia o tratamento com ARV.

Os indivíduos que tiverem o resultado do autoteste (e-testing) reagente são orientados a procurar o COA, para realização do teste confirmatório. Caso seja confirmado ele será apresentado ao linkador, para acompanhamento, se for de seu interesse.

Um outro componente importante do projeto AHA é o da comunicação. Foi desenvolvido um planejamento para definir as principais ferramentas, abordagens e estratégias de comunicação a serem usadas para assegurar a divulgação eficaz dos serviços disponíveis para a população-chave do projeto. Para alcançar essa população, foi realizado um mapeamento dos estabelecimentos de sociabilidade dos HSH no município de Curitiba, que apontou treze locais incluindo bares, boates, cinema e cafés. Por meio do mapeamento dos estabelecimentos de sociabilidade dos HSH, o projeto AHA procurou o território da população de HSH e foi ao seu encontro, buscando melhorar o seu acesso aos serviços de saúde. Paralelo a esse movimento, a equipe de comunicação do AHA fez uma parceria com as instituições visitadas para que o projeto pudesse ser divulgado nesses locais. Foram criados materiais de comunicação com a ajuda dos responsáveis pelos estabelecimentos, levando-se em consideração as particularidades de cada espaço de convívio.

1.2.1. O COA no projeto AHA – a intervenção em questão

O COA foi implantado em Curitiba em 1992, pela gestão estadual e em 1995 passou a ser administrado pela gestão municipal de Curitiba. Quando o MS modificou o nome dos COA para CTA, Curitiba optou por manter o nome COA, entendendo que já havia sido criado uma

identidade do serviço e seus usuários. Ele é, atualmente, considerado como Serviço de Atenção Especializada (SAE), disponibilizando testagem (HIV, Sífilis e Hepatites B e C), aconselhamento, atendimento médico ambulatorial às PVHA e dispensação de medicamentos; sendo uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). O COA conta com uma equipe de aconselhadore (psicólogos), enfermeiros, farmacêuticos, médicos e assistentes administrativos.

Conforme diretrizes para organização e funcionamento dos CTA no Brasil, a população prioritária atendida pelo COA deve ser dos segmentos populacionais reconhecidamente mais vulneráveis à infecção pelo HIV e pelas hepatites B e C: gays e outros HSH, usuários de álcool e outras drogas, profissionais do sexo, travestis e transexuais. O papel do COA é de fazer esforços para identificá-los e promover seu acesso à testagem, aconselhamento e insumos de prevenção (Brasil, 2017). Ao contrário de outros municípios, o COA é o único serviço ambulatorial especializado (SAE) no atendimento ao HIV/Aids em Curitiba.

Ao longo dos anos, os CTA têm procurado desenvolver ações que respondam às mudanças da dinâmica da epidemia ao incorporar novas concepções, como a de vulnerabilidade, e ampliar sua atuação para além da instituição, desenvolvendo ações de prevenção mais próximas da comunidade e voltadas para grupos mais vulneráveis e com menor acesso aos serviços de saúde (Soares, et al. 2017).

No projeto AHA, além de receber os confirmatórios do e-testing, o COA recebe a população-chave que procura a testagem por conhecer a estratégia por algum dos meios de divulgação do projeto, incluindo a ação dos educadores de par, profissional responsável por realizar abordagem individual em locais de sociabilidade da população-chave e distribuição de materiais de informação, educação e comunicação para divulgação do projeto e ações de prevenção às IST/ Aids junto aos HSH.

Apesar da maior prevalência de testagem entre HSH, comparativamente a outros segmentos afetados, nos últimos anos o Brasil vem registrando um aumento da incidência de HIV entre HSH (Szwarcwald, et al., 2016) com proporções preocupantes de diagnóstico tardio (Beyrer, et al. 2015; Veras et al. 2015). Diante dos dados expostos da epidemia entre os HSH, baixo nível de conhecimento (Brignol, 2014) e acesso à testagem do HIV e não-priorização das populações-chave nos CTA no Brasil (Grangeiro et al., 2007), essa pesquisa pretende avaliar se o projeto AHA modificou o acesso dos HSH à testagem e vinculação ao tratamento precoce do HIV/ Aids no COA de Curitiba.

Apesar do COA ser uma importante referência para os HSH, atender um bom número de HSH, existem barreiras de acesso dessa população aos serviços de saúde, devido ao estigma

e a discriminação a esse grupo social (Kerr, et al., 2013; Gomes, et al.2014; Beyrer et al., 2012b). Os HSH estão em busca de privacidade e sigilo quando se trata de sua orientação ou prática sexual e nem sempre são respeitados. Além disso, há uma necessidade de abordagem mais adequada a esses grupos vulneráveis à infecção pelo HIV para que haja uma maior vinculação e adesão ao tratamento, que têm sido mais baixas. Monteiro & Brigeiro (2017), em estudo sobre a testagem e prevenção do tratamento do HIV/ Aids, realizado na Baixada Fluminense, destacam a necessidade de conjugar as atuais políticas com ações que ofereçam respostas aos contextos de vulnerabilidade ao HIV dos grupos populacionais e reduzam o receio do estigma, o que, inclusive, tem comprometido a realização do teste e a adesão ao tratamento.

1.3. Pergunta Avaliativa

Diante do exposto, o presente estudo visa responder à seguinte pergunta: O projeto AHA, no COA de Curitiba, modificou o acesso dos HSH à testagem do HIV e à vinculação dos usuários diagnosticados HIV+ aos serviços de saúde, para o tratamento precoce do HIV/ Aids?

1.4. Justificativa

A resposta anunciada do Brasil à epidemia de HIV produziu resultados impressionantes durante as duas primeiras décadas (Berkman et al., 2005), e permitiu estabilizar a prevalência do HIV na população em geral – estimada em 0,4% desde 2004 (UNAIDS, 2014). Entretanto, dados recentes indicam que os índices da epidemia continuam elevados entre gays e HSH, e que estão aumentando entre homens gays e, em particular, entre jovens gays do sexo masculino, conforme encontrado em estudo de Velasco-de-Castro et al (2014), para a região metropolitana do Rio de Janeiro.

Estudo nacional realizado entre HSH em dez municípios brasileiros, usando a metodologia Respondent Driven Sampling (RDS), mostrou que em 40,7% dos HSH entrevistados, o nível de conhecimento sobre HIV/Aids estava abaixo da média (Gomes, et al., 2014). O relatório UNGASS (2012) para o Brasil trouxe também dados relativos aos baixos níveis de conhecimento e acesso à testagem do HIV, combinados com o estudo nacional do CTA acerca de como as unidades de saúde não estavam priorizando populações-chave. É provável que as taxas de HSH vinculados ao tratamento sejam ainda mais baixas do que as

taxas da população em geral. Assim, existe uma rede de atenção ao HIV/ Aids organizada, mas ainda existem fatores que dificultam ou até mesmo impedem o acesso ao diagnóstico do HIV e ao tratamento precoce.

Considerando-se a inovação apresentada pela estratégia de vinculação dos usuários ao serviço de saúde (linkagem) com a presença do linkador, responsável pelo acompanhamento do usuário recém-diagnosticado até o início do seu tratamento, preferencialmente em até três meses a partir do diagnóstico, essa pesquisa avaliará essa mudança de abordagem ao usuário, sob o seu ponto de vista.

Nesse sentido, é importante também avaliar os resultados da linkagem no COA, comparando os usuários que aceitaram o apoio do linkador e os usuários que não aceitaram. Acredita-se que a pesquisa possa trazer contribuições por buscar compreender e aprofundar a explicação sobre o acesso à testagem do HIV e a vinculação aos serviços para os HSH em Curitiba, visando apontar as principais barreiras e facilitadores existentes.

Os resultados obtidos no estudo poderão servir de embasamento para a formulação das recomendações para os gestores e profissionais de saúde. Considera-se fundamental a busca do envolvimento desses profissionais sobre os resultados da pesquisa, facilitando o uso desses achados – translação do conhecimento (CIHR, 2012).

1.5. Pressupostos

Tomando-se os achados de Pimenta & Merchan-Hamann (2011) em pesquisa realizada no Distrito Federal, onde apontam o preparo insuficiente dos profissionais na atenção à saúde com a categoria de HSH, e menos ainda com a mais abrangente, LGBTT (lésbicas, gays, travestis, bissexuais, transexuais e transgêneros), é possível que diferentes estratégias, como as do projeto AHA (o recrutamento feito pelos educadores de par, o trailer, a ONG e o e-testing) convergiram para aumentar a visibilidade do COA entre os HSH.

Com a entrada do projeto AHA previa-se a ocorrência de alteração na rotina do COA, pois haveria mudança do fluxo de atendimento e ampliação da equipe com a entrada de novos profissionais capacitados pelo projeto. Contudo, pressupõe-se que tal mudança proporcionaria o aumento da testagem e uma abordagem mais adequada no aconselhamento e atendimento, além da postura mais ativa dos linkadores e profissionais preparados para acompanhar o usuário após o diagnóstico.

2. Referencial Teórico

Nesse capítulo serão abordados alguns aspectos teórico-conceituais sobre: práticas sexuais, território de sociabilidade homossexual e vulnerabilidade ao HIV/ Aids; testagem do HIV e vinculação ao serviço de saúde; e avaliação do acesso à testagem e vinculação ao tratamento do HIV/ Aids para HSH considerando critérios definidos.

2.1. Práticas sexuais, Território de Sociabilidade Homossexual e Vulnerabilidades ao HIV/Aids

Os homens que fazem sexo com homens (HSH), um dos grupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV (Beyrer et al., 2012; Brignol et al., 2015; Torres et al., 2017), são até 24 vezes mais propensos a adquirir o HIV do que adultos na população geral (UNAIDS, 2016). Os HSH são definidos como homens que fazem sexo com outros homens, independentemente de terem relações sexuais com mulheres ou ter uma identidade pessoal ou social associada a esse comportamento, como aqueles que se enquadram nas categorias "gay" ou "bissexual" (UNAIDS, 2009). Ou seja, a categoria HSH é definida pela prática sexual e não pela orientação sexual ou identidade de gênero.

A transmissão do HIV através de relações sexuais anais sem preservativo é mais eficiente (Baggaley et al. 2010) do que através de relações sexuais vaginais sem preservativo. Os riscos de nível individual para a aquisição de HIV entre HSH incluem as relações sexuais receptivas não protegidas, alto número de parceiros masculinos e uso concomitante de drogas injetáveis e outras drogas estimulantes (WHO, 2016).

Por outro lado, uma grande parcela de homens que têm práticas sexuais só com homens ou com homens e mulheres, tendem a se autodenominarem heterossexuais por uma questão de aceitação social (Ramos & Carrara, 2006; Venturini, 2008). Essa denominação acaba não revelando a vulnerabilidade de homens que precisam se proteger e proteger a seus parceiros sexuais (rede de relacionamentos). Estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, em 2007, por Santos (2011) revelou que para os jovens entrevistados “o parceiro ativo dessa relação homossexual é reconhecido como homem, um cara normal” (Santos, 2011, p. 80), por manter a sua identidade masculina e virilidade intactas.

No Brasil, apenas doze anos depois do surgimento da epidemia, despontaram pesquisas com a população homo e bissexual, onde vários estudos discutiam a relevância para a

prevenção das subculturas homoeróticas (Parker, 2002), das noções de imagens identitárias (Gontijo, 2004), dos territórios para sociabilidade homoerótica e dos “territórios do desejo” onde se afirmam diferentes estilos de vida homoeróticos e se produzem territórios culturais, políticos e sociais relevantes para a compreensão da dinâmica da epidemia da Aids (Bell & Valentine, 1995).

Os espaços sociais são ocupados por grupos de indivíduos que se relacionam, que compartilham características em comum ou não, em interações subjetivas especiais de cada cena sexual (Paiva, 2000). Com a popularização da internet a partir dos anos 2000, a socialização em espaços virtuais alavancou uma massa significativa de usuários, tornando-se opção de socialização. Estudo feito por Holt et al (2012) mostrou que os HSH que nunca fizeram o teste do HIV passavam mais tempo em redes sociais na internet.

Segundo Antunes (2005), não se pode falar de uma única homossexualidade, são diversos os modos de viver a homossexualidade, transformados constantemente pelo campo social e redes sociométricas que, com o surgimento da Aids deixou claro, ganham o mundo. A experiência individual de desejo homossexual se realiza em complexas redes relacionais, em interações nem sempre simétricas e que envolvem diferentes níveis de poder. Ao mesmo tempo, expressam simbolismos nem sempre generalizáveis para todas as experiências homoeróticas, como a noção de ativo e passivo, normalidade e desvio, masculino e feminino.

Parker (2002) descreveu que locais de sociabilidade homossexual foram ocupados por transformistas e drag-queens (que se diferenciam de travestis por não terem necessariamente uma identidade de gênero feminina), barbies (homens fortes, musculosos, “bombados”), boys (jovens homossexuais), bichas (afeminados), bicha velha (homem mais velho, idoso), michês (garotos de programa), travestis (que desempenham papéis de gênero feminino), bofe (que não assume uma identidade homossexual, mas que eventualmente mantém relações com homens), o entendido (que entende a regra do jogo) e o gay (que pode assumir papel ativo e/ou passivo).

Como no início da epidemia, há novamente a predominância de casos entre os HSH, de maneira similar a outros países (Beyer et al., 2013, Snowden et al., 2014, Van Sighen et al., 2012). Em um estudo realizado em duas cidades brasileiras em 2013, utilizando testes laboratoriais para distinguir infecções recentes de longo prazo, a taxa de incidência estimada foi superior a 1% entre HSH (Szwarcwald et al., 2016b).

O levantamento realizado em dez cidades brasileiras usando o método do Respondent Driven Sample (RDS) para recrutar HSH, considerada população de difícil acesso, apresentou uma prevalência de HIV de 12,1%, mas apenas 49% haviam sido testados para o HIV, pelo menos uma vez (Kerr et al., 2013). Os resultados de uma segunda pesquisa nacional usando o

mesmo método (RDS), realizado em doze cidades brasileiras, no ano de 2016, mostram uma prevalência de 17,5% em HSH (Kerr et al., 2018), aumento considerável se comparado também com a primeira pesquisa. Conhecer e compreender onde e como os grupos de HSH se socializam permite construir estratégias de aproximação para o compartilhamento de conhecimentos sobre a doença, prevenção e espaços de apoio para os interessados.

Alguns autores argumentam que o ambiente de risco para o HIV é produto da interação entre fatores sociais e estruturais, mas onde os fatores político-econômicos podem desempenhar papel predominante (Rhodes et al., 2005). Nesse sentido, a adoção do termo vulnerabilidade permite traduzir com mais precisão a complexidade dos aspectos individuais e coletivos relacionados à exposição ao HIV e ao adoecimento por Aids (Mann et al., 1993; Ayres et al., 2003). As noções de grupos de risco – associada a ideias rotuladoras e, portanto, geradoras e reprodutoras de preconceito e estigma – e sua sucedânea, as de comportamento de risco, foram substituídas pela de vulnerabilidade (Garcia & Souza, 2010). A vulnerabilidade, enquanto conceito utilizado na saúde pública, refere-se a um conjunto de fatores estruturados em três dimensões (individuais, programáticas e sociais), e vem sendo utilizado para descrever susceptibilidades de grupos populacionais diante de importantes problemas de saúde (Ayres et al., 2009). Essas dimensões congregam aspectos socioculturais, político-institucionais, características individuais, experiências, interações, subjetividades, e trajetórias pessoais (Delor & Hubert, 2000), assim como características das redes sociais nas quais os indivíduos estão inseridos (Brignol, 2013).

No entanto, no contexto da epidemia do HIV/ Aids, este conceito que tem um forte referencial nos direitos humanos e tem caráter relacional, aparece na literatura desde a década de 1990 (Mann & Tarantola, 1996). A vulnerabilidade de populações e indivíduos frente ao HIV/ Aids é, em parte, reflexo do estigma, preconceito, criminalização e desrespeito aos direitos humanos (UNAIDS, 2013; Soares et al., 2017).

O termo estigma foi definido como um atributo que desacredita profundamente uma pessoa, rotulando o indivíduo com uma identidade manchada frente à sociedade (Goffman, 2004). Segundo Genberg et al. (2007), a associação do estigma de viver com HIV pode levar a efeitos negativos na prevenção e adesão ao tratamento devido ao medo de isolamento ou rejeição social. A discriminação é definida como uma resposta comportamental a atitudes negativas, sendo uma efetivação do estigma e do preconceito. As ações de discriminação podem trazer uma série de consequências comportamentais, refletindo negativamente na vida dos indivíduos estigmatizados (Parker, 2013).

Várias são as formas de discriminação geradas pela estigmatização da homossexualidade que aumentam a vulnerabilidade individual, diminuem a autoestima e a percepção dos próprios direitos, e dificultam a estruturação de uma identidade plena levando ao fenômeno da homofobia internalizada (Silva, 2012). Além da perspectiva individual, a homofobia presente na sociedade e na cultura prejudica a formação de redes de apoio e a participação cidadã (Terto-Jr, 1996). Tais fatos podem ser traduzidos em restrições ao acesso aos serviços públicos de saúde.

As dimensões da vulnerabilidade não serão detalhadas nesse estudo, mas serão, mais adiante, relacionadas ao conceito de acesso, onde os interesses dos HSH serão analisados não só individualmente, mas também no contexto social, que se articulam com as políticas e estruturas dos serviços de saúde.

2.2. Testagem do HIV e Vinculação no Serviço de Saúde

Particularmente para populações-chave, fatores sociais, legais, estruturais e outros fatores contextuais, aumentam a vulnerabilidade ao HIV e dificultam o acesso aos serviços de saúde (WHO, 2016).

Os atrasos no diagnóstico, a vinculação ao serviço e a subsequente iniciação da TARV também representam um maior risco de transmissão do HIV para outros, uma vez que o tratamento reduz a carga viral e a infecciosidade (Hatcher et al, 2013).

Conhecer o quanto antes o status sorológico para o HIV aumenta muito a expectativa de vida de uma pessoa que vive com o vírus. Quem se testa com regularidade, busca tratamento no tempo certo e segue as recomendações da equipe de saúde ganha muito em qualidade de vida (Brasil, 2018).

Visando a interrupção da cadeia de transmissão do vírus, no final da década de 80, o então Programa Nacional de DST e Aids – atual DIAHV, da SVS, do Ministério da Saúde inaugurou os primeiros COAS, em Porto Alegre e São Paulo e depois os expandiu para o resto do país. Objetivando a garantia de um maior aporte emocional para os indivíduos que procuravam os COAS (Silva et al, 2013), estes passaram a incorporar o trabalho de aconselhamento, passando então, a partir de 1997, a ser chamado de CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento. Apesar do Brasil contar hoje com mais de 515

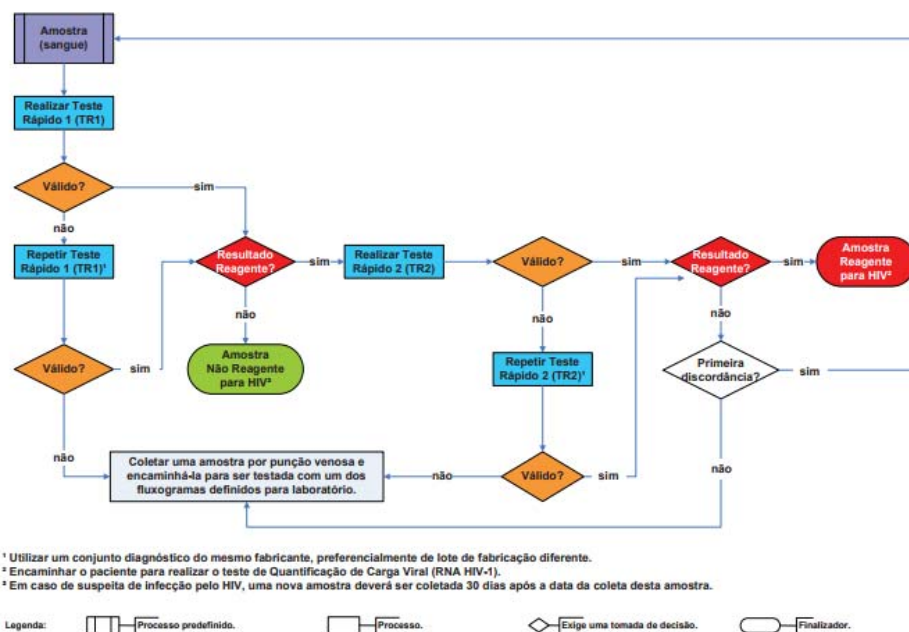
CTA, com oferta gratuita de testagem e aconselhamento, há ainda lacunas na cobertura do teste.

Uma Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP) realizada em 2008 em todo território nacional (n = 11.052; entre 15 e 64 anos) mostrou que 55,3% das mulheres e 72,7% dos homens nunca haviam feito o teste para o HIV. Quanto às razões para o teste, 53% das mulheres relataram serem testadas durante o pré-natal de rotina, ou seja, iniciado pelo provedor, enquanto 53% dos homens disseram que procuraram espontaneamente testes, ou seja, iniciado pelo cliente (Brasil, 2011).

Estudo realizado em três CTA do Rio de Janeiro em 1988 apontou a necessidade de se ampliar a divulgação desses serviços para as pessoas de baixa escolaridade e/ou baixa renda; necessidade de se estender a experiência dos CTA quanto ao aconselhamento e testagem anti-HIV para outros serviços públicos de saúde; indicar que a prática do aconselhamento deve levar em conta os riscos individuais e coletivos às IST/HIV, incluindo as diferenças culturais entre os gêneros e as várias formas de relacionamentos existentes, impossíveis de serem normatizadas por orientações gerais (Ferreira et al, 2001).

Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade de testes rápidos, o diagnóstico do HIV no Brasil pode ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais, permitindo ampliar o acesso ao diagnóstico. Os Testes Rápidos (TR) são imunoensaios (IE) simples, que podem ser realizados em curto espaço de tempo (até 30 minutos). Desde o início da epidemia do HIV, o diagnóstico sorológico da infecção é realizado com pelo menos dois testes, um para triagem e um segundo, mais específico, para confirmar o resultado da triagem. A combinação mais utilizada, habitualmente denominada de padrão-ouro, é realizada por meio de um IE de triagem seguido pelo Western Blot (WB), como teste confirmatório. Dois testes rápidos diferentes são usados sequencialmente, com amostras de sangue, com o objetivo de melhorar o valor preditivo positivo do fluxograma de testagem (Figura 2). A amostra de sangue pode ser obtida por punção da polpa digital ou por punção venosa em tubo contendo anticoagulante. (Brasil, 2018)

Figura 2: Fluxograma da testagem para o HIV (TR1 + TR2: sequencial. TR-1 e TR-2 de fabricantes diferentes).



Fonte: Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças – MS 2018

O diagnóstico precoce, o início do tratamento e a adesão ao mesmo são condições desejáveis para o alcance dos resultados para o enfrentamento da doença. Para alcançar esse objetivo a navegação do paciente vem sendo utilizada como uma intervenção que promove a ligação e retenção na assistência médica através da orientação e apoio dos profissionais de saúde conhecidos como navegadores do paciente. O objetivo da navegação do paciente é ajudar os pacientes a acessar o sistema de saúde para que eles recebam o padrão de atendimento de forma oportuna e eficaz (Shockney, 2011).

O primeiro programa de navegação do paciente foi iniciado em 1990 no bairro de Harlem, na cidade de Nova York, pelo Dr. Harold Freeman. Este programa inicial focou-se em melhorar as taxas de diagnóstico e tratamento do câncer de mama (Freeman, Rodriguez, 2011). Desde então, a navegação do paciente tem sido utilizada para pacientes com outros tipos de câncer e outras doenças, incluindo o HIV. Em uma análise multi-cidade, os pacientes que receberam navegação para o tratamento do HIV relataram menos barreiras aos cuidados, eram mais propensos a ter cargas virais indetectáveis e apresentaram maior uso de cuidados médicos no seguimento em relação aos dados de linha de base (Bradford, et al. 2007).

No projeto AHA a navegação de pacientes é nomeada de linkagem e foi inspirada na estratégia LINCIS (Linkage Integration Navigation Comprehensive Services), desenvolvida pelo Departamento de Saúde Pública de São Francisco/EUA. Nessa estratégia é oferecida a navegação de pacientes às pessoas diagnosticadas HIV positivas, que moram em São Francisco. Os navegadores ajudam a "navegar no sistema de cuidados", apoiando o paciente HIV+ na realização, acompanhamento e atendimento a consultas médicas; além de fornecerem referências acolhedoras para abordar barreiras específicas para o cuidado (Loughran & Geckeler, 2013; Farrisi & Dietz, 2013).

2.3. Avaliação de acesso à testagem e vinculação ao tratamento do HIV/Aids para HSH.

O conceito de avaliação é considerado polissêmico por serem muitos os sentidos a ele atribuído. Para Weiss (1972), a avaliação é a apreciação sistemática do funcionamento e (ou) dos resultados de um programa ou de uma política em função de critérios explícitos ou implícitos, de modo a contribuir para a melhoria do programa ou da política. Brousselle et al (2011) também destaca que a avaliação não se trata mais apenas de estar focalizado na apreciação do alcance dos objetivos, mas é preciso também analisar os processos para poder aperfeiçoá-los.

Segundo Mark, Henry e Julnes (2000), a avaliação contribui para tornar as políticas e os programas mais coerentes graças a uma análise sistemática que descreve e explica as atividades, os efeitos, as justificativas e as consequências sociais dessas políticas e programas. O objetivo último da avaliação é a melhoria social, para a qual pode contribuir auxiliando as instituições democráticas a escolher melhor, supervisionar, aperfeiçoar e tornar coerentes as políticas e programas sociais.

Para Santos & Cruz (2014), o foco da avaliação abrange a capacidade do programa de gerar serviços ou da população de utilizá-los, ou ainda pode-se estar interessado em saber quanto, como e a que custo o programa é capaz de reduzir riscos e danos.

Uma das dimensões da avaliação em saúde é o acesso, que possui enfoque não apenas na entrada nos serviços de saúde, mas também nos resultados dos cuidados recebidos, dando importância à discussão da justiça social e da equidade (Travassos & Martins, 2004).

Segundo Breilh (2013) a desigualdade é uma injustiça no acesso, uma exclusão produzida frente ao usufruto, uma disparidade na qualidade de vida, enquanto iniquidade é a falta de equidade, ou seja, a característica inerente a uma sociedade que impede o bem comum. A iniquidade é a injustiça produzindo desigualdades, ou seja, as dificuldades ou morosidades que alguns usuários encontram em obter os cuidados de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) orienta-se pelo princípio de acesso universal, integral e igualitário. O princípio constitucional de justiça social nos serviços de saúde pode ser traduzido em igualdade no acesso entre indivíduos socialmente distintos. O padrão de equidade no acesso varia muito entre países com seguro público, comparativamente aos países com sistemas estruturados com base em seguros privados (Van Doorslaer, 1993).

Segundo Obrist et al. (2007), o acesso aos serviços de saúde pode ser determinado por situações de vulnerabilidade da população, que depende do capital humano, físico, financeiro e social. Estudo realizado por Assis & Jesus (2012), aponta que foram identificados avanços na diminuição das iniquidades e na ampliação do acesso na rede do SUS, em especial na atenção básica, porém observaram-se também limites relacionados a acessibilidade, fragmentação, descentralização e regionalização da rede de assistência, com inadequação no processo de acolhimento e da atenção a grupos específicos, além das assimetrias regionais. Cock et al. (2001); Montaner et al. (2003) e Del Amo et al. (2003) indicam em seus estudos, a persistência das desigualdades sociais, mesmo em países considerados desenvolvidos, como o Canadá e alguns países europeus.

Acesso é um conceito complexo, multidimensional, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável (Travassos & Martins, 2004). Alguns autores, como Donabedian (1973), empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada (Houaiss, 2001) – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (Donabedian, 2003).

Em uma das versões iniciais do seu clássico modelo de utilização de serviços de saúde Andersen (1973), apresenta o acesso como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes. Nesse modelo, a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, definidos como fatores predisponentes (fatores que existem

previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde).

Estudos indicam que aumentar a disponibilidade ou acessibilidade a preservativos mostraram-se eficazes no aumento do uso de preservativos, fornecendo um meio eficaz de prevenção de HIV/IST (Charania, et al. 2011).

Neri & Soares (2002), apontam que os indivíduos com maior poder aquisitivo acessam os serviços de saúde para prevenção ou exames de rotina, ao contrário dos indivíduos mais pobres que tendem a procurar os serviços por problemas de doenças.

