



FACENE

**ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – FACENE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
NÍVEL DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ADELSON FRANCISCO FERREIRA

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO  
ANTI-HIV PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

JOÃO PESSOA-PB  
2017

ADELSON FRANCISCO FERREIRA

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO  
ANTI-HIV PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à  
Coordenação do Programa de Pós-  
Graduação em Saúde da Família, nível  
Mestrado, da Faculdade de  
Enfermagem e Medicina Nova  
Esperança, para fins de apreciação e  
qualificação.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão  
de Cuidado em Saúde

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro

JOÃO PESSOA – PB

2017

F439i

Ferreira, Adelson Francisco

Instrumento de avaliação da descentralização do teste rápido anti-HIV para atenção primária à saúde / Adelson Francisco Ferreira. – João Pessoa, 2017.

69f.;il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro.

Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. HIV. 2. Aids. 3. Diagnóstico. 4. Atenção Primária à Saúde.  
I. Título.

CDU: 614:616.97

ADELSON FRANCISCO FERREIRA

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO  
ANTI-HIV PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada pelo aluno Adelson Francisco Ferreira do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado(a) em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro**  
Orientadora

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jordana de Almeida Nogueira**  
Membro Externo Titular

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Aparecida de Almeida**  
Membro Interno Titular

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rafaela Gerbasi Nóbrega**  
Membro Externo Suplente

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Anne Jaquelyne Roque Barrêto**  
Membro Interno Suplente

## DEDICATÓRIA

*Dedico esta, assim como todas às minhas demais conquistas, a meus filhos **Johnata Ferreira** e **Douglas Ferreira** que são os melhores e maiores presentes que a vida me concedeu.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço de forma especial aos meus amigos-irmãos **Isaurina Meireles** e **Severino Vasconcelos**, pela generosidade, cumplicidade e o sentimento de amor recíproco que existe entre nós. Sem a contribuição de vocês esse sonho não se tornaria realidade.*

*A obtenção desta conquista não seria possível sem a cooperação de todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para o alcance deste objetivo.*

*A minha **mãezinha, Adeilza Sena**, que de forma excepcional desempenhou o ofício de Pai e Mãe durante toda minha vida, sendo meu porto seguro, meu exemplo de perseverança e meu estímulo de dedicação para cada vitória alcançada.*

*Aos meus irmãos, **Alison Sena** e **Ivan Filho**, pelo companheirismo de um laço de amizade, familiar e fraterno e os verdadeiros votos de reconhecimento expressos.*

*A minha avó, **Macrina Sena**, que sempre foi uma mãe, apesar de ela sempre se referir aos netos como “meus tesouros”, é a senhora que ocupa o espaço de tesouro maior na nossa família.*

*A minha esposa, **Edilaine Silva**, minha companheira incondicional de todas as horas. Sei o quanto tive tão perto e tão longe ao mesmo tempo nos últimos meses. Obrigada por me fazer sentir tão amado, tanto nos momentos bons como nos difíceis da nossa vida.*

*A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro**, pessoa qual a vida me deu o prazer de conhecer e conviver, sua dedicação, profissionalismo e o sentimento de amorosidade impresso em cada ação, contribuiu de forma direta para a conclusão deste trabalho.*

*A minha banca, Prof.<sup>a</sup> **Sandra Almeida**, Dr.<sup>a</sup> **Jordana de Almeida Nogueira**, pelas contribuições finais a este trabalho.*

*A Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Anne Jaquelyne Roque Barrêto**, pela admiração desde a graduação, onde tive a honra de ser seu aluno, sendo espelho de motivação durante a realização deste processo.*

*Ao Prof.<sup>o</sup> **Fabricio Garcia**, sendo o primeiro incentivador na introdução da vida acadêmica, reconhecendo as qualidades de um aluno e estimulando de forma positiva para o futuro, mesmo que no início da vida acadêmica.*

*As colegas de turma, em especial as minhas eternas professoras **Salmana Rianne**, **Glaydes Nely**, **Valéria Barros**, **Ilana** e **Mikaela Madruga**, pela experiência compartilhada em cada momento. Assim como minhas companheiras **Carla**, **Eliziane** e **Elissandra**, pela convivência, através da amizade e união ao longo desta relevante etapa de nossas vidas.*

Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Nível de Mestrado Profissionalizante em Saúde Da Família, pelos momentos de aprendizado. A **FACENE**, pelo acolhimento, formação e crescimento profissional, sendo responsável por todo o conhecimento acadêmico adquirido.

A todos os meus **amigos**, pelo apoio concedido para o desenvolvimento dessa pesquisa. Não é possível citar o nome de todos, mas agradeço de forma grandiosa.

## RESUMO

FERREIRA, A. F. **Instrumento de avaliação da descentralização do teste rápido anti-hiv para atenção primária à saúde.** 2017. 67f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem Nova Esperança -FACENE, João Pessoa, 2017.

