



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Medicina
Núcleo de Medicina Tropical
Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical

RAFAEL JARDIM DE MOURA

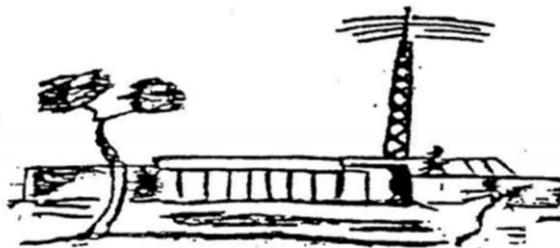
**Testagem para o HIV em pessoas do sexo masculino em conflito com a
lei no Distrito Federal: uma abordagem sequencial explanatória de
métodos mistos**

Brasília – DF
2022

RAFAEL JARDIM DE MOURA

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília para a obtenção do título de Doutor em Medicina Tropical, na área de concentração: Clínica das Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Orientador: Gustavo Adolfo Sierra Romero



Brasília

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

JJ37 JARDIM DE MOURA, RAFAEL
Testagem para o HIV em pessoas do sexo masculino em conflito com a lei no Distrito Federal: uma abordagem sequencial explanatória de métodos mistos / RAFAEL JARDIM DE MOURA; orientador GUSTAVO ADOLFO SIERRA ROMERO. -- Brasília, 2022.
98 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Medicina Tropical) -- Universidade de Brasília, 2022.

1. Prisioneiros. 2. Prisões. 3. Infecções pelo HIV. 4. Rastreamento do HIV. 5. Oportunidades perdidas. I. ADOLFO SIERRA ROMERO, GUSTAVO, orient. II. Título.

DATA DA DEFESA

18 de março de 2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gustavo Adolfo Sierra Romero (presidente)

Universidade de Brasília

Profa. Dra. Rosana Maria Nascimento Castro Silva (convidada externa)

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Janaína Lima Penalva da Silva (membro)

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo (membro)

Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria Regina Fernandes de Oliveira (suplente)

Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

Aos meus professores do programa de pós-graduação de Medicina Tropical, pela dedicação e compromisso. Em especial ao meu querido e generoso orientador, Professor Gustavo.

Ao amigo Pablo Valente, pela contribuição no artigo 3.

Ao amigo Henrique Coimbra, pela contribuição dos dados para o artigo 2.

À professora Aline Albuquerque, pela contribuição no artigo 4.

Aos nossos pacientes, que são a razão do nosso trabalho. Que a perversidade da vida se transforme em oportunidade de mudança e nunca obscureça nossa humanidade.

À minha família; aos meus pais, Kátia e Luiz.

À minha esposa, Ximena. Pela sua candura.

Lista de tabelas e figuras

Artigo 1: Oportunidades perdidas de diagnóstico do HIV em detentos

Figura 1: Desenho do estudo	28
Tabela 1: Características demográficas dos detentos infectados ou não por HIV, Distrito Federal, 2019.	28
Tabela 2: Características dos 73 casos de HIV incluídos no estudo. Distrito Federal, 2019.	29
Tabela 3: Oportunidades perdidas nos 5 anos precedentes do diagnóstico de HIV nos 73 casos e comparados aos contatos no sistema de saúde em que não houve testagem para o HIV dos 146 controles – período de 2009 a 2019	31
Tabela 4: Contatos no sistema de saúde em que houve testagem para o HIV em pessoas detidas no sistema prisional do Distrito Federal.	32
Tabela 5: Análise bivariada das características relacionadas ao diagnóstico de infecção por HIV em pessoas detidas no sistema prisional do Distrito Federal, 2019.	33

Artigo 2: Efetividade da testagem em triagens realizadas na chegada ao presídio

Tabela 1 – Testes rápidos para detecção de infecção por HIV realizados em unidade de cumprimento de pena com 4500 detentos, Distrito Federal, julho de 2018 a junho de 2019.	39
Tabela 2 – Características dos 1999 detentos que adentraram a unidade de cumprimento de pena, Distrito Federal, julho de 2018 a junho de 2019.	40
Tabela 3 – Amostra de 100 pacientes dos 1999 que chegaram à unidade de cumprimento de pena de julho de 2018 a junho de 2019.	40

Siglas e abreviações

CD4: Linfócito T CD4

ELISA: do inglês, "*Enzyme Linked ImmunonoSorbent Assay*"

IB: imunoblot

IBR: imunoblot rápido

IE: imunoenensaio

HIV: Vírus da imunodeficiência humana (do inglês, *human immunodeficiency virus*)

IgM: imunoglobulina M

IgG: imunoglobulina G

PVHA: Pessoas vivendo com HIV/AIDS

TCLE: Termo de consentimento Livre e Esclarecido

WB: western blot

TM: teste molecular

TR: teste rápido

ÍNDICE

1. Introdução.....	12
2. Justificativa.....	18
3. Objetivo Geral.....	19
3.1. Objetivos específicos.....	19
4. Métodos.....	20
4.1. Tipo de estudo.....	20
4.2. Período de estudo.....	20
4.3. População-alvo.....	20
4.4. Local do estudo:.....	21
4.5. Critérios de inclusão e exclusão.....	21
4.6. Amostragem.....	21
4.7. Considerações éticas no contexto de vulnerabilidade da população-alvo da pesquisa.....	22
4.8. Coleta dos dados.....	23
4.9. Análise dos dados.....	23
5. Resultados.....	25
5.1. Artigo 1 – Oportunidades perdidas de diagnóstico do HIV em detentos no Distrito Federal.....	25
5.2. Artigo 2 – Detecção de doenças infecciosas em detentos usando triagem sorológica na chegada ao sistema prisional do Distrito Federal.....	37
5.3. Artigo 3 – Ampliação da testagem de HIV em um hospital geral: em busca de oportunidades.....	44
5.4. Artigo 4 – Publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva: de Moura, R. J., Romero, G. A. S., de Oliveira, A. A. S.. Consentimento informado para a testagem do HIV em unidades de pronto-socorro e direitos humanos dos pacientes: à procura de equilíbrio. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2021/Dez). [Citado em 17/01/2022]. Está disponível em:http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/consentimento-informado-para-a-testagem-do-hiv-em-unidades-de-prontosocorro-e-direitos-humanos-dos-pacientes-a-procura-de-equilibrio/18242	59
6. Considerações finais.....	77

7. Conclusões.....	78
8. Referências bibliográficas	80
ANEXO 1 - Aprovação pelo comitê de ética em pesquisa. (página 88)	
APÊNDICE 1 - Definição das variáveis para extração dos prontuários e de dados administrativos penitenciários. (página 92)	
APÊNDICE 2 – Roteiros das entrevistas semiestruturadas do componente qualitativo. (página 93)	

Resumo

A população prisional faz parte das chamadas “populações-chaves” para o enfrentamento da pandemia do HIV. O contato das pessoas infectadas com HIV com os diversos níveis do sistema de saúde, sem que recebam a oferta de testagem, representa uma “oportunidade perdida” de detectar a infecção. Essas “oportunidades perdidas” são chave para os casos de infecção não diagnosticados e para o controle da transmissão do vírus. O estudo avaliou o padrão de contato com o sistema de saúde e de testagem para HIV, incluindo as unidades de saúde prisionais. Foi realizada uma pesquisa sequencial explanatória do tipo métodos mistos que incluiu um estudo quantitativo de caso-controle em detentos que cumpriam pena em 2019 no Distrito Federal, pareados por idade; um estudo descritivo transversal do padrão de testagem de detentos recém-ingressos em uma unidade prisional e, na sequência, uma pesquisa qualitativa de análise temática de entrevistas individuais em profissionais de saúde de um hospital secundário. Não houve diferença no padrão de contato com o sistema de saúde e padrão de oferta de testagem entre detentos infectados ou não com HIV. A maior parte dos infectados teve o diagnóstico realizado no ambiente prisional e de maneira precoce, evidenciando efetividade do rastreamento nesse cenário. O padrão de contato com o sistema de saúde dos indivíduos neste estudo reflete provavelmente o de homens jovens como um todo: pouco contato com serviços ambulatoriais de atenção primária e trauma como principal motivo de contato, em prontos-socorros. Assim, as emergências surgem como um cenário potencial para programas de rastreamento de HIV, com potencial protagonismo do pessoal de enfermagem na utilização consentida do autoteste na triagem, com possibilidade de ampliar o diagnóstico de HIV, tanto em pessoas em conflito com a lei quanto na população geral.

Palavras-chave: Prisões; Prisioneiros; Infecções pelo HIV; Rastreamento do HIV; Oportunidades perdidas; Diagnóstico.

Abstract

Prisoners are considered a key-population to HIV pandemic combat. When a HIV infected person reach get in contact at any point of the health care system, presents an indication for HIV testing and it is not tested, this represents a “missed opportunity”. These missed opportunities are key to undiagnosed cases and HIV transmission control. The present study addresses the health system contact and HIV testing pattern, including prison’s health centers, through a mixed methods sequential explanatory research, which includes a quantitative paired case-control among HIV infected prisoners in 2019 at Federal District and HIV negative controls, a transversal descriptive study of the intake HIV testing at a prison unity, followed by a thematic analysis qualitative study with health workers at a community hospital. There was no difference among the HIV infected and HIV uninfected controls regarding health system’s contact pattern. This pattern probably reflects the overall pattern of young male: rare elective primary care use and trauma as the main motive for emergency department use. Therefore, emergency departments become another potential scenario for HIV screening programs, mainly through nurse-led informed consent and rapid self-testing, which translates into greater HIV testing offer to both people with conflict with the law and general population.

Keywords: Prisons; Prisoners; HIV infections; HIV Screening; Missed opportunities; diagnosis.

1. INTRODUÇÃO

1.1.A população carcerária e a infecção por HIV como problema de saúde pública

De acordo com os dados de 2019, a população prisional brasileira era de 755.274 pessoas, aumentando em 1,49% em relação ao ano anterior. A taxa de aprisionamento é calculada pela razão entre o número total de pessoas privadas de liberdade e a quantidade populacional do país; entre os anos de 2000 e 2019, a taxa de aprisionamento aumentou em 162% em todo país. No ano de 2017, 248.065 pessoas foram presas. Em dezembro de 2019, o Brasil registrou 359,4 pessoas presas para cada 100 mil habitantes.¹

Cerca de 93% do total de presos são do sexo masculino, a maioria na faixa etária de 18 a 29 anos, negros², de baixa escolaridade e cumprindo pena principalmente por roubo, tráfico de drogas, furtos e homicídios.^{1,3}

Essa população, oriunda na maioria das vezes de comunidades desfavorecidas, já apresenta condições de saúde precárias antes mesmo do encarceramento. Condições de higiene inadequadas, celas mal ventiladas e superpopulosas contribuem para o agravamento da condição de saúde.^{4,5}

Entretanto, estudos sobre diagnóstico e intervenções em saúde na população prisional brasileira são escassos⁴, com o maior número de evidências científicas vindo de países ricos.⁵

De uma maneira perversa, o sistema de justiça criminal apresenta oportunidades de prestar um serviço à saúde pública, reunindo membros da sociedade com alto risco de adoecimento⁶, os quais frequentemente não buscam serviços de saúde.⁷ Os poucos momentos de contato com o sistema de saúde seriam por: razões não clínicas, como os momentos de prisão⁸; ou assim como razões clínicas pontuais em emergências hospitalares, em virtude de trauma decorrente da atividade criminal, por exemplo.⁹

A população prisional faz parte das chamadas “populações-chaves” para o enfrentamento da pandemia do Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV).¹⁰ Quando um indivíduo tem contato com o sistema de saúde nos seus diferentes níveis, apresenta indicação para testagem para o HIV e esta não é

oferecida, esta constitui uma “oportunidade perdida”.¹¹ Essas chamadas “oportunidades perdidas” são chave para os casos de infecção não diagnosticados e para o controle da transmissão do HIV.¹²

De acordo com consensos internacionais e nacionais, avaliações de saúde em todos os detentos no ato da admissão nas prisões devem ser rotineiras; entretanto, estas não são implementadas na maioria das prisões de países em desenvolvimento, incluindo o Brasil.^{13,14}

Em relação às doenças infecciosas, o rastreamento deveria ser parte integral do papel do sistema prisional⁸, devido à facilidade de transmissão e a alta prevalência de algumas dessas doenças, tais como a infecção por HIV.^{5,8,15-19} Detecção de casos de infecção pelo HIV são essenciais para a instituição de terapia adequada, o que tem papel fundamental na interrupção de cadeias de transmissão do agente infeccioso²⁰. Nessas condições, a instituição de medidas diagnósticas e terapêuticas específicas pode ser benéfica não apenas para o indivíduo, mas também para a comunidade em geral.⁶⁻⁸

Existem, entretanto, limitações para as atividades de rastreamento no sistema prisional. A segurança é prioridade no sistema prisional e diferentes procedimentos carcerários interferem no esforço de rastreamento nos presídios^{8,21}. Além disso, o período de detenção pode ser curto, limitando oportunidades para contato com serviços de saúde no contexto do sistema prisional. Em um inquérito abordando diferentes cadeias estadunidenses, 50% dos homens e 65% das mulheres estavam em liberdade dentro de 48h.²¹ A abrangência e custos do rastreamento e tratamento de doenças infecciosas estão relacionadas a esta dinâmica populacional^{6-8,14,22-24}. Por exemplo, pode haver pouco tempo disponível para uma entrevista clínica logo na chegada do detento.²⁴ Limitações da estrutura física²⁵, custos adicionais^{7,8} - pessoal, logística e insumos - e o impacto nos serviços de saúde²¹ já existentes (aumento no número de doentes, por exemplo) devem ser considerados. A disponibilidade do serviço de rastreamento, levando em consideração apenas o horário comercial ou incluindo também noites e finais de semana, pode impactar na proporção dos rastreados.^{7,26}

Na prática, uma vez que o detido deixa a área de triagem inicial, é bastante difícil o seguimento clínico. Um encontro único é mais eficiente do

que repetidas visitas para novas avaliações e entrega de resultados, porque a movimentação de pessoas no ambiente prisional demanda bastante tempo. Em função dos protocolos de segurança, a movimentação tanto de profissionais de saúde quanto de detentos é um processo inerentemente ineficiente neste contexto. Ademais, compromissos judiciais e visitas de familiares e advogados podem tornar o detento temporariamente inacessível.^{24,25,27}

A autonomia para o consentimento^{6,14} - intoxicação por álcool ou outras drogas logo que a pessoa é detida, por exemplo -, a presença de comportamento agressivo²⁴, o tipo de amostra coletada^{25,28} – punção venosa ou saliva –, o momento da testagem^{6,14} e se a testagem é ofertada universalmente ou se apenas quando solicitado ou na presença de sintomas²¹ estão relacionados com a proporção de realização do exame. Questões éticas como confidencialidade²⁵ e obrigatoriedade²⁹ também devem ser levadas em consideração.

A necessidade de processamento laboratorial de amostras demanda dias para a liberação de resultados^{14,23,24}. Entre cadeias estadunidenses, apenas 45% relataram receber resultados dentro de 48h da coleta da amostra.²¹ Testes rápidos⁷ poderiam contornar esse problema, mas ainda assim pode haver atraso na notificação do resultado ao paciente.²⁵ Caso o detido seja colocado em liberdade antes de receber resultado do exame de triagem ou confirmatório, é importante pensar em estratégias de coordenação com os serviços de saúde da comunidade.^{14,22,23,30}

Em relação aos serviços da comunidade, é sabido que serviços de emergência são um ponto em que há maior prevalência de HIV entre os pacientes e também o cenário mais comum de oportunidades perdidas para testagem do HIV.³¹ Apesar de relativamente incomum, a oferta de testagem é bem recebida pelos pacientes em prontos-socorros, apresentando altas taxas de testagem.³² Pelo perfil da população em conflito com a lei, as emergências seriam o principal ponto de contato com o sistema de saúde enquanto em liberdade na comunidade.¹²

Assim, se o sistema de saúde irá aproveitar a janela de oportunidade para esta população vulnerável, deve agir precocemente, em colaboração com a segurança pública.^{6,7} Diminuir as oportunidades perdidas para testagem do

HIV trará benefícios não apenas para a saúde da pessoa em conflito com a lei, mas também para a sociedade como um todo, para onde o indivíduo eventualmente retorna após ser colocado em liberdade.^{12,33}

1.2. Diagnóstico da infecção por HIV no Brasil

As estratégias de testagem em laboratório têm o objetivo de melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção recente pelo HIV e, ao mesmo tempo, de fornecer uma base racional para assegurar que o diagnóstico seja seguro e concluído rapidamente.³⁴

Os imunoenaios (IE) de terceira geração permitiram a detecção de imunoglobulina M (IgM) e imunoglobulina G (IgG) e representaram um avanço no diagnóstico da infecção recente por HIV, porém novas tecnologias foram desenvolvidas, como, por exemplo, os testes de quarta geração, que possibilitam a detecção combinada de antígeno e anticorpo, permitindo diminuir ainda mais o período de janela diagnóstica.³⁴ Em geral, os imunoenaios são processados em lotes em laboratórios centrais, com tempos típicos de resultados de alguns dias a uma semana.³⁵ Entretanto, novas tecnologias já permitem resultados com processamento de amostras individuais em menos de 1 hora.³⁵

Os testes complementares convencionais (western blot - WB, imunoblot - IB ou imunoblot rápido - IBR) são menos sensíveis que os testes de triagem de terceira e quarta gerações; por isso, são inadequados para a detecção de infecções recentes e elevam o custo do diagnóstico.³⁴

Atualmente, os testes moleculares (TM) são os mais efetivos para a confirmação diagnóstica de infecções agudas e/ou recentes.³⁴

Pessoas na fase crônica da infecção são identificadas com sucesso por meio de qualquer combinação de testes de triagem (terceira e quarta gerações), seguido por um teste complementar (WB, IB, IBR ou TM). No Brasil, a maioria dos indivíduos é diagnosticada na fase crônica da infecção (>95%).³⁴

Os testes rápidos (TR) são imunoenaios (IE) simples, que podem ser realizados em até 30 minutos. Disponibilizados pelo Ministério da Saúde a partir de 2005, tornaram-se mais acessíveis e custeáveis com o passar dos anos.³⁶ Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade de TR,

o diagnóstico de HIV atualmente pode ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais, permitindo ampliar o acesso ao diagnóstico. Existem vários formatos de TR e os mais frequentemente utilizados são: dispositivos (ou tiras) de imunocromatografia de fluxo lateral, imunocromatografia de dupla migração (DPP), dispositivos de imunoconcentração e fase sólida. Testes rápidos são primariamente recomendados para testagens presenciais. Podem ser realizados tanto com amostras de sangue quanto com fluido crevicular gengival - mais conhecido como fluido oral (FO). Os TR são de execução simples e podem ser utilizados fora do ambiente de laboratório por pessoal capacitado. Possuem sensibilidade maior do que 99,5% e especificidade maior do que 99%.³⁴ O uso dos TR está associado a uma alta proporção de resultados efetivamente recebidos pelos pacientes.³⁷

A infecção por HIV também pode ser confirmada com dois resultados reagentes em testes rápidos (TR1 e TR2) contendo antígenos diferentes, usados sequencialmente. Recomenda-se, ainda, que a presença do vírus seja confirmada com o teste de quantificação da carga viral do HIV, o qual, além de descartar a ocorrência de um possível duplo falso-reagente, já consiste no primeiro exame de monitoramento. Caberá ao profissional de saúde habilitado avaliar a oportunidade de início de terapia logo após o resultado obtido em dois testes rápidos distintos.³⁴

Os autotestes também são testes rápidos, que podem ser realizados por punção digital ou com amostras de fluido oral, pelo próprio indivíduo a ser testado. Esses testes são considerados como triagem, havendo necessidade do indivíduo com resultado reagente procurar um serviço de saúde para conclusão do diagnóstico e inserção no cuidado contínuo.³⁴

1.3. A situação da epidemia por HIV no Brasil

Estima-se que em 2020 havia 930.000 mil pessoas vivendo com HIV no Brasil, tendo ocorrido 48.000 novos casos. A epidemia de HIV no Brasil é classificada como estável, com prevalência na população geral de 0,6%. Entretanto, a prevalência varia regionalmente, sendo maior no sul e sudeste.³⁸

Em 2017, 84% das pessoas vivendo com HIV (PVHA) sabiam do seu status.³⁸ Não existem dados brasileiros sobre a proporção da população geral

que foi testada pelo menos uma vez na vida. Nos Estados Unidos, no ano de 2012, estimou-se que 45% da população geral já havia sido testada pelo menos uma vez na vida.³⁹

Observa-se, desde 2010, uma tendência de queda na proporção de PVHA que se apresentaram pela primeira vez ao SUS tardiamente, caracterizada pelo resultado da primeira contagem de linfócitos T CD4 (CD4) menor que 200 células/mm³ ou 100 células/mm³. No ano de 2018, 27% e 16% das pessoas diagnosticadas apresentaram a primeira contagem de CD4 inferior a 200 células/mm³ e 100 células/mm³, respectivamente, mantendo-se nesses patamares desde 2015. A mediana do CD4 no momento do diagnóstico passou de 330 células/mm³, em 2009, para 387 células/mm³ em 2018.⁴⁰ Apesar da queda descrita, torna-se evidente a necessidade de implementação de estratégias efetivas para que a proporção de detecção tardia da infecção seja próxima a 0.

Novos casos de HIV são preveníveis. Pessoas diagnosticadas com carga viral idetectável não apresentam risco de transmissão.⁴¹ A transmissão do HIV a partir de uma pessoa infectada é principalmente em função da exposição de risco (sexo sem uso de preservativo, por exemplo) e da carga viral. Intervenções em cada etapa do cuidado contínuo (diagnóstico, retenção no cuidado, uso de TARV e supressão viral) tem o potencial de reduzir a transmissão. Pessoas cientes do seu *status* positivo transmitem menos do que pessoas que não sabem estar infectadas.^{41,42} Estima-se que, nos Estados Unidos, pessoas infectadas não diagnosticadas e pessoas diagnosticadas não tratadas representem a origem de 91% das novas infecções.⁴¹ As pessoas não diagnosticadas seriam responsáveis por cerca de 1/3 (30,2%) destas infecções, apesar de constituir uma minoria dos casos.

No passado, existia a expectativa de que o fim da pandemia do HIV somente seria possível com novas intervenções biomédicas revolucionárias, como uma cura ou vacina. Entretanto, cada vez mais se reconhece que as ferramentas necessárias para debelar a epidemia já existem, desde que usadas da maneira apropriada.⁴³ O diagnóstico precoce permanece como elemento central nas estratégias de prevenção.

2. JUSTIFICATIVA

Há escassez de dados sobre a testagem para o HIV em pessoas em conflito com a lei. A diversidade de barreiras e as potencialidades do sistema de saúde e do sistema prisional para oferecer o diagnóstico para essa população vulnerável tem sido pouco estudado. A situação de conflito com a justiça, apesar de constituir situação adversa, pode trazer a oportunidade de ações de saúde pública.