Penchansky & Thomas (1981) utilizam o termo acesso incluindo atributos que são tomados não com base na oferta, mas sim na relação entre a oferta e os indivíduos. Identificam diferentes dimensões que compõem o conceito de acesso: **disponibilidade (availability)** - volume e tipo de serviços em relação às necessidades; **acessibilidade (accessibility)**- caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; **acomodação (accommodation)** que representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização; **capacidade de compra (affordability)**, definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por esses serviços; e **aceitabilidade (acceptability)**, que representa as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

Segundo JCHO (1993), há uma dimensão inerente ao acesso, que se refere à ideia de **tempo oportuno (timeliness)**. O tempo oportuno/oportunidade é o período durante o qual a prestação do cuidado se faz mais benéfica e necessária.

As dimensões que serão analisadas nessa pesquisa serão **aceitabilidade, acessibilidade, oportunidade e acomodação**. Do ponto de vista conceitual e operacional existe uma interface entre as dimensões do acesso e os componentes de vulnerabilidade. A figura 3 ilustra a relação acesso, suas dimensões e vulnerabilidades.

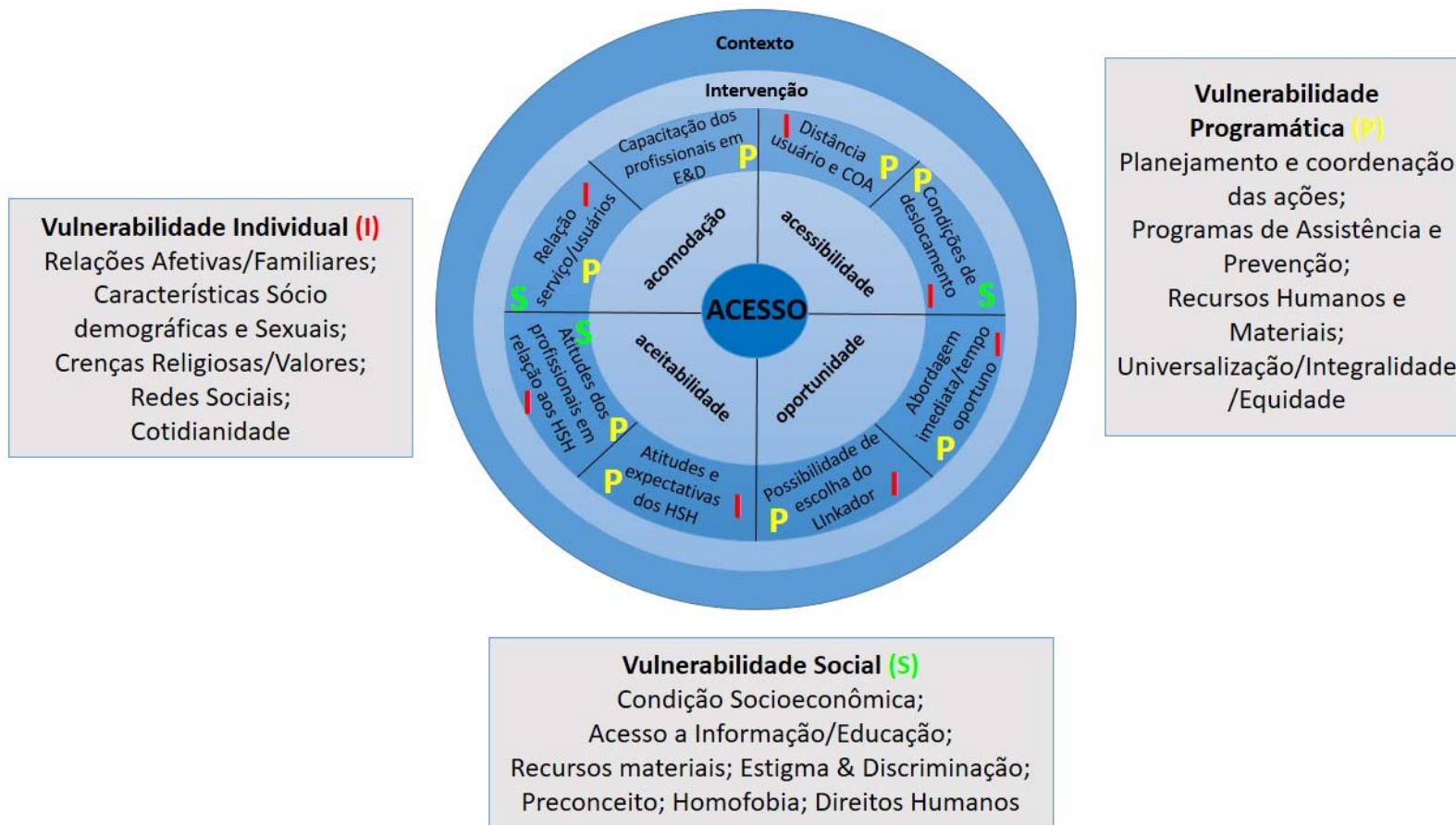
Dentro de vulnerabilidade individual, pode-se citar as relações afetivas e familiares dos HSH; as suas características sociodemográficas e sexuais; as suas crenças religiosas e valores; as redes sociais que eles estão inseridos e o cotidiano. A vulnerabilidade individual está presente em todas as dimensões do acesso. Em relação à vulnerabilidade social, destaca-se a condição socioeconômica dos indivíduos; o seu acesso à informação e educação, recursos materiais; estigma e discriminação; preconceito; homofobia; e direitos humanos. Acomodação, aceitabilidade e acessibilidade são as dimensões do acesso nas quais a vulnerabilidade social se apresenta. Na vulnerabilidade programática estão o planejamento e a coordenação das ações

realizadas pelos serviços de saúde; os programas de assistência e prevenção desenvolvidos; os recursos humanos e materiais disponíveis nos serviços; e os princípios do SUS (integralidade, universalização e equidade). A vulnerabilidade programática está em todas as dimensões do acesso.

O acesso aos serviços de saúde resulta da interação complexa de fatores individuais, sociais e organizacionais (Travassos & Martins, 2004; Krawzyk et al. 2006; Mshana et al. 2006; Ramos & Lima 2003). Oliveira (2009) reforça em estudo realizado em Salvador, que oferecer atendimento no Serviço de Atenção à Aids não garante necessariamente o acesso dos usuários à assistência.

É fundamental avaliar o acesso da população HSH aos serviços de saúde, não apenas considerando a sua chegada ao serviço, mas principalmente avaliar o seu acolhimento pelo serviço, verificando até que ponto o usuário se sentiu à vontade para se testar e, conseqüentemente, iniciar o tratamento, em tempo oportuno, caso seu resultado seja positivo para o HIV.

Figura 3: As dimensões do Acesso e Vulnerabilidades



Fonte: Adaptado de Luiza & Bermudez, 2014

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Avaliar o acesso dos homens que fazem sexo com homens à testagem para o HIV no Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba e a sua vinculação ao tratamento, a partir do projeto AHA.

3.2. Objetivos Específicos

3.2.1. Caracterizar os usuários testados para o HIV no COA e vinculados aos serviços de saúde, através do projeto AHA;

3.2.2. Analisar o acesso à testagem dos HSH e vinculação ao tratamento do HIV no COA de Curitiba com base nas dimensões de acomodação, aceitabilidade, acessibilidade e oportunidade, na visão dos usuários, profissionais de saúde e gestores;

3.2.3. Analisar os principais aspectos facilitadores e as barreiras para o acesso à testagem no COA e vinculação ao tratamento precoce do HIV para os HSH de Curitiba.

4. Metodologia

Para responder à pergunta avaliativa do presente estudo (foi utilizada como estratégia metodológica o **estudo de caso**, definido por Yin (2009) como uma investigação empírica que permite o estudo de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Compreende-se que essa estratégia de pesquisa tenha sido pertinente considerando o objeto do estudo, onde se observa a estreita relação entre o contexto, espaços de sociabilidade de HSH e características individuais e sociais deste grupo e a intervenção. Sendo assim, buscou-se com esse estudo, saber se houve ampliação do acesso dos HSH à testagem do HIV no COA e vinculação dos usuários diagnosticados HIV+ ao serviço de saúde, através do projeto AHA.

A estratégia de pesquisa “estudo de caso” é explorada por alguns autores, sendo o Robert Yin o autor que possui mais publicações, sendo assim o mais citado em referências bibliográficas.

Gil (2009) aponta alguns propósitos dos estudos de caso: 1) explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; 2) preservar o caráter unitário do objeto estudado; 3) descrever a situação do contexto em que está sendo feita uma determinada investigação; 4) formular hipóteses ou desenvolver teorias e 5) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações complexas que não permitam o uso de levantamentos e experimentos.

Merriam (1988) ressalta que a característica mais marcante da pesquisa de estudo de caso reside na delimitação do objeto de estudo: o caso. Segundo a autora, o caso é "uma coisa, uma única entidade, uma unidade em torno do qual existem limites” (pag.27). Esse limite pode ser o número de pessoas a serem entrevistadas, o prazo limitado para as observações, ou a instância de alguma questão, preocupação ou hipótese. O pesquisador é desafiado a compreender e articular a unidade em estudo. Para a autora o estudo de caso não reivindica nenhum método específico de coleta de dados, mas “enfoca a descrição e explicação holística” (pag.29).

Outro autor, Stake (2005), na discussão que faz sobre estudo de caso, foca na importância do papel do pesquisador como intérprete. Ele sugere que o caso em si pode ser estudado qualitativa ou quantitativamente, analítica ou holisticamente, através de medidas ou por interpretação, mas o fator crítico é que o caso é um sistema com limites, e com certos recursos dentro desses limites. O trabalho do pesquisador deve identificar “coerência e seqüência” das atividades dentro dos limites do caso como padrões.

Após revisão de literatura sobre o estudo de caso, o autor escolhido para referência nessa pesquisa foi o Yin, pois ele apresenta um esboço extremamente abrangente e sistemático para realizar o desenho e a condução de um estudo de caso, que inclui preparação para coleta de dados, coleta de evidências, análise das evidências e composição do relato do estudo de caso (Yin, 2003).

Na visão de Yin (2009), a pesquisa na forma de estudo de caso inclui casos únicos e casos múltiplos – ambos como variantes dos projetos de estudo de caso, que podem ter enfoque holístico ou incorporado. Utiliza-se o estudo de caso único, quando apenas um caso é avaliado ou quando se trata de um caso raro ou se tem pouco tempo/recurso para avaliar mais casos. O estudo de caso múltiplo é usado quando há mais de um caso a ser avaliado, ou quando se tem uma lógica de replicação ou quando o estudo geralmente é mais convincente (Yin, 2009).

O mesmo estudo de caso pode envolver mais de uma unidade de análise. Isso ocorre quando dentro de um caso único, se dá atenção a uma ou várias subunidades, que podem ser setores diferentes de uma instituição ou atividades— o que se denomina estudo de caso **incorporado**. O estudo de caso **holístico** deve ser aplicado quando não é possível identificar uma “subunidade lógica” (Martins, 2008).

De acordo com as definições acima, nessa pesquisa foi feito um **estudo de caso único**, com enfoque **incorporado**. O projeto AHA possui cinco estratégias de testagem: trailer, ONG, COA, Consultório na Rua (CR) e e-testing. Considerando o tempo e recursos necessários para a avaliação integral da intervenção, optou-se por realizar a avaliação apenas no **COA**.

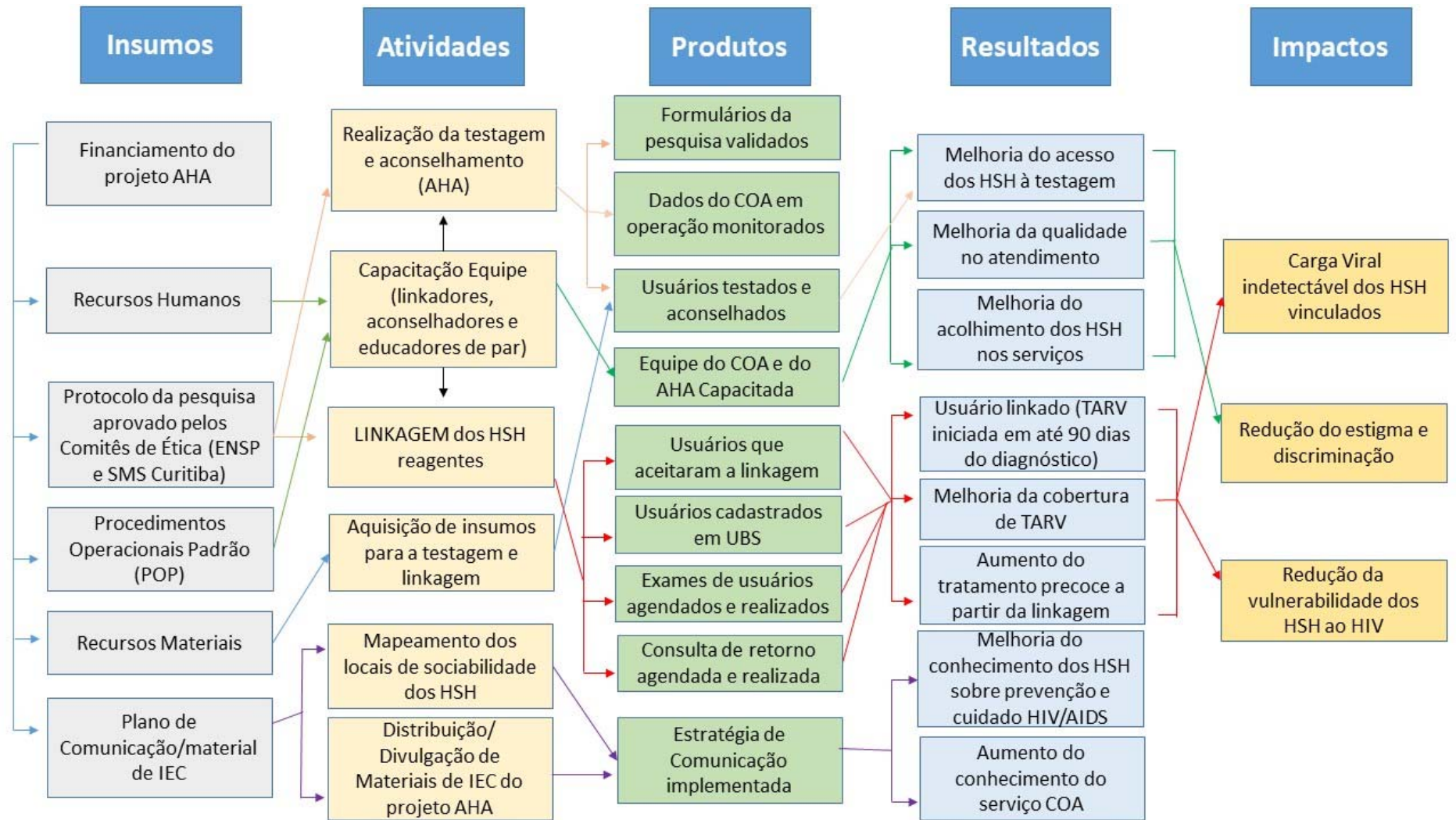
Os critérios de escolha do COA foram: ser uma unidade de saúde pública, é importante avaliar um serviço do SUS; o COA já atendia a população de HSH, portanto mesmo após o término do projeto, haveria sustentabilidade das suas atividades; e ser um serviço de referência para os casos confirmatórios do e-testing, que seria prorrogado após o término do projeto AHA. Os critérios de exclusão do CR, apesar de ser também uma unidade pública da SMS, tem como foco de atendimento à população em situação de rua, ainda que se visava, por meio do projeto AHA, identificar os homens que fazem sexo com outros homens. O trailer e a ONG foram excluídos pois as atividades de testagem e linkagem se encerrariam com o término do projeto AHA, em setembro 2017. O e-testing é realizado de forma anônima, assim o projeto só tem conhecimento dos usuários reagentes que vão ao COA para fazer o confirmatório, por isso a sua exclusão.

Como forma de apresentar a racionalidade da intervenção a ser avaliada, buscou-se desenvolver o modelo lógico da implantação do AHA no COA (Figura 4), construído com base análise documental, revisão de literatura e na minha experiência na coordenação do projeto AHA. Os componentes estruturais usados na construção desse modelo foram: insumos, atividades, produtos, resultados e impactos. Segundo Champagne et al. (2016), o modelo lógico permite documentar o sentido de um programa graças à conceitualização dos vínculos entre as estruturas, os processos e os resultados. A construção de um modelo lógico é útil para todo tipo de atividade e em todo tipo de contexto, inclusive a história do desempenho dos programas (McLaughlin & Jordan, 1999,2004) e as interações entre os níveis micro e macro das intervenções (Virtanen & Usikyla, 2004).

Uma abordagem que enfatiza o aprendizado, a melhoria e a identificação dos pontos fortes e fracos, especialmente a partir da perspectiva daqueles que estão diretamente implicados no programa, aumenta a relevância, a compreensão e a autoria da avaliação, tornando-a útil e de alta qualidade (Patton, 1997). Os principais stakeholders dessa avaliação são: os

profissionais de saúde e gestores do COA; os profissionais do projeto AHA; a SMS de Curitiba; os usuários HSH e outros homens; sociedade civil; os financiadores; os coordenadores do projeto AHA e o avaliador. Alguns deles foram envolvidos diretamente durante esse estudo; outros, indiretamente, e todos serão envolvidos na disseminação dos achados.

Figura 4: Modelo Lógico da Implantação do AHA no COA



Fonte: Elaboração própria

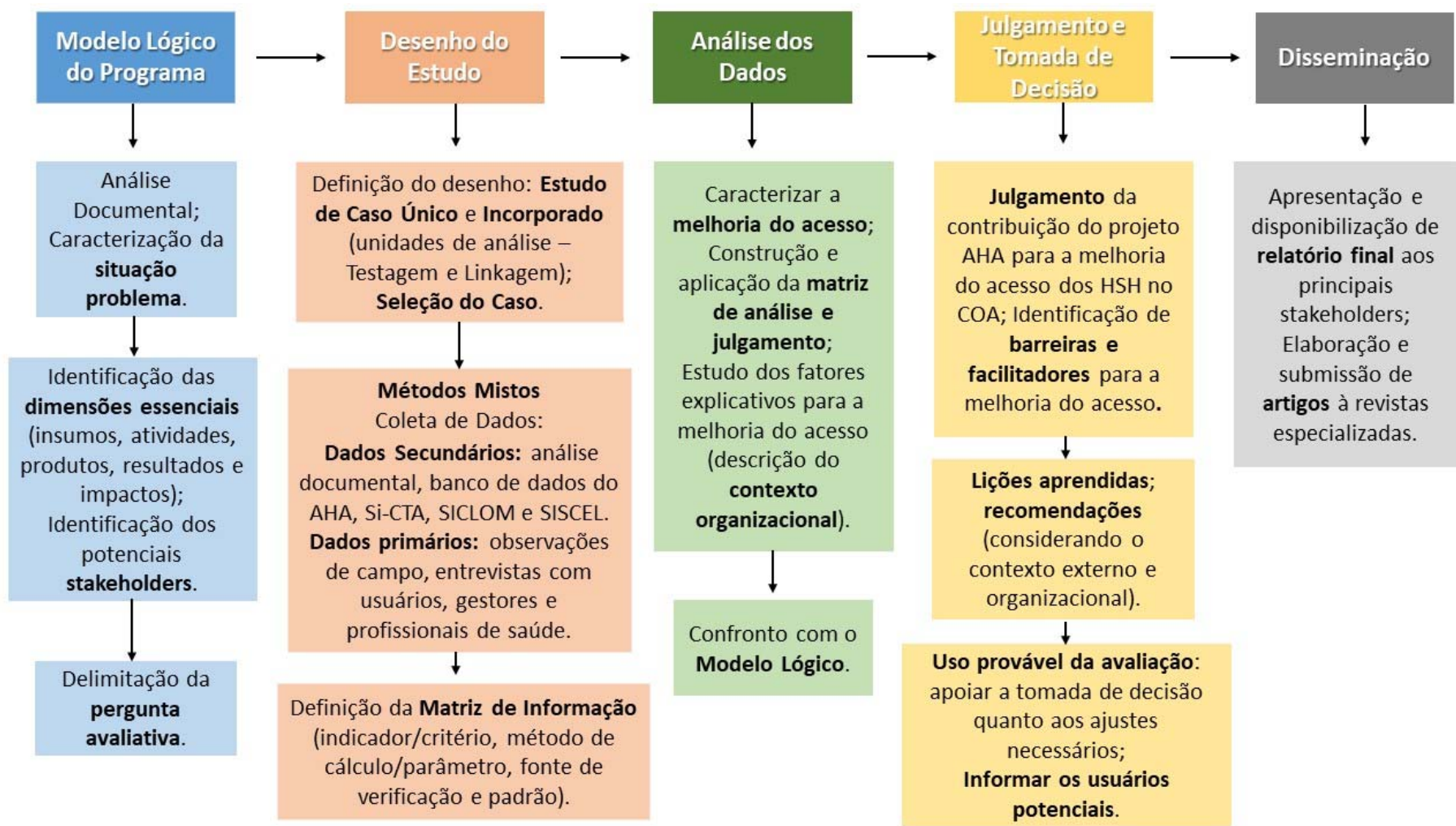
O método de análise adotado na pesquisa foi o **misto**, uma combinação de abordagem quantitativa e qualitativa, de modo a responder as questões principais da avaliação e produzir informações válidas e confiáveis. Segundo Greene et al (1989) o propósito geral para o uso de métodos mistos é proporcionar uma maior redução na incerteza e alcançar uma melhor compreensão dos fenômenos sociais a serem estudados. Creswell & Clark (2011) afirmam que a premissa central de métodos mistos é que o uso de abordagens quantitativas e qualitativas na combinação fornece uma melhor compreensão dos problemas de pesquisa do que qualquer uma das abordagens sozinhas. Essa combinação de métodos possibilita aumentar a validade do estudo (Yin, 2013).

A abordagem quantitativa envolveu a coleta, a análise e a interpretação de dados numéricos para descrever, explicar e prever os fenômenos. Essa abordagem é frequentemente utilizada em pesquisas e investigações dedutivas, pois visa testar teorias ou hipóteses para adquirir informações descritivas ou examinar relações entre as variáveis que são medidas para permitir que os dados coletados sejam analisados estatisticamente (Gay & Airasian, 2003)

A abordagem qualitativa está relacionada com o entendimento do significado das experiências vivenciadas pela humanidade. Assim, os dados qualitativos auxiliaram no entendimento das informações que emergem dos dados, providenciou informações detalhadas sobre o contexto e enfatizou a voz dos participantes por meio da utilização de suas citações. Essa abordagem permitiu a identificação de processos previamente desconhecidos, explicações do porquê e sobre como um determinado fenômeno ocorreu e, também, em relação à amplitude de seus efeitos (Lincoln & Guba, 1988).

A figura 5 apresenta o modelo teórico da avaliação, uma complementação do modelo lógico, segundo Medina et al. (2005), como é a esquematização do entendimento da natureza do problema, da descrição do programa e da relação entre eles e outros fatores determinantes na produção dos resultados. Ou seja, o modelo teórico explicita, a partir de um pressuposto de mudança, a teoria que orienta a avaliação.

Figura 5: Modelo Teórico da Avaliação



Fonte: Adaptado de Santos et al. 2006.

4.1. Coleta de Dados

4.1.1. Dados Quantitativos

De forma a responder o primeiro objetivo específico, foi realizada a coleta de dados secundários do projeto AHA como: número (frequência absoluta e relativa) total de homens testados para o HIV no COA durante a implantação do projeto AHA, por prática sexual e faixa etária; número (frequência absoluta e relativa) de HSH que nunca fizeram testes para HIV e número (frequência absoluta e relativa) de HSH com diagnóstico positivo para o HIV por faixa etária, número (frequência absoluta e relativa) de HSH que aceitaram o auxílio dos linkadores, número (frequência absoluta e relativa) de HSH encaminhados para uma unidade de saúde para monitorar e tratar a infecção pelo HIV. Esses dados foram utilizados para a caracterização dos usuários testados e vinculados aos serviços de saúde.

Para o alcance de parte do segundo objetivo específico, buscou-se os dados secundários do COA, extraídos do Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento (Si-CTA), que foram utilizados para a comparação do número (frequência absoluta e relativa) de testes realizados em homens e HSH antes e após o projeto AHA, número (frequência absoluta e relativa) de testes com diagnóstico HIV+ em homens e HSH antes e após o projeto. Esses dados serviram de base para analisar se houve ampliação do acesso à testagem e vinculação ao tratamento.

4.1.2. Dados Qualitativos

Foi realizada a coleta de dados primários seguindo métodos qualitativos, utilizando as técnicas de observações de campo, análise documental e entrevistas com usuários, gestores e profissionais de saúde. Esses dados forneceram contexto e profundidade para os resultados quantitativos de tal modo a propiciar uma visão completa da intervenção no COA.

As observações de campo foram necessárias para que o pesquisador pudesse fazer um mapeamento de campo, ou seja, uma interação prévia com a realidade dos sujeitos antes da realização das entrevistas. Foram observados os horários de maior movimento da população - alvo da pesquisa – HSH, o atendimento dos usuários; o acesso para pessoas com deficiência; a integração da equipe; tempo de espera para atendimento; entre outras, conforme roteiro (anexo 1).

Após a leitura flutuante de todos os documentos disponíveis do projeto AHA, os documentos selecionados para análise foram: protocolo do projeto; atas de reuniões entre os linkadores e a coordenação da linkagem; os formulários de informação de contato usuário e linkador; relatórios semestral e anual do Acordo de Cooperação; os relatórios das visitas de supervisão no COA; e o relatório da avaliação do projeto AHA, conforme quadro 1.

Quadro 1: Análise Documental da Avaliação do AHA no COA

Documento	Natureza do documento	Número de documentos analisados	Caracterização do conteúdo do documento
Protocolo do Projeto	Documento oficial do projeto AHA	1	Justificativa para o estudo, objetivos, metodologia utilizada, participantes, instrumentos utilizados na coleta de dados, tempo para execução da pesquisa, entre outros.
Atas/ajuda memória de reuniões entre os linkadores e a coordenação de linkagem	Detalhamento das questões abordadas nas reuniões acerca da estratégia da linkagem	29	Barreiras encontradas pelos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Curitiba; barreiras encontradas no COA; dificuldades encontradas pelos linkadores no processo de linkagem.
Relatórios semestral e anual do Acordo de Cooperação	Informações sobre o desenvolvimento/progresso do projeto AHA	5	Dados do processo da testagem e linkagem, materiais de comunicação e informação utilizados, resultados alcançados, avanços e desafios do projeto AHA.
Formulários de Registro Usuário/Linkador	Registro de cada contato feito entre o linkador e o usuário	73	Barreiras encontradas pelos usuários em cada processo: cadastro na UBS, consulta, agendamento de exames, retirada de medicamentos entre outras.
Relatórios das visitas de supervisão	Detalhamento das situações observadas no COA	8	Relações entre profissionais do COA e profissionais do projeto, atendimento dos usuários, estrutura do COA.
Relatório da avaliação do projeto A Hora é Agora	Relatório da avaliação da implementação do projeto	1	Pesquisa de satisfação com os usuários do COA, realizada em 2016; pontos positivos e negativos do COA sob a perspectiva de usuários (entrevistas realizadas em 2016), principais achados de acordo com as variáveis chaves da implementação do projeto AHA.

A fim de alcançar parte do segundo objetivo e o terceiro objetivo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas que buscaram responder à questão-chave da avaliação, e possibilitou também identificar as barreiras e facilitadores para o acesso dos HSH no COA, o seu acolhimento, acessibilidade, aceitabilidade, oportunidade/tempo oportuno e como foi a interação entre os interesses dos principais atores envolvidos e os componentes técnicos do projeto, entre outras questões. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise. Foram criadas nove categorias de acordo com cada pergunta realizada na entrevista e

agrupadas segundo as dimensões do acesso, conforme quadro 2. As barreiras de acesso foram categorizadas em: barreiras para os HSH; barreiras para os HSH se testarem; e barreiras para os HSH não iniciarem o tratamento (Quadro 3). As informações adquiridas nas entrevistas fazem parte do objetivo geral da pesquisa e também do segundo e terceiro objetivos específicos. Os roteiros das entrevistas constam nos anexos 2 e 3.