Trata-se de um estudo metodológico com o propósito de elaborar um instrumento para avaliar a implantação do teste rápido anti-HIV na Atenção Primária a saúde, direcionado aos profissionais realizadores da testagem. As etapas de pesquisa do presente estudo foram: justificativa da temática através de uma revisão integrativa; embasamento teórico para compreensão e apresentação dos componentes estruturais e processuais da avaliação da Atenção Primária a saúde; levantamento de informações por meio da análise de documentos do Ministério da Saúde referentes ao teste rápido anti-HIV; realização do Curso de Diagnóstico de HIV no Sistema TELELAB de Educação Permanente; leitura sistemática e análise textual dos documentos do Ministério da Saúde, incluindo os disponibilizados pelo curso de Diagnóstico de HIV; desenvolvimento das variáveis; estabelecimento do padrão de respostas para cada pergunta desenvolvida; e formatação dos resultados em um modelo de instrumento aplicável e compreensível. Tomando-se como base referencial os estudos de Donbedian e Starfield, o instrumento foi construído sob duas dimensões categorizadas para avaliar os serviços de saúde – estrutura e processo, a partir das quais foram destacados os componentes necessários para a construção de um instrumento capaz de mensurar de forma eficaz a qualidade da oferta e realização do teste rápido anti-HIV, descentralizado para a APS. Na dimensão 1 – Estrutura/Capacidade, foram contemplados 10 componentes: pessoal, instalações e equipamentos, gerenciamento e comodidades, variedade de serviços, organização de serviços, continuidade, acesso, financiamento, população eletiva, e administração. Na dimensão 2 – Processo/Desempenho, foram abrangidos 4 componentes: punção, realização do teste rápido, resultado do teste rápido, fluxograma, e segurança e qualidade dos kits de testagem. A versão final do instrumento contemplou 61 variáveis, agrupadas em dois blocos nomeados pelas dimensões foco da investigação, e que contemplam respostas dicotômicas ou de múltipla escolha a depender da necessidade de oferecer ao respondente todas as possibilidades de assertivas a serem mencionadas durante o inquérito. Espera-se, a partir da elaboração desse instrumento, a validação acadêmica para que seja submetido a um processo de avaliação crítica a fim de garantir a sua viabilidade e a construção de novos instrumentos avaliativos ao tocante tema, que sejam direcionados aos gestores e aos usuários, sabendo que, para analisar a qualidade das ações na APS é necessário criar mecanismos que contemplem a tríade gestor-profissional-usuário.

**Palavras-chave:** HIV. Aids. Diagnóstico. Atenção Primária à Saúde.



## ABSTRACT

FERREIRA, A. F. **Evaluation tool for the decentralization of the rapid anti-HIV test for primary health care.** 2017. 67f. Dissertation (Master's Degree) - Faculdade de Enfermagem Nova Esperança -FACENE, João Pessoa, 2017.

This is a methodological study with the purpose of elaborating an instrument to evaluate the implementation of a rapid HIV test in Primary Health Care, directed to professional conductors of the test. The research stages of the present study were: justification of the theme through an integrative review; Theoretical basis for understanding and presenting the structural and procedural components of the Primary Health Care assessment; Collection of information through the analysis of documents from the Ministério da Saúde regarding rapid HIV test; The completion of HIV Diagnosis Course in the TELELAB Permanent Education System; Systematic reading and textual analysis of documents from the Ministério da Educação, including those provided by the HIV Diagnosis course; Development of variables; Establishment of standard answers for each question developed; And formatting the results into an applicable and understandable instrument model. Taking the Donbedian and Starfield studies as a baseline the instrument was constructed under two dimensions categorized to evaluate health services - structure and process, from which the necessary components in the construction of an instrument capable of measuring Effectively the quality of supply and the rapid anti-HIV test, decentralized to PHC. In the dimension 1 - Structure / Capacity, 10 components were contemplated: personnel, facilities and equipment, management and amenities, variety of services, service organization, continuity, access, financing, elective population, and administration. In dimension 2 - Process / Performance, 4 components were included: puncture, rapid test, rapid test result, flowchart and safety and quality of the test kits. The final version of the instrument included 61 variables, grouped into two blocks named by the focus dimensions of the investigation, and contemplate dichotomous or multiple choice responses depending on the need to offer the respondent all the assertive possibilities to be mentioned during the survey. It is expected that, from the elaboration of this instrument, academic validation will be submitted to a critical evaluation process in order to guarantee its feasibility and the construction of new evaluation instruments on the subject, which are directed to managers and users, Knowing that, in order to analyze the quality of the actions in the APS, it is necessary to create mechanisms that contemplate the manager-professional-user triad.

**Keywords:** HIV. AIDS. Diagnosis. Primary Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b>	Representação dos componentes para avaliação da APS proposto por Starfield.....	32
<b>Figura 2</b>	Representação gráfica das etapas necessárias para a construção de um questionário.....	36
<b>Figura 3</b>	Esquematização das etapas percorridas para o desenvolvimento do instrumento.....	39

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Artigos selecionados para o Eixo Temático I com destaque no título, ano de publicação, região e método.....	19
<b>Quadro 2</b>	Artigos selecionados para o Eixo Temático II com destaque no título, ano de publicação, região e método.....	20
<b>Quadro 3</b>	Distribuição das variáveis de acordo com os componentes da dimensão 1 – estrutura/capacidade.....	43
<b>Quadro 4</b>	Distribuição das variáveis de acordo com os componentes relacionados às ações do profissional da dimensão 2 – Processo/Desempenho.....	50
<b>Quadro 5</b>	Instrumento de Avaliação da Descentralização do Teste Rápido Anti-Hiv para APS.....	53

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS	Atenção Primária à Saúde
SINAN	Sistema Informação de Agravos de Notificação
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DDAHV	Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
SAE	Serviços de Atendimento Especializados em HIV/Aids
QV	Qualidade de Vida
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1	PROBLEMÁTICA .....	13
1.1.1	HIV/Aids: aspectos epidemiológicos.....	13
1.1.2	A descentralização do teste rápido anti-HIV: potencialidade ou entrave na APS?.....	14
1.2.	OBJETIVO.....	16
<b>2</b>	<b>DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS NO BRASIL.....</b>	<b>17</b>
2.1	JUSTIFICANDO A PROBLEMÁTICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA NACIONAL.....	18
2.1.1	Eixo temático I – Testagem do HIV voltada para mulheres na vertente da gestação.....	20
2.1.2	Eixo temático II – Diagnóstico do HIV/Aids na vertente do aconselhamento e qualidade de vida.....	22
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>27</b>
3.1	O PANORAMA DA DESCENTRALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO ANTI-HIV PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	28
3.2	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERSPECTIVA DO PROCESSO E ESTRUTURA.....	30
3.3	ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	34
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>38</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	39
4.2	ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	39
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>42</b>
5.1	DIMENSÃO 1 – ESTRUTURA/CAPACIDADE.....	43
5.2	DIMENSÃO 2 – PROCESSO/DESEMPENHO.....	49
5.3	VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO, SUJEITO A ALTERAÇÕES DA BANCA.....	53
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>62</b>

# **1 INTRODUÇÃO**

## 1.1 PROBLEMÁTICA

### 1.1.1 HIV/Aids: aspectos epidemiológicos

O presente estudo tem por objeto elaborar um instrumento para avaliar a descentralização do teste rápido anti-HIV para a Atenção Primária à Saúde (APS). Para tal, torna-se indispensável tecer algumas considerações acerca da temática e sua relevância para a organização dos serviços da APS.