A oferta sistemática de rastreamento da infecção por HIV pode significar um passo na efetivação do direito à saúde de uma população vulnerável com acesso precário aos serviços de saúde. Em termos coletivos, os resultados de um rastreamento universal e efetivo podem ser utilizados para o planejamento de estratégias de redução da disseminação da infecção no ambiente prisional e na comunidade.

O presente estudo propõe abordar o problema por meio da realização de uma pesquisa do tipo sequencial explanatória que utiliza métodos mistos e que incluiu um estudo quantitativo tipo caso-controle e uma pesquisa qualitativa tipo análise temática de entrevistas individuais.

Essa abordagem foi escolhida por permitir descrever, por meio do componente quantitativo, o padrão de testagem para o HIV e de contatos com o sistema de saúde e analisar os fatores relacionados ao diagnóstico do HIV, e sequencialmente, por meio do componente qualitativo, buscar entender com profundidade os possíveis motivos dos resultados encontrados do componente quantitativo.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Descrever o padrão de testagem para detecção da infecção por HIV em pessoas em conflito com a lei no Distrito Federal em 2019 e identificar barreiras e potencialidades do sistema de saúde e do sistema prisional para efetivação dessa testagem.

3.2. Objetivos específicos

- I. Descrever as oportunidades perdidas para a testagem e o diagnóstico de infecção por HIV.
- II. Descrever a frequência de testagem para HIV realizada nos diferentes níveis do sistema de saúde.
- III. Descrever e comparar as características clínico-epidemiológicas, oportunidades perdidas e frequência de testagem para HIV entre pacientes infectados ou não pelo vírus.
- IV. Identificar barreiras e potencialidades do sistema de saúde e do sistema prisional para a testagem da infecção por HIV.
- V. Analisar fatores associados à infecção por HIV em pessoas em conflito com a lei.

4. MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo:

Estudo quantitativo caso-controle e qualitativo de entrevistas individuais por análise temática, do tipo métodos mistos do subtipo sequencial explanatório.⁴⁴

4.2. Período de estudo:

Componente quantitativo: os casos foram selecionados em junho de 2019 e os controles de julho de 2018 a junho de 2019. A análise retrospectiva dos prontuários foi realizada para o período compreendido entre 2009, ano em que foi iniciada a implantação do prontuário eletrônico no sistema de saúde público do distrito federal, e 2019, ano em que as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e dois hospitais passaram a utilizar um segundo prontuário.

Componente qualitativo: as entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais de saúde foram realizadas em outubro de 2020.

4.3. População-alvo:

Componente quantitativo: noventa e quatro pessoas detidas no sistema prisional com diagnóstico de HIV em junho de 2019 e uma amostra aleatória das pessoas que adentraram o sistema prisional, de julho de 2018 a junho de 2019.

Componente qualitativo: profissionais da assistência do pronto socorro do Hospital da Regional de Saúde Leste da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (médicos, enfermeiros, técnicos de coleta de exames e farmacêuticos do laboratório).

4.4. Local do estudo:

Unidades do complexo penitenciário da Papuda e Hospital da Regional de Saúde Leste (Paranoá).

4.5. Critérios de inclusão e exclusão:

Para o componente quantitativo, foram incluídos os detentos com diagnóstico confirmado em prontuário de HIV em junho de 2019 (casos) e uma amostra aleatória das pessoas que adentraram o sistema prisional de julho de 2018 a junho de 2019, testadas negativas para HIV na triagem de entrada ao presídio por meio de teste rápido, e pareadas por idade (controles). Dos casos, foram excluídos aqueles com diagnóstico antes de 2009 ou data do diagnóstico incerta. Tendo em conta que somente indivíduos adultos e do sexo masculino são internados na unidade prisional em questão, a amostra ficou constituída exclusivamente por homens acima de 18 anos de idade.

Para o componente qualitativo, foram identificados profissionais envolvidos na assistência à saúde com foco no fluxo de testagem para HIV. Utilizou-se uma amostra propositiva de conveniência, primando pela diversidade dos profissionais de saúde quanto ao perfil da clientela atendida e perfil de atendimento.

4.6. Amostragem:

Para o componente quantitativo, foram incluídos todos os detentos com diagnóstico confirmado de infecção por HIV em prontuário e uma amostra das pessoas que adentraram o sistema prisional entre julho de 2018 a junho de 2019. Estimou-se cerca de 100 PVHA por ano detidos no sistema prisional, e que adentram cerca de 2.000 detentos em uma unidade de regime fechado ao longo de um ano, segundo dados de um dos pesquisadores que trabalha como médico na unidade de regime fechado PDF1 (Penitenciária do Distrito Federal 1). Planejou-se incluir pessoas HIV-negativas na proporção de 2:1 em relação aos indivíduos com diagnóstico de infecção por HIV, portanto, estimou-se uma

amostra de 200 indivíduos sem diagnóstico de infecção por HIV, compondo um estudo de caso-controle pareado por idade. Optou-se pelo pareamento por idade a fim de controlar o efeito da idade nos atendimentos por serviços de saúde. A proporção de 1:2 foi escolhida de modo a permitir um aumento de poder para o estudo, levando em conta o limite de capacidade operacional disponível para a revisão retrospectiva dos prontuários

Para o componente qualitativo, foram identificados profissionais chaves envolvidos na assistência à saúde com foco no fluxo de testagem para HIV no ambiente hospitalar. Os profissionais foram entrevistados sequencialmente até a obtenção de saturação teórica, o que comumente se dá após 20 entrevistas.⁴⁵

4.7. Considerações éticas e aplicação dos procedimentos de consentimento:

Para o componente quantitativo, quando da extração dos dados dos prontuários eletrônicos, foi aplicada codificação para anonimizar os dados, impedindo a identificação de perfis individuais. Em virtude do uso de dados de prontuário não nominais, do volume esperado de dados a ser analisado, das dificuldades de escolta e da alta rotatividade dos detentos no sistema prisional, haveria dificuldades na obtenção do TCLE para o acesso ao prontuário de todos os indivíduos. Considerando tais dificuldades, solicitou-se a dispensa para TCLE nos casos em que o processo de aplicação se tornou impossível.

Para o componente qualitativo, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aos profissionais da área de saúde envolvidos. Por se tratar de entrevistas gravadas, não existe risco biológico para os envolvidos. Os pesquisadores se comprometeram a manter o sigilo dos indivíduos entrevistados. As entrevistas gravadas foram transcritas e os arquivos de texto salvos de maneira anônima.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (CEP-FM) da Universidade de Brasília (Anexo 1).

4.8. Coleta dos dados

Para o componente quantitativo, foi realizada uma revisão retrospectiva de dados administrativos penitenciários e dos prontuários eletrônicos, sendo coletadas informações demográficas, clínicas e epidemiológicas relevantes para a análise dos objetivos específicos descritos acima. Foram analisados retrospectivamente os prontuários eletrônicos TrakCare e e-SUS, com foco na descrição de testagem prévia para HIV e dos pontos de atendimento no sistema de saúde público do Distrito Federal (Pronto Socorro, atenção secundária, atenção primária na comunidade e dentro do sistema prisional). (conforme Apêndice 1) O sistema de saúde do Distrito Federal iniciou a implantação do prontuário eletrônico único TrakCare, da empresa *Intersystems* no fim de 2007, com implantação consolidada entre 2008 e 2010.⁴⁶ A partir de 2017, iniciou-se a implantação, exclusivamente nas unidades de atenção primária, do prontuário desenvolvido pelo governo federal E-SUS. Informações que poderiam permitir a identificação dos indivíduos no sistema prisional não foram coletadas.

Para o componente qualitativo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde, utilizando um roteiro-guia temático (Apêndice 2) desenvolvido de acordo com os princípios delineados por Fontanella e colaboradores.⁴⁷ Roteiros-guias utilizados em entrevistas semiestruturadas organizam entrevistas qualitativas em torno de questões-chave que dizem respeito aos principais objetivos do estudo, mas mantém dinamicidade e possibilidade de livre associação de ideias por parte do participante. As entrevistas semiestruturadas abordaram o processo do diagnóstico de infecção por HIV em ambiente de pronto socorro, tanto por queixas clínicas quanto por trauma.

4.9. Análise dos dados:

Para o componente quantitativo, os dados foram extraídos dos prontuários por meio de formulário de coleta de dados, compondo um banco de dados com identificadores anônimos. Os dados foram analisados por meio

de estatísticas descritivas e análises exploratórias pelo programa SPSS (versão 22) e STATA (versão 16). Foram calculadas estatísticas descritivas: medidas de tendência central e dispersão (teste Kolmogorov-Smirnov para definição de distribuição normal) e proporções. Proporções foram analisadas por meio do teste qui-quadrado. Diferenças entre desfechos categóricos (diferenças entre indivíduos com e sem diagnóstico de HIV; diferenças entre indivíduos com e sem oportunidades perdidas de testagem) foram analisadas como um estudo de caso-controle pareado por idade, com dois controles por caso, por meio de razão das chances. Para o cálculo da razão das chances, na análise bivariada, utilizamos a função “clogit” do programa STATA (versão 16) como uma forma de extensão do teste de McNemar para múltiplos controles.⁴⁸ A função “clogit” também foi utilizada para os ajustes das razões das chances em modelo multivariado de regressão logística condicional.⁴⁸ Para as medidas de associação o nível crítico de decisão para os testes de hipótese foi de 5%. O modelo multivariado teve caráter exploratório e não partiu de um modelo concebido *a priori*. Para a análise multivariada, empregaram-se as variáveis que apresentaram associação com o desfecho com significância com valor de $p < 0,2$ na análise bivariada, mas também foram incluídas variáveis de relevância clínica que não preencheram este critério.

Para o componente qualitativo, as entrevistas com os profissionais de saúde foram gravadas e posteriormente transcritas. Após leitura minuciosa das entrevistas transcritas, foi elaborado um livro de códigos de forma indutiva e dedutiva. Após estabelecimento do livro de códigos, utilizou-se o método de análise temática conforme descrito por Braun e Clarke (2006),⁴⁹ para identificação de temas emergentes nas entrevistas. Análise de dados qualitativos foi feita com o auxílio do software DEDOOSE.

5. Resultados

5.1. Artigo 1: Oportunidades perdidas de diagnóstico do HIV em detentos no Distrito Federal

Resumo: A população prisional faz parte das chamadas “populações-chaves” para o enfrentamento da pandemia do HIV. O contato das pessoas infectadas com HIV com os diversos níveis do sistema de saúde, sem que recebam a oferta de testagem, representa uma “oportunidade perdida” de detectar a infecção. Essas “oportunidades perdidas” são chave para os casos de infecção não diagnosticados e para o controle da transmissão do vírus. O estudo avaliou o padrão de contato com o sistema de saúde e de testagem para HIV, incluindo as unidades de saúde prisionais. Trata-se de estudo quantitativo de caso-controle em detentos que cumpriam pena em 2019 no Distrito Federal, pareados por idade. Não houve diferença no padrão de contato com o sistema de saúde e padrão de oferta de testagem entre detentos infectados ou não com HIV. A maior parte dos infectados teve o diagnóstico realizado no ambiente prisional e de maneira precoce, evidenciando efetividade do rastreamento nesse cenário. O padrão de contato com o sistema de saúde dos indivíduos neste estudo reflete provavelmente o de homens jovens como um todo: pouco contato com serviços ambulatoriais de atenção primária e trauma como principal motivo de contato, em prontos-socorros.

Palavras-chave: Prisões; Prisioneiros; Infecções pelo HIV; Rastreamento do HIV; Oportunidades perdidas; Diagnóstico.

Introdução

De acordo com os dados de 2019, a população prisional brasileira chegou a 755.274 pessoas, aumentando em 1,49% em relação ao ano anterior. No ano de 2017, 248.065 pessoas foram presas, aproximadamente 93% do total são homens.¹

Essa população, oriunda na maioria das vezes de comunidades desfavorecidas, já apresenta condições de saúde precárias antes mesmo do encarceramento. Condições de higiene inadequadas, celas mal ventiladas e superpopulosas contribuem para o agravamento da condição de saúde.^{4,5}

A população prisional faz parte das chamadas “populações-chaves” para o enfrentamento da pandemia do HIV.¹⁰ De uma maneira perversa, o sistema de justiça criminal apresenta oportunidades de prestar um serviço à saúde pública, reunindo membros da sociedade com alto risco de adoecimento⁶, os quais frequentemente não buscam serviços de saúde.⁷ Os poucos momentos de contato com o sistema de saúde seriam por: razões não clínicas, como os momentos de prisão ⁸; ou assim como razões clínicas pontuais em emergências hospitalares, em virtude de trauma decorrente da atividade criminal, por exemplo.⁹

Quando um indivíduo tem contato com o sistema de saúde nos seus diferentes níveis, apresenta indicação para testagem para o HIV e se esta não é oferecida, esta constitui uma “oportunidade perdida”.¹¹ Essas chamadas “oportunidades perdidas” são chave para os casos de infecção não diagnosticados e para o controle da transmissão do HIV.¹²

O presente estudo busca avaliar as oportunidades para o diagnóstico de HIV em homens com HIV detidos e comparar o contato com o sistema de saúde com controles não infectados, no Distrito Federal.

Métodos

Estudo quantitativo do tipo caso-controle, com dados secundários de prontuário. Foi realizada análise retrospectiva dos prontuários entre 2009 e 2019. Os casos foram selecionados em junho de 2019 e os controles de julho de 2018 a junho de 2019.

Foram analisados retrospectivamente dados administrativos penitenciários e os prontuários eletrônicos TrakCare e e-SUS das 94 pessoas detidas no sistema prisional com diagnóstico de HIV em junho de 2019 e uma amostra das pessoas que adentraram o sistema prisional, de julho de 2018 a junho de 2019, com foco na descrição de testagem prévia para HIV e dos

pontos de atendimento no sistema de saúde público do Distrito Federal (Pronto Socorro, atenção secundária, atenção primária na comunidade e dentro do sistema prisional). O Distrito Federal possuía em 2019 uma ampla rede própria de 12 hospitais, cinco UPA e 170 unidades básicas de saúde, todas com os prontuários eletrônicos integrados, com início da informatização no ano de 2008.⁴⁶

Foram incluídos os detentos com diagnóstico confirmado em prontuário de HIV em junho de 2019 (casos) e uma amostra das pessoas que adentraram o sistema prisional de julho de 2018 a junho de 2019, testadas negativas para HIV na triagem e pareadas por idade (controles), na proporção de 2:1. Foram excluídos aqueles com diagnóstico antes de 2009 ou data do diagnóstico incerta. Tendo em conta que somente indivíduos adultos e do sexo masculino são internados na unidade prisional em questão, a amostra ficou constituída exclusivamente por homens acima de 18 anos de idade.

Os dados foram extraídos dos prontuários por meio de formulário de coleta de dados, compondo um banco de dados com identificadores anônimos. Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas e análises exploratórias pelo programa SPSS (versão 22) e STATA (versão 16). Foram calculadas estatísticas descritivas. Diferenças entre desfechos categóricos (diferenças entre indivíduos com e sem diagnóstico de HIV; diferenças entre indivíduos com e sem oportunidades perdidas de testagem) foram analisadas como um estudo de caso-controle pareado por idade, com dois controles por caso, e ajustadas por meio de regressão logística condicional.

Resultados

Descrição da população

Em junho de 2019, de uma população total de cerca de 17 mil homens adultos presos, havia 94 casos de detentos infectados por HIV. Destes, 21 foram excluídos -14 com diagnóstico realizado antes de 2009 e sete com data de diagnóstico não definida - restando 73 casos incluídos. Para a composição do grupo controle, de 1.999 presos que adentraram a unidade do presídio de

cumprimento de pena Penitenciária do Distrito Federal 1 (PDF1) entre julho de 2018 e junho de 2019, 728 foram testados, todos apresentando resultado negativo. Dentre eles, foram selecionados 146 controles pareados por idade, buscando-se a mais próxima data de nascimento dos casos, na proporção de 1:2, conforme a figura 1.

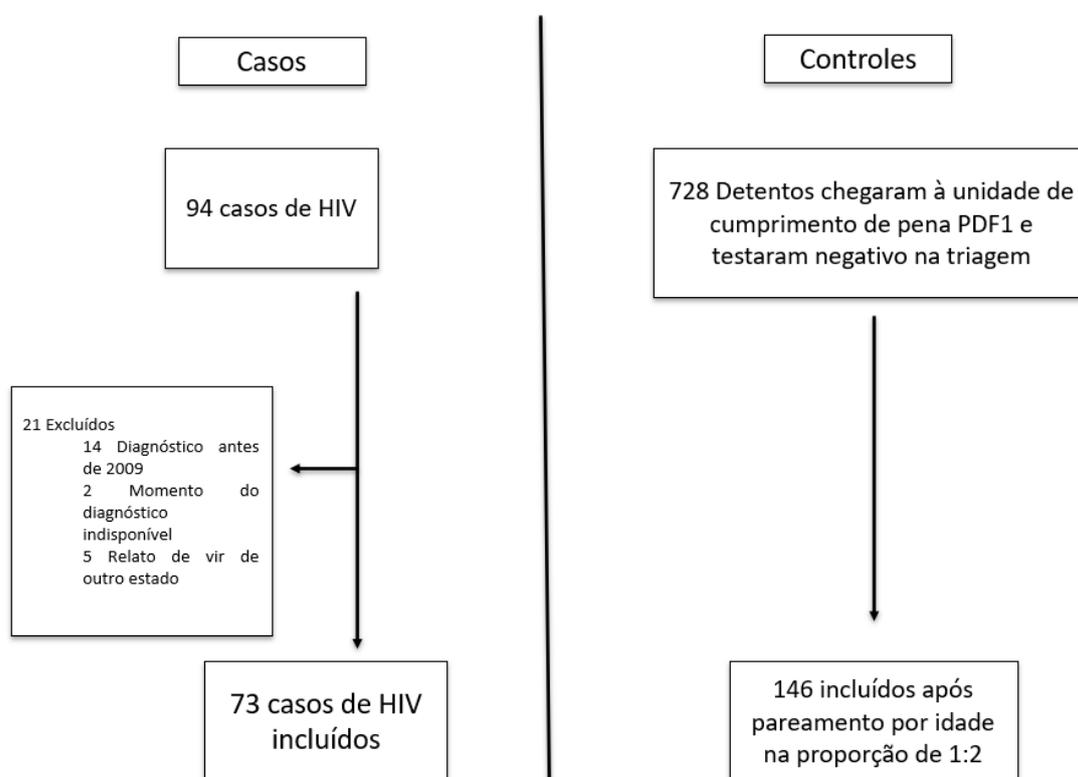


Figura 1. Fluxo de inclusão dos participantes do estudo.

A diferença de idade entre casos e controles teve mediana de oito dias (IQR=3 a 21 dias). Na tabela 1 descreve-se a comparação das características demográficas entre casos e controles, observando-se diferenças estatisticamente significativas na proporção de estado civil casado, o histórico de morar na rua e ser transexual.

Tabela 1 – Características demográficas dos detentos infectados ou não por HIV, Distrito Federal, 2019.

	Casos (%) n=73	Controles (%) n=146
Idade	32 (IQR=27 a 38)	32 (IQR=28 a 38)
Pretos/Pardos	52 (71,2)	117 (80,1)

Estado Civil		
Solteiro/Divorciado	53 (72,6)	80 (54,8)
Casado/Amasiado	13 (17,8)	48 (32,9)*
Não informado	7 (9,6)	18 (12,3)
Morador de rua	18 (24,6)	14 (9,6) *
Transexual	5 (6,8)	1 (0,7) *
Tatuagem	38 (52,0)	74 (50,7)

*p < 0,05

A tabela 2 contém a descrição das características clínicas dos casos. O tempo médio de diagnóstico foi de 3,4 anos, a maior parte diagnosticada por meio de teste rápido, enquanto presos, por pedidos solicitados pela enfermagem e CD4 maior que 500 células/mm³. Foram raros os diagnósticos seguidos do diagnóstico de tuberculose. Em sete pacientes (9,5%), havia exame prévio de sorologia positivo para HIV, em que o paciente não tomou ciência do resultado, tendo sido diagnosticado posteriormente em outra ocasião. Em relação ao tratamento, 83,6% estavam com última carga viral do ano de 2019 indetectável.

Tabela 2 – Características clínicas dos 73 casos de HIV incluídos no estudo. Distrito Federal, 2019.

Tempo de diagnóstico (anos)	3,38 (DP=2,918)
Tipo do diagnóstico	
Teste rápido	41 (56,2%)
Sorologia	30 (42,3%)
Não foi possível determinar	2 (2,7%)
Tipo da confirmação do diagnóstico	
Teste rápido	10 (13,7 %)
Sorologia	20 (27,4%)
Carga viral	20 (27,4%)
Não foi possível determinar	2 (2,7%)
Exame solicitado por diagnóstico de Tuberculose	4 (5,5%)
Pacientes com resultado de sorologia positiva em que não informados do resultado	7 (9,5%)
Pacientes testados nos últimos 5 anos do diagnóstico com resultados negativos	4 (5,5%)
Nível de assistência do diagnóstico	
Presídio	42(57,5%)
Atenção primária	19(26,0%)
Hospital	11(15,1%)
UPA*	1(1,4%)
Diagnóstico enquanto preso	42 (57,5%)

Diagnóstico em triagens de chegada nos presídios	12 (16,4%)
Diagnóstico por pedidos solicitados pela enfermagem	46 (63%)
Categoria do CD4 do diagnóstico	
Menor que 200	11(15,1%)
200 a 500	31(42,5%)
Acima de 500	30(41,1%)
Ausente	1 (1,4%)
Carga viral indetectável em 2019	63 86,3%)

* Unidade de Pronto Atendimento.

Oportunidades perdidas e fatores relacionados ao diagnóstico do HIV

Na tabela 3 descrevem-se as oportunidades perdidas para diagnóstico da infecção por HIV dos casos nos últimos cinco anos antes do diagnóstico. Em 73% dos casos, houve pelo menos uma oportunidade perdida, em 55% pelo menos uma oportunidade perdida na triagem de chegada aos presídios e 38% em unidades de pronto atendimento, sendo 27% por motivo de trauma. Nos contatos enquanto em liberdade, o nível de atenção com maior proporção de oportunidades perdidas foi o pronto socorro, seguido da atenção primária, com 10% dos casos, apresentando oportunidades perdidas neste cenário. Não houve diferença estatística quanto a contatos com o sistema de saúde em relação ao grupo controle em que não houve testagem, com 10% dos casos e 5,5% dos controles com pelo menos um contato prévio sem testagem na atenção primária, 38% dos casos e 43,8% dos controles com pelo menos um contato prévio em pronto-socorro, 55% dos casos e 48,6% dos controles com pelo menos um contato prévio em triagens de admissão do sistema prisional.