Quadro 2: Categorias de análise das entrevistas realizadas

Dimensão	Categorias de Análise	Perguntas	Informantes-chave	
ACEITABILIDADE	Projeto AHA no COA	Qual a sua opinião sobre o projeto AHA? O que você acha de ter um projeto como esse (AHA), dentro de um serviço de saúde?	Profissionais de Saúde e Gestores	
		Qual a sua opinião sobre o serviço de linkagem e o linkador?	Profissionais de Saúde e Gestores	
	Atendimento/acolhimento	Como você se sente ao entregar um resultado reagente para o HIV a um usuário HSH?	Profissionais de Saúde	
		Com que perfil de profissional do COA você mais se identificou?	Todos os usuários	
		Você considera esse local de testagem (COA) conveniente para os HSH?	Todos os usuários; profissionais de saúde e gestores	
		Há quanto tempo você está sendo atendido no COA?	Usuários HIV+	
ACESSIBILIDADE	Deslocamento	Como você costuma vir ao COA?	Todos os usuários	
		Qual o meio de transporte utilizado?	Todos os usuários	
		O COA é um local de fácil acesso para você? (Geograficamente)	Todos os usuários	
	Comunicação	Como você ficou sabendo do COA?	Todos os usuários	
		Você tem obtido informações sobre o HIV que lhe interessam? Onde tem obtido? E sobre os serviços de testagem e vinculação?	Todos os usuários	
		Há atividades ocorrendo na comunidade para incentivar o teste do HIV pelos HSH? Se sim, Quais?	Todos os usuários	
		Na sua opinião, que informações sobre a testagem, aconselhamento e vinculação aos cuidados do HIV para HSH tiveram utilidade para você?	Todos os usuários	
		Melhores locais para se testar/tratar	Na sua opinião, que tipo de estabelecimento de saúde prestaria os melhores serviços de cuidados do HIV para os HSH?	Todos os usuários
			Testar e Tratar	Qual a sua opinião sobre receber um diagnóstico e iniciar o tratamento imediatamente?
Linkagem	Como foi para você ter um linkador para te acompanhar após o seu diagnóstico até a sua vinculação com o serviço?			Usuários HIV+
	Para você, qual foi o papel do linkador no seu processo com o diagnóstico e tratamento?	Usuários HIV+		
	Você acha que o linkador te motivou a dar início ao tratamento?	Usuários HIV+		
	O que te faria não aceitar um linkador?	Usuários HIV+		
	Você acredita que os tipos de serviços prestados no projeto AHA representam uma iniciativa sustentável?	Profissionais de Saúde e Gestores		
	ACOMODAÇÃO	Atendimento/acolhimento	Você se sentiu acolhido pelos profissionais do COA?	Todos os usuários
Que dificuldades você enfrenta em seu trabalho na prestação de atendimento aos HSH?			Profissionais de Saúde	
Adequação do COA		De que maneira o AHA atende às necessidades e prioridades para as populações de HSH?	Profissionais de Saúde e Gestores	
		Que tipo de capacitação é realizada e que com frequência?	Profissionais de Saúde e Gestores	
		Qual a sua opinião sobre o COA como local de testagem?	Todos os usuários, Profissionais de Saúde e Gestores	
		O que você sugere para melhorar o atendimento no COA?	Todos os usuários, Profissionais de Saúde e Gestores	
		Qual é a frequência que vocês realizam reuniões de equipe?	Profissionais de Saúde e Gestores	

Quadro 3: Categorias de Análise - Barreiras de acesso

Categorias de Análise	Perguntas	Informantes-chave
Barreiras para os HSH	Quais as principais barreiras o usuário HSH pode encontrar ao procurar o COA?	Todos os usuários e profissionais de saúde
	Na sua opinião, qual é a maior barreira para se chegar aos HSH de Curitiba?	
Barreiras para se testar	Você pode descrever algumas das razões pelas quais os HSH podem optar por não fazer o teste do HIV?	Todos os usuários; profissionais de saúde e gestores
Barreiras para se tratar	O que você considera como principal barreira para um usuário (HSH) reagente não iniciar o tratamento?	Usuários HIV+ e profissionais de saúde

4.1.3. Seleção dos participantes para as entrevistas

A seleção dos participantes para as entrevistas com informantes chave (EIC) se deu de forma intencional para obtenção das categorias específicas de participantes considerados importantes para atingir os objetivos da pesquisa.

A quantidade de EIC baseou-se em diretrizes para a coleta de dados qualitativos. Para se chegar a quantidade necessária de, foi usado o critério de saturação, ou o ponto em que os temas passaram a se repetir e novas informações relacionadas às questões-chave deixaram de surgir. Foram realizadas 22 entrevistas com informantes-chave, sendo: dois gestores, sete profissionais do COA e AHA, seis usuários com diagnóstico negativo para o HIV e sete usuários com diagnóstico HIV+, conforme detalhamento abaixo. Todos os sujeitos convidados para entrevistas (gestores, profissionais de saúde e usuários) estão envolvidos, direta ou indiretamente com o Projeto AHA.

Quadro 4: Entrevistas realizadas, segundo categoria

Categoria	Detalhamento	Número de pessoas entrevistadas
Gestores	Nível local: 1	2
	Nível Distrital: 1	
Profissionais	Linkadores/aconselhadores: 4	7
	Enfermeiros/coletadores: 2	
	Psicóloga: 1	
Usuários	Usuários com diagnóstico HIV positivo: 7	13
	Usuários com diagnóstico HIV negativo: 6	
Total de entrevistados:		22

4.1.4. Critérios de Inclusão/Exclusão e Procedimentos de consentimento e entrevista

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram:

Para gestores e profissionais de saúde: 1) que tivessem envolvimento direto no COA (superintendência, gerência distrital, coordenação local e equipe de atendimento do COA); 2) estarem atuando no projeto AHA, dentro do COA ou terem trabalhado nessa unidade nos últimos seis meses;

Para usuários: 1) ser HSH, morador de Curitiba, acima de 18 anos que tenha feito o teste de HIV no COA nos últimos seis meses; 2) ser HSH, morador de Curitiba, acima de 18 anos que nunca fez o teste para HIV; 3) ser HSH entre 18 a 29 anos, morador de Curitiba, que tenha feito o teste de HIV no COA nos últimos seis meses; ser HSH entre 18 a 29 anos, morador de Curitiba, que nunca tenha feito o teste para HIV; 4) todos os participantes devem aceitar a participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – anexo 4 a.

Os critérios de exclusão para a participação na pesquisa foram:

Para usuários: 1) aqueles que não se declararam ser HSH; 2) ser travesti/transsexual;

Para profissionais de saúde e gestores: 1) aqueles que não atendem a população do projeto (ex. médicos e administrativos).

O acesso aos gestores e profissionais de saúde entrevistados foi feito no COA, com agendamento prévio, por e-mail. Os usuários foram abordados na sala de espera do COA e foram entrevistados, após concordarem em participar da pesquisa, em sala reservada do COA,

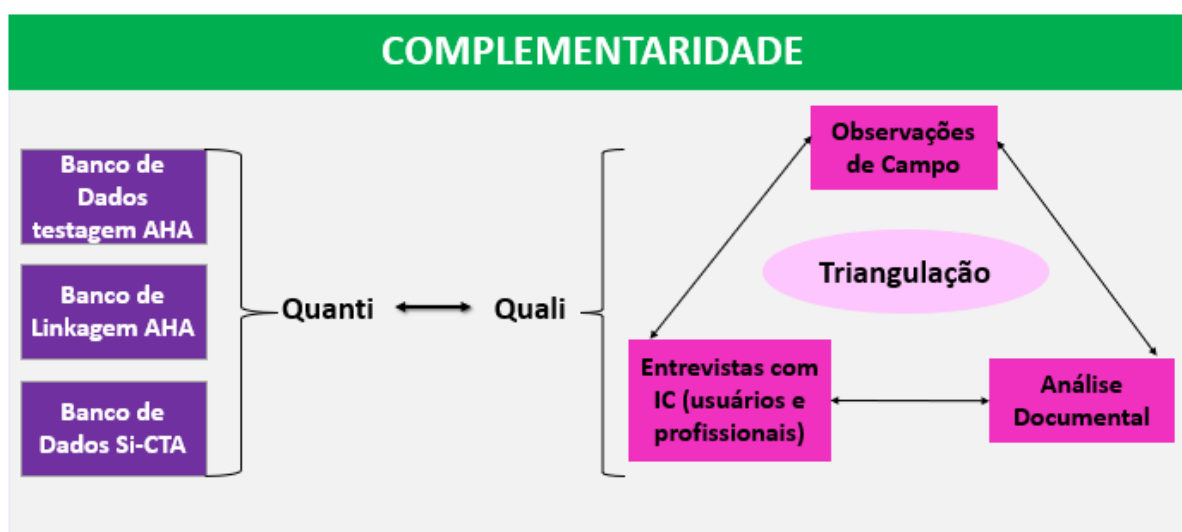
ao término da coleta do teste e após aconselhamento pós teste. Os usuários que estivessem sendo acompanhados por linkadores, ou que já foram linkados ao serviço de saúde foram abordados pelos linkadores e as entrevistas foram agendadas no COA (realizadas em sala reservada). As entrevistas foram realizadas no período de 14 a 16 de maio de 2018 – segunda à quarta-feira, dias em que havia maior fluxo de usuários no COA, no horário de 8h às 17h.

4.2. Análise de Dados

Um dos principais objetivos da condução de pesquisas e investigações fundamentadas em estudos mistos é a integração de diferentes tipos de coleta, análise e interpretação de dados em um mesmo estudo (Creswell, 2003).

A análise desse estudo foi realizada através da **complementaridade e triangulação** (figura 6). A complementaridade permitiu obter conclusões mais completas usando métodos quantitativos e qualitativos para buscar resultados complementares sobre diferentes facetas de um fenômeno (Greene et al., 1989). A triangulação, segundo Denzin (2010), usa fonte de dados diferentes ou dados diferentes da mesma fonte para examinar o mesmo objeto. Esse estudo procura a convergência e corroboração através das diferentes técnicas utilizadas – observações de campo, entrevistas com informantes chave e análise documental, conforme apresentado na figura 6. Essa convergência fortalecerá a validade interna da avaliação.

Figura 6: Desenho da Análise



Fonte: Adaptado de Dang, 2015 - A Mixed Method Approach Enabling the Triangulation Technique: Case Study in Vietnam.

Os dados quantitativos (secundários) coletados foram tabulados e frequências simples foram calculadas, com a apresentação de proporções para variáveis categóricas e média e mediana para variáveis contínuas como idade. As análises estatísticas estão apresentadas através de tabelas, no capítulo seguinte. As variáveis sócio demográficas utilizadas foram: idade/faixa etária, raça/cor e escolaridade. As variáveis comportamentais foram: realização do teste para HIV anteriormente, resultado do teste para HIV e adesão ao serviço de linkagem. Para os usuários diagnosticados HIV+ que aceitaram a linkagem, foram analisados também o tempo de vinculação ao serviço (média e mediana) e as barreiras encontradas durante o processo de linkagem. Para identificar se havia diferenças significativas entre a média do número de HSH testados no COA antes do projeto AHA e após o AHA, foi realizado o teste z de diferença de médias para duas amostras independentes. E para identificar se havia diferenças significativas entre as proporções de homens e HSH jovens testados no COA antes e após o projeto AHA, foi realizado o teste z.

A categoria HSH foi definida pela prática sexual: foram selecionados todos os homens que declararam ter feito sexo com um ou mais homens, pelo menos uma vez, independente de terem tido relações com mulheres ou da sua orientação sexual.

A matriz de informação da pesquisa foi desenvolvida considerando as quatro dimensões do acesso: acessibilidade, aceitabilidade, acomodação e oportunidade. Os dados quantitativos com as informações dos indicadores utilizados, método de cálculo, fonte de verificação, padrão e pontuação estão apresentados na figura 7. A pontuação máxima estabelecida para os indicadores quantitativos foi 36 pontos, distribuídos entre as dimensões aceitabilidade (3 pontos), acessibilidade (24 pontos), oportunidade (9 pontos), conferindo assim maior peso à dimensão acessibilidade.

Figura 7: Matriz de Informação – Dados Quantitativos

Dimensão	Indicador	Método de Cálculo	Fonte de Verificação	Padrão	Pontuação
ACEITABILIDADE	Varição da testagem do HIV em HSH no COA, em relação ao número de testagens em HSH no COA, antes do projeto AHA.	$(\text{No. HSH testados no COA durante o projeto AHA} - \text{No. HSH testados no COA antes do projeto AHA}) / (\text{No. de HSH testados no COA, antes do projeto AHA}) * 100$	Banco de dados de testagem do projeto e Si-CTA	50%	$\geq 50,0\% = 3$ $40,0$ a $49,9\% = 2$ $30,0$ a $39,9\% = 1$ $\leq 29,9\% = 0$
ACESSIBILIDADE	% de HSH jovens testados no COA	$\text{No. HSH testados} / \text{total de homens testados} * 100$	Banco de dados do Si-CTA	40% HSH	$\geq 40,0\% = 3$ $30,0$ a $39,9\% = 2$ $20,0$ a $29,9\% = 1$ $\leq 19,9\% = 0$
		$\text{No. HSH menores de 29 anos testados} / \text{total de HSH testados} * 100$			
	% de HSH jovens testados no projeto AHA no COA	$\text{No. HSH testados} / \text{total de homens testados} * 100$	Banco de dados de testagem do projeto	80% HSH	$\geq 80,0\% = 3$ $70,0$ a $79,9\% = 2$ $60,0$ a $69,9\% = 1$ $\leq 59,9\% = 0$
		$\text{No. HSH menores de 29 anos testados} / \text{total de HSH testados} * 100$			
	% de 1o. Atendimento de HSH no COA	$\text{No. HSH testado pela 1a. vez no COA} / \text{total HSH testados no COA} * 100$	Banco de dados do Si-CTA	60%	$\geq 60,0\% = 3$ $50,0$ a $59,9\% = 2$ $40,0$ a $49,9\% = 1$ $\leq 39,9\% = 0$
	% de HSH testados o COA com nível de escolaridade "ensino médio completo" ou acima	$\text{No. HSH testados com "ensino médio completo" ou acima} / \text{total HSH testados no COA} * 100$	Banco de dados do Si-CTA	80%	$\geq 80,0\% = 3$ $70,0$ a $79,9\% = 2$ $60,0$ a $69,9\% = 1$ $\leq 59,9\% = 0$
	% de HSH jovens testados no COA, com resultado positivo para o HIV	$\text{No. HSH testados HIV +} / \text{total de HSH testados} * 100$	Banco de dados do Si-CTA	65% jovens; 12% prevalência	$65\% = 3$ $55,0$ a $64,9\% = 2$ $45,0$ a $54,9\% = 1$ $\leq 44,9\% = 0$
		$\text{No. HSH menores de 29 anos testados HIV +} / \text{total de HSH testados HIV +} * 100$			
	% de 1o. Atendimento de HSH no projeto AHA no COA	$\text{No. HSH testado pela 1a. vez no COA} / \text{total HSH testados no COA} * 100$	Banco de dados de testagem do projeto	60%	$\geq 60,00\% = 3$ $50,00$ a $59,99\% = 2$ $40,0$ a $49,9\% = 1$ $\leq 39,9\% = 0$
	% de HSH testados no AHA no COA com nível de escolaridade "ensino médio completo" ou acima	$\text{No. HSH testados com "ensino médio completo" ou acima} / \text{total HSH testados no COA} * 100$	Banco de dados de testagem do projeto	80%	$\geq 80,0\% = 3$ $70,0$ a $79,9\% = 2$ $60,0$ a $69,9\% = 1$ $\leq 59,9\% = 0$
% de HSH jovens testados no AHA no COA, com resultado positivo para o HIV	$\text{No. HSH testados HIV +} / \text{total de HSH testados} * 100$	Banco de dados de testagem do projeto	65% jovens; 12% prevalência	$65\% = 3$ $55,0$ a $64,9\% = 2$ $45,0$ a $54,9\% = 1$ $\leq 44,9\% = 0$	
	$\text{No. HSH menores de 29 anos testados HIV +} / \text{total de HSH testados HIV +} * 100$				
OPORTUNIDADE	% de HSH, com resultado do teste HIV+, que declararam aceitar o apoio de um linkador.	$\text{No. HSH HIV+ que aceitaram a linkagem} / \text{total de HSH que receberam a oferta de linkagem} * 100$	Banco de dados de testagem do projeto	90%	$\geq 90,0\% = 3$ $80,0$ a $89,9\% = 2$ $60,0$ a $79,9\% = 1$ $\leq 59,9\% = 0$
	Tempo médio entre diagnóstico positivo e início efetivo de tratamento, em HSH do projeto AHA no COA.	Data de início efetivo do tratamento dos HSH - data do diagnóstico positivo dos HSH	Banco de dados de linkagem e Banco de dados de testagem do projeto	Máximo 90 dias	≤ 60 dias = 3 90 a 59 dias = 2 = 90 dias = 1 > 91 dias = 0
	% de HSH, com testagem positiva, vinculados a Rede SUS, no ciclo de linkagem (90 dias).	$\text{No. de HSH+ vinculados ao rede SUS em 90 dias} / \text{total de HSH que aceitaram a linkagem} * 100$	Banco de dados de linkagem, Banco de dados de testagem do projeto e SICLOM	90%	≤ 60 dias = 3 90 a 59 dias = 2 = 90 dias = 1 > 91 dias = 0

A estratégia metodológica de análise dos dados qualitativos foi a de **análise de conteúdo**, técnica de tratamento de dados coletados, que visa à interpretação de material de caráter qualitativo, assegurando uma descrição objetiva, sistemática e com a riqueza manifesta no momento da coleta dos mesmos (Bardin, 2009). A análise de conteúdo possui três momentos, segundo Bardin (2009): **pré-análise**: determina os documentos que serão analisados (entrevistas, observações de campo e os documentos), **exploração de material**: codificação e categorização utilizando critério semântico (significativo), construindo desta forma categorias temáticas de acordo com as dimensões do acesso ; e **tratamento dos resultados**: inferência e a interpretação; é a fase da reflexão, da intuição, com embasamento nos materiais empíricos, confronto entre o conhecimento acumulado e o adquirido.

Essa abordagem permitiu avaliar as dimensões do acesso dos HSH à testagem do HIV no COA de Curitiba e a vinculação ao serviço de saúde, no contexto da acomodação, aceitabilidade, acessibilidade e oportunidade, assim como identificar as barreiras e facilitadores para esse acesso.

A matriz de dados qualitativos com as informações dos critérios utilizados, parâmetro, fonte de verificação, padrão e pontuação está presente na figura 8. A pontuação máxima estabelecida para os indicadores qualitativos foi 36 pontos, distribuídos entre as dimensões aceitabilidade (12 pontos), acessibilidade (6 pontos), oportunidade (6 pontos) e acomodação (12 pontos), conferindo assim maior peso às dimensões aceitabilidade e acomodação.

Figura 8: Matriz de Informação – Dados Qualitativos

Dimensão	Critério	Parâmetro	Fonte de Verificação	Padrão	Pontuação
ACEITABILIDADE	Satisfação dos profissionais de saúde do COA e gestores em relação ao projeto AHA	Muito satisfeito; Parcialmente Satisfeito; Nem satisfeito, nem insatisfeito; Parcialmente Insatisfeito; Muito insatisfeito	Entrevista semi-estruturada com profissionais de saúde e gestores	Muito satisfeito	Muito satisfeito = 3; Parcialmente Satisfeito = 2; Nem satisfeito, nem insatisfeito = 1; Parcialmente = 0,5 Muito insatisfeito = 0
	Satisfação dos profissionais de saúde e gestores sobre a linkagem e linkador	Muito satisfeito; Parcialmente Satisfeito; Nem satisfeito, nem insatisfeito; Parcialmente Insatisfeito; Muito insatisfeito	Entrevista semi-estruturada com profissionais de saúde e gestores	Muito satisfeito	Muito satisfeito = 3; Parcialmente Satisfeito = 2; Nem satisfeito, nem insatisfeito = 1; Parcialmente = 0,5 Muito insatisfeito = 0
	Satisfação dos usuários em relação à testagem e aconselhamento no COA	Muito satisfeito; Parcialmente Satisfeito; Nem satisfeito, nem insatisfeito; Parcialmente Insatisfeito; Muito insatisfeito	Entrevista semi-estruturada com usuários; análise documental	Muito satisfeito	Muito satisfeito = 3; Parcialmente Satisfeito = 2; Nem satisfeito, nem insatisfeito = 1; Parcialmente = 0,5 Muito insatisfeito = 0
	Satisfação dos usuários diagnosticados HIV+ em relação à linkagem do AHA	Muito satisfeito; Parcialmente Satisfeito; Nem satisfeito, nem insatisfeito; Parcialmente Insatisfeito; Muito insatisfeito	Entrevista semi-estruturada com usuários; análise documental	Muito satisfeito	Muito satisfeito = 3; Parcialmente Satisfeito = 2; Nem satisfeito, nem insatisfeito = 1; Parcialmente = 0,5 Muito insatisfeito = 0
ACESSIBILIDADE	Acesso geográfico dos usuários ao COA	Muito bom; Bom; Regular; Ruim; Péssimo	Entrevista semi-estruturada com usuários	Muito Bom	Muito bom =3; Bom = 2; Regular = 1; Ruim = 0,5; Péssimo =0
	Disponibilidade de informações sobre o HIV, testagem e tratamento, na visão dos usuários	Muito disponível; Disponível; Pouco Disponível; Regular; Nada Disponível	Entrevista semi-estruturada com usuários	Muito disponível	Muito disponível = 3; Disponível = 2; Pouco Disponível = 1; Regular = 0,5; Nada Disponível= 0
OPORTUNIDADE	Importância sobre testar e tratar na visão dos usuários	Muito importante; Importante; Pouco Importante; Regular; Nada importante	Entrevista semi-estruturada com usuários	Muito importante	Muito importante = 3; Importante = 2; Pouco Importante = 1; Regular = 0,5; Nada importante = 0
	Acompanhamento do linkador na visão dos usuários reagentes	Muito bom; Bom; Regular; Ruim; Péssimo	Entrevista semi-estruturada com usuários	Muito bom	Muito bom =3; Bom = 2; Regular = 1; Ruim = 0,5; Péssimo =0
ACOMODAÇÃO	Envolvimento dos profissionais de saúde do COA aos usuários	Muito bom; Bom; Regular; Ruim; Péssimo	Entrevista semi-estruturada com usuários; análise documental	Muito bom	Muito bom =3; Bom = 2; Regular = 1; Ruim = 0,5; Péssimo =0
	Suficiência da capacitação sobre estigma e discriminação para os profissionais de saúde	Muito suficiente; Suficiente; Pouco Suficiente; Regular; Insuficiente	Entrevista semi-estruturada com profissionais de saúde e gestores	Muito suficiente	Muito suficiente = 3; Suficiente = 2; Pouco Suficiente = 1; Regular = 0,5; Insuficiente = 0
	Conveniência do ambiente do COA para a comunidade HSH	Muito conveniente; Conveniente; Pouco conveniente; Regular; Inconveniente	Entrevista semi-estruturada com usuários; análise documental	Muito conveniente	Muito conveniente = 3; Conveniente = 2; Pouco conveniente = 1; Regular = 0,5; Inconveniente= 0
	Conveniência do horário de funcionamento do COA para a comunidade HSH	Muito bom; Bom; Regular; Ruim; Péssimo	Entrevista semi-estruturada com usuários	Muito Bom	Muito bom =3; Bom = 2; Regular = 1; Ruim = 0,5; Péssimo =0

O parâmetro utilizado para a realização do julgamento de ambos os métodos (quantitativos e qualitativos) foi relacionado à pergunta avaliativa do estudo: “O projeto AHA, no COA de Curitiba, modificou o acesso dos HSH à testagem do HIV e à vinculação dos usuários diagnosticados HIV+ aos serviços de saúde, para o tratamento precoce do HIV/ Aids?”. Para fazer a análise final dos métodos integrados, os dados qualitativos foram traduzidos em valores e a pontuação final obedecerá à pontuação abaixo:

Quadro 5: Pontuação final dos resultados quantitativos e qualitativos

Total de Pontos	Resultado
49 a 72 pontos	O projeto AHA modificou plenamente o acesso dos HSH no COA
37 a 48 pontos	O projeto AHA modificou muito o acesso dos HSH no COA
25 a 36 pontos	O projeto AHA modificou o acesso dos HSH no COA
13 a 24 pontos	O projeto AHA modificou pouco o acesso dos HSH no COA
0 a 12 pontos	O projeto AHA não modificou o acesso dos HSH no COA

4.3. Aspectos Éticos

Essa pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz através do parecer 2.539.927, em 12 de março 2018 (Anexo 5a) e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba através do parecer 2.609.994, em 19 de abril 2018 (Anexo 5b).

As entrevistas com gestores e profissionais de saúde foram realizadas por profissional capacitado em ética em pesquisa e técnicas de coleta de dados qualitativos, para evitar qualquer viés ou conflito de interesse, devido à minha participação no projeto AHA.

Parte dos dados secundários utilizados fazem parte dos resultados do projeto AHA, submetidos ao CEP e CONEP no protocolo “Abordagem integral para a testagem do HIV e vinculação com a assistência a homens que fazem sexo com homens em Curitiba” e aprovado através do parecer 977.803, em 10 de março 2015.

5. Resultados e Discussão

5.1. Caracterização dos usuários

A caracterização dos usuários testados no COA foi feita em duas etapas: a primeira, com todos os usuários homens que fizeram o teste do HIV no COA antes do projeto AHA (2012 a 2014) e após o projeto AHA (2015 a 2017); na segunda etapa foi feita a caracterização dos usuários que foram se testar no COA através do projeto AHA e que aceitaram participar da pesquisa.

5.1.1. Homens que fizeram o teste do HIV no COA

Para descrever o perfil dos usuários do sexo masculino no COA, foram analisados os três anos anteriores ao projeto AHA no COA – 2012, 2013 e 2014 (primeiro período) e os três anos após o projeto no COA – 2015, 2016 e 2017 (segundo período).

A tabela 1 mostra que no segundo período houve 5.437 homens testados para o HIV a mais que no primeiro período, o que corresponde a um aumento de 45% de homens testados no COA no período após o projeto AHA. Em se tratando de HSH, esse aumento foi ainda maior – 2.554 HSH testados a mais, o que corresponde a 54,4% em relação ao período anterior. Pode se observar que a maioria das pessoas que fizeram o teste do HIV no COA foram homens (68% no primeiro período e 72% no segundo período), porcentagem bem acima de outros CTA no Brasil. Estudo realizado em CTA de 17 cidades do Nordeste, em 1996, apontou que 54% dos usuários eram do sexo masculino (Minayo et al. 1999); no Rio Grande do Sul em 2003 e 2004, uma média de 39% dos usuários eram do sexo masculino (Germano et al. 2008); e em um CTA do Rio de Janeiro, estudo realizado em 2008 e 2009 apontaram que apenas 37,5% dos usuários eram do sexo masculino (Soares & Brandão, 2013).

Em relação aos homens testados, os dois períodos apresentam uma relação equilibrada quanto à faixa etária – jovens entre 14 a 29 anos e acima de 30 anos. Quanto ao resultado do teste HIV reagente, houve um aumento de 214 casos no segundo período, o que corresponde a 22,6%, a maioria deles na faixa etária de 14 a 29 anos.

O perfil dos HSH testados apresenta a maioria jovem (14 a 29 anos) observando também um aumento de jovens no segundo período (61%), em relação ao primeiro período. Enquanto

as taxas de testes para o HIV variam globalmente quanto à faixa etária, em muitos países os jovens representam um grupo com taxas de testagem desproporcionalmente muito baixas, como no Canadá (Shoveller et al. 2010). Na Austrália, estudo realizado em 2002 apontou que os HSH mais jovens se testavam com mais frequência (Jin et al. 2002) e outro estudo realizado em 2012 revelou que os HSH que haviam feito o teste recentemente eram mais velhos que os HSH que nunca haviam se testado (Holt et al. 2012).

A maioria dos HSH testados foram da raça/cor branca (84,7%), seguida de parda (15,3%). Uma minoria dos HSH testados tinha grau de instrução até ensino médio incompleto (4,7%). A maioria dos HSH estavam se testando pela primeira vez no COA (média de 73,7% nos dois períodos). Segundo Assis & Jesus (2012), a questão do acesso ganha importância e começa a ser abordada de maneira mais complexa na medida em que, apesar da garantia da lei, na prática ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente em várias regiões e serviços vinculados ao SUS.