A começar pelo agravo, a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids - sigla essa que é originada do inglês - *Acquired Immune Deficiency Syndrome*) se constitui um grande problema que progride em todas as regiões do mundo desde sua identificação no início da década de 1980.

Desde seu surgimento, o número de casos tem multiplicado, ganhando grande repercussão e visibilidade entre autoridades, gestores, profissionais e pesquisadores do campo da saúde. A estimativa para o ano 2015 foi de 38,9 milhões de pessoas infectadas pelo vírus HIV no mundo (UNAIDS, 2015).

No tocante ao Brasil, foi notificado até o mês de junho de 2016 no Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 842.710 casos de pessoas com aids, onde se destaca a região Sudeste com o maior número de casos notificados, sendo 71.396 (52,1%), seguido das regiões Sul com 28.879 (21,1%), Nordeste com 18.840 (13,8%), Centro-Oeste sendo 9.152 (6,7%) e da Região Norte com 6.868 (6,3%) casos notificados. Na região nordeste, mais precisamente na Paraíba, foram notificados nas três últimas décadas, 7.572 casos de Aids (BRASIL, 2016a).

O Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/Aids (UNAIDS), na Assembleia Geral das Nações Unidas realizada em junho de 2016, reconhece que a propagação do HIV no mundo tem diversas causas que comprometem o controle da epidemia, dentre elas as barreiras socioculturais, políticas e econômicas, que refletem em uma assistência aos serviços de saúde fragilizada, no que concerne ao controle da doença, incluindo a ausência ou a dificuldade de acesso ao diagnóstico em tempo oportuno (UNAIDS, 2016).

Diante do cenário mundial que aponta elevados índices de contaminação pelo HIV e da necessidade de oferta de ações que visem diminuir a disseminação da doença, a UNAIDS traz um conjunto de objetivos, dentre eles a estratégia denominada “90-90-90”, uma pactuação audaciosa que impulsiona o combate ao HIV e propõe o fim da epidemia até 2030. A estratégia sugere que até o ano de 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV/Aids sejam diagnosticadas, 90% das pessoas diagnosticadas recebam tratamento e que 90% das pessoas em tratamento não mais possam transmitir o vírus, devido a supressão da carga viral (UNAIDS, 2016).

Dentre as metas, encontra-se o diagnóstico precoce como medida emergencial para conter a disseminação da enfermidade, uma vez que permite ao indivíduo conhecer sua condição sorológica, instaurando o tratamento para o controle da carga viral e a orientação quanto à prevenção de novos casos, havendo, conseqüentemente, uma diminuição no período de internação e um aumento da sobrevida naqueles com resultados positivos (MARTINS et al., 2015).

Em consonância às proposituras internacionais, o Ministério da Saúde (MS) representado pelo então Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Aids e Hepatites Virais (DIAHV), criado desde 1986, estabeleceu como objetivos a redução da transmissão do HIV e a melhora na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids na luta contra a aids (Brasil, 2015).

É importante destacar que para o alcance de tais objetivos, este órgão passa a alertar e incentivar o diagnóstico precoce do HIV/Aids como finalidade dentre as ações de controle, com a recomendação de que o exame não deveria ser ofertado apenas pelos serviços de referência da rede pública de saúde, mas tendo como umas das diretrizes a descentralização do teste rápido anti-HIV para a APS (VILAR et al., 2011).

### 1.1.2 A descentralização do teste rápido anti-HIV: potencialidade ou entrave na APS?

Em 2006 foi dado início através do DIAHV, o processo de implantação do teste rápido anti-HIV nos serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2016b). Sendo



normatizado pela Portaria Nº 151/2009 do MS, que determina o uso do teste rápido para o diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais (BRASIL, 2009).

Com o intuito de criar possibilidades para melhorar a qualidade e ampliar o acesso ao diagnóstico de HIV, o Ministério da Saúde através da Portaria de Nº 77, de 12 de janeiro de 2012, descentraliza o teste rápido anti-HIV para os serviços da APS, direcionado ao diagnóstico no pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2013). Em 2013, através da Portaria Nº 29, de 17 de dezembro de 2013, que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, revisto semestralmente e atualizado à luz dos avanços científicos, o teste rápido anti-HIV passa a ser amplamente oferecido à toda a população em diversos serviços de saúde, dentre eles, na APS (BRASIL, 2016b).

Segundo o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, qualquer profissional de saúde pode atuar na realização do teste Rápido, desde que realizem capacitação adequada. A priori as capacitações foram realizadas por profissionais multiplicadores pertencentes às Secretárias de Saúde dos Estados. Atualmente, os profissionais da APS são orientados à realizar um curso de capacitação *online* que aborda a morfologia do vírus HIV, métodos para o diagnóstico da infecção, leitura e interpretação dos resultados e os fluxogramas indicados pelo Ministério da Saúde para o diagnóstico da infecção, oferecido por uma plataforma de ensino a distância denominada de TELELAB (BRASIL, 2016b).

Os kits para realização do teste rápido anti-HIV são adquiridos pelo Ministério da Saúde, que repassa mensalmente aos estados, que por sua vez, distribui aos municípios e aos serviços de saúde pública pertencente a rede estadual (BRASIL, 2016b).

Se por um lado, considera-se que uma das principais estratégias para a prevenção do HIV consiste na ampliação do acesso e oferta da testagem anti-HIV, uma vez que o diagnóstico precoce viabiliza uma assistência adequada ao portador do vírus de maneira a controlar a evolução clínica da doença e a transmissão desenfreada, por outro lado há que se avaliar os desafios decorrentes da implementação de uma nova atribuição no nível da APS (ZAMBENEDETTI; BOTH, 2013).