Tabela 3 – Oportunidades perdidas de testagem para HIV nos 5 anos precedentes do diagnóstico de HIV nos 73 casos e contatos no sistema de saúde em que não houve testagem para o HIV dos 146 controles# – período de 2009 a 2019

	Casos			Controles		
	Total de contatos com o sistema de saúde	Sub-totais	Presença de pelo menos uma oportunidade perdida (% do total de 73 casos)*	Total	Sub-totais	Presença de pelo menos um contato com o sistema de saúde em que não houve testagem (% do total de 146 controles)
Nível de atenção						
Na Comunidade	103			144		
Atenção primária		12	7 (10)		11	8 (5,5)
Ambulatório Secundário		03	1 (1)		3	3 (2,1)
Pronto Socorro		88	28 (38)		130	64 (43,8)
Por motivo de trauma	32		20 (27)	60		43 (29,5)
Por motivo de trauma com violência interpessoal		12	11 (15)		22	19 (13)
Por motivo de trauma com chegada em ambulância		3	3 (4)		6	6 (4,1)
Por motivo de trauma com intoxicação por álcool/outras drogas		3	3 (4)		2	2 (1,4)
Por motivo de trauma simples		15	11 (15)		39	29 (19,9)
Por motivo de trauma com coleta de exame laboratorial		1	1 (1)		7	7 (4,8)
Por motivo de trauma com realização de exame de imagem		25	17 (23)		43	34 (23,3)
Por motivo exceto trauma apresentando intoxicação por álcool/outras drogas	7		3 (4)	7		7 (4,8)
Por motivo exceto trauma em que realizou exame laboratorial	14		9 (12)	17		11 (7,5)
Durante a prisão						
Durante a prisão em triagens nas chegadas aos Presídios	89		40 (55)	164		78 (53,4)
Durante a prisão em triagem na chegada ao presídio de entrada		63	40 (55)		112	71 (48,6)
Durante a prisão em triagem em na chegada em presídio de cumprimento de pena		26	21 (29)		52	38 (26,0)
Total	191		53 (73)	308		104

*não houve diferença com significância estatística em relação aos controles

Tecnicamente não há “oportunidades perdidas” para os controles, pois estes não são doentes.

A tabela 4 contém os dados de testagem realizada em ambos os grupos, mostrando que em 9,6% dos casos houve pelo menos uma testagem negativa no período de cinco anos antes do diagnóstico e que 13,7% foram testados considerando todo o período registrado nos prontuários eletrônicos desde sua implantação.

Tabela 4 – Contatos no sistema de saúde em que houve testagem para o HIV em pessoas detidas no sistema prisional do Distrito Federal.

	Casos	Controles
	Proporção de casos com pelo menos uma oportunidade aproveitada	Proporção de controles com pelo menos uma oportunidade aproveitada
Oportunidades aproveitadas nos 5 anos precedentes da data do diagnóstico dos casos de HIV		
Atenção primária	1,4%	4,8%
Ambulatório Secundário	0%	0,7%
Pronto Socorro	0%	0%
Pronto Socorro - Trauma	0%	0%
Internação hospitalar	1,4%	0%
Total na comunidade	2,7%	5,5%
Em triagens nas chegadas aos presídios	5,5%	9,6%
Total no presídio	8,2%	17,1%
Total por meio de teste rápido	5,5%	6,2%
Total	9,6% *	21,2%
Oportunidades aproveitadas desde a implantação dos prontuários eletrônicos		
Enquanto preso	9,6% *	25,3%
Comunidade	5,5%	11,0%
Total	13,7% *	34,2%

*p<0.05

Na análise bivariada, as condições de histórico de morar na rua e ser transexual estiveram relacionadas ao diagnóstico de HIV. Dos cinco casos transexuais, quatro eram moradores de rua. Na análise multivariada, o único fator que permaneceu associado ao diagnóstico foi o histórico de morar na rua. (tabela 5).

Tabela 5 – Análise das características associadas ao diagnóstico de infecção por HIV em pessoas detidas no sistema prisional do Distrito Federal, 2019.

	Odds não ajustado (IC 95%)	P valor	Odds ajustado (IC 95%)	P valor
Pretos/Pardos	0.6 (0.3 a 1.2)	0.144	0.6 (0.3 a 1.2)	0.138
Morador de rua	3.0 (1.4 a 6.8)	0.005*	2.5 (1.1 a 5.9)	0.028*
Transexual	9.9 (1.2 a 85)	0.036*	6.6 (0.6 a 67.3)	0.112
Tatuagem	1 (0.6 a 1.9)	0.841	0.9 (0.5 a 1.8)	0.784
Trauma				
Violência interpessoal	1.2 (0.5 a 2.6)	0.678	1.2 (0.4 a 3.5)	0.659
Chegada em ambulância	1.0 (0.2 a 4.3)	1.000	1.0 (0.2 a 5.2)	0.974
Intoxicação por álcool/outras drogas	3.0 (0.5 a 18)	0.229	2 (0.3 a 16)	0.484
Trauma Simples	0.7 (0.3 a 1.5)	0.398	0.7 (0.3 a 1.7)	0.459
Pronto Socorro não trauma por intoxicação por álcool/outras drogas	0.8 (0.2 a 3.5)	0.814	1.2 (0.3 a 5,3)	0.835

Discussão

Neste estudo caso-controle com dados secundários de prontuário, não encontramos diferença entre o contato com os serviços de saúde, cinco anos antes do diagnóstico, entre detentos HIV positivos com diagnóstico após 2009 e os controles HIV negativos, pareados por idade. Provavelmente, por se tratar de casos de infecção recente, haja vista apenas⁴⁰ 15,1% apresentarem CD4 menor que 200 e 9,6% apresentarem testagem negativa nos últimos cinco anos antes do diagnóstico, especula-se que esse seja um motivo de não terem acontecido mais contatos com o serviço de saúde no grupo dos casos. Pelos dados apresentados, o risco de adquirir HIV também não está associado a situações de trauma.

Optou-se pelo pareamento por idade a fim de controlar o efeito da idade na busca por serviços de saúde. O pareamento por idade também permite controlar para possíveis diferenças históricas nas tecnologias disponíveis para

diagnóstico de HIV e de disponibilidade de serviços de saúde. Como desvantagens, é possível que o pareamento por idade tenha indiretamente pareado outras variáveis, potencialmente gerando viés. A proporção de 1:2 foi escolhida de modo a permitir um aumento de poder para o estudo, levando em conta o limite de capacidade operacional disponível para a revisão retrospectiva dos prontuários

Houve uma proporção considerável de casos com oportunidades perdidas de testagem para HIV, sendo a maior parte dessas no sistema prisional. Na comunidade, a maior parte das oportunidades perdidas foram em prontos-socorros, em sua maioria por trauma, refletindo o padrão de contato com serviços de saúde em homens.⁵⁰ Assim, o cenário dos atendimentos de trauma mostra-se como uma oportunidade de implementação de programas de rastreamento para o HIV.

Por outro lado, houve testagem prévia não desprezível para HIV em ambos os grupos. A atenção primária na comunidade, um cenário raro para oportunidades perdidas, mostrou-se como o segundo cenário em que houve mais testagem. A maior proporção de testagens foi realizada nos presídios, demonstrando que há um esforço de testagem sistemática neste cenário. Nos controles, 34,2% já haviam sido testados pelo menos uma vez na vida. Dados dos Estados Unidos trazem uma proporção de 45% da população geral já ter sido testada para HIV pelo menos uma vez na vida.³⁹

Notadamente, a maior proporção de casos teve como primeiro tipo de exame diagnóstico um teste rápido e foi solicitada por um profissional da enfermagem. Como a maior proporção é de casos recentes, esse provavelmente reflete o panorama atual de testagem para o HIV fora do ambiente hospitalar.^{36,51,52} Os testes rápidos são bastante úteis em cenários como o do presídio, pois levam a uma alta proporção de resultados entregues.³⁷ Esta vantagem dos testes rápidos fica mais evidente quando se verifica que em sete casos (9,5%) havia uma sorologia positiva prévia registrada no prontuário, em que não houve conhecimento do resultado pelo paciente. É necessário que se implante um sistema do laboratório de aviso ao serviço de saúde quando de um resultado positivo, a fim de evitar situações semelhantes.⁵³ Ainda em relação às circunstâncias do diagnóstico do HIV nos casos, dado à alta prevalência de tuberculose no ambiente prisional, foi

surpreendente a baixa proporção de casos identificados em pacientes diagnosticados com tuberculose.^{17,18,54-56}

O estudo, apesar de utilizar dados secundários de prontuários, apresenta a vantagem de que foram utilizadas informações dos contatos com o sistema de saúde e os cenários do contato. Informações essas que são registradas por diferentes profissionais, desde o administrativo na abertura da ficha de atendimento, passando pela triagem e finalmente pelo atendimento em si. As informações de exames de imagem e realizados pelo laboratório também são consideradas fidedignas. Outra vantagem é a ampla rede de saúde pública própria do distrito federal, regularmente distribuída pelo seu território e utilizando os mesmos prontuários. Assim, principalmente para os dados referentes a trauma, que notadamente tem seu atendimento pela rede pública, existe baixa possibilidade de registros indisponíveis. Mesmos nos outros contatos, a população prisional é majoritariamente de baixa renda, sendo pouco provável o uso de serviços de saúde privados.

Da mesma forma, o uso de dados de prontuários tem invariavelmente como limitação a possibilidade de registro insuficiente ou até o não registro de algumas informações e/ou contatos com o serviço de saúde. São possíveis problemas técnicos que tenham impossibilitado alguns registros ou serviços em que em algum momento ainda não estivessem implantados os prontuários eletrônicos. Também não é possível descartar que alguns indivíduos tenham tido atendimentos em cidades adjacentes ao Distrito Federal, ainda que pouco provável, pois estas regiões possuem pouca oferta de serviços de saúde. Registros de testes rápidos pelos profissionais da enfermagem também são mais suscetíveis ao registro insuficiente, pois são digitados pelo próprio profissional. De qualquer maneira, não existem motivos para que o sub-registro tenha sido diferencial entre casos e controles.

Foi utilizado o critério de contato nos últimos cinco anos antes do diagnóstico para a definição de oportunidade perdida. Entretanto, dado que nesta população a maior parte foi de diagnósticos recentes, houve uma proporção não negligenciável de 9,6% de casos com exames negativos dentro do período estudado. A grande maioria destes testes foi realizada no ambiente prisional, de certa forma demonstrando que há uma oferta de testagem neste cenário. Assim, para populações de maior risco de infecção e submetidas a

testagem mais frequente, o critério de oportunidades perdidas pode ser reduzido. Em virtude de o Distrito Federal ser uma unidade federativa com maior disponibilidade de recursos financeiros em comparação a outros estados brasileiros, muito provavelmente nossos resultados não refletem a realidade do país.

Finalmente, foi encontrada associação entre ter infecção por HIV e o histórico de morar na rua e ser transexual, populações essas também consideradas chave no enfrentamento do HIV.¹⁰ Assim, seriam situações de dupla vulnerabilidade. Como foram utilizados dados secundários, não foi possível avaliar outras exposições relevantes, tais como o uso de crack (cocaína fumada), sendo os usuários de drogas considerados outra população-chave para o enfrentamento do HIV.³⁶ A baixa representatividade da população de transexuais na amostra estudada e a sua maior parte também ser morador de rua não permite tirar maiores conclusões em relação à magnitude da sua associação com a infecção por HIV e sobre o efeito do ajuste pela exposição de morar na rua.

Conclusão

Na população estudada, não houve diferença de contato no sistema de saúde entre casos de HIV e controles. Existe oportunidade de maior oferta de testagem em todos os cenários estudados, com destaque para atendimentos de trauma no pronto-socorro. Houve considerável testagem para o HIV no sistema prisional, apesar de ainda existirem oportunidades perdidas. Esta oferta de testagem considerável no sistema prisional pode estar relacionada ao diagnóstico precoce nesta população.

5.2. Artigo 2: Detecção do HIV e outras doenças infecciosas em detentos usando triagem sorológica na chegada ao sistema prisional do Distrito

Resumo

O rastreamento de doenças infecciosas deveria ser parte integral do papel do sistema prisional, devido à facilidade de transmissão e a alta prevalência de algumas dessas doenças, tais como a infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV). Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, com dados secundários de prontuários e administrativos. Foram analisados retrospectivamente os testes rápidos para HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis. No período de julho de 2018 a junho de 2019, foram realizados testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e C em 728 dos 1.999 detentos que adentraram a unidade. A taxa de detecção na triagem realizada na chegada foi de 8,1%, 0,7%, 0,4% e 0,1% para sífilis, hepatite B, hepatite C e HIV, respectivamente. Existe um esforço de rastreamento do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis na população prisional, que pode ser mais bem coordenado e implementado de maneira mais otimizada. Isso não é apenas importante para as próprias pessoas detidas e os trabalhadores do sistema prisional, mas também para as comunidades para onde eventualmente retornarão.

Palavras-chave: Prisioneiros; Programas de Rastreamento; Doenças Infecciosas.

Introdução

De acordo com os dados de 2019, a população prisional brasileira chegou a 755.274 pessoas, aumentando em 1,49% em relação ao ano anterior.¹ Cerca de 93% do total de presos são homens, a maioria na faixa etária de 18 a 29 anos, de baixa escolaridade e cumprindo pena principalmente por roubo, tráfico de drogas, furtos e homicídios.^{1,3} No ano de 2017, 248.065 pessoas foram presas, aproximadamente 93% do total são homens.¹

Essa população, oriunda na maioria das vezes de comunidades desfavorecidas, já apresenta condições de saúde precárias antes mesmo do encarceramento. Condições de higiene inadequadas, celas mal ventiladas e superpopulosas contribuem para o agravamento da condição de saúde.^{4,5}

A população prisional faz parte das chamadas “populações-chaves” para o enfrentamento da pandemia do HIV.¹⁰ De uma maneira perversa, o sistema de justiça criminal apresenta oportunidades de prestar um serviço à saúde pública, reunindo membros da sociedade com alto risco de adoecimento⁶, os quais frequentemente não buscam serviços de saúde.⁷

De acordo com consensos internacionais e nacionais, avaliações de saúde em todos os detentos no ato da admissão nas prisões devem ser rotineiras; entretanto, estas não são implementadas na maioria das prisões de países em desenvolvimento, incluindo o Brasil.^{13,14}

Em relação às doenças infecciosas, o rastreamento deveria ser parte integral do papel do sistema prisional⁸, devido à facilidade de transmissão e a alta prevalência de algumas dessas doenças, tais como a infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV).^{5,8,15-19} Detecção de casos de infecção pelo HIV são essenciais para a instituição de terapia adequada, o que tem papel fundamental na interrupção de cadeias de transmissão do agente infeccioso²⁰. Nessas condições, a instituição de medidas diagnósticas e terapêuticas específicas pode ser benéfica não apenas para o indivíduo, mas também para a comunidade em geral.⁶⁻⁸

Métodos

Estudo quantitativo, descritivo, com dados secundários de prontuários e administrativos. Foram analisados retrospectivamente os testes rápidos para HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis (Marcas Bioclin/HIV-TRI-LINE, Quibasa Ltda. Brasil. VIKIA/HBsAG, bioMérieux Brasil Ltda. Brasil. Alere/HCV, Alere S.A., Brasil. Alere/Sífilis Alere S.A., Brasil.) ofertados aos detentos que cumpriam pena em uma unidade no sistema prisional do Distrito Federal e aos recém-admitidos, no período de julho de 2018 a junho de 2019. Na população dos recém-admitidos, houve também foco na descrição da dinâmica e a origem desta população. Ainda, foi avaliada em caráter exploratório uma amostra

aleatória de 100 indivíduos quanto a presença de testagem prévia para HIV, tanto enquanto presos quanto na comunidade.

Os dados foram extraídos dos prontuários por meio de formulário de coleta de dados, compondo um banco de dados com identificadores anônimos. Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas e análises exploratórias pelo programa SPSS (versão 22). Foram calculadas estatísticas descritivas de proporções que foram comparadas por meio do teste qui-quadrado

Resultados

No período de julho de 2018 a junho de 2019, foram realizados testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e C em 728 dos 1.999 detentos que adentraram nesta unidade de cumprimento de pena nesse período. A unidade prisional conta com uma população de cerca de 4.500 detentos. No mesmo período, foram realizados 161 testes por indicações clínicas nesta mesma unidade. A tabela 1 descreve tais resultados. A taxa de detecção na triagem realizada na chegada foi de 8,1%, 0,7%, 0,4% e 0,1% para sífilis, hepatite B, hepatite C e HIV, respectivamente.

Tabela 1 – Detecção de doenças infecciosas por meio de testes rápidos realizados em unidade de cumprimento de pena no Distrito Federal, julho de 2018 a junho de 2019.

	Positivo (%)	Total
Durante a triagem na chegada à unidade		728
HIV (Anti-HIV)	1 (0,1)	
Sífilis (treponêmico)	59 (8,1)	
Hepatite B (HbsAg)	5 (0,7)	
Hepatite C (Anti-HCV)	3 (0,4)	
Em consultas ao serviço de atendimento clínico na unidade		161
HIV (Anti-HIV)	4 (2,5) *	
Sífilis (treponêmico)	13 (8,1)	
Hepatite B (HbsAg)	0	
Hepatite C (Anti-HCV)	0	

*p < 0,05 em relação às triagens

Conforme a tabela 2, a maioria (74,1%) chegou do presídio de entrada no sistema penitenciário, a unidade de detenção provisória. Em 32% dos dias de transferências (realizadas semanalmente às terças e sextas), não houve qualquer detento testado. Nos dias em que houve testagem, a proporção de detentos testados foi em média de 58,4% (DP=20,3%).

Tabela 2 – Origem dos 1.999 detentos que adentraram a unidade de cumprimento de pena, Distrito Federal, julho de 2018 a junho de 2019.

Presídio de origem	n	(%)
Unidade de detenção provisória	1481	74,1%
Unidade de regime semiaberto	284	14,2%
Outra unidade de regime fechado	148	7,4%
Unidade de regime aberto	82	4,1%
Unidade de tratamento psiquiátrico	4	0,2%

Por fim, a tabela 3 contém os dados da amostra de 100 detentos dos 1999 que adentraram o presídio entre julho de 2018 e junho de 2019. Desses, 28,6% nunca foram testados previamente para HIV, mesmo tendo sido triados no presídio de entrada do sistema penitenciário. Esses que nunca foram testados apresentaram episódios de contato prévio com o sistema de saúde em 67,9% e especificamente em prontos-socorros por motivo de trauma, em 53,6%.

Tabela 3 – Amostra de 100[#] detentos dos 1.999 que chegaram à unidade de cumprimento de pena de julho de 2018 a junho de 2019

	N=98 (% do total da amostra)	(% relativa)
Testados na triagem de chegada	50 (51%)	
Proporção dos testados na chegada que nunca haviam sido testados	31 (31,6%)	31 (62%)
Proporção dos testados na chegada que já haviam sido testados previamente	21 (21,4%)	21 (42%)
Proporção dos testados não lançados no prontuário eletrônico	7 (7,1%)	7(14%)
Testados previamente na comunidade	10(10,2%)	
Testados previamente em presídio	32 (32,7%)	
Nunca testados previamente	28 (28,6%)	

Com oportunidades perdidas na comunidade	19 (67,9%)
Com oportunidades perdidas em APS	6 (21,4%)
Com oportunidades perdidas em Pronto Socorro	18 (64,3%)
Com oportunidades perdidas em trauma	15 (53,6%)
Com oportunidades perdidas em trauma com coleta de sangue	3 (10,7%)
Com oportunidades perdidas não trauma com coleta de sangue	7 (25%)

Dois pacientes excluídos por erro no lançamento da chegada

APS = Atenção Primária em Saúde

Discussão

Verifica-se alta rotatividade na população prisional, pois de uma unidade com população média diária de aproximadamente 4.500 detentos, 1.999 novos detentos chegaram no período de um ano. Também há bastante dinâmica interna entre as diferentes unidades de cumprimento de pena. Essas transferências entre unidades são momentos-chaves de oportunidade para ações de saúde, como o rastreamento do HIV e outras infecções transmitidas por relações sexuais ou contato com sangue contaminado.^{13,14}

Apesar da oferta relativamente regular de testagem no momento da chegada de todas as unidades do sistema prisional, 728 dos 1.999 detentos recém-admitidos optaram por realizar a testagem. Esses já haviam tido pelo menos uma oportunidade anterior de testagem, quando adentraram o sistema prisional na unidade de detenção provisória. A oferta na própria unidade também apresentou falhas, havendo detentos cuja chegada não correspondeu a um dia em que havia oferta da testagem.

Na amostra de 100 indivíduos em que houve avaliação retrospectiva dos prontuários, ao se incluir a também testagem atual, verifica-se uma ampla proporção de testados pelo menos uma vez na vida, de 71,4%. Dados dos Estados Unidos trazem uma proporção de 45% da população já ter sido testada para HIV pelo menos uma vez na vida.³⁹ Entretanto, já que é oferecida testagem na unidade de detenção provisória, talvez as unidades de cumprimento de pena poderiam instituir uma estratégia de rastreamento mais focada, naqueles que recusaram a testagem inicial e nunca foram testados na vida. Desses que nunca foram testados, verificou-se amplo contato com diferentes cenários do sistema de saúde na comunidade. Notadamente, as passagens por trauma em pronto-socorro foram as mais prevalentes,

constituindo uma oportunidade de implementação de programas de rastreamento para o HIV. Um segundo motivo para esta estratégia focada é de que houve quatro diagnósticos por solicitação por motivos clínicos naqueles que já cumpriam pena, corroborando que há espaço para uma melhor cobertura de testagem nos detentos. Soluções de tecnologias nos prontuários eletrônicos poderiam ajudar a selecionar os nunca testados antes.⁵⁷

O uso dos testes rápidos neste cenário dinâmico mostra-se acertado, pois os resultados são imediatos.⁵⁸ A aplicação de testes para quatro doenças demanda amostras de sangue venoso por razões técnicas. Os testes rápidos para HIV podem ser realizados também com amostra de fluido oral, estes sendo preferidos pelas pessoas nunca testadas.⁵⁹ Sua incorporação pode assim melhorar as taxas de cobertura e diminuir também os riscos biológicos associados com a punção venosa em condições nem sempre apropriadas.

Como é necessário o lançamento individual nos prontuários pela equipe também responsável pelo cuidado clínico, houve sub-registro do resultado em prontuário em 14% dos testados na triagem na amostra avaliada. Perde-se assim a informação clínica daquele indivíduo. Outro ponto negativo dos testes rápidos é que possuem sensibilidade inferior em relação às sorologias de quarta geração, por não incorporarem a testagem de antígenos, o que é de especial importância em populações de maior risco.⁶⁰ Existem experiências em rastreio de hospitais da América do norte, onde foi possível obter o resultado de ELISA de amostra venosa em até três horas.⁶¹ Novas tecnologias de imunoenaios para HIV em plataformas automatizadas passam a permitir resultados em até uma hora,³⁵ o que constitui um avanço para a testagem de grande número de pessoas considerando que o uso individual de testes rápidos, nesse cenário é laborioso, inclusive gerando maiores custos.^{28,35}

Assim, ainda que a triagem atual tenha limitações e possa ser melhorada e ampliada, os benefícios das taxas de detecção de 8,1%, 0,7%, 0,4% e 0,1% para sífilis, hepatite B, hepatite C e HIV, respectivamente, são consideráveis.