Quanto ao resultado reagente para o HIV, houve um aumento de 209 casos no segundo período, o que corresponde a 32,3%, a maioria está entre os jovens (média de 66,1% nos dois períodos) e a raça/cor e escolaridade tem as mesmas características dos HSH não reagentes para o HIV. Esse aumento de casos diagnosticados pode ser explicado pelas campanhas de incentivo à testagem realizadas pelo projeto AHA, focadas em jovens e HSH. Dados do último boletim epidemiológico de Curitiba apresentam uma maior proporção de casos diagnosticados em HSH desde 2009, em 2016 e 2017 essa categoria respondeu por mais de 45% dos casos (Curitiba, 2018).

Tabela 1: Distribuição absoluta e percentual, média, variação e p-valor para os homens testados para o HIV no COA, segundo características – Curitiba / 2012-2014 e 2015-2017

Características	1o período (2012-2014)			2o período (2015-2017)			Total (2012-2017)		Variação entre os períodos	p-valor
	n	%	Média	n	%	Média	n	%		
Total de pessoas que fizeram o teste HIV	17,884	42.2%	5,961.33	24,473	57.8%	8,157.66	42,357	100.0%	36.8%	
Total de Homens que fizeram teste HIV	12,162	68.0%	4,054.00	17,599	71.9%	5,866.33	29,761	70.3%	44.7%	0.0000
Faixa etária	12,162	100.0%	4,054.00	17,599	100.0%	5,866.33	29,761	100.0%	44.7%	
14 a 29 anos	6,159	50.6%	2,053.00	9,446	53.7%	3,148.67	15,605	52.4%	53.4%	0.0000
30 anos ou mais	6,003	49.4%	2,001.00	8,153	46.3%	2,717.67	14,156	47.6%	35.8%	0.0000
HOMENS - Resultado do teste HIV - Reagente										
	946	7.8%	315.33	1,160	6.6%	386.67	2,106	7.1%	22.6%	0.0000
Faixa etária	946	100.0%	315.33	1,160	100.0%	386.67	2,106	100.0%	22.6%	
14 a 29 anos	509	53.8%	169.67	672	57.9%	224.00	1,181	56.1%	32.0%	0.0289
30 anos ou mais	437	46.2%	145.67	488	42.1%	162.67	925	43.9%	11.7%	0.0289

Características	1o período (2012-2014)			2o período (2015-2017)			Total (2012-2017)		Variação entre os períodos	p-valor
	n	%	Média	n	%	Média	n	%		
Total de HSH que fizeram teste HIV	4,671	39.3%	1,557.00	7,225	60.7%	2,408.33	11,896	100.0%	54.7%	
Faixa etária	4,671	100.0%	1,557.00	7,225	100.0%	1,625.67	11,896	100.0%	54.7%	
14 a 29 anos	3,029	64.8%	1,009.67	4,877	67.5%	1,625.67	7,906	66.5%	61.0%	0.0014
30 anos ou mais	1,642	35.2%	547.33	2,348	32.5%	782.67	3,990	33.5%	43.0%	0.0014
Raça/cor	4,671	100.0%	1,497.67	7,225	100.0%	2,284.00	11,896	100.0%	54.7%	
Branca	3,771	83.9%	1,257.00	5,802	85.2%	1,934.00	9,573	84.7%	53.9%	0.2828
Parda	721	16.1%	240.33	1,009	14.8%	336.33	1,730	15.3%	39.9%	0.0132
Outras (amarela, indígena, preta)	179	4.0%	0.33	414	6.1%	13.67	593	5.2%	131.3%	0.0000
Escolaridade	4,671	100.0%	1,557.00	7,225	100.0%	2,406.33	11,896	100.0%	54.7%	
Ensino médio incompleto	223	4.8%	71.00	306	4.2%	96.67	529	4.4%	37.2%	0.0819
Ensino médio completo	1,653	35.4%	551.00	2,751	38.1%	917.00	4,404	37.0%	66.4%	0.0015
Superior incompleto, completo, ou mais	2,639	56.5%	879.67	3,849	53.3%	1,283.00	6,488	54.5%	45.9%	0.0003
Ignorado	156	3.3%	52.00	319	4.4%	106.33	475	4.0%	104.5%	0.0017
1º atendimento no COA	4,671	100.0%	1,557.00	7,225	100.0%	2,408.33	11,896	100.0%	54.7%	
Não	999	21.4%	333.00	2,128	29.5%	709.33	3,127	26.3%	113.0%	0.1490
Sim	3,672	78.6%	1,224.00	5,097	70.5%	1,699.00	8,769	73.7%	38.8%	0.1490
HSH - Resultado do teste HIV - Reagente										
	647	13.9%	215.67	856	11.8%	285.33	1,503	12.6%	32.3%	0.0007
Faixa etária	647	100.0%	215.67	856	100.0%	285.33	1,503	100.0%	32.3%	
14 a 29 anos	418	64.6%	139.33	575	67.2%	191.67	993	66.1%	37.6%	0.1490
30 anos ou mais	229	35.4%	76.33	281	32.8%	93.67	510	33.9%	22.7%	0.1490
Raça/cor	647	100.0%	205.33	856	100.0%	266.00	1,503	100.0%	32.3%	
Branca	500	81.2%	166.67	633	79.4%	211.00	1,133	80.2%	26.6%	0.0689
Parda	116	18.8%	38.67	164	20.6%	54.67	280	19.8%	41.4%	0.1470
Outras (amarela, indígena, preta)	31	5.0%	0.00	59	7.4%	0.33	90	6.4%	90.3%	0.0513
Escolaridade	647	100.0%	215.67	856	100.0%	285.33	1,503	100.0%	32.3%	
Ensino médio incompleto	30	4.6%	9.33	41	4.8%	13.33	71	4.7%	36.7%	0.4450
Ensino médio completo	279	43.1%	93.00	392	45.8%	130.67	671	44.6%	40.5%	0.1511
Superior incompleto, completo, ou mais	320	49.5%	106.67	397	46.4%	132.33	717	47.7%	24.1%	0.1182
Ignorado	18	2.8%	6.00	26	3.0%	8.67	44	2.9%	44.4%	0.3856
1º atendimento no COA	647	100.0%	215.67	856	100.0%	285.33	1,503	100.0%	32.3%	
Não	95	14.7%	31.67	136	15.9%	45.33	231	15.4%	43.2%	0.2607
Sim	552	85.3%	184.00	720	84.1%	240.00	1,272	84.6%	30.4%	0.2607

Nota: O p-valor refere-se ao teste de diferença de proporções entre o 1º período e o 2º período ao nível de 5%.

Fonte: Banco de Dados Si-CTA (COA) – 2012 a 2017

A prevalência para o HIV nos HSH testados no COA em todo o período (2012 a 2017) foi em média 12,6%, similar aos resultados de estudo realizado em 2009 em dez cidades brasileiras, que apresentou prevalência de 12,1% (Kerr et al, 2013). Em estudo realizado no município de São Paulo através de TLS (Time-Location Sampling), os resultados apontaram prevalência de 15% entre os HSH entrevistados (Veras et al., 2015). No Rio de Janeiro, estudo realizado em uma unidade móvel e em uma ONG LGBT, apontaram uma prevalência de 16,3% (Castro et al, 2016). Os resultados de uma segunda pesquisa nacional usando também o método RDS, realizado em doze cidades brasileiras, no ano de 2016, mostram uma prevalência de 17,5% em HSH (Kerr et al., 2018). Enquanto a cidade de Curitiba teve uma pequena diminuição da prevalência de HIV nos anos de 2015 a 2017 (comparado aos anos de 2012 a 2014), outras cidades brasileiras apresentam um aumento considerável, principalmente quando analisamos as duas pesquisas utilizando RDS em 2009 e 2016.

5.1.2. Homens que fizeram o teste do HIV no COA através do AHA

A caracterização dos usuários testados para o HIV no COA, por meio do projeto AHA, no período de 2015 a 2017, é apresentada na tabela 2. Pode-se observar que 1.146 homens foram testados através do AHA, sendo 98% deles HSH, destes 75% dos HSH testados eram jovens na faixa etária de 14 a 29 anos. Como a comunicação do projeto AHA foi direcionada aos HSH jovens, tal resultado leva-se a concluir que os esforços foram bem-sucedidos. Dos HSH testados 77% eram da raça/cor branca, corroborando os dados do IBGE de Curitiba (IBGE-cidades, 2018) e 90% tinham ensino médio completo ou acima – dados semelhantes aos demais usuários do COA. Apesar de Curitiba ter uma taxa alta de escolarização – 97,6%, segundo dados do IBGE (IBGE-cidades, 2018), o último censo realizado em 2010, apontou que apenas 58% dos curitibanos tinham ensino médio completo. O elevado alcance entre os HSH com tal nível de escolaridade indica que há restrição no acesso aos serviços de saúde para HSH menos favorecidos.

Num estudo realizado em três CTA do Rio de Janeiro, em 1997, já havia indicativo da necessidade de ampliar a divulgação desses serviços para as pessoas de baixa escolaridade e ou/baixa renda (Ferreira et al. 2001). Segundo Lima et al (2002), grupos que apresentam maiores necessidades de saúde são justamente aqueles que têm maior dificuldade de acessar e utilizar os serviços de saúde. Numa mesma linha de raciocínio, Gomes et al (2017) salienta a importância do acesso à informação e educação de massa para a conscientização sobre os modos de transmissão e prevenção do HIV/Aids.

No que se refere a testagem para o HIV, apenas 20% dos HSH estavam se testando pela primeira vez, podendo-se concluir que a maioria dos HSH que foram testados no AHA já tinham conhecimento da importância da testagem e dos locais possíveis para a sua realização.

Em relação ao resultado do teste do HIV, 399 HSH foram diagnosticados HIV+, o que corresponde a 35% dos HSH testados. Destes, 70% são jovens na faixa etária de 14 a 29 anos. Essa alta prevalência do HIV no COA (35%) se deve a um possível viés de seleção de usuários HSH no início do projeto AHA no COA, conforme achados da análise documental, que serão detalhados na seção 5.2. Apenas os usuários com resultados reagentes (HIV+) estavam sendo convidados a participar da pesquisa. Outra questão que pode ter provocado um aumento do número de diagnósticos positivos no COA foi o e-testing - segundo De Boni et al (2018), mais de sete mil testes foram distribuídos em apenas 24 meses e os usuários que fizeram o auto teste de fluido oral em casa e tiveram resultado reagente eram convidados a irem no COA para fazer o confirmatório do teste do HIV, com o teste de punção digital. Tudo isso fez com que a positividade para o HIV no COA, no projeto AHA, ficasse bem acima da prevalência estimada.

Tabela 2: Distribuição absoluta e percentual, intervalos de confiança para os homens testados para o HIV no COA, segundo características – Curitiba / 2012-2014 e 2015-2017

Características	2015				2016				2017				Total	
	n	%	IC 95% inferior	superior	n	%	IC 95% inferior	superior	n	%	IC 95% inferior	superior	n	%
Homens que fizeram o teste do HIV	94	8.2%	6.6%	9.8%	500	43.6%	40.8%	46.5%	552	48.2%	45.3%	51.1%	1,146	100.0%
Faixa etária	94	100.0%			500	100.0%			552	100.0%			1,146	100.0%
14 a 29 anos	67	71.3%	62.1%	80.4%	378	75.6%	71.8%	79.4%	412	74.6%	71.0%	78.3%	857	74.8%
30 anos ou mais	27	28.7%	19.6%	37.9%	122	24.4%	20.6%	28.2%	140	25.4%	21.7%	29.0%	289	25.2%
HOMENS - Resultado do teste HIV - Reagente														
	53	56.4%	46.4%	66.4%	140	28.0%	24.1%	31.9%	224	40.6%	36.5%	44.7%	417	36.4%
Faixa etária	53	100.0%			140	100.0%			224	100.0%			417	100.0%
14 a 29 anos	36	67.9%	55.4%	80.5%	98	70.0%	62.4%	77.6%	151	67.4%	61.3%	73.5%	285	68.3%
30 anos ou mais	17	32.1%	19.5%	44.6%	42	30.0%	22.4%	37.6%	73	32.6%	26.5%	38.7%	132	31.7%

Características	2015				2016				2017				Total	
	n	%	IC 95% inferior	superior	n	%	IC 95% inferior	superior	n	%	IC 95% inferior	superior	n	%
HSH que fizeram teste HIV	90	95.7%	94.5%	96.9%	499	99.8%	99.5%	100.1%	535	96.9%	95.9%	97.9%	1,124	98.0%
Faixa etária	90	100.0%			499	100.0%			535	100.0%			1,124	100.0%
14 a 29 anos	66	73.3%	64.2%	82.5%	378	75.8%	72.0%	79.5%	405	75.7%	72.1%	79.3%	849	75.5%
30 anos ou mais	24	26.7%	17.5%	35.8%	121	24.2%	20.5%	28.0%	130	24.3%	20.7%	27.9%	275	24.5%
Raça/cor	90	100.0%			499	100.0%			535	100.0%			1,124	100.0%
Branca	63	70.0%	60.5%	79.5%	396	79.4%	75.8%	82.9%	408	76.3%	72.7%	79.9%	867	77.1%
Parda	21	23.3%	14.6%	32.1%	80	16.0%	12.8%	19.3%	103	19.3%	15.9%	22.6%	204	18.1%
NQI	0	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0.0%	1	0.2%	0.0%	0.6%	1	0.1%
Outras (amarela, indígena, preta)	6	6.7%	1.5%	11.8%	23	4.6%	2.8%	6.4%	23	4.3%	0.0%	6.0%	52	4.6%
Escolaridade	90	98.9%			499	99.8%			535	99.8%			1,124	99.7%
Ensino médio incompleto	8	8.9%	3.0%	14.8%	50	10.0%	7.4%	12.7%	45	8.4%	6.1%	10.8%	103	9.2%
Ensino médio completo	48	53.3%	43.0%	63.6%	209	41.9%	37.6%	46.2%	235	43.9%	39.7%	48.1%	492	43.8%
Superior incompleto, completo ou mais	33	36.7%	26.7%	46.6%	239	47.9%	43.5%	52.3%	254	47.5%	43.2%	51.7%	526	46.8%
NQI	1	1.1%	-1.1%	3.3%	1	0.2%	-0.2%	0.6%	1	0.2%	-0.2%	0.6%	3	0.3%
1ª testagem HIV	90	85.6%			499	100.0%			535	100.0%			1,124	98.8%
Sim	23	25.6%	16.5%	34.6%	104	20.8%	17.3%	24.4%	94	17.6%	14.3%	20.8%	221	19.7%
Não	54	60.0%	49.9%	70.1%	395	79.2%	75.6%	82.7%	441	82.4%	79.2%	85.7%	890	79.2%
NQI	13	14.4%	7.2%	21.7%	0	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0.0%	13	1.2%
HSH - Resultado do teste HIV - Reagente														
	51	56.6%	51.7%	61.5%	139	27.8%	23.4%	32.2%	209	39.0%	34.2%	43.8%	399	35.4%
Faixa etária	51	100.0%			139	100.0%			209	100.0%			399	100.0%
14 a 29 anos	36	70.6%	58.1%	83.1%	98	70.5%	62.9%	78.1%	146	69.9%	63.6%	76.1%	280	70.2%
30 anos ou mais	15	29.4%	16.9%	41.9%	41	29.5%	21.9%	37.1%	63	30.1%	23.9%	36.4%	119	29.8%
1ª testagem HIV	51	78.4%			139	100.0%			209	100.0%			399	97.2%
Sim, nunca testado	13	25.5%	13.5%	37.5%	33	23.7%	16.7%	30.8%	40	19.1%	13.8%	24.5%	86	21.6%
Não, já testou outras vezes	27	52.9%	39.2%	66.6%	106	76.3%	69.2%	83.3%	169	80.9%	75.5%	86.2%	302	75.7%
NQI	11	21.6%	10.3%	32.9%	0	0.0%	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%	0.0%	11	2.8%

Fonte: Banco de Dados do Projeto A Hora é Agora

5.2. O acesso e suas Dimensões

As dimensões que compõem a categoria acesso, de acordo com Assis & Jesus (2012), abarcam fatores bem distintos da mera acessibilidade organizacional aos serviços, como: a participação popular e o controle social, a equidade, a coerência dos serviços com as necessidades da população, as estratégias, as táticas e a alocação de recursos e a autonomia. Nessa pesquisa o acesso à testagem dos HSH e vinculação ao tratamento do HIV no COA de Curitiba foi analisado segundo as dimensões: aceitabilidade, acessibilidade, oportunidade e acomodação, com base na visão dos usuários, profissionais de saúde e gestores do COA.

5.2.1. Aceitabilidade

A aceitabilidade como dimensão do acesso, segundo Penchansky & Thomas (1981), engloba fatores de ambiente físico, assim como inclui as atitudes do paciente em relação às características pessoais dos profissionais e também em relação às práticas do serviço. Uma das medidas para avaliar a aceitabilidade do COA pelos usuários HSH é a análise quantitativa de HSH testados. Conforme apresentado na tabela 1, no primeiro período (2012 a 2014) foram testados 1.557 HSH por ano (média) e no segundo período (2015 a 2017) foram testados 2.408 HSH por ano¹, apresentando-se um aumento de 54,7% de HSH testados para o HIV no COA após o projeto AHA.

Para uma melhor compreensão dos resultados quantitativos, buscou-se conhecer a satisfação dos profissionais de saúde e gestores do COA sobre o projeto AHA e sobre a linkagem e linkador. Dos usuários, buscou-se também conhecer a sua satisfação em relação à testagem e aconselhamento no COA, e a satisfação dos usuários diagnosticados HIV+ em relação à linkagem e linkador.

Os profissionais de saúde e gestores do COA salientaram a relevância do projeto AHA: a importância da equipe do projeto e do cuidado com o usuário; o acompanhamento do usuário HIV+ ao tratamento; a contribuição da equipe do projeto para o andamento do COA e consequente diminuição no tempo de espera do usuário no COA e a agilidade no atendimento ao usuário. Quanto às dificuldades e entraves que o projeto trouxe, foram citados: o aumento da demanda, causado pelo aumento da visibilidade do COA com a entrada do projeto, o que causou acréscimo de trabalho para toda a equipe; o monitoramento da pesquisa (documentação: TCLE, formulários de registros). A dificuldade na interlocução entre equipe do projeto e servidores foi mencionada por apenas um dos gestores entrevistados.

“A grande maioria reconhece e falam sobre essa mudança, sabe? E de como é positivo a ajuda do projeto, dos profissionais que são projeto e tão aqui contribuindo, e de que a gente pôde aprender uns com os outros. ... Dos benefícios, que eu digo em questão de material que o projeto pôde oferecer pra estrutura de Curitiba, pra favorecer o início do tratamento, pra iniciar mais rápido e daí algo iniciar e desmitificar toda a coisa, sabe? Então eu acho que o projeto ele tem uma contribuição imensa nesse sentido de desmitificar a questão do tratamento, da questão do HIV mesmo, com o estigma que a pessoa, ou de fazer, ou de como é o tratamento.” (PROFISSIONAL 6)

¹ De acordo com o teste de diferença de médias, pode-se concluir que no 2º período a média foi significativamente maior que o 1º período.

“Ah o acolhimento era totalmente diferente. Foi assim um divisor de águas. O projeto veio, mudou, uniformizou ações, bastantes coisas. Muitas coisas mudaram. Foi assim... uma repaginação quase total...eu acredito que esse projeto tinha que ser adotado como uma política pública de saúde”. (PROFISSIONAL 4)

Em relação à linkagem oferecida pelo projeto AHA no COA, os gestores e profissionais de saúde falaram da importância desse serviço - dos benefícios que os usuários têm com o acompanhamento do linkador, algo que o serviço não pode proporcionar. Um exemplo citado por um gestor entrevistado foi que o serviço tem muitas mulheres, às vezes mais velhas, que por mais conhecimentos e orientações que essas servidoras tenham, há uma grande dificuldade no diálogo com um usuário gay, jovem, que frequenta boates e afins. Com os linkadores, que são pares, já existe uma afinidade:

“...e ainda mais uma vantagem com o linkador, que seria uma coisa que a gente não teria no serviço, é que ele é um par, né? E aí com o meu par eu não preciso nem criar um laço de amizade antes, eu já me identifico, eu já consigo ter uma intimidade maior”. (GESTOR 1)

“...E na questão da vinculação mesmo e do início do tratamento, que daí acho que não é só uma questão assim burocrática de agilizar a questão do atendimento, mas é uma questão de apoio mesmo que a pessoa precisa nessa hora e que a gente não vai fazer, né? Aí os meninos fazem”. (PROFISSIONAL 3) ²

Segundo Farrisí & Dietz (2013), a linkagem é um serviço que pode ser usado para reforçar a vinculação de pacientes e os esforços de adesão dos centros/serviços de HIV que trabalham com população que enfrentam barreiras aos cuidados. E essa é a finalidade da linkagem no AHA, poder dar um suporte para o usuário a partir de uma escuta ativa, afim de reduzir as vulnerabilidades que congregam, como destacam Delor & Hubert (2000) aspectos socioculturais, político-institucionais, características individuais, experiências, interações, subjetividades, e trajetórias pessoais.

Quanto à satisfação dos usuários em relação ao COA as opiniões foram controversas. De acordo com a análise documental, em registro de uma das atas das reuniões dos linkadores no início do projeto, em 2015, houve relato de mal atendimento de duas aconseladoras a usuários HSH no COA pela “.... falta de orientação durante a testagem, pouca interação com os HSH e desumanização no atendimento”. De acordo com Barbosa et al. (2013), apesar dos profissionais

² Na transcrição, “meninos” se referem aos linkadores

demonstrarem afinidades com o trabalho executado, revelam pouca sensibilidade com relação às necessidades reais da comunidade e identificação dos verdadeiros problemas, o que permitiria uma transformação no sentido de melhorar o acesso e o cuidado da população.

Apesar desse relato de mal atendimento ocorrido em 2015, nas entrevistas realizadas, todos os usuários elogiaram muito o atendimento no COA, disseram que se sentiram bem acolhidos, bem orientados, bem atendidos; que o atendimento foi ágil, discreto e esclarecedor.

Pela análise documental foi possível verificar claramente o processo de mudança de comportamento da equipe do COA, devido às capacitações sobre estigma e discriminação realizadas pelo projeto AHA e reuniões de supervisão realizadas com a equipe. Importante mencionar que tais atividades foram promovidas visando identificar os problemas relacionados à abordagem dos usuários e poder ajustá-los da forma mais adequada possível.

“...Eles não me expuseram de uma forma assim. Eles me chamaram num canto e todo aquele processo. Eu tava meio... Na verdade eu tava meio abalado ainda com a notícia, mas foi tudo tranquilo assim. Aqui é um lugar realmente que você se sente muito acolhido”. (USUÁRIO 5 HIV+)

Quanto ao serviço da linkagem todos os usuários diagnosticados HIV+ ressaltaram a importância do linkador principalmente nas questões de informação sobre o HIV e tratamento, encaminhamentos dentro da rede de Curitiba, e agilidade no início do tratamento.

“...além dele ter dado informação, ele também meio que me direcionou: ‘Ah, você vai pra tal lugar, você faz tal coisa, é importante que faça exame’. Eu recebi o diagnóstico no dia 13 de março, quando foi no dia 20 acho que eu já tava tomando medicação ”. (USUÁRIO 1 HIV+)

“...foi super importante porque eu fico imaginando as pessoas que têm um psicológico mais fragilizado e o tanto que elas poderiam se sentir sem chão e sei lá, a pessoa perder o controle, fazer alguma besteira e bom, no meu caso foi importante também porque puxa, ninguém é de ferro, também fiquei super nervoso, mas ele deu uma maior segurança é... Eu não me senti tão perdido”. (USUÁRIO 4 HIV+)

“...É, no começo eu não tava nem conseguindo, até a primeira vez ele foi no posto de saúde comigo porque eu não tava conseguindo falar ainda sobre o assunto” ... (USUÁRIO 3 HIV+)

Em síntese, houve um aumento de 54,4% de HSH testados no COA após o projeto AHA; os profissionais e gestores do COA estavam satisfeitos com o projeto AHA e citaram como ponto negativo o aumento da demanda e o preenchimento de formulários do projeto. Em relação à linkagem e linkadores, os profissionais e gestores se mostraram muito satisfeitos. Os usuários entrevistados estavam satisfeitos com a testagem e aconselhamento no COA, porém, em análise documental foi observado relato de mal atendimento de profissionais aos HSH (ano de 2015). Particularmente, os usuários diagnosticados HIV+ estavam muito satisfeitos com a linkagem/linkador (quadro 6).

Quadro 6: Síntese dos resultados – dimensão Aceitabilidade

ACEITABILIDADE			
Indicador	Resultados		Pontuação
	% antes (2012-2014)	% depois (2015-2017)	
Variação da testagem do HIV em HSH no COA, em relação ao número de testagens em HSH no COA, antes do projeto AHA.	39,3%	60,7%	3
	aumento de 54,4%		
Critério	Resultados		
Satisfação dos profissionais de saúde do COA e gestores em relação ao projeto AHA	SATISFEITOS. Pontos positivos: cuidado com o usuário; agilidade no atendimento; acompanhamento do usuário HIV+ ao tratamento; visibilidade ao COA; aumento de HSH testados; diminuição do tempo de espera do usuário no COA. Pontos negativos: aumento da demanda - aumento de trabalho; monitoramento da pesquisa (preenchimento de formulários, TCLE)		2
Satisfação dos profissionais de saúde e gestores sobre a linkagem e linkador	MUITO SATISFEITOS. Os benefícios que os usuários têm com o acompanhamento do linkador são muitos - coisa que o serviço não pode proporcionar.		3
Satisfação dos usuários em relação à testagem e aconselhamento no COA	SATISFEITOS. Em análise documental foi observado relato de mal atendimento de profissionais do COA aos HSH, no ano de 2015. Nas entrevistas realizadas, todos elogiaram o atendimento e se mostraram bem satisfeitos com a testagem e aconselhamento no COA.		2
Satisfação dos usuários diagnosticados HIV+ em relação à linkagem do AHA	MUITO SATISFEITOS. Os usuários diagnosticados HIV+ falam da importância do linkador; das orientações recebidas; as motivações para continuar no processo ; as dificuldades que teriam sem o apoio do linkador.		3
Pontuação total:			13

5.2.2. Acessibilidade

A maioria dos HSH testados no COA e no projeto AHA eram jovens (66,5% no COA e 75,5% no AHA); 73,7% dos HSH estavam se testando pela primeira vez no COA e 19,7% no AHA; mais de 90% dos HSH tinham ensino médio completo ou acima e mais de 70% dos reagentes no COA eram HSH (tabela 1).

Em relação ao acesso geográfico do COA, todos os usuários disseram que o COA é de fácil acesso, pois está na região central de Curitiba. Porém, alguns usuários se mostraram preocupados com outras pessoas que residem em áreas mais distantes e, com isso, provavelmente, não teriam possibilidade de se deslocar até o COA. É interessante observar a preocupação dos usuários entrevistados com as pessoas que moram nas periferias ou mais distantes do centro da cidade, tendo em vista que a forma de deslocamento utilizada pelo usuário é um fator que pode dificultar ou facilitar o seu acesso ao serviço de saúde. Estudo realizado por Wijngaarden et al. (2018) nas Filipinas, em 2016, diferente do que ocorre no COA, revelou que participantes, principalmente os de classe econômica mais baixa, disseram que os centros de testagem eram muito distantes, o tempo de espera era muito longo e os horários de atendimento coincidiam com os seus horários de trabalho.

A maioria dos usuários entrevistados ficaram sabendo do COA através do projeto A Hora é Agora, pelas abordagens dos educadores de par ou pelo trailer, que, por sua vez, funcionava em horário alternativo. Esse trabalho de comunicação do projeto foi feito desde o seu lançamento até o seu encerramento (setembro 2017), mas segundo os profissionais e gestores do COA nos dias atuais, mesmo sem campanha de comunicação ainda chegam HSH no COA se referindo ao projeto.

“Eu lembro que em 2015 tinha um grupo de jovens que andavam pela cidade e restaurantes, por exemplo, entregavam folhetos. Eu acho que foi uma das coisas mais legais que eu vi em relação a divulgação porque você leva diretamente pras pessoas de uma forma descontraída e em lugares”. (USUÁRIO 4 HIV+)

“Eu só sabia do trailer que tinha na praça Osório. Acho que em ponto de ônibus, sempre tem alguma coisa de vocês. Na verdade, nesse nosso meio sempre tem, sempre falam do projeto. Além de eu ver o trailer de vocês que ficava ali na praça Osório, é sempre bem.... Pelo menos os meus amigos sempre falavam que achavam legal esse incentivo”. (USUÁRIO 4 HIV -)

Os usuários disseram não receber nenhuma informação sobre HIV/Aids e testagem na mídia, com exceção das campanhas de carnaval realizadas pelo MS e pelas campanhas do projeto AHA. Esses resultados corroboram com os achados de um estudo realizado em 2008 e 2009 em Belo Horizonte/MG, com HSH, que revelaram que há uma importante lacuna no conhecimento em relação às informações básicas sobre o HIV/Aids (Gomes et al. 2013).