A inclusão do aconselhamento e do diagnóstico do HIV na rotina dos serviços da rede básica de saúde consiste em uma reorganização do processo de trabalho

não só da equipe, mas do serviço como um todo. Exige uma atenção voltada para o tempo de atendimento, reformulações de fluxo da demanda, funções e oferta de atividades no serviço de saúde (BRASIL, 2015).

Para que haja acesso ao diagnóstico, criação de vínculo e confiança entre profissional e usuários, faz-se necessário elaborar estratégias que considerem o estigma gerado por aproximadamente quatro décadas diante da infecção pelo HIV no planejamento das ações e serviços; além da confiabilidade da equipe no teste rápido e o preparo da mesma para garantir o aconselhamento com orientações pertinentes ao contexto de vida do usuário e assistência adequada ao manejo de uma doença crônica (ZAMBENEDETTI; BOTH, 2013).

Entendendo o paralelo entre a importância de viabilização do diagnóstico em tempo oportuno com fácil acesso para toda a população vulnerável ao HIV/Aids e os possíveis obstáculos encontrados na dinâmica dos serviços de saúde que influenciam na oferta da ação, buscar-se-á por meio deste estudo a construção de um instrumento de avaliação da descentralização do teste rápido anti-HIV na APS.

## 1.2 OBJETIVO

Elaborar um instrumento de avaliação da descentralização do teste rápido anti-HIV para a APS.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

## 2.1 JUSTIFICANDO A PROBLEMÁTICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA NACIONAL

Diante da importância da descentralização do diagnóstico do HIV/Aids, fez-se necessário uma investigação e sumarização da temática a fim de sistematizar e sintetizar a produção científica desenvolvida na área, propiciando a visualização da produção científica atual e as áreas do conhecimento não exploradas sobre o fenômeno estudado.

De modo a garantir a execução das etapas metodológicas de um estudo desta categoria, foram estabelecidas e cumpridas as fases sequenciais a seguir: formulação da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos resultados; discussão dos dados obtidos; apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Elegeu-se como questão norteadora: quais vertentes têm sido abordadas nas pesquisas de 2010 a 2014 relacionadas ao diagnóstico do HIV no Brasil?

Os artigos científicos que compuseram a amostra deste estudo foram coletados em periódicos indexados nas bases eletrônicas presentes na Biblioteca Virtual de Saúde por se tratar de um dos principais portais de revistas do País. A investigação dos artigos aconteceu no mês de dezembro do ano de 2015, na qual foi empregado os descritores “HIV”, “aids” e “diagnóstico”, tendo o operador *booleano* “and” como meio de conexão. Posteriormente, houve refinamento de busca para os “últimos cinco anos”, descritores presentes no “título” e país da produção “Brasil”.

Para compor o arsenal de trabalhos incluídos nesta revisão, realizou-se uma leitura sistemática e crítica de todos os títulos e resumos a fim de discriminar os textos completos, categorizados como artigo, no idioma português, publicados entre os anos de 2010 a 2014 e acessíveis na Biblioteca Virtual de Saúde. Dentre 23 trabalhos identificados, foram excluídos 4 artigos por repetição e 12 por não corresponder à temática, selecionando-se 8 artigos para serem abordados neste estudo.

Um instrumento específico foi aplicado com o intuito de sintetizar os dados considerados importantes para a análise dos trabalhos, como: título do artigo, ano

de publicação, região onde se desenvolveu a pesquisa e método; além da compilação dos resultados encontrados nos estudos selecionados que foram agrupados em dois eixos temáticos por apresentar vertentes similares para melhor discussão dos dados.

Garante-se que os aspectos éticos foram respeitados em virtude de que todas as informações adquiridas estão destacadas no decorrer do texto e citadas pelo registro das referências dos autores ao final do trabalho.

Quanto ao enfoque dos estudos inseridos na revisão, foi possível identificar dois eixos temáticos. O primeiro eixo foi intitulado “Testagem do HIV/Aids voltada para mulheres na vertente da gestação” e a segunda categoria nomeada como “Diagnóstico do HIV/Aids no aspecto do aconselhamento e qualidade de vida”.

Os Quadros 1 e 2 destacam os principais dados das publicações selecionadas e agrupadas por categorias de afinidade temática, a partir dos quais identificou-se produção acentuada no ano de 2013 (50%), seguido do ano de 2012 (25%); relevância de produção na região Sudeste (50%), sendo as regiões Sul e Centro-Oeste as responsáveis pelas demais publicações com 25% cada e predominância do método qualitativo (87,5%).

**QUADRO 1** – Artigos selecionados para o Eixo Temático I com destaque no título, ano de publicação, região e método. João Pessoa, PB, Brasil, 2015.

<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Região</b>	<b>Método</b>
A gravidez e a maternidade na vida de mulheres após o diagnóstico	2012	Centro-Oeste	Qualitativo
A rede social significativa de uma mulher após o diagnóstico de HIV/Aids	2013	Sudeste	Qualitativo
Compartilhamento do diagnóstico do HIV/Aids: um estudo com mulheres	2013	Sul	Qualitativo
A testagem anti-HIV nos serviços de ginecologia do município de Rio de Janeiro	2014	Sudeste	Qualitativo

**QUADRO 2** - Artigos selecionados para o Eixo Temático II com destaque no título, ano de publicação, região e método. João Pessoa, PB, Brasil, 2015.

<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Região</b>	<b>Método</b>
Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico	2012	Centro-Oeste	Quantitativo
Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Município do Rio de Janeiro e o Acesso ao Diagnóstico do HIV entre e População Negra: uma análise qualitativa	2010	Sudeste	Qualitativo
Revelação do Diagnóstico da Infecção pelo HIV no Contexto do Aconselhamento: A Versão do Usuário	2013	Sudeste	Qualitativo
Gestão e processos de trabalho nos Centros de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre-RS na perspectiva de seus aconselhadores	2013	Sul	Qualitativo

2.1.1 Eixo temático I – Testagem do HIV voltada para mulheres na vertente da gestação

Os discursos iniciais voltados para a epidemia da aids, por meio dos quais houve uma maior associação aos homossexuais e as pessoas de comportamento promíscuo, exerceu forte influência sobre o quesito prevenção. Contudo, as estatísticas atuais apontam para o crescimento do HIV entre as pessoas que se encontram na terceira idade, heterossexuais e mulheres (VON ZUBEN; RISSI; LORENZI, 2013).