Conclusão

Existe um esforço de rastreamento do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis na população prisional, que pode ser coordenado e implementado de maneira mais otimizada. Detentos necessitam de identificação e tratamento de doenças infecciosas como HIV, no momento da entrada ao sistema prisional. Isso não é apenas importante para as próprias pessoas detidas e os trabalhadores do sistema prisional, mas também para as comunidades para onde eventualmente retornarão.⁶²

5.3. Artigo 3. Ampliação da testagem de HIV em um hospital geral: em busca de oportunidades

Resumo

Os serviços de emergência são um ponto em que os pacientes apresentam-se com maior prevalência de HIV em comparação com a população geral e é o cenário mais comum de oportunidades perdidas para testagem do HIV. Trata-se de um estudo qualitativo, de análise temática em entrevistas semiestruturadas individuais com profissionais de saúde de pronto socorro de um hospital secundário. O presente estudo descreveu o funcionamento atual da testagem para HIV em um pronto-socorro de um hospital geral e identificou oportunidades para implantação de programas de ampliação da testagem para o HIV. Nosso estudo sugere que seria possível ampliar a testagem para o HIV. Verificamos que o cenário hipotético mais factível seria da oferta de autotestes pela enfermagem durante a triagem inicial. Assim, as emergências surgem como um cenário potencial para programas de rastreamento de HIV, com potencial protagonismo do pessoal de enfermagem na utilização consentida do autoteste na triagem, com possibilidade de ampliar o diagnóstico de HIV.

Palavras-chave: Infecções por HIV. Programas de Rastreamento. Cuidado de Emergência.

Introdução

Desde a publicação em 2006 das recomendações do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) para rastreamento do HIV em todos os cenários clínicos, houve considerável interesse público em desenvolver testagem para o HIV em prontos-socorros. Desde então, pesquisadores tentam encontrar as estratégias de testagem mais adequadas a este cenário.⁶³

Quando um indivíduo tem contato com o sistema de saúde nos seus diferentes níveis, apresenta indicação para testagem para o HIV e esta não é oferecida, esta constitui uma “oportunidade perdida”.¹¹ Essas chamadas “oportunidades perdidas” são chave para os casos de infecção não diagnosticados e para o controle da transmissão do HIV.¹² No contexto do

“tratamento como prevenção”, o diagnóstico precoce do HIV é crucial para introdução de terapia antirretroviral e controle da carga viral, o que impede a transmissão do HIV. É sabido que serviços de emergência são um ponto de prevalência de HIV em comparação com a população geral e o cenário mais comum de oportunidades perdidas para testagem do HIV.³¹ Apesar de relativamente incomum, a oferta de testagem é bem recebida pelos pacientes em prontos-socorros, apresentando altas taxas de testagem.^{32,64} O pronto-socorro pode ter um importante papel em facilitar o diagnóstico precoce do HIV por meio da testagem, reduzindo consequentemente a morbidade, mortalidade, custos e transmissão.⁶⁵

Existem diversas barreiras para a testagem do HIV, em diferentes níveis: do paciente, do profissional de saúde e do serviço de saúde. No nível do paciente: baixa percepção de risco, falta de conhecimento da doença, medo da doença, por exemplo.⁶⁶⁻⁶⁸ No nível do profissional de saúde: restrição de tempo, medo do paciente se sentir julgado, estigma quanto à testagem.⁶⁶⁻⁶⁸ Quanto ao sistema de saúde: restrição orçamentária e de pessoal.⁶⁶⁻⁶⁸ Em relação aos facilitadores, esforços no sentido de normalizar a testagem e campanhas de conscientização podem promover testagem do HIV em pronto-socorro nos três diferentes níveis.⁶⁶⁻⁶⁸ Entretanto, a maioria dos estudos investigando cenários de ampliação da testagem e de “oportunidades perdidas” no pronto-socorro se deu no exterior e pouco se sabe quanto a barreiras e facilitadores relativos à introdução de maior testagem no contexto de atendimento de urgência e emergência no Brasil.

O presente estudo busca avaliar de maneira qualitativa oportunidades no nível dos profissionais e do serviço de saúde para a implantação de diferentes cenários hipotéticos de ampliação de testagem de HIV no pronto socorro de um hospital geral.

Métodos

Estudo do tipo qualitativo. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais da assistência do pronto socorro de um hospital secundário com 212 leitos da rede de saúde pública do Distrito Federal (médicos e enfermeiros, técnicos de coleta de exames e farmacêuticos do

laboratório) em outubro de 2020, com foco no fluxo da testagem do HIV. Utilizou-se uma amostra propositiva de conveniência, primando pela diversidade dos profissionais de saúde entrevistados quanto ao perfil da clientela atendida e perfil de atendimento. Indivíduos potencialmente aptos a participar foram abordados por um membro da equipe de pesquisa no ambiente do pronto-socorro, que explicou o objetivo e procedimentos do estudo e confirmou se os participantes satisfaziam os seguintes critérios de inclusão: ser trabalhador da saúde do laboratório do hospital ou do pronto-socorro de clínica médica, cirurgia geral e ortopedia. Não houve critérios de exclusão. Após obtenção de consentimento livre e esclarecido, entrevistas foram conduzidas no próprio ambiente hospitalar do laboratório e pronto-socorro, em locais reservados, como consultórios vazios e salas administrativas, de modo a permitir uma descrição rica do contexto no qual os cenários hipotéticos de testagem seriam implementados e das eventuais consequências de tal implementação na estruturação do cuidado. Os profissionais foram entrevistados sequencialmente até a obtenção de saturação teórica.⁴⁵

Entrevistas semiestruturadas foram realizadas utilizando-se um roteiro-guia temático desenvolvido de acordo com os princípios delineados por Fontanella e colaboradores.⁴⁷ Roteiros-guias utilizados em entrevistas semiestruturadas organizam entrevistas qualitativas em torno de questões-chave que dizem respeito aos principais objetivos do estudo, mas mantém dinamicidade e possibilidade de livre associação de ideias por parte do participante. As entrevistas semiestruturadas abordaram procedimentos habituais de atendimento e prestação de cuidado de urgência e emergência e o processo do diagnóstico de infecção por HIV em ambiente de Pronto Socorro procurado tanto por queixas clínicas quanto por trauma. Também foram explorados três cenários hipotéticos de ampliação da testagem para o HIV: ampliação da testagem na triagem, ampliação da testagem nos exames laboratoriais colhidos e ampliação de testagem em pacientes com indicação cirúrgica.

As entrevistas com os profissionais de saúde tiveram duração de 10 a 30 minutos e foram gravadas e transcritas. Após leitura minuciosa das entrevistas transcritas, foi elaborado um livro de códigos de forma indutiva e

dedutiva. O livro de códigos foi então aprimorado com base na codificação de uma amostra de transcrições, de modo que sua versão final capturasse todo o conteúdo relevante das entrevistas. Após estabelecimento do livro de códigos e codificação de todas as entrevistas, utilizamos o método de Análise temática conforme descrito por Braun e Clarke (2006),⁴⁹ para identificação de temas emergentes nas entrevistas. Análise de dados qualitativos foi realizada por meio do software DEDOOSE.

Todos os participantes forneceram consentimento livre e esclarecido por escrito. O Comitê de Ética em Pesquisa do Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília analisou e aprovou o presente projeto.

Resultados

A amostra de nossa análise consistiu em 16 participantes: dois profissionais de nível superior do laboratório; três técnicos de laboratório/coleta; dois médicos cirurgiões ortopedistas; três médicos cirurgiões gerais; três médicos de clínica médica; três enfermeiros do pronto socorro.

Funcionamento do laboratório

De acordo com os participantes entrevistados, o laboratório do hospital funciona de modo misto, tanto como um laboratório de urgências como um laboratório de análises eletivas. Além de servir a pacientes do pronto-socorro e internados, também realiza análises de pacientes oriundos dos ambulatórios do hospital e das unidades de atenção primária da região coberta pelo hospital. Em relação às urgências, participantes estimaram que o laboratório recebe diariamente cerca de 300 amostras de exames gerais de pacientes do pronto-socorro. O laboratório oferta testagem para o HIV localmente apenas na modalidade de teste rápido. O laboratório se responsabiliza pela testagem de HIV com testes rápidos para amostras do pronto-socorro e de pacientes internados, exceto os pacientes do centro obstétrico, onde o teste rápido é realizado internamente. Também estão disponíveis kits de testes rápidos no centro cirúrgico, eventualmente realizados pela enfermagem quando existem

acidentes durante procedimentos cirúrgicos. Não existe testagem pela enfermagem no pronto-socorro ou nas enfermarias.

Amostras oriundas do ambulatório e da atenção primária são colhidas no local e posteriormente são enviadas para o laboratório central da cidade para análise. Solicitações de sorologia oriundas do pronto-socorro e das enfermarias também são enviadas para este laboratório central. Funcionários do laboratório local relataram que a demanda diária do hospital para testes rápidos do HIV é considerada pequena, de duas a cinco amostras por dia. O caráter de funcionamento duplo, como laboratório de urgência e eletivo, e a quantidade insuficiente de trabalhadores foram colocados por todos os trabalhadores do laboratório como dificuldades para um bom funcionamento das atividades do laboratório em geral.

“Mas aí vem a questão de déficit de funcionários, e a questão de equipamento, de que não vem insumo. Uma coisa que a gente bate muito na tecla aqui tem a ver com essa separação entre, se a gente é um laboratório de emergência ou rotina. A gente é os dois. Então, o ideal, é que existisse um setor só para fazer emergência e um setor para fazer rotina. Não acontece dessa forma. A gente tem um equipamento de cada coisa. É tudo misturado. Então, por exemplo, quando o médico fala: “dá para liberar para esse paciente mais rápido?”, a gente fala que vai liberar dentro do tempo de passar todos os pacientes. Porque a hora que entra, a gente não tem como acumular, só tem um equipamento, e toda hora entra urgência, então o que a gente tem que fazer é o tempo todo dar vazão. A gente tem que ficar liberando o tempo todo. Mas claro, daí aquele paciente que exigia muita urgência vai ficar um pouco mais demorado do que a gente poderia fazer se fosse um equipamento específico para passar urgência.” (Participante 03, trabalhador de laboratório)

A solicitação de exames é via prontuário eletrônico, assim como a disponibilização de resultados. Existe o prazo de até duas horas para disponibilização dos testes rápidos, mas estes em geral são disponibilizados no prontuário eletrônico antes deste prazo. Não existe uma política de informar aos médicos assistentes resultados alterados críticos, como por exemplo um teste rápido positivo para HIV.

“Mas não tem muito esse contato assim, e nem esse protocolo. O que é, inclusive, fora da lei. Fora da legislação. A legislação exige que a gente comunique. E o HIV eu acho que seria um exame que a gente deveria, principalmente HIV de primeira vez, né? Uma coisa é se tá fazendo de novo por algum motivo, mas se for o de primeiro diagnóstico a gente deveria comunicar

ao médico. Eu não sei exatamente como funciona daí, por exemplo, se é um paciente ambulatorial, se ele vai chegar em casa e ver esse resultado. Se isso fica disponível para ele.” (Participante 03, trabalhador de laboratório)

Os testes rápidos para HIV com resultados positivos são confirmados com um novo teste rápido de outro fabricante, para assim terem o resultado final liberado. Os casos de discordância entre os testes são liberados como resultado inconclusivo. Os trabalhadores do laboratório consideram o sistema de testagem atual como adequado às necessidades e com bom funcionamento. Apenas um dos participantes relatou que poderia haver uma ampliação da oferta de exames sorológicos como novos equipamentos, ressaltando que há grande disponibilidade de espaço físico.

“Se a gente fizer por ELISA, sim. O leitor de placa, a gente não tem nenhum leitor de placa. Não tem nada aqui. Eu acho que teria como melhorar, criar uma área de imunologia. Mas nas condições em que a gente está hoje em dia, não tem como implementar. Principalmente por falta de servidor. Mais por esse motivo. Mas é uma, assim, a gente poderia começar a absorver mais coisas aqui mesmo, sabe? Pelo espaço, pela estrutura física, daria.” (Part. 03, trabalhador de laboratório)

Solicitação atual de exames para HIV no pronto-socorro

A solicitação de exames de HIV é realizada pelos médicos. Os enfermeiros informaram que existem situações em que suspeitam de HIV, quando abordam os médicos e sugerem que o exame seja solicitado.

“Isso, que a gente chegou e falou: Doutor, você não acha que é bom pedir um teste de HIV, para este paciente? Mas em geral, a maioria das vezes, os médicos já solicitam. Então na hora da consulta, antes de chegar esse paciente, às vezes com o histórico mesmo, de sintomas, eles já pedem no consultório e esse paciente já chega com o teste pedido. Foram poucas as vezes, que assim, não tinha pedido, e que na hora da nossa avaliação ali do paciente, a gente suspeitou que pudesse ser.” (Part. 14, enfermeiro)

Ainda que alguns profissionais de enfermagem tenham defendido maior autonomia da enfermagem para solicitar alguns exames laboratoriais na triagem, inclusive testagem do HIV, de maneira geral os participantes relataram que os médicos são bem receptivos, que possuem uma boa relação.

“Eu acho assim, se a gente pudesse pedir exame, em geral, não só do HIV, né? Poderia facilitar algumas coisas pro nosso trabalho. Mas assim, a equipe médica aqui ela é bem acessível. Todas as vezes que a gente precisou, não só para HIV ou outros, a gente conversa com o médico, ele já coloca no sistema na hora e o laboratório já colhe” (Part. 14, enfermeiro)

De modo geral, os médicos solicitam exames de HIV apenas quando há suspeita pela história e a apresentação clínica do paciente. Os médicos relatam reconhecerem alguns perfis de comportamentos de risco “clássicos” para HIV, mas se não há a presença de sinais ou sintomas compatíveis com outras infecções sexualmente transmissíveis ou sinais de imunossupressão, não solicitam exames para HIV. Os cirurgiões, incluindo ortopedistas e cirurgiões gerais, relataram solicitar quase que exclusivamente no contexto de acidentes por exposição ocupacional ao HIV. Raramente, em contexto de infecções refratárias, solicitam testagem de HIV em pacientes internados.

“Olha, bem raro [solicitar testagem do HIV]. Assim, não é uma rotina nossa. Atendimento assim de porta, a gente não pede. Aliás, eu nunca pedi. Acho que a única circunstância de PS que a gente acaba pedindo é se tiver algum acidente de trabalho, ou na cirurgia ou num atendimento numa sutura de pronto-socorro. Pedir... assim, não me lembro de outras situações que fuja disso [exposição ocupacional] que a gente acabe pedindo.” (Part. 08, médico cirurgião geral)

Ampliação da testagem para o HIV no pronto-socorro

Os enfermeiros foram mais receptivos com as sugestões de ampliação da testagem do HIV em pronto-socorro em relação aos médicos. Um dos participantes médicos considerou que o pronto-socorro não é local para implantação de programas de prevenção, independente do cenário sugerido.

“Não, também acho que não. Não tem justificativa de fazer rastreamento populacional, hoje em dia, de literatura, pra fazer rastreamento populacional para HIV. Então é guiado por sintoma clínico ou aqueles casos onde tem alta suspeita ou comportamento que justifique. E isso é pra ser feito na atenção primária.” (Part. 09, médico cirurgião geral)

O restante dos médicos foi ambivalente frente aos diferentes cenários, mas no geral de alguma forma receptivos ao conceito de ampliação. Como

pontos positivos de uma maior testagem, a possibilidade de detecção precoce, com consequente diminuição da transmissão e mortalidade, foi realçada.

“É, isso seria ótimo. Porque tô com um paciente de 24 anos na UTI que eu trabalho, foi recém diagnosticado com HIV. E assim, uma pena, porque, numa fase grave, tá com 7 células de CD4. Já tá com Kaposi. Então assim, é uma pena. Se você consegue descobrir antes, você toma medicação e vive. Como se fosse hipertensão e diabetes.” (Part. 12, médico da clínica médica)

Foi sugerido por alguns participantes que talvez uma abordagem universal a todos pacientes do pronto-socorro não fosse factível, devido ao grande volume diário de pacientes, mas que uma abordagem focada em determinadas características clínicas ou demográficas (e.g., idade, comportamentos associados à transmissão do HIV, etc.) seria mais exequível.

“Às vezes o que a gente pode começar a ofertar [testagem para o HIV] para determinados grupos que são potencialmente de risco, né? É. Acho que, por exemplo, pra jovem, uma boa pedida.” (Part. 12, médico da clínica médica)

“Ou se tiver um protocolo [ampliação da testagem do HIV], “paciente com isso” ou com alguma clínica determinada, já ficar mais fácil do que a gente deixar a coisa um pouco aberta. Talvez dá para ou determinar a faixa etária. E aí, daquela faixa etária pra frente testar todo mundo.” (Part. 15, enfermeiro)

Houve bastante preocupação entre participantes com o fato de o ambiente do pronto-socorro já estar com seus recursos limitados, sendo bastante comum a preocupação com as consequências de maiores gastos financeiros e de recursos humanos por um motivo que não foi o que levou o paciente a procurar a emergência.

“É, acho que no pronto-socorro talvez... essa questão de volume... que a gente já tem uma demanda muito alta de pacientes, né? E ainda você traria mais um processo ali [ampliar a testagem na triagem], mais uma barreira. Talvez atrapalharia, aumentaria, o engarrafamento dos pacientes. Atrasaria um pouquinho o que já é bem lentificado. Então acho que pro usuário seria ruim também nesse sentido.” (Part. 13, médico da clínica médica)

Houve ainda preocupações de repercussões como: aumento da demora no atendimento e obtenção de resultados de exames; de dificuldades na condução e continuidade de cuidado nos novos casos que viessem a ser

identificados; preocupação com o ambiente do pronto-socorro ser tumultuado e não permitir uma conversa no nível teoricamente adequado ao assunto. Essas preocupações fizeram com que até mesmo profissionais que apoiassem o princípio de se testar para HIV no pronto-socorro fossem céticos quanto à possibilidade real de se implementar testagem de rotina nesse cenário.

“Mas não sei quanto a recurso, agora seria válido [implementar maior testagem para o HIV no Pronto-socorro]. Mas a gente é acostumado num cenário de não ter nada, então a gente já nem faz questão de muita coisa.” (Part. 06, médico ortopedista)

Cenário de ampliação na triagem

Os enfermeiros foram bastante favoráveis a iniciativas de se aumentar a testagem de HIV iniciadas na triagem. No hospital, os enfermeiros são responsáveis pela triagem e classificação de risco. Os enfermeiros relataram que tanto poderiam já solicitar o consentimento para a realização de um exame adicional de HIV, caso o médico fosse solicitar algum exame, quanto para uma solicitação independente. Os enfermeiros informaram ainda que existe uma janela de oportunidade para testagem por meio de testes rápidos no ambiente da triagem. Boa parte dos pacientes já aguarda por algum tempo o atendimento médico após a triagem, momento em que poderiam ser realizados os procedimentos da testagem rápida. Alguns profissionais relataram que a disponibilidade de servidores que realizam atualmente a triagem talvez tivesse que ser reforçada com um técnico de enfermagem dedicado à operacionalização dos testes rápidos.

“Talvez ali na classificação de risco a gente poderia oferecer, como é oferecido na atenção básica: “Olha, nós estamos oferecendo teste rápido para HIV, sífilis, hepatites, você teria interesse em fazer? É só uma gotinha, um exame bem simples de ser feito.” Acho que seria interessante, a fins de diagnóstico, de aumentar o diagnóstico populacional. É, eu acho que era viável.” (Part. 14, enfermeiro)

Os próprios enfermeiros e alguns médicos relataram que a enfermagem possuiria facilidade de entrar no assunto da solicitação de testagem de HIV de

uma maneira normalizadora, de maneira que fluiria naturalmente nos procedimentos habituais de testagem.

“Acho mais fácil o paciente conversar com a equipe de enfermagem do que com os médicos. A gente sabe, isso já é notório em vários estudos, né? Porque acho que às vezes eles se sintam mais à vontade. Acho que se o enfermeiro oferecesse, assim: “Ah, a gente aqui oferece testagem gratuita de HIV, é do interesse do senhor?”. Qualquer coisa assim. Bota lá na triagem: “Paciente autoriza” ou solicita. Não tem problema, a gente pede.” (Part. 12, médico da clínica médica)

Cenário de se realizar o exame para o HIV nas amostras laboratoriais já normalmente coletadas

Houve diferenças nas práticas atuais de solicitações de exames laboratoriais em atendimentos de pronto socorro. Os ortopedistas relataram raramente solicitar exames laboratoriais. Solicitam apenas nos casos infrequentes de suspeita de artrite séptica ou osteomielite. Os cirurgiões gerais solicitam também com pouca frequência no pronto-socorro, geralmente nos casos de investigação de dores abdominais ou infecções de partes moles. Os médicos da Clínica Médica costumam solicitar exames laboratoriais em boa parte de seus atendimentos. Todos os médicos foram pouco receptivos com o cenário de solicitação de exames de HIV nas amostras que já são solicitadas de rotina. Esses profissionais ressaltaram a importância categórica do consentimento para exames do HIV e também relataram dificuldades em se abordar o assunto da testagem de rotina nesse ambiente, pois seria um assunto dissociado da ida ao pronto-socorro.

“Eu acho que sim, eu acho que eles se sentiriam mais à vontade [fazendo o exame com a enfermagem]. Eu acho que a equipe médica: “ah não, vamos fazer um teste de HIV?”. “Como assim, você acha que essa minha dor de garganta é AIDS?”. “Não, não é isso...”. E os médicos não vão fazer isso. Eles não vão oferecer.” (Part. 12, médico da clínica médica)

Em relação ao pessoal do laboratório, o aumento dos testes, tanto na realização das amostras do pronto-socorro atualmente solicitadas ou na oferta já na triagem para posterior coleta foi considerada praticamente inexecutável por meio dos testes rápidos disponíveis atualmente.

Cenário de testagem em indicações cirúrgicas

O cenário de testagem em pacientes com indicação cirúrgica foi bem aceito pelos médicos cirurgiões e enfermeiros. A testagem como proteção adicional do trabalhador da saúde seria o principal motivo de se apoiar essa maior testagem, secundariamente haveria o ganho para o paciente que teve a oportunidade de ter sido diagnosticado. Caso aconteça algum acidente ocupacional, já se conheceria o *status* sorológico do paciente não só quanto ao HIV, mas também de outras doenças transmissíveis, sem necessidade de se coletar novos exames.

“Do mesmo jeitinho que tem que ter [testagem] pro COVID hoje, no pré-operatório, eu acho que tem que ter [testagem de rotina para pacientes com indicação cirúrgica]. É mais seguro para o profissional e para o paciente. Porque é muito mais fácil você tratar o paciente do que depois você tá lá na sala cirúrgica e [após um acidente ocupacional]: “nossa, ele tinha hepatite”. “ (Part. 15, enfermeiro)

Todos os cirurgiões entrevistados relataram episódios relativamente frequentes de acidentes com exposição a materiais biológicos. Houve opiniões contrárias entre os cirurgiões sobre se o conhecimento de um paciente estar infectado interfere no nível de cuidado e uso de equipamentos de proteção individual, alguns defendendo que o cuidado deve ser igual independente do paciente, outros defendendo que na prática há um cuidado adicional nos procedimentos realizados em pacientes sabidamente infectados.