“Eu tinha parado na época do Renato Russo, do Cazuza assim. É, não vejo muito na verdade. tem que ter mais coisas assim, mais campanhas educativas. “(USUÁRIO 3 HIV+)

“Precisa que a mídia influencie mais, para diminuir o preconceito e isso pode fazer o HSH ter mais coragem de ir fazer” (USUÁRIO 6 HIV+)

Segundo Gomes et al. (2017), o acesso à informação e educação de massa são componentes fundamentais em programas que visem a aumentar a conscientização sobre os modos de transmissão e prevenção do HIV/AIDS, acalmando as ansiedades acerca da transmissão e prevenindo a discriminação. Outros estudos também observaram uma associação de bons conhecimentos sobre HIV/Aids com a testagem para o HIV (Ziraba et al. 2011; Pharris et al. 2011). Ter conhecimento sobre a infecção pelo HIV e o tratamento pode reduzir o medo da morte em caso de resultados positivos nos testes e ajudar a superar as barreiras psicológicas ao teste (Barros et al. 2017).

Em síntese, houve um pequeno aumento de HSH jovens testados no COA após o AHA e uma diminuição do número de HSH sendo atendidos pela primeira vez, o que se leva a concluir que os jovens estavam se retestando, conforme orientações das campanhas. Mais de 90% dos HSH tinham ensino médio completo ou acima e 70% dos HSH com diagnóstico positivo para o HIV foram em jovens. Todos os usuários entrevistados estavam satisfeitos com a localização do COA, porém foi colocada a situação de pessoas que residem em bairros mais distantes, o que poderia dificultar o acesso. Todos disseram receber pouca informação na mídia sobre o HIV/Aids. (Quadro 7)

Quadro 7: Síntese dos resultados – acessibilidade.

ACESSIBILIDADE			
Indicadores	Resultados		Pontuação
	% antes (2012-2014)	% depois (2015-2017)	
% de HSH jovens testados no COA	64,8%	67,5%	3
% de HSH jovens testados no projeto AHA no COA	75,5%		2
% de 1o. Atendimento de HSH no COA	78,6%	70,5%	3
% de HSH testados o COA com nível de escolaridade "ensino médio completo" ou acima	91,9%	91,3%	3
% de HSH jovens testados no COA, com resultado positivo para o HIV	64,6%	67,2%	3
% de 1o. Atendimento de HSH no projeto AHA no COA	19,7%		0
% de HSH testados o COA com nível de escolaridade "ensino médio completo" ou acima	90,6%		3
% de HSH jovens testados no COA, com resultado positivo para o HIV	70,2%		3
Critérios	Resultados		
Acesso geográfico dos usuários ao COA	MUITO BOM. Todos os usuários disseram que o COA é de fácil acesso, pois está na região central de Curitiba.		3
Disponibilidade de informações sobre o HIV, testagem e tratamento, na visão dos usuários	POUCO DISPONÍVEL. Os usuários disseram não receber nenhuma informação sobre HIV/Aids e testagem na mídia, com exceção das campanhas de carnaval realizadas pelo MS e pelas campanhas do projeto AHA.		1
	A maioria dos usuários entrevistados ficaram sabendo do COA através do projeto A Hora é Agora, pelas abordagens dos educadores de par ou pelo trailer.		
Pontuação total:			24

5.2.3. Oportunidade

Os resultados reagentes do projeto AHA no COA e a performance do serviço de linkagem estão detalhados na tabela 3. No total, 399 usuários tiveram resultado reagente para o HIV (tabela 2), portanto, alguns deles já haviam se testado pelo projeto e já estavam inseridos no banco de dados da linkagem. Excluindo esses usuários que fizeram o teste mais de uma vez (8 testes repetidos), a tabela 3 mostra o total de 391 usuários reagentes para o HIV. Desses usuários, 26 já tinham diagnóstico prévio do HIV ou já estavam em tratamento, portanto foram excluídos da amostra, ficando um total de 365 usuários reagentes e elegíveis para a linkagem (HSH residentes no município de Curitiba). 95% dos usuários elegíveis aceitaram a linkagem e 86% foram linkados (iniciaram o tratamento) em uma média de 75,5 dias e mediana de 40 dias (abaixo da meta da UNAIDS 90-90-90, que é de 90 dias).

Fernandes et al. (2009), a partir de estudos internacionais, aponta que o diagnóstico tardio tem sido apontado como um dos principais fatores de risco para o início tardio de tratamento, cujos desfechos são o desconhecimento do paciente quanto ao risco de infecção pelo HIV e a dificuldade de acesso à realização da testagem.

Tabela 3: Características e estatísticas da Linkagem do projeto AHA - Curitiba - 2015 a 2017

Linkagem AHA	2015		2016		2017		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Reagentes Pop Chave (excluindo os usuários que fizeram teste mais de 1 vez)	48	100%	138	100%	205	100%	391	100%
Reagentes na Pop Chave elegíveis, excluindo HIV e TARV Prévio	47	98%	132	96%	186	91%	365	93%
Elegíveis que aceitaram a linkagem	45	96%	124	94%	176	95%	345	95%
Linkados	44	98%	110	89%	143	81%	297	86%
Não linkados	1	2%	14	11%	33	19%	48	14%
Média entre os linkados (tempo entre diagnóstico e tratamento)	76,9		107,0		53,2		75,5	
Mediana	51,0		52,5		25,0		40,0	
Não aceitaram a linkagem	2	4%	8	6%	10	6%	20	5%
Linkados	1	50%	3	38%	7	70%	11	55%
Não linkados	1	50%	5	63%	3	30%	9	45%
Média entre os que não aceitaram a linkagem (tempo entre diag. e tratamento)	20,0		38,0		43,8		40,0	
Mediana	20,0		38,0		7,0		20,0	

Fonte: Banco de Dados da Linkagem do Projeto A Hora é Agora

Apenas 20 usuários não aceitaram a linkagem (5%), e 55% deles foram linkados ao serviço em quase a metade do tempo dos usuários com acompanhamento do linkador. As hipóteses para essa diferença de tempo são que os usuários que não aceitaram a linkagem já sabiam quais os passos necessários para iniciar o tratamento; tinham acesso à rede privada (planos de saúde) ou até podiam já ser usuários da rede, tendo facilitado todo o processo de cadastro e marcação de consultas e exames, reduzindo o tempo entre diagnóstico e tratamento.

Nas entrevistas com usuários reagentes, foi perguntado sobre o serviço da linkagem e o acompanhamento do linkador. Todos os usuários falaram da importância do linkador nesse processo, que os linkadores os muniram de informação, direcionaram, acolheram, tiraram dúvidas e deram agilidade ao início do tratamento.

“...no Ouvidor Pardinho onde eu optei por ir. E eles tinham uma certa má vontade em me atender. Se não fosse o linkador aqui ir lá comigo e enfrentar o pessoal lá, eu teria pego muito tempo, mas graças ele ter ido comigo, eu consegui ser atendido na quarta-feira, na sexta feira eu já tava tomando o remédio. Na mesma semana”. (USUÁRIO 4 HIV+)

“O linkador foi essencial. Eu acho que pra mim, eu tava perdido, totalmente.”(USUÁRIO 7 HIV+)

“Sinto menos peso no meu ombro, menos confuso, mais informações e mais compreensão. Me ensina o que eu não sabia ou mal conheço”. (USUÁRIO 6 HIV+)

Segundo Wijngaarden et al. 2018, ter alguém "segurando sua mão" após um diagnóstico de HIV que ajuda a passar pelos obstáculos no acesso ao tratamento e fornece informações precisas sobre os efeitos colaterais e outros aspectos do tratamento pode ser o caminho certo para aumentar a cobertura de serviços de HIV entre HSH, especialmente no contexto de estigma generalizado e depressão.

De acordo com o que fora apresentado na tabela 3, dos usuários que aceitaram a linkagem, 1% não foram linkados. Na análise dos formulários de contato entre usuários e linkador, os principais motivos para o não início do tratamento desses usuários foram: dificuldade de aceitação do diagnóstico; mudança de local de moradia do usuário (seja de município ou estado); falta de comunicação entre o usuário e o *linkador* (sobretudo os HSH que não respondiam as mensagens ou e-mails enviados); religião (um usuário acreditava que a fé iria curá-lo); questões relacionadas à família, com recusa para iniciar o tratamento; uso abusivo de

drogas (nesse caso foi ofertado o serviço do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad); e a barreira psicológica - resistência em aceitar o tratamento. Estudos realizados no Quênia/Africa apontaram que estigma e medo da exposição foram as razões mais comuns reportadas como barreiras psicossociais para o tratamento (Amolloh et al. 2011; Nolan et al. 2011).

Foi perguntado aos usuários a sua opinião sobre receber um diagnóstico e iniciar o tratamento imediatamente – testar e tratar. Todos disseram que consideram superimportante, pois reduz a chance de transmissão do vírus. Alguns usuários não reagentes colocaram a questão do impacto que a pessoa teria com o diagnóstico, o lado emocional da pessoa naquele momento, que poderia dificultar a tomada de decisão.

“Hoje, assim, agora eu responderia que eu ficaria muito tranquilo, tentaria pelo menos, né? Eu tentaria ver assim: ‘Não, eu vou tratar uma coisa que acontece com qualquer pessoa, né, e da melhor maneira possível’. Mas não é assim com todo mundo, né?” (USUÁRIO 5 HIV -)

“Se uma pessoa já tiver descoberto que é reigente e que vai se comprometer a fazer o tratamento dela, pelo menos não vai ter mais transmissão daquela pessoa, entendeu?” (USUÁRIO 1 HIV+)

Cabe observar a diferença na visão dos usuários que estão vivendo com o HIV e os que não foram infectados; há uma preocupação com o impacto da notícia e com o emocional e fica clara a “maturidade” das pessoas que já estão vivendo com o HIV, como depoimento abaixo:

“Então, se fosse na época que eu recebi o diagnóstico seria muito mais difícil porque eu não tinha a cabeça que eu tenho hoje, mas hoje se eu recebesse o diagnóstico sabendo do que eu sei, tendo vivência do que já vivi, conhecendo quem eu já conheci, eu começaria hoje.” (USUÁRIO 2 HIV+)

Em estudo realizado com HSH na China mostrou que ter uma pessoa para acompanhar o usuário reigente após o diagnóstico dobra as chances dele se vincular no sistema de saúde e iniciar o tratamento (Yan et al. 2014). Importante destacar também o conhecimento que o linkador adquiriu sobre a rede de atenção, o que ajuda e muito na navegação do usuário para que, conforme chama atenção Shockney (2011), recebam atendimento oportuno e eficaz.

Os usuários também responderam sobre quais seriam os melhores lugares para os HSH se testarem e se necessário tratar. Foi citado o COA, algum Centro de Referência, os postos de saúde (desde que tenham um melhor atendimento) e o trailer da Praça Osório. Cabe ressaltar que o trailer referido era do projeto AHA.

Em síntese, 95% dos usuários elegíveis aceitaram a linkagem, o tempo médio entre o diagnóstico e o tratamento foi de 75,5 dias e mediana de 40 dias; 86% dos usuários iniciaram tratamento em menos de 90 dias. Sobre testar e tratar todos consideram muito importante e os não reagentes mencionaram a dificuldade em receber o diagnóstico. Quanto ao acompanhamento do linkador, todos disseram ser muito bom (Quadro 8).

Quadro 8: Síntese dos resultados – dimensão oportunidade.

OPORTUNIDADE			
Indicador	Padrão	Resultado	Pontuação
% de HSH, com resultado do teste HIV+, que declararam aceitar o apoio de um linkador	90%	95,0%	3
Tempo médio entre diagnóstico positivo e início efetivo de tratamento, em HSH do projeto AHA no COA	Máximo 90 dias	média = 75,5 dias mediana = 40 dias	1
% de HSH, com testagem positiva, vinculados a Rede SUS, no ciclo de linkagem (90 dias)	90%	86,0%	2
Categoria	Resumo dos principais achados nas entrevistas		
Testar e Tratar	Sobre receber um diagnóstico e iniciar o tratamento imediatamente, os profissionais mencionaram: Negação do diagnóstico, questão da aceitação da sua sexualidade, preconceito, falta de recursos financeiros (dinheiro pra transporte por exemplo), territorialização, medo.		3
	Importante. Os usuários não reagentes acham importante a pessoa receber o diagnóstico e iniciar o tratamento imediatamente, porém mencionaram a dificuldade das pessoas em receber o diagnóstico, que pode impedi-las ou atrasar esse início de tratamento.		
Linkagem	Muito bom. Usuários falaram da importância do linkador: muniram de informação, direcionou, acolheu, tirou dúvidas.		3
	Os usuários falam da agilidade no início do tratamento; das orientações recebidas; das motivações para continuar no processo; como seria o início do tratamento sem o linkador.		
Pontuação total:			12

5.2.4. Acomodação

O acolhimento é definido “como uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, compreendendo-o como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca; desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, o retorno, a remarcação e a alta” (Santos & Assis, 2006, p. 54).

Nessa dimensão do acesso, procurou-se identificar como os usuários se sentem no ambiente do COA, se esse local é conveniente para a população-chave de HSH. Todos os usuários entrevistados elogiaram a ambiência e o atendimento pelos profissionais do COA.

“Não me senti discriminado. Nunca. Eu acho que aqui é o melhor lugar pra você saber e ter uma resposta concreta assim”. (USUÁRIO 5 HIV+)

“Aí ele foi super ágil assim, super educado e a moça também que fez o meu cadastro, a entrevistada também, super atenciosa e quanto a isso assim também, muito acolhedores. Foi super acolhedor, as pessoas foram hiper educadas e discretas, né?”. (USUÁRIO 5 HIV -)

“Quando eu descobri foi um baque porque eu fazia de 3 em 3 meses, e um belo dia eu fiz e a moça depois do resultado, ela foi e fechou a porta. Já imaginei porque geralmente era de porta aberta. ‘Ah, deu negativo, deu não reagente’, eu já conhecia todas elas. Aí o dia que ela fechou a porta: ‘Então, vamos conversar!’. Aí eu já imaginei. Então assim, com 19 anos foi, foi bem complicado...” (USUÁRIO 2 HIV+)

Estudo realizado em uma unidade de saúde de Porto Alegre, no ano de 2000, revelou que a forma de organização do serviço e a competência profissional da equipe foram fatores que geraram satisfação por parte dos usuários, embora tenham sido referidas dificuldades pontuais com alguns elementos da equipe (Ramos & Lima, 2003).

Em relação ao COA, como local de testagem para os HSH, os gestores e profissionais de saúde entrevistados falaram que os profissionais contratados do projeto AHA têm mais "habilidade" para atender à população de HSH; ainda há estigma e discriminação por parte profissionais servidores do COA; o perfil dos profissionais do COA é mais conservador; e falta recursos humanos – servidores contratados.

“...de infelizmente ter aconselhadora de dizer pro HSH que fazer sexo anal é errado, que é ruim, que tinha que mudar, e que a questão não era ele se cuidar na prática dele, era ele mudar a prática dele e a gente não tá aqui pra isso. O serviço não tá aqui pra isso, né? É uma pessoa que eu vou espantar do serviço, a pessoa não vai querer voltar, né? Então é... isso era uma coisa que a gente enfrentava e já diminuiu também graças a Deus [risos].” (GESTOR 1)

“Já peguei situações assim do usuário acabar se queixando de um atendimento, de ter é... sido tratado com, com preconceito, tá? “ (PROFISSIONAL 2)

Barbosa et al. (2013) apontam que apesar dos profissionais demonstrarem afinidades com o trabalho executado, revelam pouca sensibilidade com relação às necessidades reais da comunidade e identificação dos verdadeiros problemas, o que permitiria uma transformação no sentido de melhorar o acesso e o cuidado da população.

“A questão do estigma que por mais que seja uma coisa que a gente vem trabalhando em equipe, ainda é uma coisa que...que acontece. Menos, mais escondidinha, mas acontece, né?” (Gestor 1)

“Questão de espaço físico, questão de quantidade de profissional, questão de motivação dos profissionais pra atender também, eu acho que tem profissionais que tão mais motivados, tem outros que não tão.... Daí a coisa vai mais devagar. “ (PROFISSIONAL 3)

O ponto citado por todos os usuários que precisa ser melhorado no COA foi o horário de atendimento, que poderia ser estendido. *“Eu acho que podia ser um pouquinho mais assim, em termos de à noite assim, podia ser um pouquinho mais porque eu acho que tem gente que sai, que trabalha o dia inteiro”. (USUÁRIO 3 HIV+)*

Um dos usuários disse que o ambiente poderia ser mais pessoal - a parte da testagem deveria ser mais "privada/individual"; a farmácia deveria ser mais “reservada” e outro usuário disse que precisaria de mais unidades como o COA em Curitiba.

“Eu acho que o COA tá desenvolvendo um trabalho muito bom, muito útil pra sociedade, só que tá concentrado em apenas uma unidade, acho que isso é o único problema que eu vejo e eu falo isso pra todo mundo”. (USUÁRIO 1 HIV -)

Importante ressaltar que quando essa entrevista estava sendo realizada já havia um plano, dentro de projeto AHA, de apoiar a reestruturação física do COA e a farmácia era um dos ajustes

a serem realizados. O COA hoje tem uma farmácia mais reservada, com porta que a separa das demais dependências, as mesas de atendimento são divididas por baias e os usuários são chamados por senha por meio de um painel eletrônico. Em relação ao horário de atendimento no COA, segundo a coordenação não é possível ficar no entorno após as 18 horas pois a área fica completamente vazia se tornando um risco para os profissionais.

Um dos usuários diagnosticados HIV+ entrevistados é surdo, respondeu a entrevista por e-mail e disse que o que faltava no COA era um aconselhador que soubesse libras. O profissional que atendeu esse usuário disse ter tido muita dificuldade no início da relação, mas com o tempo eles foram se acostumando e começaram a se entender com mais facilidade e o usuário conseguiu iniciar o tratamento de forma ágil.

As entrevistas com gestores e profissionais evidenciaram a necessidade de capacitação da equipe do COA, sobre estigma e discriminação. A única capacitação citada foi a realizada pelo projeto AHA em 2015, quando toda a equipe participou.

“Com uma capacitação melhor, esse entendimento do que é o trabalho, acho que já ajudaria. Acho que já melhoraria por mais que a equipe ela já tá caminhando pra esse entendimento, passos lentos, mas aí de repente uma capacitação, uma... já acho que melhoraria um pouco.” (Gestor 1)

A análise do registro das atas das reuniões e dos formulários de contato usuário e linkador também apontaram falta de capacitação na rede de Curitiba. Os principais problemas encontrados foram: mal atendimento pelos médicos que atendiam HSH na UBS Mãe Curitibana, UBS Atenas, UBS Ouvidor Pardinho e UBS Vila Guáira. Na UBS Atenas, por exemplo, uma médica disse que não sabia lidar com essa população e um usuário ficou constrangido porque o sigilo foi quebrado e, assim, as pessoas que trabalhavam na unidade ficaram sabendo do seu diagnóstico. Nas outras UBS citadas os casos eram similares. Houveram relatos de casos de estigma e preconceito relacionados às transexuais na UBS Mãe Curitibana.

Em síntese, o acolhimento no COA foi considerado muito bom pelos usuários; os profissionais de saúde citaram como dificuldade no trabalho o estigma e perfil de alguns profissionais; não há capacitação suficiente para a equipe e o COA foi considerado um local conveniente para a comunidade HSH, com alguns ajustes necessários (Quadro 9).

Quadro 9: Síntese dos resultados – acomodação

ACOMODAÇÃO		
Categoria	Resultados	Pontuação
Acolhimento dos profissionais de saúde do COA aos usuários	MUITO BOM. Os usuários elogiaram muito o atendimento no COA, disseram que foi ágil, discreto e esclarecedor	3
	As dificuldades encontradas no trabalho, pelos profissionais, são estigma e perfil de alguns profissionais	
Suficiência da capacitação sobre estigma e discriminação para os profissionais de saúde	INSUFICIENTE. A única capacitação citada foi do projeto AHA, quando toda a equipe participou	0
Conveniência do ambiente do COA para a comunidade HSH	CONVENIENTE. Os usuários citaram como pontos que precisam ser melhorados: precisaria de mais unidades como essa em Curitiba, o ambiente poderia ser mais pessoal, o horário de atendimento poderia ser estendido, a parte da testagem deveria ser mais "privada/individual", farmácia mais reservada	2
Horário de Funcionamento do COA	Regular. Os usuários disseram que poderia ser estendido para atender as pessoas que trabalham.	1
Pontuação total:		6

5.3. Barreiras de Acesso

Essa pesquisa procurou identificar as principais barreiras de acesso para os HSH no COA; as barreiras que os HSH podem encontrar em Curitiba; as barreiras que impedem os HSH de se testarem e as barreiras que impedem os HSH diagnosticados de iniciarem o tratamento.

Os profissionais e usuários citaram como barreira para os HSH no COA o horário de atendimento, que deveria ser estendido.

“Se o usuário chegar um pouquinho mais tarde, se ele chegar 16 horas pra um serviço que pretende... na internet tá dizendo que fica até às 18, se ele chegar às 16 ele não vai conseguir fazer o teste se a gente não tiver aqui. Então talvez é uma porta na cara, é isso que ele vai receber e nenhuma escuta do que é, do que aconteceu”.
(PROFISSIONAL 6)

Estudo realizado com HSH em Brasília revelou que o acesso ao serviço público de saúde é limitado, não há privacidade, com isso os indivíduos são submetidos a estigma, à violência, no mínimo simbólica ou então está orientado ao público heterossexual (Pimenta & Merchan-Hamann, 2011). Ou seja, configuram-se como serviços pouco humanizados e acolhedores por desrespeitarem a diversidade social e sexual dos grupos mais vulneráveis.

Quanto às barreiras para se chegar aos HSH de Curitiba, os profissionais de saúde citaram: acesso/localização, humanização, falta de recursos humanos capacitados nos serviços, e preconceito.

“A gente também tem que pensar que também tem HSH nas periferias, enfim que de algum modo talvez não consigam ter acesso a essa oferta que o projeto ou que o COA pode oferecer, que essas questões de testes rápido não estão dentro das unidades lá na periferia, enfim... Porque só tem baladas gays aqui no bairro bem nobre e tem um recorte ali, entende”? (PROFISSIONAL 6)

“O HSH de Curitiba é algo que tem que se ter algum estudo, né, [risos] porque enfim, é... são muitas pessoas e são pessoas que a gente às vezes não identifica mesmo, né? Mas a gente sempre tenta aproximação, sempre tenta uma conversa, né? Eu acho que os HSH se identificam conosco, né”? (PROFISSIONAL 1)

Os usuários citaram: falta de informação, medo, homofobia, vergonha. Resultados similares aos achados em pesquisas realizadas com HSH na Alemanha, Malawi e na Suazilândia apontaram a vergonha e o medo do estigma como as maiores barreiras para os HSH se testarem (Schmidt et al. 2011; Wirtz et al. 2014; Risher et al. 2013).

“...homofobia do que na parte da doença porque as doenças elas têm uma questão social, né? Eu tive um amigo soropositivo e ele sempre falou assim: "É mais social o problema do que realmente ele é no físico, né?". (USUÁRIO 5)

“...essas pessoas nunca acham que pode tá acontecendo com elas, psicologicamente falando, né”? (USUÁRIO 4 HIV+)

Sobre as barreiras para se testar, os profissionais citaram: preconceito, falta de acesso (periferias), dificuldade no acolhimento nos serviços de saúde, questão da aceitação da sexualidade, horário de atendimento do COA, e falta de equipe no COA. Segundo Lippman et al. (2014), apesar das evidências de risco aumentado entre os HSH, a cobertura de teste periódico para o HIV neste subgrupo populacional ainda é baixa; o que se acredita ser decorrente de barreiras de acesso tornando assim esse grupo social ainda mais vulnerável.

“Então desses HSH que são muito assim retraídos. Então esses é difícil o tratamento, é difícil a conversa. Então tem que se ter uma aproximação muito maior, você tem que utilizar artimanhas pra você não perder o paciente, né? Então acho que é uma dificuldade, mas que a gente tenta driblar a cada dia, né?” (PROFISSIONAL 1)

Os usuários apontaram como barreiras: falta de profissionais capacitados, tempo para se fazer o teste, dificuldade de acesso, medo de sofrer preconceito, medo da exposição, medo do resultado, falta de informação, estigma e vergonha. Pode-se dividir essas barreiras como organizacionais e subjetivas, o que denota uma sobreposição de barreiras e, conseqüentemente, de vulnerabilidades.

“Tornar mais comum pra você tirar essa vergonha das pessoas, tipo: eu vou entrar num prédio onde eu sei que ali tá sendo realizado testes de HIV, então a pessoa que tá me olhando do lado de fora, que tá na rua andando e sabe que ali fazem testes, ela vai olhar e tipo: " Tá com Aids!". Então acho que isso que acaba trazendo um certo receio pra gente, principalmente com o homossexual, que você tem que entrar num lugar assim.” (USUÁRIO 6 HIV -)

“As pessoas têm um pré-conceito muito errado do HIV. Eu tinha esse preconceito e hoje eu sofro isso. Hoje eu tô do outro lado. Eu acho que é exatamente isso: preconceito das pessoas.” (USUÁRIO 5 HIV+)

“...mesmo sendo uma pessoa digamos assumidamente que faz sexo com homens, tem ainda um estigma de ‘ai, quem tem HIV é porque não se cuida’. Tem muito assim... Eu vejo até entre pessoas vivendo com HIV que existe uma certa: ‘ah você tem porque você não se cuidou’, então isso é uma coisa meio moral assim porque...” (USUÁRIO 3 HIV+)

Os achados do estudo de Wijngaarden et al. (2018) realizado nas Filipinas, em 2016, mostraram que as pessoas deixam de se testar ou adiam fazer o teste por medo do que acontecerá uma vez infectado, o medo do estigma sexual e do HIV, o medo dos efeitos colaterais dos antirretrovirais e o medo dos custos altos com saúde após o teste positivo para o HIV. Esses medos estão presentes e impõem barreiras subjetivas concretas que levam usuários a não se testarem, a não aceitar seus resultados e a não iniciarem o tratamento.

Os profissionais de saúde entrevistados falaram sobre as barreiras que impedem os usuários diagnosticados HIV+ a iniciarem o tratamento: negação do diagnóstico, questão da aceitação da sua sexualidade, preconceito, questão religiosa, falta de recursos financeiros (dinheiro pra transporte por exemplo).

“Porque a gente atende aqui, e já atendemos muitas pessoas que de repente não conseguiu ir numa consulta porque não tinha passagem de ônibus, né?” (PROFISSIONAL 1)

“...já perdi usuário por causa de religião, que a família falou que Jesus ia curar, ele não quis fazer tratamento. Em relação à família, medo de mostrar pra família de... medo de se identificar com o medicamento, medo de levar o medicamento pra casa.”
(PROFISSIONAL 4)

Os benefícios já amplamente reconhecidos da introdução precoce da terapia antirretroviral, segundo Marsicano et al. (2014) parecem ser negligenciados pelo estigma e medo de ser positivo. Os usuários diagnosticados HIV+ entrevistados citaram como barreiras para iniciar o tratamento o medo da medicação e dos efeitos colaterais; falta de informação e vergonha.

“...contar pra minha família. "Não, a gente tá junto com você independente de qualquer coisa". Eu acho que é essa insegurança da pessoa não falar disso, não quererem fazer o teste ou quererem fazer e não quererem fazer o tratamento.”
(USUÁRIO 5 HIV+)

“Medo da medicação, dos efeitos colaterais da medicação que tem relatos de pessoas que ficam o dia todo com diarreia.” (USUÁRIO 1 HIV+)

“Talvez seria um medo da medicação, muita gente fala dos efeitos.” (USUÁRIO 2 HIV+)

Apesar dos benefícios significativos do tratamento precoce, em países de alta e de baixa a média renda, as pessoas continuam a testar tardiamente no curso da infecção pelo HIV (Schwarcz, et al.2011; MacCarthy et al. 2015) devido às barreiras do teste de HIV, muitas das quais são comuns em contextos e populações (Logie et al. 2017).