A infecção ocasionada pelo HIV expandiu-se e hoje se trata de uma realidade voltada para a população em geral. Informações acerca dos riscos e orientações quanto a realização de práticas seguras, favorecem a redução da incidência e prevalência das IST's bem como ao HIV. A ampliação do acesso ao aconselhamento, diagnóstico e tratamento tornam-se extremamente resolutivos para que haja o controle dessa transmissão (ARAUJO et al., 2014).

Tratando-se do público feminino, referiram que a realização da testagem só foi realizada mediante a exigência dos exames gestacionais, seguida pela razão da existência de outras doenças e são poucas as que procuram o exame de maneira voluntária (GONÇALVES; WEBER; ROSO, 2013).

O diagnóstico do HIV no início da gestação favorece uma significativa redução da transmissão vertical, deste modo, o teste anti-HIV deve ser ofertado a toda gestante desde a primeira consulta pré-natal. É escasso o número de mulheres que recebem a sugestão para realização do referido teste durante o atendimento ginecológico de rotina, sendo necessária a implantação dessa oferta para além da solicitação do pré-natal a fim de fomentar e potencializar as ações de prevenção e estímulo ao diagnóstico precoce e tratamento adequado da infecção (ARAUJO et al., 2014).

A maternidade viabiliza a resignificação na vida das mulheres portadoras do HIV, favorecendo mudanças relacionadas à visão de mundo e comportamento. Essas mulheres consideram a gestação como um marco de mudanças em sua trajetória, redirecionando o sentido da maternidade para a reconstrução de sua vida (SANTOS et al., 2012).

Pesquisas recentes mostram a importância do apoio social como elemento de proteção e enfrentamento entre pessoas soropositivas. Um dos estudos trata da rede social significativa de uma mulher após o diagnóstico de HIV/Aids, relatando desde o recebimento do diagnóstico até o seu impacto e significados na rede de relacionamentos. Ressalta-se que, embora reconheça comportamentos de vulnerabilidade à infecção, a procura pelo serviço de saúde para a realização da testagem anti-HIV só ocorreu após o surgimento dos primeiros sinais e sintomas (VON ZUBEN; RISSI; LORENZI, 2013).

Apesar do reconhecimento e admissão da exposição às situações de risco e a não utilização de medidas preventivas, os estudos apontam que a maioria das mulheres acreditam que não estejam infectadas pelo vírus, destacando o medo como o principal fator restritivo para a realização desse exame (ARAUJO et al., 2014).

Em geral, a população possui dificuldades em adaptar-se à uma condição de soropositividade pela representação social estigmatizante e discriminatória que a doença apresenta. Por isso que nos dias atuais persiste o desafio de descobrir a condição sorológica, revelando a importância do atendimento nas unidades de saúde pública de referência ao HIV/Aids para o enfrentamento da epidemia (BRASIL, 2013).

Sendo a atenção básica umas das portas de entrada dos usuários da saúde, esta deve oferecer serviços, tais como ações educativas para a promoção à saúde e prevenção à doenças, aconselhamento para os testes diagnósticos de HIV bem como para adesão a terapia instituída (ARAUJO et al., 2014).

O teste rápido é realizado como uma importante forma de controle da epidemia nas Unidades Básicas de Saúde, oferecido na perspectiva da universalidade e acessibilidade, sendo realizado após o consentimento do usuário que receberá o aconselhamento adequado tanto no pré quanto no pós teste. O diagnóstico precoce é de fundamental importância para que haja o sucesso no tratamento do soropositivo (ARAUJO et al., 2014).

A oferta e o acesso a testagem anti-HIV no serviço de atenção primária têm obtido um aumento expressivo. Em 2005, na rede pública de saúde, foram ofertados 528 mil testes, em 2011, foram 2,3 milhões (ARAUJO et al., 2014). No entanto, em estudo realizado para avaliar a testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, constatou que 13% das gestantes admitidas em 15 Hospitais Maternidades não tinham realizado o teste rápido anti-HIV durante o pré-natal (GOMES; OLIVEIRA; FONSECA, 2015).

#### 2.1.2 Eixo temático II – Diagnóstico do HIV/Aids no aspecto do aconselhamento e qualidade de vida

Em relação aos artigos que compõem o segundo eixo temático, foram encontrados três artigos relacionados ao Aconselhamento e um artigo relacionado a Qualidade de Vida. Na avaliação dos estudos referentes aos Centros de Testagem e Aconselhamento do HIV/AIDS, observou-se que dois estudos foram realizados com os usuários enquanto um foi elaborado com os profissionais responsáveis pelo processo de aconselhamento.

Os estudos realizados com os usuários revelaram que não foi verificada nenhuma fala que demonstrasse discriminação com relação à cor/raça no contato com o serviço, porém a própria demanda reprimida nos CTA's, devido ao oferecimento limitado de testes em virtude de fragilidades do serviço relacionadas à insumo e recursos humanos, foi identificada como uma barreira no acesso ao teste anti-HIV (ARAUJO et al., 2010). Em pesquisa que buscou caracterizar os usuários e



a prevalência de infecção pelo HIV, identificou-se que o predomínio da raça/cor tem variação de acordo com a localidade dos CTAs (TOKANO; DESSUNTI, 2016)

Entre os fatores apontados como facilitadores do acesso ao teste, destacam-se a gratuidade do exame, a indicação ou referência por profissionais ou serviço de saúde, o acesso ao local de realização do teste, a credibilidade do serviço, a rapidez no atendimento e a ausência de burocracia (ARAUJO et al., 2010).