“Acho que sim, acho que muda [o cuidado ao saber do status sorológico do paciente]. O paciente que tem HIV, acho que a equipe toma mais cuidado. Cuidados da nossa própria saúde mesmo ocupacional. Não deveria ser, mas na prática é o que eu vejo acontecer.” (Part. 10, médico cirurgião geral)

Quanto ao potencial conflito ético em se solicitar exames em um paciente com sofrimento agudo, com necessidade de intervenção cirúrgica, houve opiniões no sentido de se normalizar este procedimento, sendo que em cirurgias eletivas já é comum a solicitação de sorologias no pré-operatório,

alguns hospitais não permitindo a realização de procedimentos sem que o paciente tenha autorizado ou realizado tais exames.

“Então paciente pré-operatório de cirurgia cardíaca todos fazem sorologias. Hepatites, teste rápido para HIV, chagas, VDRL. Porque existe a chance do acidente perfurocortante ali no ato cirúrgico. Mais pra proteção do profissional. Então nesse cenário eu acho que seria válido sim. Seria válido uma triagem de todos os pacientes que vão passar por procedimento cirúrgico.” (Part. 13, médico da clínica médica)

Discussão

O presente estudo descreveu o funcionamento atual da testagem para HIV em um pronto-socorro de um hospital geral e identificou oportunidades para implantação de programas de ampliação da testagem para o HIV. Nosso estudo sugere que seria possível ampliar a testagem para o HIV sem interferir no funcionamento do pronto-socorro, assim como em outras experiências exitosas.^{57,63,69–74}

Por se tratar de ambiente sensível, cuja missão principal é o cuidado de urgências e emergências⁵⁷, de maneira semelhante a outros estudos, também surgiram diversos questionamentos quanto a este ser local apropriado para um programa de rastreamento universal. Foi reportada a preocupação de se introduzir um programa de rastreamento neste cenário já saturado interferindo nos processos dos cuidados de saúde agudos no PS.⁷⁴ Como em estudos anteriores, questões como recursos físicos⁶⁷, humanos⁶⁷ e de tempo⁷⁵ restritos, falta de fluxos para se garantir a entrega de resultados⁷⁶, o seguimento clínico⁷⁵ e os custos envolvidos para cada diagnóstico potencialmente encontrado foram relatados pelos participantes.⁷⁷ Além disso, nem todos os profissionais de saúde foram abertos a ideia de ampliação da testagem, principalmente alguns médicos.⁷⁸ Verificamos a dificuldade de os médicos serem convencidos a priorizar cuidados preventivos frente a outras necessidades mais urgentes dos pacientes.⁶⁹

A enfermagem já executa diversas tarefas de cuidado nos diferentes cenários clínicos dos sistemas de saúde, assim, delegar a responsabilidade para execução de tarefas ditas preventivas faz bastante sentido.⁶⁹ Já existem

experiências exitosas de programas de testagem de HIV em prontos-socorros em que a enfermagem obtém o consentimento, geralmente na triagem inicial do pronto-socorro, e realiza a solicitação do exame⁷⁰ para o laboratório ou até mesmo o próprio profissional já executa um teste rápido na beira do leito.⁶⁹

Mesmo em locais historicamente bastante restritivos quanto à flexibilização da testagem para o HIV, legislações mais recentes já autorizam profissionais de saúde além dos médicos obterem consentimento para a testagem, como é o caso da cidade de Nova Iorque.⁷⁹ No Brasil, já existe previsão legal por meio de protocolos para o enfermeiro solicitar, realizar e emitir laudos de resultados de teste rápidos para HIV, assim como solicitação de exames de confirmação diagnóstica e encaminhamento para tratamento.^{52,80} Assim como na atenção primária a saúde, onde o enfermeiro já possui autonomia para executar esta atividade preventiva, é possível aplicar os protocolos disponíveis para o ambiente hospitalar.⁸⁰

A triagem do pronto socorro é um local onde todos os pacientes são abordados, tornando-se uma boa opção para se incorporar um programa de testagem para HIV. De acordo com os resultados, acredita-se que, independentemente da opção do programa de testagem a ser implementado, este é o momento ideal de obtenção de consentimento - preocupação de todos os participantes, considerado ainda essencial para a testagem para o HIV⁸¹-, pela enfermagem da triagem. Existem iniciativas exitosas em que o consentimento para a testagem do HIV passa a ser dissociado da consulta clínica, sendo obtido pela enfermagem no momento da triagem inicial. O exame pode ser realizado na própria área da triagem, em modalidade de teste rápido, antes do atendimento médico.⁷¹ Ou então, caso seja solicitado algum outro exame de amostra de sangue durante o atendimento médico, automaticamente já estaria autorizada a realização da testagem para o HIV nesta amostra.⁷⁰ Acredita-se que a opção da testagem já na triagem, por meio de testes rápidos, seria o programa mais factível de implantação no hospital estudado. Outra opção de testagem para o HIV em PS descrita na literatura são os autotestes⁸², que podem ser realizados no próprio PS sob orientação dos profissionais na triagem, quanto fornecidos aos pacientes para realização em casa⁸³, reduzindo a demanda sobre os profissionais de saúde.

A opção da testagem pelo laboratório com consentimento na triagem caso algum exame venha a ser coletado por outros motivos, pelos relatos dos participantes, não parece viável por meio de testes rápidos executados pelo laboratório, em virtude do grande número de amostras que chega diariamente ao laboratório. Existem máquinas de imunoensaio capazes de produzir resultados da testagem de HIV em até uma hora, de maneira automatizada.³⁵ Assim, esta segunda estratégia demandaria um investimento inicial em maquinário, mas poderia ser viável a longo prazo. Em relação aos pacientes com indicação cirúrgica, caso ainda não tenham sido testados pelos fluxos previamente descritos, a enfermagem do centro cirúrgico poderia ofertar o teste rápido de rotina no pré-operatório.

Por fim, para mitigar barreiras à adoção da testagem em PS por profissionais de saúde, acreditamos que, independentemente de qual programa for implantado, são necessárias soluções de tecnologia de informação, tanto de prontuários eletrônicos que automaticamente sugerem a testagem para o HIV, analisando a presença de testagem prévia,^{57,72,73} quanto a garantir que os resultados positivos de exames realizados pelo laboratório cheguem ao paciente de maneira ativa.⁵³

Como limitações, as entrevistas realizadas com profissionais de apenas um hospital secundário na região metropolitana de um centro urbano no Brasil podem não representar a realidade de outras unidades de saúde, especialmente unidades em áreas rurais. Ainda assim, o presente estudo apresenta importantes contribuições para o desenho e implementação de futuros programas de testagem para o HIV em hospitais urbanos no país. Acredita-se que estudos subsequentes devem investigar as perspectivas de profissionais de saúde quanto à implantação de testagem de rotina em pronto-socorro em outras regiões do país e em outros tipos de hospitais. Considerando a natureza do estudo, viés de desejabilidade social não pode ser completamente descartado. No entanto, o guia semiestruturado foi formulado com perguntas não-direcionadas e com linguagem não-recriminante, de modo a estimular respostas espontâneas e honestas.

Conclusão

O presente estudo descreveu o funcionamento atual da testagem para HIV em um pronto-socorro de um hospital geral e identificou oportunidades para implantação de programas de ampliação da testagem para HIV. Verificou-se resistência dos médicos em ampliar a solicitação de exames para HIV no cenário do pronto-socorro, configurando uma barreira à ampliação da testagem. Os resultados sugerem que é possível ampliar a testagem para HIV sem interferir no funcionamento do pronto-socorro. Verificou-se que o cenário hipotético mais factível seria da oferta de autotestes pela enfermagem durante a triagem inicial.

5.4. Artigo 4. Publicado na Revista Ciência e Saúde Coletiva: de Moura, R. J., Romero, G. A. S., de Oliveira, A. A. S.. Consentimento informado para a testagem do HIV em unidades de pronto-socorro e direitos humanos dos pacientes: à procura de equilíbrio. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2021/Dez). [Citado em 17/01/2022]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/consentimento-informado-para-a-testagem-do-hiv-em-unidades-de-prontosocorro-e-direitos-humanos-dos-pacientes-a-procura-de-equilibrio/18242>

Resumo

O “excepcionalismo” da infecção pelo HIV diz respeito ao fato dessa doença ser considerada tão diferente das demais e de que a sua testagem necessita de uma abordagem especial em relação ao consentimento informado. Frequentemente, pessoas infectadas pelo HIV visitam unidades de assistência à saúde, principalmente prontos-socorros, anos antes de receberem um diagnóstico, sem terem sido testadas nessas oportunidades. Existe considerável interesse público em ampliar a testagem para o HIV em prontos-socorros. Por se tratar de ambiente sensível, cuja missão principal é o cuidado de urgências e emergências, há questionamentos quanto a esse ser local apropriado para um programa de rastreamento universal, notadamente por questões éticas. Assim, os “Direitos Humanos dos Pacientes” (DHP) constituem referencial teórico essencial para a análise de conflitos éticos que surgem no encontro clínico, fortalecendo a efetiva aplicação dos direitos humanos ao cuidado em saúde.

Palavras-chave: Infecções por HIV. Programas de Rastreamento. Direitos Humanos. Consentimento Informado. Cuidado de Emergência.

O “excepcionalismo” do HIV tornou-se anacrônico?

O “excepcionalismo” da infecção pelo HIV diz respeito ao fato dessa doença ser considerada tão diferente das demais e de que a sua testagem necessita de uma abordagem especial em relação ao consentimento informado. Assim, a testagem para o HIV tem envolvido: (a) proteções de

confidencialidade adicionais, pois a informação seria muito sensível; (b) consentimento informado especial, haja vista que o teste seria pessoalmente invasivo; (c) aconselhamento pré-teste individualizado, porquanto um resultado positivo poderia ser muito atordoador.⁸⁴

Frequentemente, pessoas infectadas pelo HIV visitam unidades de assistência à saúde anos antes de receberem um diagnóstico, sem terem sido testadas nessas oportunidades.⁷⁵ Contudo, a despeito de tal quadro, importa assinalar que a infecção pelo HIV preenche os critérios que justificam o rastreamento de uma doença: (a) consiste em uma condição de saúde potencialmente grave que pode ser diagnosticada precocemente, antes do desenvolvimento de sintomas; (b) pode ser detectada por exames não invasivos acurados, confiáveis e de baixo custo; (c) pacientes com diagnóstico e tratamento precoce na fase assintomática obtêm um grande ganho de anos de vida adicionais; (d) os programas de rastreamento seriam custo-efetivos.⁷⁵

Com o intuito de se aumentar a detecção precoce das pessoas infectadas; evitar a estigmatização relativa à testagem para o HIV; associar o cuidado clínico à prevenção e assegurar acesso imediato ao tratamento de HIV dos novos casos; diversas entidades encorajam a adoção de programas de rastreamento em diferentes cenários clínicos, incluindo os serviços de pronto-socorro.^{42,75} O rastreamento poderia ajudar a normalizar a testagem para o HIV e diminuir o estigma associado à doença, levando a maior aceitação do teste e ao incremento do número de pessoas oportunamente diagnosticadas.⁸⁵

Por outro lado, a ampliação da testagem para o HIV e a sua inclusão nos serviços de pronto-socorro acarretam desafios relevantes de natureza ética para o paciente, os profissionais de saúde e os sistemas de saúde, particularmente, os associados ao consentimento informado. Sendo assim, verifica-se que a testagem para o HIV nos ambientes de pronto-socorro faz emergir questões que se atrelam aos direitos humanos aplicados ao contexto clínico, como o direito ao consentimento informado. Esse direito implica em direito à privacidade, que se encontra positivado em normativas de direitos humanos. Desse modo, constata-se que a temática acerca da realização de testes de HIV no contexto do pronto-socorro e os limites do consentimento informado impõe o exame da compatibilidade da ampliação da testagem para o HIV em tal ambiência com o respeito à privacidade do paciente, que se

desdobra no exercício da sua autodeterminação por meio do consentimento informado.

O marco referencial necessário

Os “Direitos Humanos dos Pacientes” (DHP) se constituem na aplicação dos direitos humanos ao cuidado em saúde⁸⁶, sendo uma ferramenta de análise de conflitos éticos que surgem no encontro clínico.⁸⁷ Os DHP são fruto de investigações levadas a cabo por pesquisadores do Observatório Direitos do Paciente do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, com base nos estudos de Albuquerque⁸⁸ e Cohen e Ezer.⁸⁶ A vertente dos DHP tem alicerce nos instrumentos de direitos humanos aplicados ao contexto dos cuidados em saúde, partindo do entendimento de que os direitos humanos consistem em normas ético-jurídicas aptas a balizar a reflexão e a resolução de conflitos bioéticos, notadamente no campo da bioética clínica. Desse modo, os DHP são um referencial teórico-normativo norteador ético da conduta de profissionais, pacientes, familiares e provedores de serviços de saúde no contexto dos cuidados em saúde.^{86,88}

Assinala-se que o emprego do arcabouço teórico-normativo dos DHP contribui para uma alteração da perspectiva ética nos cuidados em saúde, na medida em que confere centralidade ao paciente, de modo que as decisões são orientadas pela sua vontade e preferências. Em consequência, os DHP buscam contribuir para a mitigação da assimetria de conhecimento e poder que perpassa as relações no encontro clínico. Entende-se que o uso dos DHP, enquanto referencial bioético, apresenta determinadas vantagens ao se cotejar com vertentes bioéticas baseadas em princípios, tal como a teoria principialista⁸⁹, haja vista que essa teoria não reconhece que a relação profissional de saúde e paciente é essencialmente uma relação de poder, e que isso traz repercussões éticas incontornáveis. Ademais, a teoria principialista não parte do pressuposto de que o paciente é ator central do encontro clínico e, conseqüentemente, nega que seus direitos sejam comandos ético-jurídicos norteadores da prática profissional.

O referencial teórico-normativo dos DHP abarca princípios e direitos que se encontram previstos em tratados adotados pelos Estados no âmbito de

organizações internacionais, bem como a jurisprudência internacional elaborada pelos órgãos de monitoramento dos direitos humanos da Organização das Nações Unidas, do Sistema Europeu de Direitos Humanos, do Sistema Interamericano de Direitos Humanos e do Sistema Africano de Direitos Humanos. Dessa forma, nota-se que os DHP se originam de consensos ético-jurídicos construídos no âmbito da comunidade internacional. O referencial dos DHP possibilita que a prática clínica seja eticamente guiada por regras, englobando imperativos positivos e negativos, o que simplifica a solução de questões bioéticas na medida em que não se necessita recorrer a princípios para se alcançar regras que balizam as situações concretas.⁹⁰ Em síntese, os DHP consistem em uma matriz bioética para a análise e a tomada de decisão na prática clínica.⁸⁷

O consentimento informado como elemento essencial

Os DHP abarcam uma série de direitos, tal como o direito à privacidade, que se encontra previsto no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, adotado pela ONU em 1966, e na Convenção Americana sobre Direitos Humanos, aprovada pela OEA, em 1969, dentre outros tratados de direitos humanos. Do direito à privacidade se extrai o comando normativo no sentido de que qualquer intervenção em saúde que recaia sobre o paciente pressupõe a sua autorização ou concordância, porquanto é a expressão da sua anuência que afasta a vedação geral de interferência no corpo alheio. Desse modo, o direito à privacidade traz em seu amago a proteção da autonomia pessoal, que é uma condição humana que expressa a condução da própria vida, conforme as necessidades, vontade e preferências do sujeito. Ainda, do direito à privacidade deriva-se o direito ao consentimento informado, que impõe ao profissional de saúde a obtenção da anuência do paciente para qualquer ingerência em seu corpo. Para além do direito à privacidade, o direito ao consentimento informado também se conecta com o direito a não ser submetido à tortura, nem a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, pois o tratamento ou procedimento forçado caracteriza violação desse direito.⁹¹

O consentimento informado é um processo comunicacional entre o paciente e o profissional de saúde que resulta na autorização ou concordância

do paciente em se submeter a determinada intervenção.⁹² Com efeito, o consentimento do paciente é um processo de comunicação e informacional que visa a obtenção da sua anuência voluntária, livre de coação, para a realização de qualquer medida referente à sua saúde e ao seu corpo.⁹² Assim, qualquer intervenção médica, mesmo a de menor importância, que não seja autorizada pelo paciente, constitui uma interferência indevida em sua vida privada e uma desconformidade com o princípio do respeito à autonomia pessoal.⁹¹

O consentimento informado se conecta diretamente com o direito à informação, pois o paciente também tem direito de ser informado sobre todos os tratamentos disponíveis para a sua condição de saúde, os exames e testes aos quais será submetido, bem como os riscos associados.⁹³ Portanto, verifica-se que o direito ao consentimento informado implica a efetivação do direito à informação, pois pressupõe que o paciente seja informado sobre os riscos, benefícios e alternativas, e o direito de recusar tratamentos e procedimentos e de retirar seu consentimento, pois apenas existe consentimento se há a possibilidade de não consentir.⁹⁴

No que tange a situações em que se pode afastar a exigência ético-jurídica do consentimento informado, essas podem ser enumeradas a seguir: (a) paciente incapaz de decidir; (b) emergências que acarretam risco de morte e ausência de oportunidade para se obter o consentimento do paciente; (c) o próprio paciente dispensou o consentimento.⁹⁴ Além dessas hipóteses, o direito ao consentimento informado pode ser limitado quando houver um interesse coletivo que justifique a sua restrição, como a saúde pública da população. Na esfera do Direito Internacional dos Direitos Humanos, a restrição de direitos humanos com base na saúde pública é questão há muito tempo abordada e consolidada.⁹⁵ Portanto, a saúde pública pode ser motivação para a restrição de direitos, em situações ordinárias e extraordinárias, acarretando a limitação ou a derrogação de determinados direitos. Nesse sentido, a Corte Europeia de Direitos Humanos estabeleceu que o direito à privacidade do paciente não é absoluto e pode sofrer interferências por motivos de saúde pública.⁹⁵ É importante frisar que não se trata de ponderação entre o direito individual do paciente e “direitos coletivos”, tendo em vista que essa afirmação é incorreta, pois o que se tem é a limitação

de um direito individual fundamentada no interesse coletivo, qual seja, a saúde pública. Essa limitação justifica-se unicamente se for: (a) prevista e executada dentro da lei; (b) baseada em evidências científicas; (c) direcionada a um objetivo legítimo; (d) estritamente necessária em uma sociedade democrática; (e) implementada com os meios menos intrusivos e restritivos disponíveis; (f) aplicada de forma não arbitrária ou discriminatória; e (h) sujeita a revisão.⁹⁶

A evolução constante no processo de testagem consentida para se detectar o HIV

O primeiro teste por imunoenensaio para o HIV tornou-se disponível em 1985.^{75,97} Inicialmente, sua principal função era impedir a transmissão pela via transfusional.^{75,98} Nessa época, não havia consenso se o rastreamento diagnóstico para o HIV deveria ser encorajado.⁷⁵ Apenas a partir de 1987, tornaram-se evidentes as implicações mais relevantes de um resultado positivo da sorologia para HIV, sendo implementada a testagem, acoplada ao aconselhamento, como estratégia de prevenção e mudança comportamental.^{75,98}

Era um momento de enorme ansiedade em relação à epidemia de HIV que surgia. Medo de discriminação, estigma e exclusão social assombravam as comunidades de maior risco de infecção. Tal medo e os limites dos cuidados em saúde à época eram o pano de fundo das discussões iniciais sobre a ética da testagem para HIV. Enquanto alguns agentes de saúde pública realçavam a necessidade de testagem voluntária ampla, pois esta serviria como um apoio ao aconselhamento e mudança comportamental, representantes dos grupos afetados pela infecção, especialmente homens gays, percebiam tal estratégia de outra maneira. Para eles, a testagem abria a possibilidade de risco de dano para grupos populacionais mais vulneráveis em tal contexto. Não apenas a testagem seria deletéria, mas, diziam seus oponentes, desnecessária para a saúde pública.⁹⁸

O impacto psicológico de um diagnóstico no contexto de ausência de tratamento, somado às preocupações fundadas de potencial de discriminação, estigmatização e ansiedade quanto à possibilidade de uma política de saúde pública de testagem coercitiva, moldaram a visão dos ativistas à época, os

quais buscaram proteção das populações vulneráveis quanto à confidencialidade e respeito à sua autonomia. Somente o consentimento informado por escrito traria a proteção necessária^{97,99} Inclusive, foram criadas leis que previam multas e até prisão em caso de descumprimento do consentimento informado por escrito, por exemplo, em alguns estados dos Estados Unidos.⁹⁹

Contrastando com a perspectiva tradicional dos serviços de saúde, a qual favorecia a realização de exames laboratoriais rotineiros assumindo-se o consentimento presumido, prevaleceu a posição de realçar a voluntariedade e a autonomia pessoal, por meio do consentimento informado por escrito.⁹⁸

Entretanto, a partir dos anos noventa, com a experiência no manejo das infecções oportunistas e posterior surgimento das primeiras opções terapêuticas, cada vez mais passou a ser questionado o arcabouço protetivo ético criado inicialmente, que abarcava a obrigatoriedade do aconselhamento e o consentimento informado, denominado por alguns teóricos de “excepcionalismo”.⁹⁹

Em 2001, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos modificou as recomendações de testagem para mulheres gestantes, dando início a uma tendência de simplificação do processo de testagem. O aconselhamento pré e pós-teste, a fim de não se tornar uma barreira, passou a ser opcional. O consentimento informado poderia ser colhido oralmente e apenas registrado em prontuário. Além das gestantes, o rastreamento passou a ser recomendado de maneira ampla em cenários clínicos em que havia alta prevalência (mantendo-se a recomendação de, nos cenários de baixa prevalência, testagem baseada em comportamentos de risco).⁷⁵ Em 2003, prossegue recomendação de simplificação, no sentido de normalização da testagem para HIV, de modo que a mesma tendesse a se tornar parte da rotina de cuidados em saúde da mesma maneira em que são solicitados outros exames diagnósticos e de rastreamento. O aconselhamento ainda era considerado desejável, mas não obrigatório.⁷⁵

Apesar de haver posições contra a retirada do aconselhamento obrigatório e da obrigatoriedade de consentimento específico informado por escrito,^{100,101} a partir de 2006, mantendo a tendência de normalização da testagem do HIV, as recomendações do CDC passaram a ser: dissociação

entre testagem e aconselhamento, ampliação da indicação de testagem como rastreamento para todos os indivíduos adultos e a introdução do conceito de consentimento informado “*opt-out*”, simplificando ainda mais o processo do consentimento.⁷⁵

A perspectiva da obrigatoriedade de um aconselhamento demorado pelos já ocupados profissionais de saúde poderia ser percebida como uma barreira, acabando por diminuir a oferta de testagem.^{67,75} Assim, o aconselhamento passou a não ser necessário em programas de rastreamento para o HIV em geral, porém ainda era recomendado como estratégia de prevenção entre aqueles de maior risco, sendo visto separadamente em relação à testagem.⁷⁵