Todos os usuários entrevistados tiveram sucesso no seu processo para iniciar o tratamento, mas de acordo com as atas das reuniões e formulários de registros analisados, alguns usuários, mesmo conseguindo iniciar o tratamento encontraram algumas barreiras no meio do caminho:

a) Dificuldade de aceitação do diagnóstico: alguns usuários que aceitaram a linkagem não quiseram conversar sobre o processo de *linkagem* logo após o teste rápido, eles pediram um tempo para “digerir” o diagnóstico, o que causou um certo “atraso” em todo o processo. Houve um usuário que revelou que queria cometer suicídio após o diagnóstico, além de outros casos em que o companheiro foi considerado culpado pela transmissão do vírus.

b) Cadastro na UBS: o cadastro na unidade escolhida pelo usuário foi uma grande barreira. Mesmo com a rede pública de saúde de Curitiba tendo descentralizado o atendimento

para as pessoas vivendo com HIV/Aids, o território de moradia dos usuários foi uma questão importante para algumas UBS, por exemplo Mãe Curitibana, Vila Guaíra, Campina do Siqueira e Iperotiga. Assim, aqueles usuários que escolhiam o atendimento longe de suas casas (especialmente para não serem reconhecidos por seus vizinhos no atendimento ou para que a UBS onde já eram cadastrados não soubesse do diagnóstico) eram impedidos por morarem em uma região que não correspondia à área atendida pelo serviço de saúde. Os linkadores conseguiram reverter a situação em alguns casos e em outros, os usuários foram direcionados para o COA. Esse fato causou desmotivação em alguns usuários, necessitando de maior intervenção dos linkadores.

c) Tempo de espera para marcação de consultas e exames: em alguns casos relatados, a primeira consulta foi difícil de ser marcada, demorando até dois meses e gerando a transferência de UBS. Além disso, um *linkador* foi impedido de entrar na consulta médica com o usuário (UBS Mãe Curitibana) e outro observou que uma equipe estava despreparada para atender as PVHA (UBS Visitação). Houve também atrasos para o agendamento dos exames, como o raio-x para aqueles com suspeita de tuberculose e, principalmente, para CD4 e CV, fundamentais para a prescrição da TARV. De acordo com o relatório final da linkagem, 15% dos usuários tiveram dificuldade com marcação da consulta (22 usuários) e 21% tiveram dificuldade nos exames laboratoriais (30 usuários).

d) Preconceito e discriminação: há alguns casos relatados nas atas das reuniões, como encaminhamento de um usuário para outro serviço (UBS Ipiranga para UBS Vila Machado), visto que as PVHA podem ser atendidas em qualquer unidade de saúde; estigma/discriminação durante a consulta médica nas UBS Bacacheri, Ouvidor Pardinho e Mãe Curitibana; um usuário foi expulso de casa após o pai descobrir que ele estava infectado pelo HIV; um usuário informou o número de um amigo para o *linkador*, com medo que a família descobrisse o seu diagnóstico.

Em síntese, os profissionais citaram como principal barreira para os HSH no COA, o horário de atendimento e a falta de equipe. Para se chegar aos HSH de Curitiba, os profissionais citaram acesso, humanização, falta de equipe capacitada nos serviços e preconceito; os usuários citaram falta de informação, medo, homofobia, vergonha e preconceito. Quanto às barreiras para se testar, na visão dos profissionais e gestores estão: preconceito, falta de acesso das pessoas que vivem nas periferias, dificuldade no acolhimento nos serviços de saúde e a questão da aceitação da sexualidade. Os usuários apontaram como barreiras a falta de profissionais capacitados, a disponibilidade de tempo para se testar, dificuldade de acesso, medo de sofrer preconceito e da exposição, medo do resultado, vergonha, falta de informação e estigma. Os usuários diagnosticados HIV+ citaram como barreiras para testar e tratar imediatamente, o

medo da medicação e dos efeitos colaterais, falta de informação, vergonha e quando a pessoa quer “desistir da vida” (Quadro 10). As principais barreiras que o projeto AHA modificou foi a do acesso ao diagnóstico, possibilitando que o usuário, mesmo distante do Centro de Curitiba pudesse ter acesso ao teste (estratégia e-testing) e a de testar e tratar, pois o linkador possibilitou que o usuário iniciasse o tratamento de forma precoce.

Quadro 10: Síntese das Barreiras de Acesso

BARREIRAS DE ACESSO	
Barreiras para os HSH	No COA: os profissionais citaram o horário de atendimento como a principal barreira para o HSH no COA; além de falta de equipe
	Para se chegar aos HSH de Curitiba, os profissionais mencionaram: acesso, humanização, falta de recursos humanos capacitados nos serviços, preconceito
	Para se chegar aos HSH de Curitiba, os usuários citaram: falta de informação, medo, homofobia, vergonha . Os usuários reagentes citaram: medo, preconceito, vergonha
Barreiras para se testar	Sob a visão dos profissionais e getsores: preconceito, falta de acesso (periferias), dificuldade no acolhimento nos serviços de saúde, questão da aceitação da sexualidade, horário de atendimento do COA, falta de equipe no COA
	Os usuários apontaram como barreiras: falta de profissionais capacitados; tempo para se fazer o teste; dificuldade de acesso; medo de sofrer preconceito; medo da exposição; medo do resultado; vergonha
	Os usuários HIV+ citaram: medo, preconceito, estigma, falta de informação
Barreiras para se tratar	Os usuários HIV+ citaram como barreiras: medo da medicação, dos efeitos colaterais; falta de informação, vergonha e quando a pessoa quer "desistir da vida"

5.4. Síntese da Avaliação

Os resultados da avaliação indicam que o projeto AHA modificou plenamente o acesso de HSH no COA de Curitiba. A pontuação total foi de 55 pontos e conforme apresentado no capítulo da metodologia (quadro 5), de 49 a 72 pontos indicam o resultado “ajudou plenamente”. O quadro a seguir apresenta a pontuação geral por dimensão do acesso. As dimensões acessibilidade e aceitabilidade foram as mais bem pontuadas, correspondendo a 67% da pontuação total atingida.

Quadro 11: Resultado da avaliação por dimensão do acesso

Resultado geral por Dimensão		
Dimensão	Pontuação Máxima	Pontuação Atingida
Aceitabilidade	15	13
Acessibilidade	30	24
Oportunidade	15	12
Acomodação	12	6
Total	72	55

6. Considerações Finais e Recomendações

Essa pesquisa abordou o acesso dos homens que fazem sexo com homens, uma das populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV, a uma intervenção criada para priorizar tal população. Os gestores, profissionais de saúde e usuários, maiores interessados na avaliação, foram envolvidos pelo interesse na intervenção e na avaliação.

Os resultados da pesquisa confirmaram os dois pressupostos: as estratégias do AHA convergiram para aumentar a visibilidade do COA entre os HSH; e a entrada do projeto AHA proporcionou também aumento da testagem no COA e uma abordagem mais adequada no aconselhamento e atendimento.

Ficou evidente na avaliação, a falta de recursos humanos próprio do COA e capacitação da equipe. O projeto AHA modificou o acesso de HSH no COA, mas a demanda só conseguiu ser absorvida devido à equipe contratada pelo projeto. Pode-se observar também uma certa resistência da equipe em atender populações-chave, pois eles consideram que isso seria função dos contratados do AHA. Cabe ressaltar a importância da equipe do AHA, profissionais capacitados que ajudaram na redução do tempo entre diagnóstico e tratamento e, também na introdução de uma nova cultura organizacional.

O COA mostrou ser um ambiente agradável para as pessoas que o frequentam, assim como o atendimento recebido pelos profissionais. Não se pode, no entanto, dizer se os profissionais referidos na pesquisa são os servidores ou os contratados do projeto, com exceção de uma farmacêutica servidora que foi elogiada por um entrevistado.

Um inconveniente importante que foi citado na pesquisa pela maioria dos entrevistados e também encontrado em registros documentais foi o horário de atendimento. O COA tem horário de atendimento divulgado de 8h às 18h, porém às 16h não recebem novos usuários para testagem, pois se o resultado for reagente há necessidade da repetição do teste e do aconselhamento mais demorado, o que faria com que o profissional permanecesse no COA para além do horário de funcionamento.

Ainda em relação ao horário de atendimento, recomenda-se que a Secretaria Municipal da Saúde veja um outro local onde o serviço possa ser estendido pelo menos até as 19h, para que as pessoas que trabalham até as 18h possam ser recebidas e testadas. É importante também pensar nas pessoas que moram nos bairros distantes do centro, que não têm fácil acesso ao COA. Recomenda-se que sejam feitas ações de testagem, utilizando a unidade móvel doada pelo projeto AHA, nos bairros distantes. Para os usuários que forem diagnosticados HIV+ nessas ações, é fundamental ter um profissional que possa acompanhá-lo até que ele inicie o tratamento em sua UBS.

Os resultados da avaliação levam-se a recomendar que seja feito um remanejamento de servidores na equipe do COA, para que sejam priorizados servidores que estejam mais interessados em trabalhar com populações-chave. Fica evidente também a necessidade da ampliação da equipe, pois o projeto AHA não pode assumir a função do serviço municipal por muito tempo.

Recomenda-se também que hajam capacitações frequentes para a equipe do COA e também para a rede de Curitiba, onde os diagnosticados HIV+ irão se inserir para iniciar o tratamento. É muito importante que a rede esteja preparada para receber esses usuários para que eles não desistam do tratamento. Além das capacitações, recomenda-se que sejam realizados encontros para reflexão e troca de experiências entre os profissionais, que possibilite a construção de um ambiente de trabalho mais favorável a todos. O intuito é de que esses encontros sejam realizados por um profissional da área de psicologia, que não faça parte da equipe do COA e que possa também desenvolver um trabalho de escuta individual – um espaço de acolhida das questões pessoais que surgem no trabalho. Mora et al (2015), em estudo realizado em sete CTA no Rio de Janeiro, concluiu que “as práticas cotidianas são atravessadas por situações que fogem do escopo e finalidade dos manuais e processos de capacitação para o aconselhamento, o desafio de sintonizar os processos de formação e os processos de trabalho pode ser assumido por meio de processos de educação permanente com foco nos profissionais e nos contextos institucionais nos quais a prática acontece” (pag.1153).

As barreiras citadas para se chegar aos HSH, para se testar e para iniciar o tratamento imediato levam a conclusão de que há necessidade de mais informação sobre o HIV/Aids para toda a população, não somente para população-chave. Informações sobre o tratamento são também fundamentais para que as pessoas tenham conhecimento antes mesmo de um possível diagnóstico. Recomenda-se, por fim, que seja feita uma parceria com a UNAIDS que já trabalha com a população jovem e também com tópicos importantes como estigma e discriminação.

Em relação ao estigma, esse estudo trouxe uma necessidade de maior aprofundamento no tema, haja vista uma sobreposição encontrada. O estigma está presente não apenas na doença e nas categorias (HSH, pessoas trans/travestis), mas também na situação de vulnerabilidade em que cada indivíduo se encontra, como a sua condição socioeconômica e as barreiras de acesso e tratamento que essas condições podem trazer.

Importante ressaltar que o acesso e as barreiras enfrentadas pela população ao SUS e seus serviços estão diretamente ligados ao nível de conhecimento/escolaridade da mesma. Acredita-se que os resultados dessa pesquisa possam subsidiar os gestores da SMS e do DIAHV no planejamento de ações para a ampliação do acesso dos HSH e outras populações-chave, visando uma melhor organização do SUS.

7. Referências Bibliográficas:

- AAAS (AMERICAN ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE). Science. Special Issue 2011: Breakthrough of the Year, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencemag.org/site/special/btoy2011>>
- AMOLLOH, M.; MEDLEY, A.; OWUOR, P.; AUDI, B.; SEWE, M.; MULTAI, H. et al. Factors associated with early uptake of HIV care and treatment services after testing HIV-positive during home based testing and counseling (HBTC) in rural Western Kenya. 18TH Conference of Retroviruses and Opportunistic Infections. Boston, USA; 2011. Abstract no. 1077.
- ANDERSEN, R.M, NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51: 95-124.
- ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
- ANGLEMEYER, A.; RUTHERFORD, G.W.; EGGER, M. & SIEGFRIED, N. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD009153. 2011. doi:10.1002/ 14651858
- ANSARA, D.L.; HINDIN, M.J.; Psychosocial Consequences of Intimate Partner Violence for women and men in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*. 2010 maio 25; 26 (8): 1628-45
- ANTUNES, M.C. Territórios de vulnerabilidade ao HIV: Homossexualidades masculinas em São Paulo (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, SP, Brasil). 2005. Recuperado em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-15032007-115747/pt-br.php>
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012. p. 2865-2875
- AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Garcia S, Souza FM. *Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração*. Saúde Soc. São Paulo, v.19,2010. supl.2, p.9-20
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA, J.I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 121-43.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA, J.I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso*. 1. Ed. São Paulo: Editora 32; 1999.
- BAGGLEY, R.F.; WHITE, R.G.; BOILY, M.C. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *Int J Epidemiol*. 2010;39(4):1048– 63.
- BARBOSA S. P. et al. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Cienc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2013. v. 18, n. 8, p. 2347-2357
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARROS, C.R.S; ZUCCHI, E.M.; SCHARIBER, L.B.; JUNIOR-FRANÇA, I. Fatores individuais e contextuais associados à realização do teste anti-HIV por busca espontânea. *Ver. Bras. Epidemiol*. Jul-Set 2017; 20(3): 394-407

- BELL, D. & VALENTINE, G. Mapping desire: Geographies of sexualities. London: Routledge.1995
- BEYRER, C.; BARAL, S.D.; VAN GRIENSVEN, F.; GOODREAU, S.M.; CHARİYALERTSAK, S.; WIRTZ, A.L. et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet* 2012; 380:367-77.
- BEYRER, C.; SULLIVAN, P.S.; SANCHEZ, J.; BARAL, S.D.; COLLINS, C.; WIRTZ, A.L.; MAYER, K. The increase in global HIV epidemics in MSM. *AIDS*, 27(17), 2013. 2665-2678. doi: 10.1097/01.aids.0000432449.30239.fe.
- BEYRER, C.; SULLIVAN, P.S.; SANCHEZ, J.; DOWDY, D.; ALTMAN, D.; TRAPENCE, G. et al. A call to action for comprehensive HIV services for men who have sex with men. *Lancet*. Elsevier Ltd; 2012 Jul 28; b380(9839):424–38.
- BRADFORD, J.B.; COLEMAN, S.; CUNNINGHAM, W. HIV System Navigation: An Emerging Model to Improve HIV Care Access. *AIDS Patient Care and STDs*. 2007; 21 (Supplement 1): S49-S58.
- BRASIL. 2011. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 64 anos. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf. 2
- BRASIL. 2018. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
- BRASIL. Boletim Epidemiológico 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. AIDS e DST. Ano IV - nº 1 - 27ª a 53ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2014 e Ano IV - nº 1 - 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2015. Brasília: MS-SVS-DDAVH, 2015.
- BRASIL. Boletim Epidemiológico 2018. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/pub/2018/66196/boletim_hiv_aids_12_2018.pdf
- BRASIL. Cinco Passos para a Prevenção do HIV na Atenção Básica. Ministério da Saúde (2017). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/kit-hiv-aids-na-atencao-basica-material-para-profissionais-de-saude-e-gestores-5-passos>
- BRASIL. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde (2017). 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. – Brasília. 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. 2017.
- BRASIL. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Ministério da Saúde. (2008). Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, DF: Autor
- BRASIL. UNGASS Progress Report on the Brazilian Response to HIV/AIDS (2010-2011). Ministério da Saúde (2012). <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/>

- BREILH, J. Uma perspectiva Emancipadora da Pesquisa e da Ação Baseadas na Determinação Social da Saúde. 2013.
http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/TEXTO_DO_BREILH_em_portugues.pdf
- BRIGNOL, S.M.S. Estudo epidemiológico da infecção por HIV entre homens que fazem sexo com homens no município de Salvador [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2013.
- BRIGNOL, S.M.S. et al. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1-14, 2015. Disponível em: <http://www.SciELO.br/pdf/csp/v31n5/pt_0102-311X-csp-31-51035.pdf>.
- BRIGNOL, S.M.S. Relatório dos Resultados das análises dos dados da pesquisa RDS no município de Curitiba. Infecção pelo HIV e realização de testes rápidos nos últimos 12 meses por homens que fazem sexo com homens (HSH) em Curitiba, Brasil. 2014. Não publicado.
- BROUSSELE, A. et al. (2011). Avaliação Conceitos e Métodos. Editora Fiocruz, 2011. p.43
- CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH (CIHR). Guide to knowledge Translation Planning at Integrated and End-of-Grant Approaches. 2012. Disponível em: <http://www.irsc-cihr.gc.ca>. Acesso em: 20 maio 2017.
- CASTRO, R.; RIBEIRO-ALVES, M.; CORREA, R.G.; DERRICO, M.; LEMOS, K.; GRANGEIRO J.R. et al. (2016) The Men Who Have Sex with Men HIV Care Cascade in Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE* 11(6): e0157309. doi: 10.1371/journal.pone.0157309
- CDC. Follow-up on Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1981; 30: 409–10. CDC. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men—New York City and California. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1981; 30: 305–08. CDC. Pneumocystis pneumonia—Los Angeles. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1981; 30: 250–52.
- CHALEBOIS, E.D.; DAS, M.; PORCO, T.C. & HAVLIR, D.V. The effect of expanded antiretroviral treatment strategies on the HIV epidemic among men who have sex with men in San Francisco. *Clinical Infectious Diseases*, 52. 2011.1046–1049. doi:10.1093/cid/cir085
- CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Modelizar Intervenções. In: *Avaliação Conceitos e Métodos*, organizado por Brouselle et al. 2016.
- CHARANIA, M.R.; CREPAZ, N.; GUENTHER-GRAY, C.; HENNY, K.; LIAU, A.; WILLIS, L.A. et al. Efficacy of structural-level condom distribution interventions: a meta-analysis of U.S. and International Studies, 1998– 2007. *Aids Behav.* 2011; 15:1283-97.
- COCK, K.M.; FLEMING, P.L.; KARON, J.M.; STEKETEE, R.W. HIV in the United States at the turn of the century: an epidemic in transition. *Am J Public Health* 2001; 91:1060-8.
- COHEN, M.S.; CHEN, Y.Q.; McCAULEY, M.; GAMBLE, T.; HOSSEINIPOUR, M.C.; KUMARASAMY, N. HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *The New England Journal of Medicine*, 2011. 365, 493–505. doi:10.1056/NEJMoa1105243
- COSTA, T.D. MOVIMENTOS SOCIAIS E EDUCAÇÃO POPULAR. *Revista Lugares de Educação*, Bananeiras, v. 1, n. 1, p. 24-34, jan.-jun. 2011. ISSN 2237-1451 Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rle>>

- CRESWELL, J. *Qualitative inquiry and research design*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2003.
- CRESWELL, J.; CLARK, V. P. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2007.
- CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. *Designing and Conducting Mixed. Methods Research*. Thousand Oaks, Sage, 2011. 488 p
- CRUZ, M.M. Et al. *Abordagem integral para a testagem do HIV e vinculação com a assistência a homens que fazem sexo com homens em Curitiba. Protocolo para o Brasil, versão1.0, 5 de fevereiro de 2015.*
- CURITIBA. *Boletim Epidemiológico 2014*. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Municipal de DST/HIV/aids/Hepatites Virais. disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/vigilancia/epidemiologica/boletim-epidemiologico.html>. acesso em 15 de junho 2017.
- CURITIBA. *Boletim Epidemiológico*. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Municipal de DST/HIV/aids/Hepatites Virais. 2017. CDD - 23.ed. – 614.5993098162
- CURITIBA. *Boletim Epidemiológico 2018*. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Municipal de DST/HIV/aids/Hepatites Virais. CDD - Ano 5 - Dezembro 2018 - 23.ed. – 614.5993098162
- DANG, V.H. *A Mixed Method Approach Enabling the Triangulation Technique: Case Study in Vietnam*. *World Journal of Social Science*. Vol. 2, No. 2; 2015. <http://wjss.sciedupress.com>
- DE BONI, R.B.; LENTINI, N.; SANTELLI, A.C.; BARBOSA JR, A.; CRUZ, M.M.; BINGHAM, T.; COTA, V.L.; CORREA, R.G.; VELOSO, V.G.; GRINSTJEIN, B. *Self-testing, communication and information technology to promote HIV diagnosis among young gay and other men who have sex with men (MSM) in Brazil*. *Journal of the International AIDS Society* 2018, 21(S5): e25116. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25116/full> | <https://doi.org/10.1002/jia2.25116>
- DEL AMO, J.; BRORING, G.; FENTON, K. *HIV health experiences among migrant Africans in Europe: how are we doing?* *AIDS* 2003; 17:2261-3.
- DELOR, F.; HUBERT, M. *Revisiting the concept of “vulnerability”*. *Soc Sci Med* 2000; 50:1557-70.
- DENZIN, N. K. *Moments, mixed methods, and paradigm dialogs*. *Qualitative Inquiry*. 2010.16, 419-427. <http://dx.doi.org/10.1177/1077800410364608>
- DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press; 2003.
- DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973
- FARRISE, D. & DIETZ, N. *Patient Navigation is a client-centered approach that helps to engage people in HIV care*. *HIV Clinician*. Winter 2013, Vol. 25, No. 1, 1-3
- FERNANDES, J.R.M. et al. *Início de terapia antirretroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.6, p.1369-1380, 2009.

FERREIRA, J.R. et al. Avaliação de testes rápidos para detecção anti HIV no Brasil. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/HIVtesterapidoBrasil-avaliacao_0.pdf. Último acesso em 15 de junho 2017.

FERREIRA, M.P.S.; SILVA, C.M.F.P.; GOMES, M.C.F.; SILVA, S.M.B. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):481-490, 2001

FREEMAN, H.P.; RODRIGUEZ, R.L. History and Principles of Patient Navigation. *Cancer*. 2011; 117 (15 Supplement): 3539-3542.

GARCIA, S.; SOUZA, F.M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc. São Paulo*, v.19, supl.2, p.9-20, 2010

GAY, L.R.; AIRASIAN, P. Educational research: competencies for analysis and applications. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, 2003.

GENBERG, B. L.; KAWICHAJ, S.; CHINGONO, A.; SENDAH, M.; CHARİYALERTSAK, S.; KONDA, K. A. & CELENTANO, D. D. Assessing HIV/AIDS stigma and discrimination in developing countries. *AIDS and Behavior*, 2007. 12, 772-780. doi:10.1007/s10461-007-9340-6

GERMANO, F.N.G; SILVA, T.M.G.I; SASSI, R.M.; MARTINEZ, A.M.B. Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu status sorológico-Rio Grande, RS, Brasil. <https://www.scielo.org/article/csc/2008.v13n3/1033-1040/>

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 175 p.

GOFFMAN, E. Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro, RJ: Zahar. Publicação original: 1963. Tradução Mathias Lambert. 2004. Acesso: www.sabotagem.revolt.org.

GOMES, R.F.M.; CECCATO, M.G.B.; ROCHA, G.M.; GUIMARÃES, M.D.C. Conhecimento sobre HIV/Aids e fatores associados entre homens que fazem sexo com homens em Belo Horizonte, MG. *Ver. Med. Minas Gerais* 2013; 23(4):427:436

GOMES, R.R.F.M.; BATISTA, J.R.; CECCATO, M.G.B.; KERR, L.R.F.S.; GUIMARÃES, M.D.C. HIV Knowledge among men who have sex with men in Brazil: applying the item response theory. *Rev. Saúde Pública* 2014; 48:2016-15

GOMES, R.R.F.M.; BATISTA, J.R.; CECCATO, M.G.D; KERR, L.R.F.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(10):e00125515

GONTIJO, F. Imagens identitárias homossexuais, carnaval e cidadania. In L. F. Rios, V. Almeida, R. Parker, C. Pimenta, & V. Terto Jr., *Homossexualidade: Produção cultural, cidadania e saúde* (pp. 63-68). 2004. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS.

GRANGEIRO, A. et al. Diagnóstico situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento. São Paulo, Instituto de Saúde. (Relatório de pesquisa) 2007.

GRECO, D.B.; SIMÃO, M.B. Brazilian policy of universal access to AIDS treatment: sustainability challenges and perspectives. *AIDS*, 2007; [S.l.], v. 21 (Suppl.), p. S 37-S45.

GREEN, J.; THOROGOOD, N. Qualitative Methods for Health Research. London, SAGE; 320 pp. 2009.

- GREENE, J.C.; CARACELLI, V.J.; GRAHAM, W.F. Toward a conceptual framework for MixedMethod Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*. Fall, 1989, Vol. 11, N. 3, pp.253-274
- GUEST, G.; BUNCE, A.; JOHNSON, L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 2006.18(1), 59-82.
- HATCHER, A. M.; et al. *AIDS Behav* . Author manuscript; available in PMC 2013 July 01.
- HOLT, M.; RAWSTORNE, P.; WILKINSON, J.; WORTH, H.; BITTMAN, M.; KIPPAX, S. HIV testing, gay community involvement and internet use: social and behavioural correlates of HIV testing among Australian men who have sex with men. *AIDS Behav*. 2012; 16:13-22.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M. *Minidicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- HYMES, K.B; et al. Kaposi's Sarcoma in Homosexual men – a report of eight cases. *The Lancet*. Volume 318, Issue 8247. 1981, Pages 598-600
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/curitiba/panorama>. Acesso 14 junho 2018.
- JIN, F.; PRESTAGE, G.; LAW, M.; KIPPAX, S.; VAN DE VEM, P.; RAWSTHORNE, P. et al. Predictors of recent HIV testing in homosexual men in Australia. *HIV Med* 2002; 3:271-6.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS - JCAHO (1993). *The Measurement Mandate – on the Road Performance Improvement in Health Care*. Chicago IL, Department of Publications, 53p.
- KALICHMAN, A.O. *Vigilância epidemiológica da aids-recuperação histórica de conceitos e práticas*. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1993.
- KEER, L. et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine* (2018) 97:S1
- KERR, L. *Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.
- KERR, L.R., MOTA, R.S., KENDALL, C., PINHO, A.A. MELLO, M.B., GUIMARÃES, M.D. HIVMSM Surveillance Group. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*, 2013. 27, 427-435. doi: 10.1097/QAD.0b013e32835ad504
- KRAWZYK, C.; FUNKHOUSER, E.; KILBY, J.M.; VERMUND, S.H. Delayed access to HIV diagnosis and care: special concerns for the southern States. *AIDS Care* 2006; 35:35-44.
- LIMA, J.C.; AZOURY, E.B.; BASTOS, L.H.C.V.; COUTINHO, M.M.; PEREIRA, N.N.; FERREIRA, S.C.C. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2002; 26(60):62-70.
- LINCOLN Y.; GUBA E. Do inquiry paradigms imply inquiry methodologies? In Fetterman, D. M. (Ed.). *Qualitative approaches to evaluation in education*. New York, NY: Praeger, 1988. pp. 89–115.
- LINCOLN, Y. & GUBA, E. G. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln. (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). 2000. pp. 163-188. Thousand Oaks, CA: Sage.