Os resultados de um dos estudos desenvolvido em dois Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids de São Paulo, demonstraram que o enfrentamento do diagnóstico da infecção pelo HIV e o desejo de cuidar da saúde a partir da revelação do resultado reagente têm efeitos variados nos sujeitos a depender do modo como o aconselhamento é feito. Se ofertado de maneira adequada, pode-se ter a oportunidade de confrontar o sujeito com as tensões ou angústias geradas pela revelação do resultado, observando-se e maior ou menor integridade psíquica de modo a propiciar assistência adequada (MORENO; REIS, 2013)

Contra-pondo-se, estas constatações não foram verificadas nos casos em que os sujeitos não se sentiram acolhidos e apoiados durante o aconselhamento. Do total de 14 usuários que passaram pelo aconselhamento no momento do resultado do diagnóstico do HIV, 2 expressaram sua opinião negativa em relação à questão envolvida, afirmando que não se sentiram o centro da comunicação, nem escutados quanto aos seus sentimentos e preocupações decorrentes da revelação de seu resultado reagente. Os 12 usuários restantes consideraram que este objetivo foi alcançado na revelação do seu resultado reagente, no qual foram ouvidos e reconhecidos como valorizados na conversa (MORENO; REIS, 2013).

Em consonância, estudo realizado sobre o aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal, no qual participaram doze puérperas usuárias de um centro de referência para HIV/aids, em Salvador (BA), duas das participantes da pesquisa não receberam nenhuma informação dos profissionais, sendo as mesmas sabedoras da solicitação do exame pela leitura da requisição e três receberam informações superficiais e ineficientes para se constituir o aconselhamento (CARNEIRO; COELHO, 2010).

Perguntas feitas no aconselhamento associadas à necessidade de prevenção, oferta de preservativos, falta de respeito com a singularidade e o sofrimento do momento, excesso de informações e uma carência de espaço

intersubjetivo foram apontados como pontos negativos no ato do aconselhamento (MORENO; REIS, 2013).

O estudo que objetivou avaliar o trabalho nos Centros de Testagem e Aconselhamento e teve como público alvo 14 aconselhadoras revela uma crise no serviço quanto ao seu papel em decorrência da descentralização do aconselhamento e da testagem anti-HIV para a rede básica de saúde. A falta de diálogo com as esferas gestoras, a ausência de diretrizes claras para o trabalho no contexto das novas políticas nacionais, a preocupação com a qualidade e a forma como o aconselhamento será realizado na Atenção Básica, foram os principais motivos que trouxeram angústias e incertezas (HAAG; GONÇALVES; BARCELLOS, 2013).

Outro ponto citado foi à possibilidade do aconselhamento não sobrecarregar as equipes de saúde ou que o mesmo não fosse adotado de modo mecânico, como mais um tarefa a ser cumprida. Em paralelo, assinalou-se que os CTA's e os Serviços de Atendimento Especializados em HIV/Aids (SAE) deveriam continuar ofertando seus serviços, formando uma retaguarda para casos mais complexos como o apoio matricial à rede, e acolhendo os pacientes que preferissem atendimento no local por questões de sigilo (HAAG; GONÇALVES; BARCELLOS, 2013).

Como solução foram apontadas as estratégias de gestão participativa que podem contribuir no redirecionamento da atuação dos CTA's, fortalecendo o matriciamento da testagem e do aconselhamento em HIV e reforçando a atenção de maior complexidade de modo a formação de recursos humanos capacitados na área (HAAG; GONÇALVES; BARCELLOS, 2013).

Quanto ao artigo que procurou analisar a qualidade de vida e investigar sua associação com níveis de linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, houve o envolvimento de 205 pacientes soropositivos, os quais responderam ao questionário WHOQOL-120-HIV e tiveram coletados seus dados sócio demográficos, clínicos e laboratoriais (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

As médias etária foram de  $40,59 \pm 11,81$  anos; contagem de linfócitos CD4+ de  $397,97 \pm 232,84$  mm<sup>3</sup> e  $5,23 \pm 3,94$  anos de diagnóstico do HIV. A carga viral era <50 cópias/ml em 115 pacientes; em 61, entre 50 e 10.000; e em 29 acima de

10.000 cópias. Os pacientes com HIV/Aids do estudo apresentam QV de nível intermediário e associação com os níveis de CD4, carga viral e tempo de diagnóstico (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

Os domínios atingiram bons escores médios nos quesitos psicológico ( $14,5 \pm 2,7$ ), seguido de relações sociais ( $13,7 \pm 2,2$ ), físico ( $12,7 \pm 3,5$ ), nível de independência ( $12,6 \pm 2,5$ ), crenças pessoais ( $12,4 \pm 2,4$ ) e meio ambiente ( $12,4 \pm 1,8$ ) quando associados aos maiores níveis de CD4 ( $p < 0,05$ ) e os melhores resultados nas variáveis finanças, lazer, preocupações sobre o futuro, QV geral e percepção de saúde nos casos dos pacientes com carga viral  $<50$  ( $p < 0,05$ ). Os melhores índices nas questões de energia e fadiga, atividade sexual, informação e transporte, sintomas da doença, cuidados e preocupações sobre o futuro foram verificados em pacientes com menor tempo de diagnóstico ( $p < 0,05$ ) (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012). Foi observado em estudo sobre a qualidade de vida de mulheres portadoras do HIV, uma menor carga viral associada a uma melhor qualidade de vida no âmbito físico e espiritual (BELLINI et al, 2015).

Sem dúvida, várias conquistas foram alcançadas em âmbito nacional no que tange política, estratégias e ações de controle da aids. Dentre as mais fortuitas, encontra-se a descentralização do diagnóstico para o nível primário com vistas a ampliação da cobertura da identificação precoce dos casos e monitoramento da epidemia.

Não apenas por se constituir porta de entrada e primeiro contato com o usuário, a atenção primária dispõe de contato direto com a comunidade e, por consequência, a oportunidade de contextualização e adequação de suas ações para uma população familiar. Tal fato contribui para aproximação, criação de vínculo e propriedade para abordar pessoas e inseri-las em uma construção conjunta de cuidado, incluindo a supervisão do seu estado de saúde através de um diagnóstico em tempo oportuno e com vistas a tratamento apropriado e educação em saúde.