A testagem passa a ser recomendada rotineiramente, independente de comportamento de risco,¹⁰² do mesmo modo que outras condições são rastreadas no cuidado regular.⁷⁵ O teste assim seria “normalizado” ao ser tratado como outros procedimentos de rastreamento, reduzindo o estigma e encorajando a aceitação.⁶⁷

Ainda, no sentido de normalizar a testagem, propugnou-se realizar o consentimento informado na modalidade “*opt-out*”, na qual o paciente é informado que a testagem será realizada, a não ser que o paciente não queira.⁷⁵ Por exemplo, o profissional de saúde escolheria as palavras na hora da testagem da seguinte forma: “Estamos oferecendo testagem para o HIV para todos nossos pacientes. Vamos testá-lo a não ser que você não queira”.¹⁰³ Estudos demonstraram maior taxa de aceitação do rastreamento com esta modalidade,¹⁰³ embora existam questionamentos quanto ao entendimento completo do procedimento pelos pacientes¹⁰⁴ ou a existência de algum grau de coerção, gerando críticas do ponto de vista ético.⁹⁹ Desta forma, as recomendações permaneciam claras no sentido de que não seria uma forma de testagem mandatória,⁹⁹ devendo tratar-se de procedimento voluntário e livre de coerção, não sendo aceitável a testagem sem o conhecimento do paciente.⁷⁵

Os imperativos de ampliar o rastreamento do HIV em prontos-socorros

Desde a publicação, em 2006, das recomendações do CDC para rastreamento do HIV em todos os cenários clínicos, houve considerável interesse público em ampliar a testagem para o HIV em prontos-socorros. Por se tratar de ambiente sensível, cuja missão principal é o cuidado de urgências e emergências⁵⁷, também surgiram diversos questionamentos quanto a esse ser local apropriado para um programa de rastreamento universal. A superlotação dos prontos-socorros no Brasil e no mundo é uma realidade. A preocupação de se introduzir um programa de rastreamento nesse cenário já saturado seria de interferir nos processos dos cuidados de saúde agudos.⁷⁴ Surgiram questões como recursos físicos⁶⁷, humanos⁶⁷ e de tempo⁷⁵ restritos, falta de fluxos para se garantir a entrega de resultados⁷⁶, o seguimento clínico⁷⁵ e os custos envolvidos para cada diagnóstico potencialmente encontrado.⁷⁷ Além disso, nem todos profissionais de saúde são abertos para a ideia de rastreamento universal nas emergências e alguns resistem.⁷⁸ Uma outra dimensão seria o sofrimento físico e mental dos pacientes, estes já numa situação de necessitar de cuidados para uma condição aguda, descobririam também estar infectados pelo HIV.⁴²

No entanto, diversas experiências de implantação de programas de rastreamento universal para o HIV em unidades de pronto-socorro mostram que os seus processos habituais não são afetados, apresentando resultados exitosos.^{42,57,69–74}

Apesar de propostas mais recentes de testagem focada apenas baseada em comportamentos de risco no contexto das emergências apresentarem resultados semelhantes à abordagem de testagem universal com menor consumo de recurso em alguns programas,^{74,105} historicamente, a testagem focada em certas apresentações clínicas ou presença de comportamento de risco falha na identificação de casos de HIV.¹⁰⁶ Além do mais, apenas a abordagem universal tem o potencial de reduzir o estigma associado à testagem baseada em comportamento de risco.¹⁰⁶

Vulnerabilidade no pronto socorro e os dilemas do rastreamento do HIV

Quanto às questões éticas que emergem do rastreamento do HIV em serviços de pronto-socorro, inicialmente, destaca-se o consentimento

informado “*opt-out*”, que parte da informação geral de que testagem para o HIV será feita, exceto se houver a recusa do paciente, buscando a ampliação da testagem referida.¹⁰⁷ No mesmo sentido, verifica-se a oferta de testagem para pessoas que se encontram com a sua saúde debilitada, haja vista que em razão da sua vulnerabilidade acrescida podem ter dificuldade em recusar. Assim, a testagem pode se assemelhar a uma medida coercitiva.¹⁰⁸

Considerando que muitas pessoas ainda declinam o teste apesar dos ganhos de sobrevivência com qualidade superarem em muito os decrementos da qualidade de vida em caso de testagem positiva para o HIV, indaga-se se caberia o incremento de serviços de informação direcionada a esse tipo de recusa.¹⁰⁷

Assim, o esforço para integrar o rastreamento na rotina do pronto-socorro necessitaria de uma análise cuidadosa de se a intervenção deve ser oferecida ou não, assim como os limites da possibilidade concreta de se efetivar o consentimento informado do paciente, na medida em que há dificuldade de avaliar a capacidade de consentimento em pacientes com condições mais críticas, particularmente, quando há a pressão para se cuidar das demandas clínicas mais urgentes.¹⁰⁷

Um diagnóstico de HIV é pouco provável de ser bem recebido em qualquer momento, mas pode haver melhores oportunidades do que outras. Sob a oferta na modalidade “*opt-out*”, indivíduos que não acreditam estarem em risco podem aceitar serem testados por acatar rotineiramente as recomendações dos profissionais de saúde, ou porque ficariam desconfortáveis em declinar a testagem, ou porque estão preocupados ou distraídos pelas condições de saúde que os fizeram procurar o serviço de saúde. Assim, podem concordar em serem testados em momentos de sua vida em que eles talvez não tivessem optado, caso soubessem que o resultado seria positivo.¹⁰⁷

Pouco é conhecido sobre a extensão pela qual as circunstâncias de vida dos indivíduos impactam na sua habilidade de assimilar um diagnóstico de HIV e responder adequadamente. Momentos de dificuldade como a perda de emprego, relacionamentos abusivos, problemas judiciais, dentre outros, podem prejudicar a habilidade do indivíduo de absorver um diagnóstico de HIV.¹⁰⁷

O fornecimento de uma informação que potencialmente traz mais sofrimento a uma pessoa com vulnerabilidade acrescida, já acontece em diferentes cenários nos serviços de saúde, por exemplo, ao se conduzir testes desconfortáveis em uma pessoa vítima de estupro.¹⁰⁸

Uma possível razão contra uma maior testagem é a de que a vulnerabilidade de se entrar em contato com o sistema de saúde pelo pronto-socorro, contraindicaria ser oportuna a oferta da testagem, por comprometer a capacidade de consentimento e o desconforto da própria situação de doença aguda. Mas, por outro lado, consagrou-se a testagem durante o momento do parto, momento este que geralmente envolve desconforto e dor. Nesta última situação as grávidas aceitariam a testagem num gesto de autocuidado e de cuidado com o conceito.⁷⁵ Também existem relatos na literatura de que a testagem é adequada em pacientes com doenças crônicas graves, como reumatológicas¹⁰⁹ e oncológicas¹¹⁰, assim como durante internações por motivos clínicos em enfermarias,¹¹⁰⁻¹¹² unidades de tratamento intensivo,¹¹³ avaliações pré-operatórias¹¹⁴ e internações por motivos psiquiátricos.¹¹⁵ Em países da África, onde há uma grande prevalência de HIV na população geral, existem experiências com oferta de testagem até em velórios.¹⁰⁸

Uma questão a favor da testagem em serviços de pronto-socorro seria a de um dever moral de se proteger terceiros.¹¹⁶ Pacientes participantes de uma pesquisa sobre um programa de testagem para HIV em prontos-socorros reportaram sobre a responsabilidade pública de realizarem a testagem para o HIV, tanto em relação à saúde pública, a fim de se diminuir a transmissão, mas também em relação aos custos do sistema de saúde para o Estado. As expectativas de um sistema de saúde público também exigiriam a responsabilidade individual de cuidar da própria saúde. *“Somos adultos, somos responsáveis por nossas ações...precisamos checar essas coisas”*. *“Aceitar a oportunidade “gratuita” de ser testado implica um ato de cidadania, uma demonstração de ser responsável, fazer a sua parte”*. Outros participantes trouxeram a narrativa de que era adequado, pois o “sangue estava sendo colhido de qualquer forma”.⁸⁵

O consentimento informado e os Direitos Humanos dos Pacientes: opções para o mundo real

Consentimento informado presumido

Os profissionais de saúde necessitam discutir com os pacientes sobre os procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos quais serão submetidos. Alguns autores apontam que muitas vezes fica implícito o consentimento informado, como no caso de procedimentos de baixo risco, como nos exames de sangue.⁷⁶ O consentimento informado presumido pode ser entendido como um acordo implícito pelo qual o paciente, ao fornecer amostras de urina e sangue, aceita a realização de exames rotineiros nestes materiais.⁹⁷ Esse entendimento não se coaduna com o direito do paciente de conduzir o seu cuidado em saúde conforme a sua vontade e preferências, porquanto o paciente pode não desejar realizar determinado exame naquele momento da sua vida. Mesmo quando se trata de exames rotineiros, é direito do paciente ser informado sobre esses exames e as consequências de realizá-los.

Argumenta-se que intervenções que carregam algum risco exigem consentimento informado expresso e que se os testes de HIV não fossem por amostras de sangue, mas por procedimentos que envolvem maior cooperação do paciente, como rastreamento para câncer de cólon e mamografias, seria inequívoca a necessidade de consentimento.^{76,97} Ou, no cenário do pronto-socorro, um exame invasivo, como uma punção lombar ou um acesso venoso central. Essencialmente, o risco físico na obtenção de uma amostra de sangue necessária para a testagem para o HIV é muito baixo, e os benefícios de um diagnóstico já são amplamente conhecidos.⁷⁶

Como foi visto, o consentimento informado do paciente para a realização de testes para diagnóstico de HIV não guarda relação com o fato de ser menos invasivo, mas sim com o seu direito de manejar a condução da sua vida conforme lhe aprouver. Isto implica escolher quando e como fazer a testagem para HIV, pois o resultado de tal teste apresenta impacto significativo para a vida do paciente. Assim, quem pode decidir se está apto ou não a receber tal impacto tão somente é o próprio paciente. Um teste positivo de HIV pode levar à perda de suporte familiar ou por amigos, depressão, fim de relacionamentos e uma série de outros problemas que podem impactar profundamente a vida dos pacientes.⁷⁶

O argumento de que há benefícios na testagem não é suficiente para afastar o direito do paciente de decidir quando e como quer realizar a testagem para o HIV. Os benefícios do diagnóstico devem ser informados ao paciente para que ele tenha elementos ao tomar uma decisão. A avaliação do que seja benefício para o paciente adulto capaz apenas lhe compete.

É bastante difícil propor uma colonoscopia sem que o paciente perceba. Mas como a testagem para HIV é feita com amostras de sangue (ou saliva), é possível incluí-la junto a outros exames laboratoriais gerais. Portanto, existe a preocupação de que alguns pacientes podem ser testados sem tomarem conhecimento disto, pois a maioria desses exames é realizado sem o seu consentimento. Boa parte dos pacientes provavelmente nunca toma conhecimento de que está sendo testado para doenças renais, hepáticas, metabólicas, hematológicas, infecciosas ou autoimunes quando são realizados exames de sangue gerais. Como se nota, é uma prática generalizada a realização de testes sem a anuência do paciente, o que caracteriza a sua objetificação, tornando-o objeto de intervenções médicas e não sujeito do seu próprio cuidado.

Conforme a justificativa clínica para a oferta de testagem para o HIV aumenta, haverá inevitavelmente uma tendência de se incorporar a testagem nos chamados “exames de rotina”.⁹⁷ Essa tendência é muito grave sob a ótica dos DHP e do estigma associado ao HIV.

Existem pesquisadores favoráveis a essa tendência: se um paciente livremente consente em ter sua condição investigada, um profissional de saúde pode iniciar avaliação laboratorial para se excluir doenças sérias sem a necessidade de uma explicação aprofundada de todos os possíveis resultados, dado que o ato de se diagnosticar tais condições seria em benefício do paciente. Ocorre que o consentimento para a investigação de certa condição deve ser posterior ao exercício pleno do direito à informação por parte do paciente. Isto é, apenas após ser informado acerca de todos os passos concernentes à investigação de seu diagnóstico, deveria ser obtido o consentimento informado do paciente.

Em consonância com os DHP, há pesquisadores que rejeitam o uso do termo “de rotina” para justificar uma testagem sem que o paciente saiba. O exame para diagnosticar HIV não deveria ser realizado sob condições de

consentimento presumido, que governa vários exames médicos.⁹⁷ Se a testagem para o HIV for completamente tornada rotineira, sem nenhum conhecimento prévio da testagem, as exigências éticas não seriam cumpridas, violando os direitos dos pacientes.¹¹⁷

Consentimento informado pela enfermagem ou outros profissionais de saúde

Apesar da educação continuada, “feedback” e outros métodos inovadores de se alertar os médicos sobre a solicitação da testagem para o HIV em prontos-socorros, existem problemas de adesão em alguns programas. Enquanto há casos de não solicitação do exame por discordância com a adequação do rastreamento nesse cenário, a maioria dos médicos relata realmente apenas esquecimento da solicitação no ambiente movimentado.⁷⁰ Um outro motivo seria da dificuldade de convencer os médicos a priorizarem cuidados preventivos frente a outras necessidades mais urgentes.⁶⁹

Uma alternativa seria a solicitação do teste pela enfermagem. Os profissionais de enfermagem executam diversas tarefas de cuidado nos diferentes cenários clínicos dos sistemas de saúde. Assim, a responsabilidade de realização da testagem para HIV por esses profissionais faz bastante sentido.⁶⁹ Existem experiências exitosas de programas de rastreamento do HIV em prontos-socorros em que a enfermagem obtém o consentimento informado, geralmente na triagem inicial, e realiza a solicitação do exame⁷⁰ para o laboratório ou até mesmo já executa um teste rápido à beira do leito.⁶⁹

Mesmo em locais historicamente bastante restritivos quanto à flexibilização da testagem para HIV, legislações mais recentes autorizam profissionais de saúde além dos médicos a obterem consentimento informado para a testagem, como é o caso da cidade de Nova Iorque.⁷⁹

Desse modo, verifica-se que a testagem para o HIV realizada pela enfermagem ou outros profissionais de saúde consiste em uma medida eficaz para se assegurar o consentimento informado do paciente, possibilitando a ampliação da testagem sem desconsiderar o paciente como ator central do seu cuidado.

Consentimento informado na triagem

A triagem do pronto-socorro é um local onde todos os pacientes são abordados, tornando-se uma boa opção para se incorporar um programa de rastreamento para o HIV. Existem iniciativas exitosas em que o consentimento informado para o exame do HIV passa a ser dissociado da consulta clínica, sendo obtido pela enfermagem no momento da triagem inicial. O exame pode ser realizado nessa própria área física, em modalidade de teste rápido, antes do atendimento médico.⁷¹ Ou então, caso seja solicitado algum outro exame de sangue durante o atendimento médico, automaticamente já estaria autorizada a realização do teste para o HIV nessa amostra.⁷⁰ Como foi dito, esse consentimento amplo para exames de sangue não atende ao conteúdo do direito ao consentimento informado que pressupõe a informação adequada e precisa ao paciente acerca do que está sendo consentido. Igualmente, o consentimento informado na triagem deve ser cuidadosamente ponderado, pois o paciente que se dirige a tal ambiente provavelmente se encontra em situação de estresse acentuado e necessita de cuidados em saúde com urgência. Assim, caso se adote a obtenção do consentimento informado na triagem há que se ter uma ambiência adequada e acolhedora para que o paciente seja devidamente informado acerca dos exames que estão sendo solicitados

Consentimento no ato da coleta de outros exames de sangue

Vários estudos recentes trazem a experiência de prontuários eletrônicos que automaticamente sugerem a testagem para o HIV, em pacientes sendo avaliados em prontos-socorros ou internados, tanto durante as avaliações médicas^{57,73}, quanto em outros momentos da rotina de outros profissionais de saúde, como, por exemplo, na triagem inicial e na coleta de exames.^{57,72}

Para citar, em um programa de rastreamento implementado em pronto-socorro, o prontuário eletrônico analisava a presença de testagem prévia para HIV. Caso não encontrasse, gerava automaticamente um pedido do exame no momento da solicitação de um hemograma, exame de sangue mais

frequentemente realizado. O enfermeiro responsável pela coleta era instruído a obter o consentimento na modalidade “*opt-out*” nesse momento.⁵⁷

Em outro programa, o profissional responsável pela coleta informava o paciente de que qualquer amostra de sangue era automaticamente testada para o HIV, a não ser que o paciente não aceitasse (“*opt-out*”). Assim, era coletado um frasco a mais para a sorologia do HIV.⁵⁷

O consentimento “*opt-out*” há que ser problematizado sob a ótica dos DHP, particularmente do direito que o paciente tem de consentir ou não com determinado procedimento ou tratamento, no bojo de um processo comunicacional ou informacional. Mesmo no consentimento “*opt-out*”, deve ser garantido sobre o que significa essa testagem e os impactos do seu resultado, de modo a atender aos parâmetros mínimos que asseguram a autonomia pessoal do paciente.

Autoteste

Os testes rápidos podem ser utilizados em todos os cenários anteriores: *in loco*, seja na triagem, em pacientes em observação ou internados – geralmente executados por profissionais de enfermagem – assim como em amostras de sangue enviadas ao laboratório, sendo executados pelo próprio pessoal do laboratório. Apresentam a vantagem da rapidez dos testes, mas a desvantagem de tomar mais tempo do profissional que o realiza e consequente maior necessidade de pessoal.

O uso de testes rápidos para HIV quando o próprio paciente executa o exame, denominado autoteste, é uma estratégia utilizada por vários países ao redor do mundo. Até julho de 2018, 40 países já haviam adotado políticas que permitem a implementação do autoteste; 13 reportam que a implementação está em andamento. Além disso, outros 48 países estão desenvolvendo políticas de autotestagem. Estes avanços começaram a estimular a demanda e, entre 2012 e 2017, cerca de 2,5 milhões de autotestes foram vendidos em todo o mundo.⁸²

Os autotestes podem ser entregues para as pessoas se testarem em casa ou também podem ser realizados *in loco* na triagem, com o apoio de profissionais de enfermagem, enquanto aguardam o atendimento.⁸³

A questão ética em relação à estratégia do autoteste permanece divergente. Argumentos contrários seriam de que existem locais em que o tratamento não está disponível, ou em que existe a possibilidade de serem aplicados de maneira coercitiva por parceiros, ou, ainda, de que a testagem à parte do sistema de saúde pode ter consequências negativas, como no direcionamento e retenção para o tratamento.¹¹⁸ Outros argumentos contra incluem os custos, os quais podem limitar o acesso quando não são fornecidos pelo sistema de saúde e os resultados falso negativos durante a janela imunológica, que podem também dar uma falsa sensação de segurança.¹¹⁹

No entanto, os autotestes podem promover a autonomia pessoal do paciente por permitirem que os mesmos ditem as circunstâncias de sua testagem, não havendo uma objeção ética robusta a essa estratégia.¹²⁰ O autoteste é uma modalidade de ótima aceitação, especialmente entre indivíduos de maior risco. O autoteste pode empoderar os indivíduos, ajudando a normalizar a testagem.¹¹⁹ Além da alta aceitação e acurácia, existe a possibilidade de se testar anonimamente, diminuindo a barreira do estigma.¹¹⁹ Por outro lado, a disseminação do autoteste implica o investimento estatal em políticas públicas de letramento em saúde para que as pessoas compreendam o que significa a testagem positiva para o HIV e possam adotar medidas protetivas da sua saúde.

Consentir e compartilhar decisões: um futuro necessário

Como aponta Frifh (2005), é sempre necessário obter o consentimento informado do paciente visando à realização da testagem para o HIV.¹²¹ Com efeito, não se verifica justificativa ético-jurídica para se restringir o direito do paciente de realizar escolhas significativas sobre a sua própria vida. Argumentos no sentido do benefício da testagem precoce devem ser sopesados pelo próprio paciente, o qual, após ser adequadamente informado, é o decisor único acerca dos testes que deseja ou não fazer e o seu momento adequado. Ademais, o reconhecimento da importância de se ampliar a testagem para o HIV nas unidades de pronto-socorro não conduz à conclusão de que o direito ao consentimento informado possa ser mitigado, mas sim de que medidas outras podem ser implementadas, tal como a obtenção do

consentimento informado pela enfermagem ou outros profissionais de saúde. A naturalização da realização de exames e testes “de rotina” sem o consentimento informado do paciente, mesmo que oral, evidencia a cultura paternalista, na qual, o profissional toma decisões em nome do paciente alegadamente baseado na ideia de bem. Movimentos sociais e acadêmicos em torno do paciente como centro do cuidado e do respeito aos direitos dos pacientes põem em xeque a cultura paternalista e apontam para uma nova concepção de cuidado, em que se tem as decisões do paciente sobre sua saúde como norte da atuação do profissional como contraponto à visão tradicional da sua missão de curar ou de otimizar tratamentos. O cuidado em saúde deve ter como centro um sujeito de direito e agente, o paciente, e não a sua enfermidade ou condição particular de saúde e, como interlocutores qualificados, profissionais dispostos a abandonar qualquer pretensão de guiar verticalmente as decisões, tornando-as horizontalmente compartilhadas e bidirecionais.

6. Considerações finais

Não houve diferença no padrão de contato com o sistema de saúde entre detentos infectados com HIV e controles não infectados, pareados por idade. A maior parte dos infectados teve seu diagnóstico no ambiente prisional e de maneira precoce, evidenciando uma boa efetividade do rastreamento neste cenário. Existe um grande esforço de testagem nas unidades do sistema prisional, de maneira que as pessoas que são detidas apresentam uma oferta de testagem sistemática não disponível em unidades de saúde na comunidade.

Os trabalhadores da enfermagem do sistema prisional são os principais responsáveis pelas solicitações de exames que confirmaram diagnósticos de HIV entre detentos, principalmente nos momentos de transferência entre as unidades prisionais na oferta de testagem de maneira sistemática, mas também nos atendimentos clínicos de rotina. Os profissionais médicos em geral costumam focar os atendimentos nas queixas dos pacientes e doenças crônicas já presentes, solicitando em sua maioria exames para HIV apenas quando há correlação clínica. Já os profissionais da enfermagem estariam com as atividades preventivas mais incorporadas ao seu trabalho clínico, ofertando sistematicamente o rastreamento para o HIV, independente de apresentações clínicas. Talvez a própria liberdade de solicitar as sorologias e ao mesmo tempo executar o procedimento da testagem empodere o profissional da enfermagem no cenário da atenção primária. No cenário do hospital, verificamos que o trabalho da enfermagem, no que tange a testagem para o HIV, ainda está atrelado à prescrição médica. Mas existe disposição e interesse da enfermagem em melhorar a oferta de testagem para o HIV também no ambiente hospitalar.