- LIPPMAN, S.A.; VELOSO, V.G.; BUCHBINDER, S.; FERNANDES, N.M.; TERTO, V.; SULLIVAN, P.S. 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. *Braz J Infect Dis*. 2014;18(3):239-44. DOI:10.1016/j.bjid.2014.02.002
- LOGIE, C.H. et al. Barriers and facilitators to HIV testing among young men who have sex with men and transgender women in Kingston, Jamaica: a qualitative study. *Journal of the International Aids Society* 2017, 20:21385
- LOUGHRAN, E. & GECKELER, D. Localizing the National HIV/AIDS Strategy in San Francisco. San Francisco Department of Public Health. 25 November 2013.
- LUIZA, V.L.; BERMUDEZ, J.A.Z. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: Oliveira MA, Zepeda Bermudez JÁ, Esher A. Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004. p.45-67.
- MACCARTHY, S.; HOFFMANN, M.; FERGUSON, L.; NUNN, A.; IRVIN, R.; BANGSBERG, D. et al. The HIV care cascade: models, measures and moving forward. *J Int AIDS Soc*. 2015; 18:19395
- MACDONALD, V.; VERSTER, A.; BAGGALEY, R. "A call for differentiated approaches to delivering HIV services to key populations." *Journal of the International AIDS Society* 20.S4 (2017)"
- MALTA, M. et al. Improvement of HAART in Brazil, 1998-2008: a nationwide assessment of survival times after AIDS diagnosis among men who have sex with men. *BMC Public Health*, 2015; 15:226.
- MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. *Aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- MANN, J.M.; TARANTOLA, D. *AIDS in the World II*. Oxford: Oxford University Press; 1996. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic*. Geneva: World Health Organization; 2013.
- MARCUS, J. L.; CHAO, C. R.; LEYDEN, W. A; XU, L.; QUESENBERRY, C. P.; KLEIN, D. B.; SILVERBERG, M. J. Narrowing the Gap in Life Expectancy Between HIV-Infected and HIV-Uninfected Individuals With Access to Care. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2016. 73(1), 39–46. <http://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001014>
- MARK, M.M.; HENRY, G.T. & JULNES, G. *Evaluation: an integrated framework for understanding, guiding and improving policies and programs*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2000.
- MARSICANO, E.; DRAY-SPIRA, R.; LERT, F.; AUBRIERE, C.; SPIRE, B.; HAMELIN, C. et al. Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study. *AIDS Care*. 2014;26(Suppl 1):S97-106. DOI:10.1080/09540121.2014.907385
- MARTINS, G.A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. *RCO – Revista de Contabilidade e Organizações – FEARP/USP*, v. 2, n. 2, p. 8 - 18 jan./abr. 2008
- McLAUGHLIN, J.A. & JORDAN, G.B. *Logic Models: a tool for telling your program's performance story*. *Evaluation and Program Planning*, 22 (1): 65-72, 1999.
- McLAUGHLIN, J.A. & JORDAN, G.B. *Using Logic Models*. In: Wholey et al. (Ed.). *Handbook of Program Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2004.
- MEDINA, M.G. et al. Uso dos modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org). *Avaliação em saúde: dos modelos*

teóricos à prática na avaliação em programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz / Salvador: EDUFBA, 2005.

MERRIAM, S. B. Qualitative research and case study applications in education. San Francisco: Jossey-Bass. 1998.

MINAYO, M.C.S. et al. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):355-367, abr-jun, 1999.

MONTANER, J.S.; TYNDALL, M.W.; WOOD, E.; SCHECHTER, M.T.; O'SHAUGHNESSY, M.V.; HOGG, R.S. Prevalence and correlates of untreated human immunodeficiency virus type 1 infection among persons who have died in the era of modern antiretroviral therapy. J Infect Dis 2003; 188:1164-70.

MONTEIRO, S. & BRIGEIRO, M. Testagem e prevenção do HIV/AIDS na Baixada Fluminense: potencialidades e desafios. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/IOC, 2017.

MORA, C; MONTEIRO, S, MOREIRA, C.O.F. Formação, práticas e trajetórias de aconselhadores de centros de testagem anti-HIV do Rio de Janeiro, Brasil. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1145-56. DOI: 10.1590/1807-57622014.0609

MSHANA, G.H.; WAMOYI, J.; BUSZA, J.; ZABA, B.; CHAGALUCHA, J.; KALUVYA, S. et al. Barriers to accessing antiretroviral therapy in Kisesa, Tanzania: a qualitative study of early rural referrals to the national program. AIDS Patient Care STDS 2006; 20:649-51.

NERI, M. & SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad Saude Publica 2002; 18(Supl.):S77-S87

NOLAN, M.; GIPS, A.; PHILLIPS, L.; KWEYU, N.; SIMBA, M.; GWARINDA, S. Mothers2mothers – Kenyan clients who are supported to disclose their status and access support have improved PMTCT outcomes towards achieving virtual elimination of pediatric HIV/AIDS. 19th International AIDS Conference, Rome, Italy; 2011. Abstract no. TUPE302.

OBRIST, B. et al. Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. PLOS Medicine, Cambridge, v. 4, n. 10, p. 1584-1588, 2007.

ODENY, T.A.; GENG, E. Defining Implementation Science to Inform Future ARV Guidelines 3rd Global WHO Consultation on Strategic Use of ARVs; February 2014; Geneva, Switzerland.

OLIVEIRA, I.B.N. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S259-S268, 2009

PAIVA, V.S.F. Fazendo Arte com Camisinha – sexualidades jovem em tempos de AIDS. São Paulo: Summus, 2000.

PARKER R. Abaixo do Equador: Culturas do desejo, homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Record.2002.

PARKER R. Grassroots activism, civil society mobilization, and the politics of the global HIV/AIDS epidemic. Brown Journal of World Affairs, XVII (II), p. 21-37, 2011.

PARKER R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública. In: Monteiro S, Villela W, organizadores. Estigma e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013, p. 25-46.

- PATTON, M.Q. Utilization-focused evaluation: The New Century Text, 3rd edition. Thousand Oaks, California: Sage Publications.1997.
- PENCHANSKY, D.B.A. & THOMAS, J.W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19:127-40.
- PEREIRA, Jimenez Adriana. A Sociedade Civil Organizada no Enfrentamento da Aids no Município de São Paulo. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no Mestrado em Ciências, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-23062010094333/pt-br.php>>
- PHARRIS, A.; CHUC, N.T.K.; TISHELMAN, C.; BRUGHA, R.; HOA, N.P.; THORSON. Expanding HIV Testing Efforts in Concentrated Epidemic Settings: A Population-Based Survey from Rural Vietnam. *PLoS One*. 2011 Jan 11;6(1):e16017.
- PIMENTA, F.A.; MERCHAN-HAMANN, E. Uso dos serviços de saúde por parte de homens que fazem sexo com homens do Distrito Federal. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva, Brasília*, v. 5, n. 4, p. 35-53, 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1056>>.
- PUSTIL, R. Global AIDS. *AIDS*, 17 Suppl 4, 2016. S3-11. <http://doi.org/10.1073/pnas.86.15.5781>
- RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19:27-34.
- RAMOS, S.; CARRARA, S. A Constituição da Problemática da Violência contra Homossexuais: a Articulação entre Ativismo e Academia na Elaboração de Políticas Públicas. *PHYSIS:Rev. Saúde Coletiva*. 2006;16(2):185–205.
- REDOSCHI, B.R.L. et al. Uso rotineiro de testes HIV entre HSH do risco a prevenção. *Cadernos de Saúde Pública* 2017; 33(4): e00014716. Doi:10.1590/0102-311X00014716
- RHODES, T.; SINGER, M.; BOURGOIS, P.; FRIEDMAN, S.R.; STRATHDEE, S.A. The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Soc Scien& Med*. 2005; 61(5):1026-44.
- RISHER, K.; ADAMS, D.; SITHOLE, B.; KETENDE, S.; KENNEDY, C.; MNISI, Z.; MABUSA, X.; BARAL, S.D. Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. *J Int AIDS Soc* 2013, 16(3 Suppl 2):18715.
- SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):53-61.
- SANTOS, E.M.; CRUZ, M.M. Avaliação em Saúde - Dos modelos teóricos à Prática da Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- SANTOS, E.M.; WESTMAN, S.; REIS, A.C.; ALVES, R.G. et al. Avaliação do grau de implementação do programa de controle de transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”. Rio de Janeiro. 2006 set. 67p. Relatório Final
- SANTOS, M.A. Prostituição masculina e vulnerabilidade às DSTs/AIDS. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, v. 20, n. 1, p. 76-84, 2011. Disponível em: <<http://www.SciELO.br/pdf/tce/v20n1/09.pdf>>.

- SCHMIDT, A.J.; MARCUS, U. Self-reported history of sexually transmissible infections (STIs) and STI-related utilization of the German health care system by men who have sex with men: data from a large convenience sample. *BMC Infect Dis* 2011, 11:132.
- SCHWARCZ, S.; RICHARDS, T.A.; FRANK, H.; WENZEL, C.; HSU, L.C. CHIN, C.S; et al. Identifying barriers to HIV testing: personal and contextual factors associated with late HIV testing. *AIDS Care*. 2011;23(7):892–900.
- SCWARTLANDER, B.; STOVER, J.; HALLET, T. et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*. Jun 11. 2011;377(9782):2031–41. [PubMed]
- SHOCKNEY, L.D. *Becoming a Breast Cancer Nurse Navigator*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2011.
- SHOVELLER, J.A.; KNIGHT, R.; JOHNSON, J.; OLIFFE, J.L.; GOLDENBERG, S. 'Not the swab!' Young men's experiences with STI testing. *Willey Online Library*. Volume 32, Issue 1. January 2010. Pages 57-73
- SILVA, A.S. Por um lugar ao sol: construindo a memória política da homossexualidade (ou Homossexualidade: a história dos vencidos?). *Bagoas*, v. 8, p. 77 - 102, 2012. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:J7bJi3XOgKcJ:www.cchla.ufrn.br/bagoas/v06n08art04_silva.pdf+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.
- SILVA, N.E.K.; OLIVEIRA, L.A.; SANCHO, L.G. Testagem anti HIV: Indagações sobre a expansão da oferta sob a perspectiva do acesso e da construção da demanda. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v.37, n.99, p.646-645, out/dez 2013
- SNOWDEN, J.M.; WEI, C.; McFARLAND, W.; RAYMOND, H.F. Prevalence, correlates and trends in seroadaptive behaviours among men who have sex with men from serial cross-sectional surveillance in San Francisco, 2004-2011. *Sexually Transmitted Infections*, 90(6), 498-504. 2014. doi: 10.1136/sextrans-2013-051368
- SOARES, J.P., SILVA, A.C.O.; SILVA, D.M.; FREIRE, M.E.M.; NOGUEIRA, J.A. Prevalencia e fatores de risco para HIV em pop vulneraveis revisao de literatura. *Arq. Catarin Med*. 2017 out-dez; 46(4):182-194
- SOARES, J.P., SILVA, A.C.O.; SILVA, D.M.; FREIRE, M.L.M.; NOGUEIRA, J.D. Prevalência e Fatores de risco para o HIV/AIDS em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2017 out-dez; 46(4):182-194
- SOARES, P.S.S. & BRANDÃO, E.R. Não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23(3): 703:721, 2013
- STAKE, R. E. Qualitative case studies. In N. K. Denzin, & Y.S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 443-466). Thousand Oaks, CA: Sage. 2005.
- SZWARCWALD, C.L. et al. Estimação da incidência de HIV em dois municípios brasileiros, 2013. *Revista de Saúde Pública*, vol. 50, 2016, pp. 1-10
- SZWARCWALD, C.L.; FERREIRA-Jr, O. C., BRITO, A.M.; LUHM, K.R.; RIBEIRO, C.E.; SILVA, A.M... PEREIRA, G.F. (2016b). Estimation of HIV incidence in two Brazilian municipalities, 2013. *Revista de Saúde Pública*, 50, 55. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006310

- TERTO-JR, V. Diferentes prevenções geram diferentes escolhas? Reflexões para a prevenção de HIV/AIDS em homens que fazem sexo com homens e outras populações vulneráveis. *Rev. Bras. Epidemiol.* São Paulo, 18 (1), 156-168, set. 2015.
- TERTO-Jr, V. Homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais: questões da homossexualidade masculina em tempos de AIDS. In: Parker R, Barbosa RM. (organizadores). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS/ UERJ; 1996. p.90-104.
- TORRES, R.M.C; CRUZ, M.M.; PERISSÈC, A.R.S; PIRES, D.R.F. High HIV infection prevalence in a group of men who have sex with men. *The Brazilian Journal of Infected Diseases*. 2017; 21(6):596–605
- TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004
- TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003. 688 p
- UNAIDS 2018. Relatório Informativo. Dia Mundial Contra a Aids 2018. <https://unaid.org.br/estatisticas/>
- UNAIDS, Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). *Prevention gap report*. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2016.
- UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2009). *UNAIDS action framework: Universal access for men who have sex with men and transgender people*. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf
- UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2014
- VAN DOORSLAER, E.; WAGSTAFF, A.; RUTTEN, F. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
- VAN SIGHEM, A.; VIDONDO, B.; GLASS, T.R.; BUCHER, H.C.; VERNAZZA, P.; GEBHARDT, M.... *Swiss HIV Cohort Study. Resurgence of HIV infection among men who have sex with men in Switzerland: mathematical modelling study*. *PLoS One*, 7. 2012. e44819. doi: 10.1371/journal.pone.0044819
- VELASCO-DE-CASTRO, C.A.; GRINSZTEJN, B.; VELOSO, V.G.; BASTOS, F.I. et al. HIV-1 diversity and drug resistance mutations among people seeking HIV diagnosis in voluntary counseling and testing sites in Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One*. 2014 Jan 30; 9(1):e87622.
- VENTURINI, G. *Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil: intolerância e respeito às diferenças sexuais*. *Revista Teoria e Debate*, n.8. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Fundação Rosa Luxemburgo Stiftung. 2009. Disponível em: < <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/07/pesquisa-lgbt-perseu-abramo.pdf>>
- VERAS, M.A.S.M.; CALAZANS, G.J.; RIBEIRO, M.C.A.S.; OLIVEIRA, C.A.F.; GIOVANETTI, M.R.; FACCHINI, R. et al. High HIV prevalence among men who have sex with men in a time-location sampling survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav* 2015; 19:1589-98. 6.
- WEISS, C.H. *Utilization of Evaluation: Toward Comparative Study*. 1972. Pp.318-26 in *Evaluation Action Programs*.

WIJNGAARDEN, J.W. L.; CHING, A.D.; SETTLE, E.; GRIENSVEN, F.V.; CRUZ, R.C.; NEWMAN, P.A. "I am not promiscuous enough!": Exploring the low uptake of HIV testing by gay men and other men who have sex with men in Metro Manila, Philippines. *Plos One*. Published: July 6, 2018 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200256>

WIRTZ, A.L.; KAMBA, D.; JUMBE, V.; TRAPENCE, G.; GUBIN, R.; UMAR, E.; STROMDAHL, S.K.; BEYRER, C.; BARAL, S.D. A qualitative assessment of health seeking practices among and provision practices for men who have sex with men in Malawi. *BMC Int Health Human Rights* 2014, 14:20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO- 2016. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva 2014. Disponible em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128048/9789241507431_eng.pdf?sequence=1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . WHO 2011

(http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9682&Itemid=41010&lang=en).

YAN, H.; ZHANG, R.; WEI, C.; LI, J.; XU, J.; YANG, H.; MCFARLAND, W. A peer-led, community-based rapid HIV testing intervention among untested men who have sex with men in China: an operational model for expansion of HIV testing and linkage to care. *Sex Transm Infect*. 2014 Aug;90(5):388-93. doi: 10.1136/sextrans-2013-051397. Epub 2014 Jun 12.

YIN, R. K. *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. 2003.

YIN, R.K. *Case Study Research: Design and Methods*. Fourth Edition. V.5.16-18. 2009

YIN, Robert. Validity and generalization in future case study evaluations. *sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav*. 19(3) 321 –332. 2013. DOI: 10.1177/1356389013497081.

ZIRABA, A.; MADISE, N.; KIMANI, J.; OTI, S.; MGOMELLA, G.; MATILU, M. et al. Determinants for HIV testing and counselling in Nairobi urban informal settlements. *BMC Public Health*. 2011;11(1):663.

8. Anexos

Anexo 1. Roteiro para Observação de Campo

Pesquisador Responsável: _____

Data: _____

Tipo de atividade observada no período da manhã:

Tipo de atividade observada no período da tarde:

Número aproximado de usuários homens em cada período:

Horário de maior procura do serviço:

Dimensão: ACESSIBILIDADE

O COA está localizado em local de fácil acesso? Esse local é seguro?

Existem sinais/informações sobre os horários de atendimento do COA?

Existem sinais indicando os tipos de atividades oferecidas no COA?

O ambiente é acessível para pessoas com deficiência física e visual?

De modo geral, as atividades físicas oferecidas no COA são realizadas em horário adequado?

Os usuários saem do COA com preservativos e material de IEC?

Há muito tempo de espera para a realização do teste?

Dimensão: ACOMODAÇÃO

A equipe é bem integrada?

De modo geral, foi possível perceber algum conflito entre a equipe do projeto AHA e a equipe do COA?

Como é a recepção dos usuários homens (possíveis HSH)?

De modo geral, foi possível perceber que os profissionais responsáveis pela realização das atividades demonstraram uma atitude (uma postura) de acolhimento em relação aos usuários HSH?

De modo geral, foi possível perceber que os usuários (possíveis HSH) expressavam satisfação no atendimento recebido?

De modo geral, foi possível perceber algum tipo de constrangimento dos usuários (possíveis HSH) durante a permanência no COA?

Dimensão: ACEITABILIDADE

Há uma boa relação entre os profissionais e usuários HSH?

De modo geral, é possível perceber algum tipo de preconceito por parte dos profissionais em relação aos usuários (possíveis HSH)?

Os usuários (possíveis HSH) se mostram à vontade na sala de espera?

Dimensão: OPORTUNIDADE

Como os linkadores abordam os usuários HSH?

Como é a receptividade dos usuários?

Os usuários conversam entre si, enquanto estão aguardando o resultado ou para fazer o teste?

De modo geral, há alguma dificuldade dos linkadores na abordagem aos usuários?

Anexo 2a:

Roteiro de Entrevistas com Informantes Chave – HSH – Diagnosticados HIV +

Data da entrevista: _____

Nome do entrevistador: _____

Idade do informante: _____

Instruções gerais:

A maioria das perguntas abaixo possui desdobramentos que são perguntas de seguimento para saber se o participante ainda não forneceu as informações solicitadas no aprofundamento. Se a resposta já tiver sido fornecida, ignore esse aprofundamento e vá para a próxima. Faça uma sondagem de uma compreensão mais ampla quando o participante fornecer informações que não estejam claras ou que não tenham sido oferecidas anteriormente.

Sempre que ver **HSH** – leia **Homens que fazem Sexo com Homens**, não utilize a sigla

Antes de iniciar, favor ler o TCLE com os participantes e coletar as assinaturas.

Após o TCLE assinado, favor ler **o seguinte para os participantes:**

Muito obrigada por concordar em participar desta entrevista hoje. Meu nome é _____ e eu estou participando de uma pesquisa de mestrado para avaliar o acesso dos homens que fazem sexo com homens (HSH) à testagem do HIV e vinculação ao serviço, através do projeto A Hora é Agora, no COA. O objetivo do projeto AHA é melhorar a testagem e vinculação aos cuidados e tratamento do HIV entre os HSH de Curitiba. A pesquisa do mestrado e o projeto AHA têm um interesse especial em compreender os problemas que os HSH enfrentam ao usar ou tentar usar os serviços de saúde em HIV/AIDS. Essas informações nos permitirão fazer recomendações aos gestores de saúde assim como aos financiadores do projeto AHA, no sentido de aperfeiçoar os serviços e buscar outras ações que ajudem a melhorar o acesso dessa população.

Você tem alguma dúvida ou preocupação antes de começarmos?

1. Como você chegou até o COA?

APROFUNDAMENTO:

- a) Qual o meio de transporte utilizado?
- b) O COA é um local de fácil acesso para você? (Geograficamente)

2. Como você ficou sabendo do COA?

3. Há quanto tempo você está sendo atendido no COA?

4. Você considera esse local de testagem (COA) conveniente para os HSH?

APROFUNDAMENTO:

- a) Você acha que os horários de funcionamento são convenientes para a comunidade?
- b) Você ficou satisfeito com a privacidade oferecida pela área de testagem/aconselhamento?

5. Você se sentiu acolhido pelos profissionais do COA?

APROFUNDAMENTO:

- a) Como foi o seu atendimento na recepção?
- b) Como foi o seu aconselhamento pós teste?
- c) Como você se sentiu na sala de espera, após a realização do teste?
- d) Em algum momento você se sentiu discriminado?

6. Com que perfil de profissional do COA você mais se identificou?

APROFUNDAMENTO:

- a) A recepcionista? Os Aconselhadores? Profissional da coleta de sangue? Os linkadores?

7. Quais informações você tem obtido sobre o HIV e os serviços de testagem e vinculação?

APROFUNDAMENTO:

- a) O que você já viu na mídia sobre testagem para o HIV?
- b) Como você vê a testagem para o HIV?

8. Na sua opinião, qual é a maior barreira para se chegar aos HSH de Curitiba para oferecer aconselhamento sobre o HIV e serviços de testagem e vinculação aos serviços de saúde?

APROFUNDAMENTO:

- a) Você acha que essa barreira pode ser superada?
- b) Se sim, de que forma essa barreira pode ser superada?

9. Você pode descrever algumas das razões pelas quais os HSH podem optar por não fazer o teste do HIV?
10. Na sua opinião, que tipo de estabelecimento de saúde prestaria os melhores serviços de cuidados do HIV para os HSH?

APROFUNDAMENTO:

- a) Estabelecimentos/postos de saúde públicos? Por quê?
- b) Postos de saúde apoiados por ONGs? Por quê?
- c) Hospitais ou clínicas particulares? Por quê?

11. Há atividades ocorrendo na comunidade para incentivar o teste do HIV pelos HSH? Se sim, Quais?

APROFUNDAMENTO:

- a) Na sua opinião, essas atividades são eficazes em incentivar os HSH para fazer o teste?
- b) De que maneira essas atividades poderiam ser melhoradas para incentivar os HSH para fazer o teste com mais frequência?

12. Qual a sua opinião sobre receber um diagnóstico e iniciar o tratamento imediatamente?

13. Na sua opinião, que informações sobre a testagem, aconselhamento e vinculação aos cuidados do HIV para HSH tiveram utilidade para você?

14. O que você sugere para melhorar o atendimento no COA?

15. O que você compreende como Linkador?

16. Como foi para você ter um linkador para te acompanhar após o seu diagnóstico até a sua vinculação com o serviço?

APROFUNDAMENTO:

- a) Você se sentiu acolhido?
- b) Você pôde tirar suas dúvidas?

17. Para você, qual foi o papel do linkador no seu processo com o diagnóstico e tratamento?

18. Você acha que o linkador te motivou a dar início ao tratamento?

APROFUNDAMENTO:

- a) Sem o linkador você teria seguido o processo para iniciar o tratamento?

19. O que te faria não aceitar um linkador?

20. O que você considera como principal barreira para um usuário (HSH) reigente não iniciar o tratamento?

21. Você gostaria de abordar alguma outra questão? Você tem dúvidas ou sugestões gostaria de registrar?

Muito obrigada pela sua participação!

Anexo 2b:

Roteiro de Entrevistas com Informantes Chave – HSH (não reagentes)

Data da entrevista: _____

Nome do entrevistador: _____

Idade do informante: _____

Instruções gerais:

A maioria das perguntas abaixo possui desdobramentos que são perguntas de seguimento para saber se o participante ainda não forneceu as informações solicitadas no aprofundamento. Se a resposta já tiver sido fornecida, ignore esse aprofundamento e vá para a próxima. Faça uma sondagem de uma compreensão mais ampla quando o participante fornecer informações que não estejam claras ou que não tenham sido oferecidas anteriormente.

Sempre que ver **HSH** – leia **Homens que fazem Sexo com Homens**, não utilize a sigla

Antes de iniciar, favor ler o TCLE com os participantes e coletar as assinaturas.

Após o TCLE assinado, favor ler **o seguinte para os participantes:**

Muito obrigada por concordar em participar desta entrevista hoje. Meu nome é _____ e eu estou participando de uma pesquisa de mestrado para avaliar o acesso dos homens que fazem sexo com homens (HSH) à testagem do HIV e vinculação ao serviço, através do projeto A Hora é Agora, no COA. O objetivo do projeto AHA é melhorar a testagem e vinculação aos cuidados e tratamento do HIV entre os HSH de Curitiba. A pesquisa do mestrado e o projeto AHA têm um interesse especial em compreender os problemas que os HSH enfrentam ao usar ou tentar usar os serviços de saúde em HIV/AIDS. Essas informações nos permitirão fazer recomendações aos gestores de saúde assim como aos financiadores do projeto AHA, no sentido de aperfeiçoar os serviços e buscar outras ações que ajudem a melhorar o acesso dessa população.

Você tem alguma dúvida ou preocupação antes de começarmos?

1. Como você costuma vir ao COA?

APROFUNDAMENTO:

- a) Qual o meio de transporte utilizado?
- b) O COA é um local de fácil acesso para você? (Geograficamente)

2. Como você ficou sabendo do COA?

3. Há quanto tempo você está sendo atendido no COA?

4. Qual a sua opinião sobre o COA como local de testagem?

APROFUNDAMENTO:

- a) Você acha que os horários de funcionamento são convenientes para a comunidade?
- b) Você ficou satisfeito com a privacidade oferecida pela área de testagem/aconselhamento?

5. Você se sentiu acolhido pelos profissionais do COA?

APROFUNDAMENTO:

- a) Como foi o seu atendimento na recepção?
- b) Como foi o seu aconselhamento pós teste?
- c) Como você se sentiu na sala de espera, após a realização do teste?
- d) Em algum momento você se sentiu discriminado?

6. Com que perfil de profissional do COA você mais se identificou?

APROFUNDAMENTO:

- a) A recepcionista? Os Aconselhores? Profissional da coleta de sangue? Os linkadores?

7. Você tem obtido informações sobre o HIV que lhe interessam? Onde tem obtido? E sobre os serviços de testagem e vinculação?

APROFUNDAMENTO:

- a) O que você já viu na mídia sobre testagem para o HIV?
- b) Como você vê a testagem para o HIV?

8. Na sua opinião, qual é a maior barreira para se chegar aos HSH de Curitiba?

APROFUNDAMENTO:

- a) E qual é a maior barreira para oferecer aconselhamento sobre o HIV e serviços de testagem e vinculação aos serviços de saúde?
- b) Você acha que essa barreira pode ser superada?
- c) Se sim, de que forma essa barreira pode ser superada?

9. Você pode descrever algumas das razões pelas quais os HSH podem optar por não fazer o teste do HIV?

10. Na sua opinião, que tipo de estabelecimento de saúde prestaria os melhores serviços de cuidados do HIV para os HSH?

APROFUNDAMENTO:

- a) Estabelecimentos/postos de saúde públicos? Por quê?
- b) Postos de saúde apoiados por ONGs? Por quê?
- c) Hospitais ou clínicas particulares? Por quê?

11. Há atividades ocorrendo na comunidade para incentivar o teste do HIV pelos HSH? Se sim, Quais?

APROFUNDAMENTO:

- a) Na sua opinião, essas atividades são eficazes em incentivar os HSH para fazer o teste?
- b) De que maneira essas atividades poderiam ser melhoradas para incentivar os HSH para fazer o teste com mais frequência?

12. Qual a sua opinião sobre receber um diagnóstico e iniciar o tratamento imediatamente?

13. Na sua opinião, que informações sobre a testagem, aconselhamento e vinculação aos cuidados do HIV para HSH tiveram utilidade para você?

14. O que você sugere para melhorar o atendimento no COA?

15. Você gostaria de abordar alguma outra questão? Você tem dúvidas ou sugestões gostaria de registrar?

Muito obrigada pela sua participação!

Anexo 3. Roteiro para Entrevista com Informante Chave – Profissionais de Saúde e Gestores

Data da entrevista: _____

Nome do entrevistador: _____

Instruções gerais:

A maioria das perguntas abaixo possui desdobramentos que são perguntas de seguimento para saber se o participante ainda não forneceu as informações solicitadas para o aprofundamento. Se a resposta já tiver sido fornecida, ignore esse aprofundamento e vá para a próxima. Faça uma sondagem de uma compreensão mais ampla quando o participante fornecer informações que não estejam claras ou que não tenham sido oferecidas anteriormente.

Antes de iniciar, favor ler o TCLE com os participantes e coletar as assinaturas.

Após o TCLE assinado, favor ler **o seguinte para os participantes:**

Muito obrigada por concordar em participar desta entrevista hoje. Meu nome é _____ e eu estou participando de uma pesquisa de mestrado para avaliar o acesso dos homens que fazem sexo com homens (HSH) à testagem do HIV e vinculação ao serviço, através do projeto A Hora é Agora, no COA. O objetivo do projeto AHA é melhorar a testagem e vinculação aos cuidados e tratamento do HIV entre os HSH de Curitiba. A pesquisa do mestrado e o projeto AHA têm um interesse especial de compreender os problemas que os HSH enfrentam ao usar ou tentar usar os serviços de saúde em HIV/AIDS. Essas informações nos permitirão fazer recomendações aos gestores de saúde assim como os financiadores do projeto AHA, no sentido de aperfeiçoar os serviços e buscar outras ações que ajudem a melhorar o acesso dessa população.

Você tem alguma dúvida ou preocupação antes de começarmos?

1. Você poderia nos falar um pouco sobre sua trajetória profissional e como chegou ao COA?
2. Qual a sua função no COA? Trabalha a quanto tempo? É contratado do projeto AHA?
3. Qual a sua opinião sobre o projeto AHA? O que você acha de ter um projeto como esse (AHA), dentro de um serviço de saúde?