No entanto, a sumarização da literatura acerca da temática do diagnóstico da aids em território brasileiro aponta vários impasses para operacionalização e real implantação da testagem anti-HIV como atribuição imprescindível nas Unidades Básicas de Saúde.

Os estudos mostram que esta ação é de fato executada em mulheres durante a realização do pré-natal por se tratar de um exame prioritário com finalidade de

prevenção do fenômeno de transmissão vertical que adquiriu expressividade epidemiológica com a mudança de perfil da doença que passou a acometer o público feminino e heterossexual.

Embora se constitua uma ação preconizada, o diagnóstico não pode se limitar apenas ao período gestacional. Adolescentes e jovens, homens e idosos vulneráveis em um mundo afetado pela aids precisam ter acesso a detecção da sua condição sorológica em serviços de saúde resolutivos e com continuidade da atenção de forma integral, o que esbarra no estado psicológico afetado pelo impacto de um resultado positivo atribuindo o destaque para a vertente do aconselhamento e qualidade de vida.

Alerta-se, portanto, para maiores investimentos na capacitação e operacionalização do aconselhamento pré e pós testagem, envolvendo uma gestão participativa, na qual os gestores possam permitir o diálogo com os profissionais de saúde da ponta que vivenciam a real situação da descentralização do teste rápido.

Chama-se atenção, também, para o limitado número de pesquisas voltadas para a temática de estudo na esfera da APS, sugerindo-se a necessidade de trabalhos avaliativos quanto a realização e obstáculos para implementação do diagnóstico de HIV/Aids.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Os enfoques contemplados nesse tópico buscarão, por meio da literatura, trazer à tona, as questões do contexto político da Aids no Brasil bem como novas estratégias de controle, dentre as quais destaca-se o objeto de estudo – os testes rápidos para o rastreamento do HIV/Aids dentro da APS.

### 3.1 O PANORAMA DA DESCENTRALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO ANTI-HIV PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O teste rápido anti-HIV está disponível no mercado mundial desde 1987. Contudo, nesta época a resolutividade do exame era incipiente comparada aos outros métodos de diagnóstico existentes (BRASIL, 2007).

No Brasil, o processo de implantação do teste rápido anti-HIV nos serviços de saúde teve início em 2006 através do DIAHV (BRASIL, 2016), sendo normatizado, posteriormente, pela Portaria Nº 151/2009 do MS, que determina o uso do teste rápido para o diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais (BRASIL, 2009).

Paralelamente, diversas políticas de saúde foram implementadas buscando o controle da epidemia. A assistência ofertada para as Pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) tiveram diversos avanços, dentre elas, a ampliação da rede de atendimento, da disponibilização aos antirretrovirais, do monitoramento da infecção e do acesso ao diagnóstico (MARTINS et al, 2015).

Em 2011, foi lançada a Rede Cegonha pelo Ministério da Saúde, constituindo-se uma estratégia que tem, entre outros objetivos, à redução do número de óbitos de mulheres e de crianças no país. Como componente dessa estratégia, o teste rápido foi inserido na APS, promovendo o acesso ao diagnóstico precoce, e com isso promovendo medidas de prevenção da transmissão vertical, como a administração de medicamentos e suspensão definitiva do aleitamento (BRASIL, 2013).

Com a elaboração do Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV no ano de 2013, o acesso ao diagnóstico através do teste rápido na APS foi ampliado, alcançando toda a população (BRASIL, 2016).

Considerando a importância de que o diagnóstico de infecções pelo HIV de forma precoce favorece o controle do tratamento em tempo oportuno, diminuindo a

disseminação da doença e beneficiando os pacientes, o Conselho Federal de Medicina elabora a Recomendação Nº 02/2016, na qual recomenda que os médicos devam solicitar sobre conveniência e oportunidade o teste sorológico para o HIV na consulta médica de todo cidadão, esclarecendo e realizando o aconselhamento pré e pós-teste, garantindo privacidade, sigilo e confidencialidade (CFM, 2016).

Um projeto audacioso e inovador, denominado “A Hora é Agora”, que visa diagnosticar de forma precoce as populações mais vulneráveis à infecção ao HIV, foi implementado em novembro de 2014 pela Prefeitura de Curitiba-PR em parceria com Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC), o Grupo Dignidade, a Universidade Federal do Paraná e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) (BRASIL, 2015).

Tal projeto volta-se à expansão da testagem rápida e gratuita anti-HIV através de fluido oral, direcionado para *gays*, homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam drogas, profissionais do sexo, transexuais e travestis, onde os usuários podem solicitar o kit de testagem e retirá-lo na Farmácia Popular do centro de Curitiba ou recebê-lo pelos Correios, podendo realizar o autoteste em casa (BRASIL, 2015).

Em fevereiro de 2015, a plataforma virtual ‘[www.ahoraeagora.org](http://www.ahoraeagora.org)’, torna-se mais um meio para solicitação dos kits para auto testagem. No mês seguinte, abril de 2015, é lançado um aplicativo móvel inédito no Brasil, desenvolvido especificamente para o projeto “A Hora É Agora”, com o objetivo de ampliar o acesso ao autoteste entre as populações vulneráveis, como mencionado acima (BRASIL, 2015).

Tais estratégias descentraliza o teste rápido anti-HIV para a APS, sendo fundamentais para o alcance das metas “90-90-90”, possibilitando, assim, o diagnóstico em tempo oportuno.

Nesta perspectiva, os serviços da APS tornam-se um poderoso instrumento de atenção e combate ao HIV/Aids que, anteriormente, tinha que deslocar-se a hospitais, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Ambulatórios ou Serviços de Atenção Especializada (SAE) (ZAMBENEDETTI; BOTH, 2013).

### 3.2 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERSPECTIVA DO PROCESSO E ESTRUTURA

As instituições de ensino e pesquisa em saúde no Brasil têm produzido diversos estudos buscando avaliar como a qualidade das ações de saúde aflixe as instituições e o desempenho na APS, gerando impacto nos indicadores de saúde (FELISBERTO, 2006).