A maior parte dos pacientes infectados com HIV neste estudo foram diagnosticados no ambiente prisional. Os esforços de rastreamento no ambiente prisional são oportunos, mas é possível aprimorar este processo, alcançando principalmente aqueles que nunca foram testados. Sistemas de prontuário eletrônico automatizados, que permitam facilmente obter o histórico de testagem para o HIV tem o potencial de melhorar a cobertura de testagem,

tanto na atenção primária no sistema prisional quanto nos contatos com os serviços de emergência.

O padrão de contato com o sistema de saúde dos indivíduos neste estudo reflete provavelmente o padrão de contato de homens jovens como um todo: pouco contato com serviços eletivos de atenção primária da comunidade e trauma como principal motivo de contato, em prontos-socorros. Assim, as emergências surgem como um cenário potencial para programas de rastreamento de HIV.

As emergências dos hospitais gerais operam no limite de sua capacidade, cujo foco primordial são as afecções urgentes. Assim, implantação de programas de rastreamento de HIV deve ser muito bem ponderada. Verificou-se no estudo que existe margem para implantação de um programa de rastreamento sem necessidade de grandes alterações da capacidade instalada, por meio do uso de autotestes no momento da triagem pela enfermagem. Verifica-se que os dilemas éticos quanto à testagem do HIV persistem, mas é possível ampliar a testagem sem infringir a autonomia do paciente. Nota-se uma posição ambígua dos médicos do pronto-socorro quanto à ampliação da testagem do HIV em emergências, mas um amplo apoio por parte da enfermagem. Assim, parece que um programa de rastreamento que seja efetivo deve ser alicerçado no trabalho da enfermagem hospitalar. Outros modelos de programas de rastreamento demandariam investimentos no setor do laboratório, de maneira a permitir a automatização de imunoenaios para HIV em grande volume diário de amostras laboratoriais.

7. Conclusões

A população prisional faz parte das chamadas “populações-chaves” para o enfrentamento da pandemia do HIV. A maior parte dos detentos infectados com HIV neste estudo foram diagnosticados no ambiente prisional. Os esforços de rastreamento no ambiente prisional são oportunos, mas é possível aprimorar este processo, alcançando principalmente aqueles que nunca foram testados. O padrão de contato com o sistema de saúde dos indivíduos neste estudo reflete provavelmente o padrão de contato de homens

jovens como um todo: pouco contato com serviços ambulatoriais de atenção primária e trauma como principal motivo de contato, em prontos-socorros. Assim, as emergências surgem com um cenário potencial para programas de rastreamento de HIV, mantendo-se as exigências éticas, com possibilidade de ampliar o diagnóstico do HIV tanto em pessoas em conflito com a lei quanto na população geral.

8. Referências bibliográficas

1. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. 2019.
2. Flauzina A, Pires T, Lopes Gomes Pinto Ferreira G. The Brazilian Federal Supreme Court and the Normalisation of Barbarity. *International Journal for Crime, Justice and Social Democracy*. 2021;10(4):102–16.
3. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Dados Consolidados do Sistema Penitenciário no Brasil, 2008/2009.
4. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(8):1887–96.
5. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011 ;377(9769):956–65.
6. Spaulding AC, Perez SD, Seals RM, Hallman MA, Kavasery R, Weiss PS. Diversity of release patterns for jail detainees: Implications for public health interventions. *American Journal of Public Health*. 2011;101(SUPPL. 1):347–52.
7. Cole J, Hotton A, Zawitz C, Kessler H. Opt-out screening for chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in female detainees at cook county jail in Chicago, IL. *Sex Transm Dis*. 2014;41(3):161–5.
8. Arriola KR, Braithwaite RL, Kennedy S, Hammett T, Tinsley M, Wood P, et al. A collaborative effort to enhance HIV/STI screening in five county jails. *Public Health Rep*. 2001;116(6):520–9.
9. Duffus WA, Youmans E, Stephens T, Gibson JJ, Albrecht H, Potter RH. Missed Opportunities for Early HIV Diagnosis in Correctional Facilities. *AIDS Patient Care and STDs*. 2009;23(12):1025–32.
10. UNAIDS. GLOBAL AIDS UPDATE 2020. Seizeing the moment. 2020. Disponível em <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>. Acesso: 12 de Dezembro 2021.
11. Lhopitallier L, Moulin E, Hugli O, Cavassini M, Darling KEA. Missed opportunities for HIV testing among patients newly presenting for HIV care at a Swiss university hospital: A retrospective analysis. *BMJ Open*. 2018;8(6).
12. Downing A, Garcia-Diaz JB. Missed Opportunities for HIV Diagnosis. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*. 2017;16(1):14–7.
13. Sanchez A, Larouzé B, Espinola B, Pires J, Capone D, Gerhardt G, et al. Screening for tuberculosis on admission to highly endemic prisons? The case of Rio de Janeiro State prisons. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2009;13(10):1247–52.
14. Kavasery R, Maru DSR, Sylla LN, Smith D, Altice FL. A prospective controlled trial of routine opt-out HIV testing in a men’s jail. *PLoS ONE*. 2009;4(11).
15. Nelwan EJ, Van Crevel R, Alisjahbana B, Indrati AK, Dwiyanana RF, Nuralam N, et al. Human immunodeficiency virus, hepatitis B and hepatitis C in an Indonesian prison: prevalence, risk factors and implications of HIV screening. *Tropical Medicine & International Health*. 2010;15(12):1491–8.

16. Santo E, Falquetto TC, Endringer DC, Andrade TU De, Lenz D. Hepatitis C in prisoners and non-prisoners in Colatina, Espírito Santo, Brazil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2013;49(4):736–44.
17. Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis incidence in prisons: A systematic review. *PLoS Medicine*. 2010;7(12):1–10.
18. Carbone ADSS, Paião DSG, Sgarbi RVE, Lemos EF, Cazanti RF, Ota MM, et al. Active and latent tuberculosis in Brazilian correctional facilities: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases*. 2015;15(1):1–8.
19. Coelho HC, Perdoná GC, Neves FR, Passos ADC. HIV prevalence and risk factors in a Brazilian penitentiary. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(9):2197–204.
20. Castilla J, Sobrino P, De La Fuente L, Noguer I, Guerra L, Parras F. Late diagnosis of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy: Consequences for AIDS incidence. *Aids*. 2002;16(14):1945–51.
21. Parece MS, Herrera GA, Voigt RF, Middlekauff SL, Irwin KL. STD testing policies and practices in U.S. city and county jails. *Sexually Transmitted Diseases*. 1999;26(8):431–7.
22. Beltrami JF, Williams S, Valentine J. STD screening and treatment during jail intake: the National Syphilis Elimination perspective. *Sexually Transmitted Diseases*. 2007;34(2):120–1.
23. Spaulding AC, Clarke JG, Jongco AM, Flanigan TP. Small Reservoirs: Jail Screening for Gonorrhea and Chlamydia in Low Prevalence Areas. *Journal of Correctional Health Care*. 2009;15(1):28–34.
24. Trick WE, Kee R, Murphy-Swallow D, Mansour M, Mennella C, Raba JM. Detection of chlamydial and gonococcal urethral infection during jail intake: development of a screening algorithm. *Sexually Transmitted Diseases*. 2006;33(10):599–603.
25. Beckwith CG, Bazerman L, Cornwall AH, Patry E, Poshkus M, Fu J, et al. An Evaluation of a Routine OPT-Out Rapid HIV Testing Program in a Rhode Island Jail. *AIDS Education and Prevention*. 2011;23(3_supplement):96–109.
26. Barry PM, Kent CK, Scott KC, Goldenson J, Klausner JD. Is Jail Screening Associated With a Decrease in Chlamydia Positivity Among Females Seeking Health Services at Community Clinics?—San Francisco, 1997–2004. *Sexually Transmitted Diseases*. 2009 Feb;36(2):S22–8.
27. Puisis M, Feinglass J, Lidow E, Mansour M. Radiographic screening for tuberculosis in a large urban county jail. *Public Health Reports*. 1996;111(4):330–4.
28. Schackman BR, Eggman AA, Leff JA, Braunlin M, Felsen UR, Fitzpatrick L, et al. Costs of Expanded Rapid HIV Testing in Four Emergency Departments. *Public Health Reports [Internet]*. 2016 Jan 1;131(1_suppl):71–81.
29. Macalino GE, Vlahov D, Sanford-Colby S, Patel S, Sabin K, Salas C, et al. Prevalence and incidence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among males in Rhode Island prisons. *American Journal of Public Health*. 2004;94(7):1218–23.
30. Cocoros N, Nettle E, Church D, Bourassa L, Sherwin V, Cranston K, et al. Screening for Hepatitis C as a Prevention Enhancement (SHAPE) for HIV: an integration pilot initiative in a Massachusetts County correctional facility. *Public Health Rep*. 2014;129 Suppl 1:5–11.
31. Hsieh YH, Kelen GD, Beck KJ, Kraus CK, Shahan JB, Laeyendecker OB, et al. Evaluation of hidden HIV infections in an urban ED with a rapid HIV screening program. *American Journal of Emergency Medicine*. 2016;34(2):180–4.

32. Nour S, Hsieh Y-H, Rothman RE, Jett-Goheen M, Langhorne O, Wu L, et al. Patients Can Accurately Perform Their Own Rapid HIV Point-of-Care Test in the Emergency Department. *Point of Care*. 2012;11(4):176–9.
33. Wejnert C, Prejean J, Hoots B, Hall HI, McCray E, Mermin J. Prevalence of missed opportunities for HIV testing among persons unaware of their infection. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2018;319(24):2555–7.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. 4ª edição. 2018.
35. Mermin J. The Future of HIV Prevention. *Jama*. 2014;308(4):347–8.
36. Department of Health. The Brazilian response to HIV and AIDS: global AIDS response progress reporting narrative report. Brasília, DF: Department of STI, AIDS and Viral Hepatitis, Ministry of Health; 2015.
37. Sullivan PS, Lansky A, Drake A. Failure to Return for HIV Test Results Among Persons at High Risk for HIV Infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2004;35(5):511–8.
38. UNAIDS “AIDSinfo”. HIV and AIDS in Brazil. Disponível em: <https://aidsinfo.unaids.org/>. Acesso: 01 de Dezembro 2021.
39. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. CDC FACT SHEET: HIV Testing in the United States. 2016; Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchstp/newsroom/docs/factsheets/hiv-testing-us-508.pdf>. Acesso: 12 de Dezembro 2021.
40. Ministério da Saúde. Relatório de monitoramento clínico do HIV. Ministério da Saúde. 2019.
41. Harris NS, Johnson AS, Huang Y-LA, Kern D, Fulton P, Smith DK, et al. Vital Signs: Status of Human Immunodeficiency Virus Testing, Viral Suppression, and HIV Preexposure Prophylaxis — United States, 2013–2018. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2019;68(48):1117–23.
42. Christopoulos KA, Massey AD, Lopez AM, Hare CB, Johnson MO, Pilcher CD, et al. Patient Perspectives on the Experience of Being Newly Diagnosed with HIV in the Emergency Department/Urgent Care Clinic of a Public Hospital. Sued O, editor. *PLoS ONE*. 2013;8(8):e74199.
43. Check Hayden E. How to beat HIV. *Nature*. 2015;523(7559):146–8.
44. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications, Inc. 2017.
45. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: Proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(2):389–94.
46. TCDF: Proc.: 3034/2010 – Relatório final de auditoria. 25 de Outubro de 2016 [Internet]. Disponível em: <https://www2.tc.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/ProgramaDeModernizacao.pdf>. Acesso: 12 de Dezembro 2021.
47. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006;14(5):812–20.
48. StataCorp. 2019. *Stata 16 Base Reference Manual*. College Station, TX: Stata Press.
49. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101.

50. Gomes R, Moreira MCN, do Nascimento EF, Rebello LEF de S, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(SUPPL. 1):983–92.
51. BRASIL. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2018;148.
52. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer De Conselheiro Nº 259/2016. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-relator-cofen-no-2432017_57604.html. Acesso: 12 de Dezembro 2021.
53. Rocha BCB, Alves JAR, Pinto FPD, Mendes ME, Sumita NM. The critical value concept in clinical laboratory. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*. 2016;52(1):17–20.
54. Glaziou P, Floyd K, Raviglione MC. Global Epidemiology of Tuberculosis. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*. 2018;39(3):271–85.
55. Brito AB, Magalhães WB de, Paiva JPS de, Leal TC, Silva LF da, Santos LG, et al. Tuberculosis in Northeastern Brasil (2001-2016): trend, clinical profile, and prevalence of risk factors and associated comorbidities. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2020 Sep;66(9):1196–202.
56. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Tuberculose. 2021.
57. Sha BE, Kniuksta R, Exner K, Kishen E, Shankaran S, Williams B, et al. Evolution of an Electronic Health Record Based–Human Immunodeficiency Virus (HIV) Screening Program in an Urban Emergency Department for Diagnosing Acute and Chronic HIV Infection. *The Journal of Emergency Medicine*. 2019;57(5):732–9.
58. Parisi MR, Soldini L, Vidoni G, Clemente F, Mabellini C, Belloni T, et al. Cross-sectional study of community serostatus to highlight undiagnosed HIV infections with oral fluid HIV-1/2 rapid test in non-conventional settings. *New Microbiologica*. 2013;36(2):121–32.
59. Stekler JD, O’Neal JD, Lane A, Swanson F, Maenza J, Stevens CE, et al. Relative accuracy of serum, whole blood, and oral fluid HIV tests among Seattle men who have sex with men. *Journal of Clinical Virology*. 2013;58(0 1):e119–22.
60. Peters PJ, Westheimer E, Cohen S, Hightow-Weidman LB, Moss N, Tsoi B, et al. Screening Yield of HIV Antigen/Antibody Combination and Pooled HIV RNA Testing for Acute HIV Infection in a High-Prevalence Population. *Jama*. 2016;315(7):682–90.
61. Hankin A, Freiman H, Copeland B, Travis N, Shah B. A Comparison of Parallel and Integrated Models for Implementation of Routine HIV Screening in a Large, Urban Emergency Department. *Public Health Reports*. 2016;131(1_suppl):90–5.
62. Vlahov D, Putnam S. From corrections to communities as an HIV priority. *Journal of Urban Health*. 2006;83(3):339–48.
63. Christopoulos KA, Massey AD, Lopez AM, Hare CB, Johnson MO, Pilcher CD, et al. Patient Perspectives on the Experience of Being Newly Diagnosed with HIV in the Emergency Department/Urgent Care Clinic of a Public Hospital. Sued O, editor. *PLoS ONE*. 2013;8(8):e74199.
64. Henriquez-Camacho C, Villafuerte-Gutierrez P, Pérez-Molina JA, Losa J, Gotuzzo E, Cheyne N. Opt-out screening strategy for HIV infection among patients attending emergency departments: systematic review and meta-analysis. *HIV Medicine*. 2017;18(6):419–29.

65. Tan R, Hugli O, Cavassini M, Darling K. Non-targeted HIV testing in the emergency department: not just how but where. *Expert Review of Anti-Infective Therapy*. 2018;16(12):893–905.
66. Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: A systematic review. *European Journal of Public Health*. 2010;20(4):422–32.
67. Traversy G, Austin T, Ha S, Timmerman K, Gale-Rowe M. An overview of recent evidence on barriers and facilitators to HIV testing. *Canada Communicable Disease Report*. 2015;41(41):304–21.
68. Leidel S, Wilson S, McConigley R, Boldy D, Girdler S. Health-care providers' experiences with opt-out HIV testing: A systematic review. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2015;27(12):1455–67.
69. Anaya HD, Hoang T, Golden JF, Bidwell Goetz M, Gifford A, Bowman C, et al. Improving HIV screening and receipt of results by nurse-initiated streamlined counseling and rapid testing. *Journal of General Internal Medicine*. 2008;23(6):800–7.
70. McGuire R, Moore E. Using a configurable EMR and decision support tools to promote process integration for routine HIV screening in the emergency department. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2016;23(2):396–401.
71. Calderon Y, Leider J, Hailpern S, Chin R, Ghosh R, Fettig J, et al. High-Volume Rapid HIV Testing. *AIDS Patient Care and STDs*. 2009;23(9).
72. Lin J, Mauntel-Medici C, Heinert S, Baghikar S. Harnessing the power of the electronic medical record to facilitate an opt-out HIV screening program in an urban academic Emergency Department. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2017;23(3):264–8.
73. Felsen UR, Cunningham CO, Zingman BS. Increased HIV testing among hospitalized patients who declined testing in the emergency department. *AIDS Care*. 2016;28(5):591–7.
74. Haukoos JS, Hopkins E, Conroy AA, Silverman M, Byyny RL, Eisert S, et al. Routine opt-out rapid HIV screening and detection of HIV infection in emergency department patients. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2010;304(3):284–92.
75. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports / Centers for Disease Control*. 2006;55(RR-14):2002–13.
76. Parsa M, Walsh MJ. Ethics seminars: HIV testing, consent, and physician responsibilities. *Academic Emergency Medicine*. 2001;8(12):1197–9.
77. Bradshaw D, Rae C, Rayment M, Turner N, Turner R, Pickard G, et al. HIV/HCV/HBV testing in the emergency department: a feasibility and seroprevalence study. *HIV Medicine*. 2018;19:52–7.
78. Millett D. Standardised opt-out testing for HIV. *Emergency Nurse*. 2011;19(8):14–8.
79. Birkhead GS, O'Connell DA, Leung SYJ, Smith LC. Evaluating the New York State 2010 HIV testing law amendments: Context, challenges, and conclusions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2015;68:S1–4.

80. Pereira JG, Oliveira MA de C. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2018;31(6):627–35.
81. Crane D, Henderson EJ, Chadwick DR. Exploring the acceptability of a “limited patient consent procedure” for a proposed blood-borne virus screening programme: A Delphi consensus building technique. *BMJ Open*. 2017;7(5):1–9.
82. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para a distribuição do autoteste de HIV no Brasil | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2020;16.
83. Kim AS, Patel A V., Gaydos CA, Jett-Goheen M, Abrams SM, Latkin CA, et al. “Take an HIV Test Kit Home”: A Pilot Randomized Controlled Trial Among HIV High-risk Urban ED Patients. *Academic Emergency Medicine*. 2020;27(10):1047–50.
84. Wynia M. Routine screening: Informed consent, stigma and the waning of HIV exceptionalism. *American Journal of Bioethics*. 2006;6(4):5–8.
85. Cullen L, Grenfell P, Rodger A, Orkin C, Mandal S, Rhodes T. “Just another vial”: A qualitative study to explore the acceptability and feasibility of routine blood-borne virus testing in an emergency department setting in the UK. *BMJ Open*. 2019;9(4):9–12.
86. Cohen J, Ezer T. Human rights in patient care: A theoretical and practical framework. *Health and Human Rights*. 2013;15(2):7–19.
87. Founier V. Ética clínica: otra formación de la UNESCO para hacer frente a los dilemas bioéticos. *SOLINIS, Germán ¿Por qué una Bioética Glob. Paris: UNESCO, 2015, p.39-43.*
88. Albuquerque A. Manual de Direito do Paciente. Belo Horizonte: CEI, 2020.
89. BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J., 2013. Principles of Ethical Biomedical, Oxford, Oxford. ed.
90. Antonio M, Santos D, Albuquerque A. Human Rights of Patients as a new reference for Clinical Bioethics. *Revista Redbioética / UNESCO Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética / UNESCO*. 2018;2(16):12-22
91. Buelens W, Herijgers C, Illegems S. The View of the European Court of Human Rights on Competent Patients’ Right of Informed Consent. *Research in the Light of Articles 3 and 8 of the European Convention on Human Rights. European Journal of Health Law*. 2016;23(5):481–509.
92. American Medical Association (AMA). Informed Consent. Disponível em: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent>. Acesso em: 30 de abril de 2021.
93. The California Patients Guide. Chapter II. Your Right to Informed Consent. Disponível em: <http://calpatientguide.org/ii.html>. Acesso em: 9 de agosto de 2020.
94. Albuquerque A. Direitos Humanos dos Pacientes. Curitiba: Juruá; 2016.
95. Tsampi A. Public Health and the European Court of Human Rights: Using Strasbourg's Arsenal in the COVID-19 Era. Disponível em: <https://www.rug.nl/rechten/onderzoek/expertisecentra/ghlg/blog/publichealth-and-the-european-court-of-human-rights-27-03-2020?lang=en>. Acesso: 12 de setembro de 2020.
96. Advocates for Justice and Human Rights. Human Rights in the time of COVID-19: Front and Centre. Disponível em: <https://www.icj.org/human-rights-in-the-time-of-covid-19-front-andcentre/>. Acesso: 10 de abril 2020.

97. Levine C, Bayer R. The ethics of screening for early intervention in HIV disease. *American Journal of Public Health*. 1989;79(12):1661–7.
98. Bayer R, Edington C. HIV testing, human rights, and global AIDS policy: Exceptionalism and its discontents. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2009;34(3):301–23.
99. Bayer R, Philbin M, Remien RH. The end of written informed consent for HIV testing: Not with a bang but a whimper. *American Journal of Public Health*. 2017;107(8):1259–65.
100. Pierce MW, Maman S, Groves AK, King EJ, Wyckoff SC. Testing public health ethics: Why the CDC’s HIV screening recommendations may violate the least infringement principle. *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 2011;39(2):263–71.
101. Bayer R, Fairchild AL. Changing the Paradigm for HIV Testing — The End of Exceptionalism. *New England Journal of Medicine*. 2006;355(7):647–9.
102. Wise JM, Ott C, Azuero A, Lanzi RG, Davies S, Gardner A, et al. Barriers to HIV Testing: Patient and Provider Perspectives in the Deep South. *AIDS and Behavior*. 2019;23(4):1062–72.
103. Montoy JCC, Dow WH, Kaplan BC. Patient choice in opt-in, active choice, and opt-out HIV screening: randomized clinical trial. *BMJ*. 2016;532(jan19_7):h6895.
104. Cowan E, Leider J, Velastegui L, Wexler J, Velloza J, Calderon Y. A Qualitative Assessment of Emergency Department Patients’ Knowledge, Beliefs, Attitudes, and Acceptance Toward Revised HIV Testing Strategies. Bogucki S, editor. *Academic Emergency Medicine*. 2013;20(3):287–94.
105. Leblanc J, Hejblum G, Costagliola D, Durand-Zaleski I, Lert F, de Truchis P, et al. Targeted HIV Screening in Eight Emergency Departments: The DICI-VIH Cluster-Randomized Two-Period Crossover Trial. *Annals of Emergency Medicine*. 2018;72(1):41–53.
106. Lifson AR, Rybicki SL. Routine opt-out HIV testing. *The Lancet*. 2007;369(9561):539–40.
107. April MD. Rethinking HIV exceptionalism: the ethics of opt-out HIV testing in sub-Saharan Africa. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(9):703–8.
108. Burmen B, Mogunde JO, Kwaro DPO. Ethically providing Routine HIV testing services to bereaved populations. *Nursing Ethics*. 2019;26(1):195–200.
109. Shah D, Flanigan T, Lally E. Routine screening for HIV in rheumatology practice. *Journal of Clinical Rheumatology*. 2011;17(3):154–6.
110. Cave J, Edwards SG, Miller RF, Ardeshna KM, Lee SM. Should we implement “opt-out” HIV testing for patients with lymphoma? *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*. 2009;9(4):320–2.
111. Wallis E, Thornhill J, Saunders J, Orkin C. Introducing opt-out HIV testing in an acute medical admissions unit: Does it improve testing uptake in those with lobar pneumonia? *Sexually Transmitted Infections*. 2015;91(3):153.
112. Matulionytė R, Žagminas K, Balčiūnaitė E, Matulytė E, Paulauskienė R, Bajoriūnienė A, et al. Routine HIV testing program in the University Infectious Diseases Centre in Lithuania: a four-year analysis. *BMC Infectious Diseases*. 2019;19(1):1–10.
113. Thornhill J, Mandersloot G, Bath R, Orkin C. Opt-out HIV testing in adult critical care units. *The Lancet*. 2014;383(9927):1460.
114. Clifford T. Preoperative Screening for MRSA/MSSA. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2015;30(2):164–5.