APROFUNDAMENTO:

- a) Você acha que os profissionais do projeto atrapalham ou ajudam no fluxo de atendimento?
- b) Houve alteração na rotina do COA, com a entrada do projeto? Se sim, quais?

4. De que maneira o AHA atende às necessidades e prioridades para as populações de HSH?

APROFUNDAMENTO:

- a) Como as atividades do projeto atendem as necessidades da diversificada população de HSH de Curitiba?
- b) Em que medida as atividades do projeto influenciam para melhorar os resultados de prevenção e tratamento do HIV para os HSH de Curitiba?
- c) Que tipos de barreiras (políticas, financeiras, etc.) podem impedir o projeto de alcançar resultados positivos para a saúde dos HSH de Curitiba?

5. Que tipo de demanda o COA não consegue atender no que diz respeito ao HIV/AIDS (testagem e tratamento)?

6. Que dificuldades você enfrenta em seu trabalho na prestação de atendimento aos HSH?

APROFUNDAMENTO:

- a) Você se sente constrangido em perguntar algo para os usuários, por exemplo, qual a sua prática sexual? **(Para ACONSELHADORES e LINKADORES)**
- b) Você tem algum tipo de preconceito com essa população?
- c) Houve alguma situação que você **NÃO** pôde atender um usuário HSH que procurou o COA? Se sim, descreva, por favor.
- d) Quais dessas dificuldades poderiam ser evitadas?
- e) Existem mecanismos para discutir e enfrentar essas dificuldades?

7. Quais as principais barreiras o usuário HSH pode encontrar ao procurar o COA?

Perguntas 7 e 8: Para ACONSELHADORES e LINKADORES:

8. Como você se sente ao entregar um resultado reagente para o HIV a um usuário HSH?

APROFUNDAMENTO:

- a) Como é feito o aconselhamento pós teste, nesse caso?
- b) Você já atendeu usuários que tiveram muita dificuldade de aceitação do resultado? Como foi o seu aconselhamento pós teste com ele?

9. E, em caso de usuários não reagentes para o HIV, como é feito o aconselhamento pós teste?

APROFUNDAMENTO:

- a) Você costuma entregar algum material de informação, educação e prevenção contra as DST/AIDS?
- b) Na sua opinião, esses materiais são adequados para os HSH?
- c) Vocês distribuem preservativos? E gel?

Perguntas 10 a 13: Apenas para COORDENAÇÃO E GESTORES

10. Qual é a frequência que vocês realizam reuniões de equipe?

APROFUNDAMENTO:

a) Quais os principais problemas encontrados, principalmente no que diz respeito ao atendimento dos usuários?

11. Que tipo de capacitação é realizada e que com frequência?

APROFUNDAMENTO:

a) Quais os temas abordados?

b) Já houve capacitação em estigma & discriminação?

c) Você acha que a equipe precisa de outras capacitações? Quais?

12. O que você sugere para melhorar o atendimento no COA?

13. Você acredita que os tipos de serviços prestados no projeto AHA representam uma iniciativa sustentável?

APROFUNDAMENTO:

a) Na sua opinião, quais são as possíveis barreiras para a sustentabilidade e/ou reprodução deste tipo de intervenção?

b) Qual seria a forma de solucionar essas dificuldades?

Pergunta 14: para TODOS:

14. Você gostaria de abordar alguma outra questão? Você tem dúvidas ou sugestões que gostaria de registrar?

Muito obrigada pela sua participação

Anexo 4a: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para usuários



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PARA USUÁRIOS HSH

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Avaliação do acesso de homens que fazem sexo com homens à testagem e tratamento precoce do HIV no Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba**”, em Curitiba, PR, Brasil, desenvolvida por Vanda Lúcia Cota, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras Marly Marques da Cruz e Ana Cláudia Figueiró.

A pesquisa tem por **objetivo** avaliar contribuição do projeto AHA para a melhoria do acesso dos HSH à testagem para o HIV no COA de Curitiba e a sua vinculação ao tratamento.

O convite à sua participação no estudo se deve à sua faixa etária, gênero, orientação sexual e também no seu envolvimento direto ou indireto com o projeto AHA. O projeto AHA é voltado para população de “homens que fazem sexo com homens” (HSH) de Curitiba, que estão entre os grupos mais vulneráveis da epidemia do HIV/Aids.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir com sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevistas sobre a estrutura do projeto, seus sucessos e suas limitações; o seu acesso no COA, na dimensão do acolhimento e aceitabilidade; além de perguntas sobre o teste do HIV e os cuidados e tratamento para a população HSH.

A sessão inteira deve levar entre 60 e 90 minutos. Faremos a **gravação** da sessão **em áudio**. Dessa forma, não perderemos nenhuma informação que você compartilhar hoje. Suas respostas permanecerão anônimas, e não serão mencionados nomes em nenhum dos relatórios. Após a transcrição dos áudios, os mesmos serão apagados. As transcrições e qualquer material escrito usado durante a entrevista serão enviados para a ENSP/Fiocruz, onde serão armazenados em um arquivo trancado. A proteção desse material é responsabilidade da pesquisadora e de suas orientadoras.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O **benefício direto ou indireto** relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é ajudar os gestores, profissionais de saúde e financiadores de projetos a tornarem o serviço mais acessível à população de HSH, reduzindo o estigma e a discriminação, aumentando a vinculação ao tratamento do HIV, que por consequência reduzirá a carga viral dos usuários infectados, possibilitando assim uma diminuição da transmissão do vírus.

Os **riscos** previstos devido à participação nesta pesquisa, são mínimos. Durante a entrevista, você pode ter algum constrangimento ao se lembrar de algum caso de estigma ou discriminação sofrido por ser HSH. Caso isso ocorra, a entrevista será interrompida imediatamente e só será retomada se for da sua vontade. Há um **risco médio** previsto para os usuários relacionados principalmente à divulgação de sua orientação/prática sexual, identificação e sorologia, embora essas não sejam perguntas diretas do questionário. Os usuários podem optar por não responder quaisquer perguntas, sem que seja comprometida a sua participação na pesquisa. Para garantir a total privacidade das entrevistas, as mesmas serão realizadas em local discreto, sem que haja qualquer tipo de interrupção. Após a realização das entrevistas, a pesquisadora se certificará de armazenar imediatamente o material coletado em local seguro, com chave, até a sua transferência para a ENSP, no Rio de Janeiro, onde será feita a análise. Para garantir proteções relacionadas a esses possíveis riscos, o seu nome/identidade não será utilizado em nenhum momento durante a entrevista, você poderá ser identificado por um codinome da sua escolha.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas”.

Tel - 21- 2598-2863 // E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>
Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Curitiba,2018

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo)

Contato com a pesquisadora responsável (DENSP/ENSP/FIOCRUZ):
Vanda Lúcia Cota Tel.: 21-2598-2972 // e-mail: vanda.cota@ensp.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)
Nome do participante:

ANEXO 4 B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Avaliação do acesso de homens que fazem sexo com homens à testagem e tratamento precoce do HIV no Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba**”, em Curitiba, PR, Brasil, desenvolvida por Vanda Lúcia Cota, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras Marly Marques da Cruz e Ana Cláudia Figueiró.

A pesquisa tem por **objetivo** avaliar contribuição do projeto AHA para a melhoria do acesso dos HSH à testagem para o HIV no COA de Curitiba e a sua vinculação ao tratamento.

O convite à sua participação no estudo se deve ao fato de você trabalhar no COA há pelo menos seis meses, ou ter sido contratado pelo projeto A Hora é Agora, ou fazer parte da gestão (superintendência, gerência distrital e coordenação local).

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir com sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevistas sobre a estrutura do projeto, seus sucessos e suas limitações; o seu acesso no COA, na dimensão do acolhimento e aceitabilidade; além de perguntas sobre o teste do HIV e os cuidados e tratamento para a população HSH.

A sessão inteira deve levar entre 60 e 90 minutos. Faremos a **gravação** da sessão **em áudio**. Dessa forma, não perderemos nenhuma informação que você compartilhar hoje. Suas respostas permanecerão anônimas, e não serão mencionados nomes em nenhum dos relatórios. Após a transcrição dos áudios, os mesmos serão apagados. As transcrições e qualquer material escrito usado durante a entrevista serão enviados para a ENSP/Fiocruz, onde serão armazenados em um arquivo trancado. A proteção desse material é responsabilidade da pesquisadora e de suas orientadoras.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O **benefício direto ou indireto** relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é ajudar os gestores, profissionais de saúde e financiadores de projetos a tornarem o serviço mais acessível à população de HSH, reduzindo o estigma e a discriminação, aumentando a vinculação ao tratamento do HIV, que por consequência reduzirá a carga viral dos usuários infectados, possibilitando assim uma diminuição da transmissão do vírus.

Os **riscos** previstos devido à sua participação nesta pesquisa, são mínimos. Embora nada do que você nos disser será compartilhado com ninguém além dos pesquisadores, algumas perguntas podem fazer você se sentir pouco à vontade, pois você terá oportunidade de fazer críticas à gestão do COA e consequentemente à sua chefia; ou talvez você não saiba a resposta a uma pergunta específica. Você tem liberdade para ignorar qualquer pergunta com a qual não se sinta à vontade. Caso isso ocorra, a entrevista será interrompida imediatamente e só será retomada se for da sua vontade.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas”.

Tel - 21- 2598-2863 // E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manginhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Curitiba,2018

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo)

Contato com a pesquisadora responsável (DENSP/ENSP/FIOCRUZ):

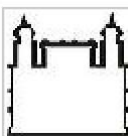
Vanda Lúcia Cota Tel: 21-2598-2972 // e-mail: vanda.cota@ensp.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

Anexo 5a: Parecer do Comitê de Ética da ENSP



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do acesso de homens que fazem sexo com homens à testagem e tratamento precoce do HIV no Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba.

Pesquisador: Vanda Lucia Cota

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 81831817.2.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.539.927

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 2.521.639, em 01/03/2018.

O projeto de pesquisa em tela obteve anteriormente os seguintes pareceres substanciados do CEP/ENSP: , 2.479.814, de 02/02/2018, 2.510.765 e emitido em 23/02/2018 e 2.521.639.

Apresentação do projeto: Projeto de mestrado do Programa de Pós-graduação em em Saúde Pública, de Vanda Lucia Cota, orientado por Marly Marques da Cruz e coorientado por Ana Cláudia Figueiró, qualificado em 21/11/2017 e com financiamento próprio.

Resumo: "O presente projeto pretende avaliar a melhoria de acesso dos homens que fazem sexo com homens, à testagem do HIV e vinculação ao tratamento, no Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba." Esse estudo justifica-se pelos índices da epidemia elevados entre gays e HSH em Curitiba e no Brasil; aumento dos casos notificados de AIDS entre HSH de 32% (1998) para 46% (2010) (Brasil, 2013); baixos níveis de conhecimento e acesso à testagem do HIV; esse estudo procurará identificar as barreiras e facilitadores para o acesso dos HSH ao COA; a linkagem é uma estratégia nova no Brasil - essa pesquisa avaliará essa mudança de abordagem ao

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

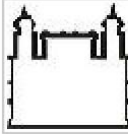
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.539.927

usuário, sob o seu ponto de vista; e os resultados obtidos no estudo poderão servir de embasamento para a formulação das recomendações para os gestores

e profissionais de saúde. Trata-se de um estudo de Caso Único, com enfoque incorporado. Será avaliado o COA e os critérios para sua inclusão foram: ser uma Unidade de Saúde Pública da SMS – sustentabilidade; e receber os usuários confirmatórios do e-testing.

Metodologia proposta: "Será utilizado o método misto, uma combinação de abordagem quantitativa e qualitativa, de modo a responder as questões principais da avaliação e produzir informações válidas e confiáveis."

- Quantitativa: "Será realizada a coleta de dados secundários do projeto AHA (...). Serão utilizados o Si-CTA (Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento, SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos) e SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4/CD8 e Carga Viral do HIV)."

- Qualitativa: "observações de campo e entrevistas com usuários e profissionais de saúde."

Metodologia de análise de dados: complementaridade e triangulação de dados (entrevistas, observação de campo e análise documental). "A metodologia de análise dos dados qualitativos será a análise de conteúdo."

Amostra: 20 participantes de pesquisa (12 usuários e 8 profissionais de saúde/gestores). "O acesso aos profissionais de saúde a serem entrevistados será feito no COA, com agendamento prévio. Os usuários serão abordados na sala de espera do resultado do teste e serão entrevistados, caso concordem, em sala reservada do COA, ao término do aconselhamento pós teste. Os usuários que estão sendo acompanhados por linkadores, serão abordados pelos mesmos e a entrevista será agendada em local público, de conveniência para o entrevistado ou no COA (com autorização da coordenação local)."

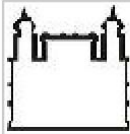
Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Avaliar a melhoria do acesso dos HSH à testagem para o HIV no COA de Curitiba e a sua vinculação ao tratamento, a partir do projeto AHA.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os usuários testados para o HIV no COA e vinculados aos serviços de saúde, através do projeto AHA; Analisar o acesso à testagem dos HSH e vinculação ao tratamento do HIV no COA de Curitiba com base nas dimensões de acomodação, aceitabilidade, acessibilidade e oportunidade, na visão dos usuários e profissionais de saúde; Analisar os principais aspectos

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.539.927

facilitadores e as barreiras para o acesso à testagem no COA e vinculação ao tratamento precoce do HIV para os HSH de Curitiba."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Durante a entrevista, você pode ter algum constrangimento ao se lembrar de algum caso de estigma ou discriminação sofrido por ser HSH. (...) divulgação de sua orientação/prática sexual, identificação e sorologia, embora essas não sejam perguntas diretas do questionário" (riscos relativos aos usuários).

"Os riscos previstos devido à participação nesta pesquisa, são mínimos. O entrevistado, durante a entrevista, pode ter algum constrangimento ao se lembrar de algum caso de estigma ou discriminação sofrido por ser HSH. Caso isso ocorra, a entrevista será interrompida imediatamente e só será retomada se for da vontade do entrevistado."

"O benefício direto ou indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é ajudar os gestores, profissionais de saúde e financiadores de projetos a tornarem o serviço mais acessível à população de HSH, reduzindo o estigma e a discriminação, aumentando a vinculação ao tratamento do HIV, que por consequência reduzirá a carga viral dos usuários infectados, possibilitando assim uma diminuição da transmissão do vírus."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

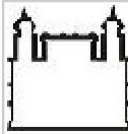
O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos na Plataforma Brasil:

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável, nomeada folha_rosto_assinada.pdf, postada em 28/11/2017;
- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado Projeto_Detalhado_Vanda_Cota.pdf, postado em 26/11/2017;
- Formulário de Encaminhamento nomeado FormulariodeEncaminhamento_VandaCota_29112017.pdf, postado em 29/11/2017 inserido na plataforma Brasil pela secretária do CEP/ENSP. Este formulário foi renomeado Formulario_encaminhamento_Vanda.pdf e repostado em 04/12/2017 pela pesquisadora;

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



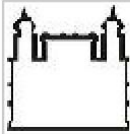
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.539.927

- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1041302.pdf, postado em 02/01/2018;
- Termo de anuência da instituição coparticipante SMS de Curitiba, adequado, nomeado Termo_Anuencia_SMS.pdf, postado em 26/11/2017; Pasta "Outros" na PB;
- Declaração de ciência de interesse de campo de pesquisa, nomeada ciencia_COA.pdf, postada em 27/11/2017;
- Instrumento de coleta de dados nomeado Roteiro_Observacao_campo.docx, adequado, postado em 26/11/2017; Pasta "Outros" na PB.
- Instrumento de coleta de dados nomeado Roteiro_IC_Profissionais.docx, adequado, postado em 26/11/2017; Pasta "Outros" na PB.
- Instrumento de coleta de dados nomeado Roteiro_IC_HSH.docx, adequado, postado em 26/11/2017; Pasta "Outros" na PB.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado TCLE.docx, com inadequações, postado em 26/11/2017;
- O cronograma e a planilha de orçamento estão inseridos no arquivo Projeto_Detalhado_Vanda_Cota.pdf.
- Formulário de resposta às pendências, nomeado Formulario_resp_pend_parecer_2479814.doc, postado em 06/02/2018;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nomeado TCLE_modificado.docx, com inadequações, postado em 06/02/2018;
- Termo de autorização para uso de dados de banco restrito nomeado Termo_autorizacao_uso_dados_COA.pdf, postado em 06/02/2018;
- Termo de autorização para uso de dados de banco restrito nomeado Termo_autorizacao_uso_dados_AHA.pdf, postado em 06/02/2018;
- Parecer consubstanciado CONEP de aprovação do projeto "A hora é Agora" (AHA) do qual fará uso de banco de dados restrito, nomeado PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CONEP_977803_dados_projeto_AHA.pdf, postado em 06/02/2018;
- Instrumento de pesquisa nomeado Roteiro_IC_Profissionais_modificado.docx, postado em 06/02/2018;
- Termo de Compromisso de Utilização de dados nomeado TCUD.pdf, postado em 07/02/2018;
- Informações básicas do projeto, nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1041302.pdf, postado em 07/02/2018.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.539.927

- Arquivo com informações básicas do projeto, nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1041302.pdf, postado em 25/02/2018;
- Formulário de resposta às pendências, nomeado Formulario_resp_pend_parecer_2510765.doc, postado em 25/02/2018;
- Termo de consentimento Livre e Esclarecido para profissionais e gestores, nomeado TCLE_modificado_profissionais_e_gestores.docx, postado em 25/02/2018;
- Termo de consentimento Livre e Esclarecido para usuários, nomeado TCLE_modificado_usuarios.docx, postado em 25/02/2018.
- Termo de consentimento livre para usuários modificado, nomeado TCLE_modificado_usuarios.docx, postado em 01/03/2018;
- Termo de consentimento livre para gestores e profissionais de saúde modificado, nomeado TCLE_modificado_profissionais_e_gestores.docx, postado em 01/03/2018;
- Projeto detalhado modificado, nomeado Projeto_detalhado_modificado.pdf, postado em 01/03/2018;
- Resposta às pendências, nomeado Formulario_resp_pend_parecer_2521639.doc, postado em 01/03/2018;
- Informações básicas do projeto, nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1041302.pdf, postado em 01/03/2018.

Recomendações:

Não há.

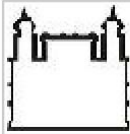
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Obs: Projeto com Instituição Coparticipante registrada na Plataforma Brasil, que possua CEP, deverá aguardar a emissão do parecer de aprovação do mesmo para que possa ser iniciado no referido campo de pesquisa.

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 2.521.639, de 01/03/2018, foram analisadas conforme abaixo:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.539.927

1. Item de pendência: A PESQUISADORA INCLUI NO TERMO TCLE_modificado_profissionais_e_gestores.docx A INFORMAÇÃO "Não há riscos previstos devido à participação nesta pesquisa." LEMBRAMOS QUE, DE ACORDO COM O ITEM V DA RESOLUÇÃO CNS 466/2012, TODA PESQUISA COM SERES HUMANOS ENVOLVE RISCO EM TIPOS E GRADAÇÕES VARIADOS. MAIORES OU MENORES, DE ACORDO COM O OBJETO DE PESQUISA, SEUS OBJETIVOS E A METODOLOGIA ESCOLHIDA. O PESQUISADOR DEVERÁ IDENTIFICAR OS RISCOS, ESCLARECER E JUSTIFICÁ-LOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, BEM COMO AS MEDIDAS PARA MINIMIZÁ-LOS. CORRIGIR O DOCUMENTO.

Resposta da pendência 1: Documento corrigido, destacado em vermelho.

ANÁLISE DO CEP/ENSP: INFORMAÇÕES INSERIDAS. PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Item de pendência: UMA VEZ QUE SÃO APONTADOS RISCOS RELATIVOS À ENTREVISTA EM TCLE_modificado_usuarios.docx, INDICAR AS MEDIDAS QUE SERÃO TOMADAS PARA MINIMIZÁ-LOS, COMO A UTILIZAÇÃO DE UMA CODIFICAÇÃO QUE PRESERVE O ANONIMATO DO PARTICIPANTE, POR EXEMPLO.

Resposta da pendência 2: Informações adicionadas no TCLE, conforme sugestão, destacado em vermelho.

ANÁLISE DO CEP/ENSP: INFORMAÇÕES INCLUÍDAS. PENDÊNCIA ATENDIDA.

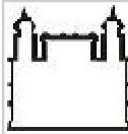
Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO:

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.539.927

Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (www.ensp.fiocruz.br/etica).

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

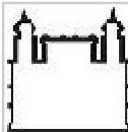
3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FolhaderostoVandaCota_22012018_093117.pdf	12/03/2018 20:57:54	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1041302.pdf	01/03/2018 19:50:25		Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_2521639.doc	01/03/2018 19:49:50	Vanda Lucia Cota	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_modificado.pdf	01/03/2018 19:49:23	Vanda Lucia Cota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_profissionais_e_gestores.docx	01/03/2018 19:48:54	Vanda Lucia Cota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_modificado_usuarios.docx	01/03/2018 19:48:39	Vanda Lucia Cota	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.539.927

Ausência	TCLE_modificado_usuarios.docx	01/03/2018 19:48:39	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_2510765.doc	25/02/2018 16:22:10	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	TCUD.pdf	07/02/2018 09:51:14	Vanda Lucia Cota	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CONEP_977803_dados_projeto_AHA.p	06/02/2018 16:57:59	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Roteiro_IC_Profissionais_modificado.docx	06/02/2018 16:57:39	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Termo_autorizacao_uso_dados_AHA.pdf	06/02/2018 16:57:07	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Termo_autorizacao_uso_dados_COA.pdf	06/02/2018 16:56:43	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_2479814.doc	06/02/2018 16:55:07	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Formulario_encaminhamento_Vanda.pdf	04/12/2017 13:37:36	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	FormulariodeEncaminhamento_VandaCota_29112017.pdf	29/11/2017 16:21:04	Lisania Maria Tavares Bastos Medeiros	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assinada.pdf	28/11/2017 08:39:21	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	ciencia_COA.pdf	27/11/2017 16:16:59	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_SMS.pdf	26/11/2017 10:34:43	Vanda Lucia Cota	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Vanda_Cota.pdf	26/11/2017 10:29:02	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Roteiro_Observacao_campo.docx	26/11/2017 10:27:35	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Roteiro_IC_Profissionais.docx	26/11/2017 10:27:14	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Roteiro_IC_HSH.docx	26/11/2017 10:26:48	Vanda Lucia Cota	Aceito

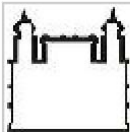
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.539.927

RIO DE JANEIRO, 12 de Março de 2018

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

Página 09 de 09

Anexo 5b: Parecer do Comitê de Ética da SMS de Curitiba

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do acesso de homens que fazem sexo com homens à testagem e tratamento precoce do HIV no Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba.

Pesquisador: Vanda Lucia Cota

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81831817.2.3001.0101

Instituição Proponente: Prefeitura Municipal de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.609.994

Apresentação do Projeto:

O Projeto visa a atividade de saúde pública "Quero Fazer Mais", que é uma ampliação do projeto denominado "Quero Fazer para Curitiba", na região Sul, que será implementada em uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), o Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e o Grupo Dignidade (ONG GLBT local). O Quero Fazer Mais inclui dois elementos adicionais ao desenho original do Quero Fazer que já fazem parte das políticas e programas públicos brasileiros para assegurar o sucesso da vinculação com o serviço de saúde. O primeiro elemento é a "navegação do usuário", um modelo eficaz de vinculação pós-diagnóstico aos serviços, que visa assegurar que aqueles com diagnóstico positivo cheguem à sua primeira consulta e recebam tratamento dentro de três meses do diagnóstico. Embora a prioridade do navegador do usuário seja certificar-se da realização da primeira visita à unidade de saúde, eles ficam à disposição para prestar apoio às pessoas com resultado positivo após sua primeira visita, e depois, contanto que esses indivíduos positivos queiram a continuidade do acompanhamento (até um período de três meses). O segundo elemento oferece ao HSH recém diagnosticado com HIV a oportunidade de se inscrever em um sistema bidirecional de SMS com mensagens automatizadas de lembretes de consultas. Esse elemento do programa deve favorecer ativamente a vinculação com o serviço de saúde.

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 2.609.994

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos do programa "Quero Fazer Mais" compreendem:

- (1) Ampliar as opções de testagem do HIV para os HSH;
- (2) Fazer o primeiro teste do HIV em pelo menos 1.750 HSH em Curitiba;
- (3) Vincular 90% dos diagnósticos positivos do programa Quero Fazer Mais à assistência, independentemente de já terem feito o teste ou não, em um período de 3 meses.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos esperados como parte deste programa são aqueles existentes nos serviços públicos de rotina de testagem e aconselhamento do HIV. Há riscos de natureza psicológica diante do resultado positivo inesperado e o eventual estresse subsequente para os relacionamentos. Proteções relacionadas a esses possíveis riscos serão disponibilizadas para todos os participantes do programa, e incluem aconselhamento pós-teste, navegação do paciente e encaminhamentos para ONG parceiras em Curitiba. Um importante benefício a ser ressaltado é o da ampliação do acesso à testagem que possibilita a melhoria do diagnóstico e tratamento precoce para o HIV, que por sua vez, leva a uma melhoria na qualidade de vida e aumento da sobrevida de quem vive com HIV/AIDS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta relevância, é de interesse do Município e Entidades participantes que desenvolvem em Curitiba um trabalho de excelência neste assunto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

Recomendações:

Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações, ou modificações que gerem emendas ao protocolo original, devem ser apresentadas prontamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Unidades ou Equipes, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias com as Chefias locais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado pela coordenação de HIV/AIDS na SMS, Liza Rosso, com ciência e aprovação do COA.

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.609.994

Outros	ciencia_COA.pdf	16:16:59	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_SMS.pdf	26/11/2017 10:34:43	Vanda Lucia Cota	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Vanda_Cota.pdf	26/11/2017 10:29:02	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Roteiro_Observacao_campo.docx	26/11/2017 10:27:35	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Roteiro_IC_Profissionais.docx	26/11/2017 10:27:14	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Roteiro_IC_HSH.docx	26/11/2017 10:26:48	Vanda Lucia Cota	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 19 de Abril de 2018

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Atílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 80.050-250
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 **Fax:** (41)3360-4965 **E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.609.994

Projeto encontra-se em adequação à Res. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FolhaderostoVandaCota_22012018_093117.pdf	12/03/2018 20:57:54	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_2521639.doc	01/03/2018 19:49:50	Vanda Lucia Cota	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_modificado.pdf	01/03/2018 19:49:23	Vanda Lucia Cota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_profissionais_e_gestores.docx	01/03/2018 19:48:54	Vanda Lucia Cota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_usuarios.docx	01/03/2018 19:48:39	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_2510765.doc	25/02/2018 16:22:10	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	TCUD.pdf	07/02/2018 09:51:14	Vanda Lucia Cota	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CONEP_977803_dados_projeto_AHA.p	06/02/2018 16:57:59	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Roteiro_IC_Profissionais_modificado.docx	06/02/2018 16:57:39	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Termo_autorizacao_uso_dados_AHA.pdf	06/02/2018 16:57:07	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Termo_autorizacao_uso_dados_COA.pdf	06/02/2018 16:56:43	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_2479814.doc	06/02/2018 16:55:07	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	Formulario_encaminhamento_Vanda.pdf	04/12/2017 13:37:36	Vanda Lucia Cota	Aceito
Outros	FormulariodeEncaminhamento_VandaCota_29112017.pdf	29/11/2017 16:21:04	Lisania Maria Tavares Bastos Medeiros	Aceito
Outros	ciencia_COA.pdf	27/11/2017	Vanda Lucia Cota	Aceito

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.009.964

Outros	ciencia_COA.pdf	16:16:59	Vanda Lucia Cota	Acelto
Outros	Termo_Anuencia_SMS.pdf	26/11/2017 10:34:43	Vanda Lucia Cota	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Vanda_Cota.pdf	26/11/2017 10:29:02	Vanda Lucia Cota	Acelto
Outros	Roteiro_Observacao_campo.docx	26/11/2017 10:27:35	Vanda Lucia Cota	Acelto
Outros	Roteiro_IC_Profissionais.docx	26/11/2017 10:27:14	Vanda Lucia Cota	Acelto
Outros	Roteiro_IC_HSH.docx	26/11/2017 10:26:48	Vanda Lucia Cota	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

CURITIBA, 19 de Abril de 2018

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Atílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.060-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: elc@smm.curitiba.pr.gov.br

Página 04 de 04