115. Joska JA, Kaliski SZ, Benatar SR. Patients with severe mental illness: A new approach to testing for HIV. *South African Medical Journal*. 2008;98(3 PART 1):213-7.
116. Harris J, Keywood K. Ignorance, information and autonomy. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2001;22(5):415-36.
117. Waxman MJ, Merchant RC, Celada MT, Clark MA. Perspectives on the ethical concerns and justifications of the 2006 Centers for Disease Control and Prevention HIV testing recommendations. *BMC Medical Ethics*. 2011;12(1):24.
118. Johnson C, Baggaley R, Forsythe S, Van Rooyen H, Ford N, Napierala Mavedzenge S, et al. Realizing the potential for HIV self-testing. *AIDS and Behavior*. 2014;18(SUPPL. 4):391-5.
119. Wood BR, Ballenger C, Stekler JD. Arguments for and against HIV self-testing. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*. 2014;6:117-26.
120. Youngs J, Hooper C. Ethical implications of HIV self-testing. *Journal of Medical Ethics*. 2015;41(10):809-13.
121. Frith L. HIV testing and informed consent. *Journal of Medical Ethics*. 2005;31(12):699-700.

ANEXO 1 - Aprovação pelo comitê de ética em pesquisa

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Testagem para o HIV em pessoas em conflito com a lei no Distrito Federal

Pesquisador: rafael jardim de moura

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28761120.4.0000.5558

Instituição Proponente: Núcleo de Medicina Tropical

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.914.184

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de doutorado realizado no Instituto de Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. O projeto será formulado como um estudo do tipo métodos mistos. Será descrito o histórico de testagem para o HIV nos diferentes níveis de atenção para pacientes com HIV detidos no sistema prisional no ano de 2019, pareados na proporção de 2:1 de controles não infectados, cujas informações serão obtidas por meio de consulta dos prontuários eletrônicos. Também serão aplicadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pessoas em conflito com a lei (presidiários), da assistência clínica, laboratórios e cargos administrativos, tanto da atenção primária quanto do nível hospitalar. Para o componente quantitativo, será feita uma revisão retrospectiva de prontuários eletrônicos e coletaremos informações demográficas, clínicas e epidemiológicas relevantes para a análise dos objetivos específicos descritos adiante. Informações que possam identificar indivíduos no sistema prisional não serão coletadas. Para o componente qualitativo, serão realizadas entrevistas semi-dirigidas com profissionais de saúde e gestores no âmbito do Sistema Único de Saúde do DF. Entrevistas semi-estruturadas serão realizadas utilizando um roteiro-guia temático desenvolvido de acordo com os princípios delineados por Fontanella e colaboradores. Para o componente quantitativo, serão incluídos os detentos com diagnóstico confirmado em prontuário de HIV e uma amostra das pessoas que adentraram o sistema prisional no ano de 2019, pareadas por idade. Tendo em conta que somente

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

Continuação do Parecer: 3.914.184

indivíduos adultos e do sexo masculino são internados na unidade prisional em questão, o quadro de amostragem inclui apenas participantes homens acima de 18 anos de idade. Para o componente qualitativo, serão identificados profissionais chave, tanto da gestão do sistema prisional quanto da secretaria de saúde, assim como os envolvidos na assistência à saúde com foco no fluxo de testagem para HIV, tanto na assistência hospitalar quanto na atenção primária. Será utilizada uma amostra propositiva de conveniência, primando-se pela diversidade de pesquisas dos profissionais de saúde e gestores entrevistados quanto ao perfil da clientela atendida e o perfil de atendimento (ou seja, atenção primária, assistência laboratorial, serviços de urgência e emergência gestores locais, regionais e, se possível, distritais).

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o padrão de testagem para o HIV em pessoas em conflito com a lei no Distrito Federal em 2019 e identificar diferentes barreiras e potencialidades do sistema de saúde e do sistema prisional para efetivação da testagem para o HIV nesta população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para o componente quantitativo, existe o risco de quebra de sigilo médico, devido a análise de prontuários. Quando da extração dos dados dos prontuários eletrônicos, será aplicada codificação para anonimizar os dados, impedindo a identificação de perfis individuais. Para o componente qualitativo, existe o risco de identificação da pessoa da entrevista. Por se tratar de entrevistas gravadas, não existe risco biológico para os

envolvidos. Os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo dos indivíduos entrevistados. As entrevistas gravadas serão transcritas e os arquivos de texto salvos de maneira anônima. Não se conhece o cenário de testagem para o HIV em pessoas em conflito com a lei, as diferentes barreiras e potencialidades do sistema de saúde e do sistema prisional, para esta população vulnerável. A situação de conflito com a justiça traz a oportunidade de ações de saúde pública. Informações que orientem a oferta sistemática de rastreamento da infecção por HIV pode significar um passo na efetivação do direito à saúde de uma população vulnerável com acesso precário ao sistema de saúde. Em termos coletivos, os resultados de um rastreamento universal e efetivo podem ser utilizados para o planejamento de estratégias de redução da disseminação da infecção no ambiente prisional e na comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante que descreverá o padrão de testagem para o HIV em população

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

Continuação do Parecer: 3.914.184

carcerária com vistas à prevenção da transmissão horizontal do HIV em indivíduos institucionalizados privados de liberdade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados, em conformidade com a Resolução 466/CNS, os seguintes documentos: projeto detalhado da pesquisa, resumo estruturado, termo de ciência das instituições participantes, termo de compromisso, dois termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE, um para os profissionais de saúde e outro para os presidiários, este último autorizando a utilização de suas informações contidas em prontuários eletrônicos, termo para utilização de dados individuais e institucionais, orçamento, cronograma, currículo lattes atualizado dos autores, e termo para utilização de imagem e voz dos participantes.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluo que o presente projeto não apresenta implicações éticas para estudo com humanos. Salvo melhor consideração do colegiado, meu voto é por sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto apreciado na 2ª Reunião Ordinária do CEP-FM-UnB-2020. Após apresentação do parecer do (a) Relator (a), aberta a discussão para os membros do Colegiado. O projeto foi Aprovado.

De acordo com a Resolução 466/2012-CONEP/CNS, itens X.1. - 3.b. e XI. -2.d, este Comitê chama a atenção da obrigatoriedade de envio do relatório parcial semestral e final do projeto de pesquisa para o CEP -FM, através de Notificações submetidas pela Plataforma Brasil, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1495449.pdf	06/02/2020 16:06:51		Aceito
Outros	cartaencaminhamento.PDF	06/02/2020 16:01:03	rafael jardim de moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_responsabilidade.pdf	06/02/2020 16:00:26	rafael jardim de moura	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_profissionais.pdf	06/02/2020	rafael jardim de	Aceito

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.914.184

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.pdf	15:57:34	moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_prontuario.pdf	06/02/2020 15:57:19	rafael jardim de moura	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assinada.pdf	06/02/2020 15:55:28	rafael jardim de moura	Aceito
Outros	curriculo_RJM.pdf	04/02/2020 08:33:14	rafael jardim de moura	Aceito
Outros	curriculo_GRM.pdf	04/02/2020 08:32:52	rafael jardim de moura	Aceito
Outros	resumoestruturado.pdf	03/02/2020 20:50:00	rafael jardim de moura	Aceito
Declaração de concordância	termo_autorizacao_coparticipante.pdf	03/02/2020 20:46:02	rafael jardim de moura	Aceito
Outros	termoautorizacaosom.doc	11/01/2020 12:51:24	rafael jardim de moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinal.pdf	11/01/2020 12:50:09	rafael jardim de moura	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	11/01/2020 12:47:47	rafael jardim de moura	Aceito
Orçamento	planilhadeorcamento.doc	11/01/2020 12:47:36	rafael jardim de moura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 13 de Março de 2020

Assinado por:
Antônio Carlos Rodrigues da Cunha
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

APÊNDICE 1 - Definição das variáveis para extração dos prontuários e de dados administrativos penitenciários

Pretos/Pardos: Descrição na ficha de identificação da prisão como preto ou pardo.

Estado Civil: Descrição na ficha de identificação da prisão.

Estado Civil: Descrição na ficha de identificação da prisão ou durante a consulta no prontuário.

Estado Civil: Descrição na ficha de identificação da prisão – presença de nome social - ou durante consulta no prontuário.

Estado Civil: Descrito na ficha de identificação da prisão.

Nível de atenção: Descrição no prontuário do local de atendimento.

Trauma: Descrição no prontuário de lesões por causas externas.

Violência interpessoal: Descrição no prontuário de que as lesões envolveram causa externa por terceiros.

Chegada em ambulância: Descrição no prontuário de chegada ao hospital por remoção de ambulância.

Intoxicação por álcool/outras drogas: Descrição no prontuário de suspeita de alteração comportamental por uso álcool ou outras drogas.

Trauma simples: Descrição em prontuário de trauma com ausência de violência interpessoal, chegada em ambulância ou intoxicação por álcool/outras drogas.

Coletou exame laboratorial: presença no prontuário de resultado de exame laboratorial associada à encontro clínico.

Realizou exame de imagem: presença no prontuário de resultado de exame de imagem associada à encontro clínico.

Pronto Socorro não trauma por intoxicação por álcool/outras drogas: motivo de consulta em que não havia lesão por causa externa mas havia descrição no prontuário de suspeita de alteração comportamental por uso álcool ou outras drogas.

Pronto Socorro não trauma em que realizou exame laboratorial: motivo de consulta em que não havia lesão por causa externa em que houve realização de exame laboratorial.

APÊNDICE 2 – Roteiros das entrevistas semiestruturadas do componente qualitativo

Testagem para o HIV em pessoas em conflito com a lei no Distrito Federal

Roteiro-guia para entrevistas semiestruturadas

INTRODUÇÃO [LER EM VOZ ALTA]: Olá, meu nome é [pesquisador(a)] e eu te entrevistarei para esse estudo. Nós queremos saber sobre o diagnóstico do HIV em pacientes no Pronto Socorro.

Antes de conversar sobre isso, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre suas experiências enquanto profissional ou gestor na área da saúde, incluindo suas opiniões e experiências no sistema de saúde em geral. Lembre-se de que você não precisa responder nenhuma pergunta que não queira ou que o deixe desconfortável. Você também pode encerrar essa entrevista a qualquer momento. Nessa entrevista, não há respostas certas ou erradas. Estamos interessados nas suas opiniões e experiências. Portanto, agradecemos se você responder as perguntas de forma aberta e sincera. As únicas pessoas que verão suas respostas serão as pessoas trabalhando nesse projeto de pesquisa.

Antes de começarmos, gostaria de perguntar se posso gravar o áudio dessa entrevista para que eu possa me concentrar exclusivamente na nossa conversa sem precisar de preocupar com anotar tudo o que você diz. Ninguém fora desse estudo terá acesso a essa gravação, e todos documentos relativos a esse estudo serão armazenados em computadores protegidos por senha e armários trancados. Quando formos transcrever essa gravação, apagaremos quaisquer informações que possam te identificar ou identificar pessoas que você mencione na entrevista. **Para confirmar, posso gravar essa entrevista?**

Você tem alguma pergunta antes de começarmos?

[INICIAR A GRAVAÇÃO] Quem fala é [nome do(a) pesquisador(a)] conduzindo uma entrevista semiestruturada com [número de identificação da participante] no [dia] na [hora] no [local].

1. **ANÁLISE CLÍNICA: Para começarmos, você pode me contar um pouco sobre como seu trabalho?**
 - a. Quais as principais atividades/responsabilidades no dia-a-dia
 - b. Seu cargo
 - c. Local de trabalho
2. **ANÁLISE CLÍNICA: Você poderia me contar mais sobre suas experiências no diagnóstico de HIV aqui no laboratório?**
 - a. Quais são as principais demandas diagnóstico de HIV aqui no laboratório?
3. **ANÁLISE CLÍNICA: Por favor descreva passo a passo o procedimento para exames laboratoriais em pacientes do Pronto Socorro.**
 - a. Solicitação de exame: eletrônico?
 - b. Coleta dos exames: diferença entre pacientes graves/trauma?
 - c. Diferenças entre exames convencionais e testes rápidos.

- d. Fornecimento de resultados
 - e. O que você faria/costuma fazer caso o resultado venha alterado?
4. No caso do HIV, existe alguma diferença?
 - a. Como é comunicação com os profissionais que fazem a solicitação dos exames caso o exame venha com alteração?
 5. ANÁLISE CLÍNICA: Aqui no hospital, a enfermagem realiza a coleta e leitura do teste rápido para o HIV em algum setor?
 6. ANÁLISE CLÍNICA: Considerando todos os passos para se testar pessoas para HIV no seu serviço, que sugestões você daria para otimizar esse processo?
 7. ANÁLISE CLÍNICA: Se você tivesse carta branca para implementar uma nova política para testagem para o HIV no laboratório, o que você faria?
 - a. Pontos que seriam mudados
 - b. Pontos que seriam mantidos
 8. ANÁLISE CLÍNICA: Qual seria o impacto e quais recursos seriam necessários para se realizar testagem para o HIV automática em todas amostras oriundas do Pronto Socorro?
-

1. ENFERMAGEM: Para começarmos, você pode me contar um pouco sobre como seu trabalho?
 - a. Quais as principais atividades/responsabilidades no dia-a-dia
 - b. Local de trabalho
 - c. Setor
2. ENFERMAGEM: Por favor descreva passo a passo o procedimento para se obter exames em pacientes no Pronto Socorro.
 - a. Solicitação de exame: eletrônico?
 - b. Coleta do exame: quem coleta?
 - c. Tempo de espera
 - d. Fornecimento de resultados
3. ENFERMAGEM: Em caso de trauma, quais são as diferenças no atendimento e na solicitação de exames? Coleta? Resultados?
4. ENFERMAGEM: Você poderia me contar mais sobre suas experiências em relação ao HIV no seu trabalho no Pronto Socorro?
 - a. Realiza testes rápidos? Qual o procedimento para se realizar teste rápido de HIV no PS?
 - b. Como o resultado de testes de HIV são comunicados ao paciente (positivos e negativos)? Qual profissional? Caso o exame seja positivo, qual o procedimento adotado por parte da enfermagem?

- c. Quais tipos de quadro clínico no Pronto Socorro você acredita ter maior risco de ser relacionado ao HIV/aids?
 - d. Quais tipos de pacientes que chegam ao Pronto Socorro você acredita ter maior risco de ser soropositivo?
 - e. Já se envolveu em algum acidente perfurocortante? Como foi? Essa sua experiência mudou as precauções que toma em relação a acidentes perfurocortantes? Existem tipos de atendimento ou pacientes que ensejam a precauções extra?
5. **ENFERMAGEM:** Na sua opinião, qual é o papel de profissionais de enfermagem no diagnóstico do HIV no Pronto Socorro? O que você acha que deveria mudar em relação ao que ocorre atualmente no tocante ao papel do profissional de enfermagem no diagnóstico do HIV no Pronto Socorro?
6. **ENFERMAGEM:** Se houvesse uma maior testagem para HIV nos pacientes do pronto socorro nos diferentes cenários, qual seriam os pontos positivos e negativos?
- a. Testagem automática para HIV de todo exame solicitado no Pronto Socorro que chega ao laboratório.
 - b. Coleta automática pela enfermagem para pacientes com politrauma/indicação cirúrgica ao se pegar o acesso venoso para testagem automática pelo laboratório.
 - c. Oferta de testagem com teste rápido com saliva pela enfermagem para todos pacientes do Pronto Socorro durante a triagem ou a qualquer momento.
7. **ENFERMAGEM:** Na sua opinião, qual(is) tipo(s) de paciente ou de atendimento seriam mais beneficiados por um programa de testagem de rotina para HIV no PS?
- a. Pacientes: orientação sexual, gênero, raça/cor, origem, conflito com a lei
 - b. atendimentos: Pacientes com trauma? Algum perfil de doença clínica?
8. **ENFERMAGEM:** Na sua opinião, quais seriam os possíveis conflitos éticos de se solicitar exames para HIV em pacientes:
- a. Com trauma grave?
 - b. Instáveis/inconscientes?
-

1. **MED-TRAUMA:** Para começarmos, você pode me contar um pouco sobre como seu trabalho?
- a. Quais as principais atividades/responsabilidades no dia-a-dia
 - b. Local de trabalho
 - c. Setor

2. **MED-TRAUMA:** Por favor descreva passo a passo o procedimento para se obter exames em pacientes no Pronto Socorro.
 - a. Solicitação de exame: eletrônico?
 - b. Coleta do exame: quem coleta?
 - c. Tempo de espera
 - d. Fornecimento de resultados

3. **MED-TRAUMA:** Em caso de trauma grave, há alguma diferença na solicitação de exames? Coleta? Resultados?

4. **MED-TRAUMA:** Você poderia me contar mais sobre suas experiências em relação ao HIV no seu trabalho no Pronto Socorro?
 - a. **MÉDICOS:** Costuma pedir exames para HIV no Pronto Socorro? Já pediu alguma vez? Qual tipo de exame?
 - a. Conhece sobre os testes rápidos?
 - b. Como o resultado de testes de HIV são comunicados ao paciente (positivos e negativos)? Qual profissional? Caso o exame seja positivo, qual o procedimento adotado por parte do médico? Encaminhamento? Tratamento? Algum outro exame complementar?
 - b. **MÉDICOS:** Quais tipos de quadro clínico no Pronto Socorro você acredita ter maior risco de ser relacionado ao HIV/aids?
 - c. **MÉDICOS:** Quais tipos de pacientes que chegam ao Pronto Socorro você acredita ter maior risco de ser soropositivo?
 - a. **MÉDICOS:** Já se envolveu em algum acidente perfurocortante durante procedimentos cirúrgicos? Como foi? Essa sua experiência mudou as precauções que toma em relação a acidentes perfurocortantes? Existem tipos de atendimento ou pacientes que ensejam a precauções extra?

5. **MED-TRAUMA:** Se houvesse uma maior testagem para HIV nos pacientes do pronto socorro nos diferentes cenários, qual seriam os pontos positivos e negativos?
 - a. Testagem automática para HIV de todo exame solicitado no Pronto Socorro que chega ao laboratório.
 - b. Testagem automática pela enfermagem para pacientes com politrauma/indicação cirúrgica.
 - c. Oferta de testagem com teste rápido com saliva pela enfermagem para todos pacientes do Pronto Socorro durante a triagem ou a qualquer momento.

6. **MED-TRAUMA:** Na sua opinião, qual(is) tipo(s) de paciente ou de atendimento seriam mais beneficiados por um programa de testagem de rotina para HIV no PS?
 - a. Pacientes: orientação sexual, gênero, raça/cor, origem, conflito com a lei?

- b. **Atendimentos: Pacientes com trauma? Algum tipo de doença clínica?**
7. **MED-TRAUMA: Na sua opinião, quais seriam os possíveis conflitos éticos em se solicitar exames para HIV em pacientes:**
- a. **Com trauma grave?**
 - b. **Instáveis/inconscientes?**
-

1. **MÉDICOS-CM: Para começarmos, você pode me contar um pouco sobre como seu trabalho?**
- a. **Quais as principais atividades/responsabilidades no dia-a-dia**
 - b. **Local de trabalho**
 - c. **Setor**
2. **MÉDICOS-CM: Por favor descreva passo a passo o procedimento para se obter exames em pacientes no Pronto Socorro.**
- a. **Solicitação de exame: eletrônico?**
 - b. **Coleta do exame: quem coleta?**
 - c. **Tempo de espera**
 - d. **Fornecimento de resultados**
3. **MÉDICOS-CM: Você poderia me contar mais sobre suas experiências em relação ao HIV no seu trabalho no Pronto Socorro?**
- a. **MÉDICOS-CM: Costuma pedir exames para HIV no Pronto Socorro? Já pediu alguma vez? Qual tipo de exame?**
 - a. **Conhece sobre os testes rápidos?**
 - b. **Como o resultado de testes de HIV são comunicados ao paciente (positivos e negativos)? Qual profissional? Caso o exame seja positivo, qual o procedimento adotado por parte do médico? Encaminhamento? Tratamento? Algum outro exame complementar?**
 - b. **MÉDICOS-CM: Quais tipos de quadro clínico no Pronto Socorro você acredita ter maior risco de ser relacionado ao HIV/aids?**
 - c. **MÉDICOS-CM: Quais tipos de pacientes que chegam ao Pronto Socorro você acredita ter maior risco de ser soropositivo?**
 - b. **MÉDICOS-CM: Já se envolveu em algum acidente perfurocortante durante procedimentos cirúrgicos? Como foi? Essa sua experiência mudou as precauções que toma em relação a acidentes perfurocortantes? Existem tipos de atendimento ou pacientes que ensejam a precauções extra?**

4. **MÉDICOS-CM: Se houvesse uma maior testagem para HIV nos pacientes do pronto socorro nos diferentes cenários, qual seriam os pontos positivos e negativos?**
 - a. Testagem automática para HIV de todo exame solicitado no Pronto Socorro que chega ao laboratório.
 - b. Testagem automática pela enfermagem para pacientes com politrauma/indicação cirúrgica.
 - c. Oferta de testagem com teste rápido com saliva pela enfermagem para todos pacientes do Pronto Socorro durante a triagem ou a qualquer momento.

5. **MÉDICOS-CM: Na sua opinião, qual(is) tipo(s) de paciente ou de atendimento seriam mais beneficiados por um programa de testagem de rotina para HIV no PS?**
 - a. Pacientes: orientação sexual, gênero, raça/cor, origem, conflito com a lei?
 - b. atendimentos: Pacientes com trauma? Algum tipo de doença clínica?

6. **MÉDICOS-CM: Na sua opinião, quais seriam os possíveis conflitos éticos em se solicitar exames para HIV em pacientes:**
 - a. Com trauma grave?
 - b. Instáveis/inconscientes?

Muito(a) obrigado(a) por compartilhar suas experiências comigo!
Isso era tudo que eu tinha para te perguntar por hoje.

Há alguma outra que você acha que seria importante de falar e que eu não te perguntei?

Ótimo. Isso conclui nossa entrevista. Muito(a) obrigado(a) pelo tempo que você passou respondendo às minhas perguntas.

[DESLIGAR O GRAVADOR]