A tensão vivenciada no setor saúde entre à necessidade de investimentos para aprimorar os conhecimentos e as técnicas, visando atender de forma eficaz a população e, em contrapartida, uma presente limitação dos gastos para investir nesse setor pelo poder público, demonstra que os conhecimentos científicos se constituem ferramenta substancial nas decisões tomadas pelos gestores, assim como nas atividades desenvolvidas pelos profissionais (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Para Contandriopoulos (2006, p. 706), avaliar pode ser definido como:

Uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

No entanto, a maioria dos gestores expressa um distanciamento acerca do objetivo e ocasião da avaliação, de um lado, e o que acontece na prática, por outro lado, dificultando a institucionalização da avaliação, tornando-a de pouca utilidade, por ser imposta de forma vertical e centralizada em contabilizar eventos isolados. Colocar os envolvidos como atores centrais do processo avaliativo é consequência da avaliação participativa, adicionando os princípios da avaliação às perspectivas dos interessados, que na maioria das vezes divergem do avaliador, que por sua vez busca negociar ao invés de avaliar (NICKEL, 2014).



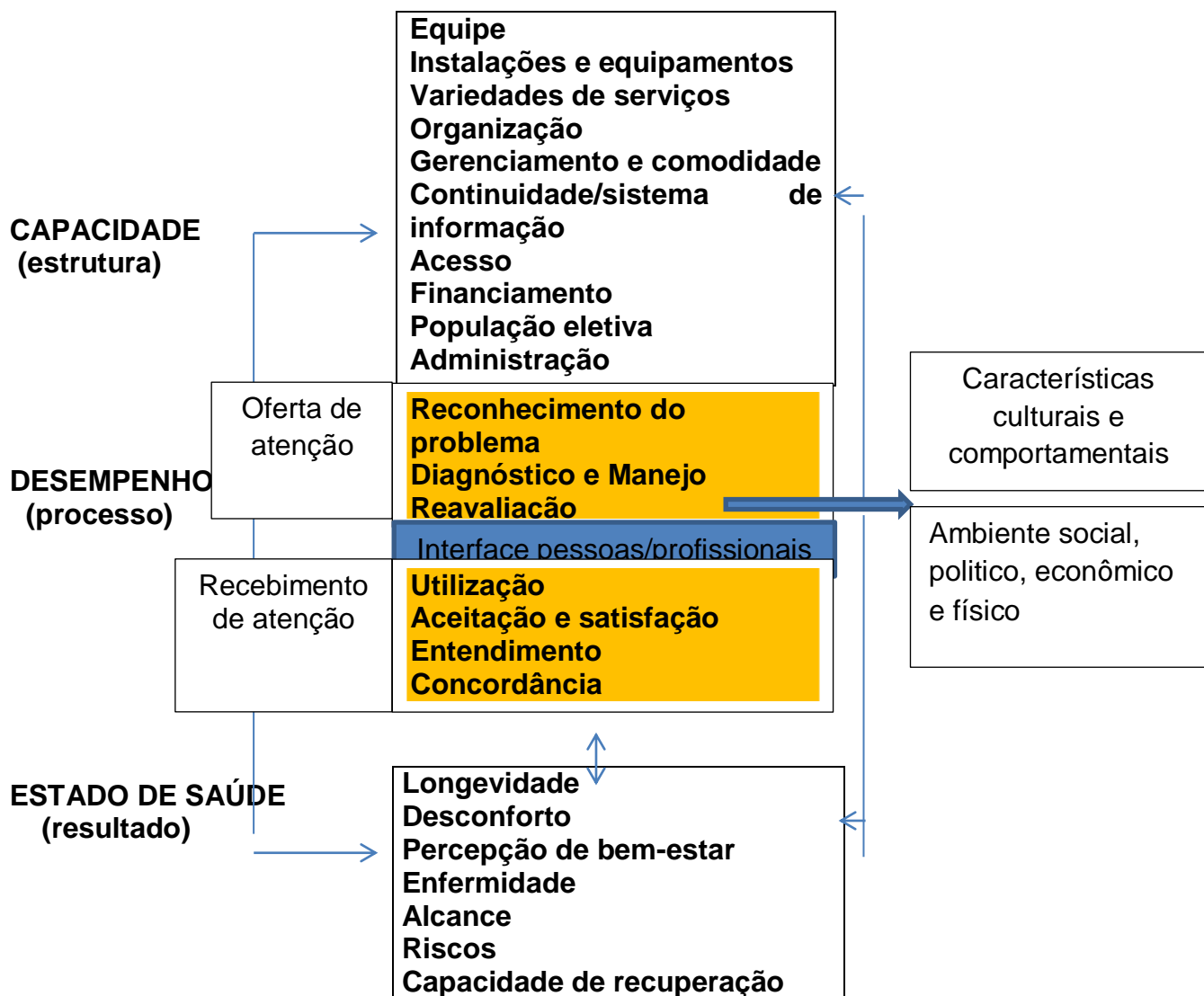
A avaliação das ações de saúde consiste em um mecanismo norteador poderoso para gestores e profissionais de saúde, capaz de mensurar e melhorar a qualidade da assistência. Para que ocorra uma medição eficaz da qualidade, é necessário avaliar três componentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura é representada pela infraestrutura, recursos humanos, organização financeira e estrutural; o processo consiste na assistência prestada no cuidado do paciente; e os resultados, por sua vez, é definido pelos reflexos dos cuidados prestados ao paciente que podem ser positivos ou negativos e identificados por meio dos indicadores de saúde (DONABEDIAN, 2003).

Donabedian (1994) descreve a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade como os pilares da qualidade, sendo necessário o conhecimento técnico-científico, o relacionamento interpessoal entre os profissionais e os pacientes, e a composição de instalações e equipamentos como dimensões basais para sua efetivação.

Na mesma lógica, Starfield (2002) conceitua a estrutura (ou capacidade) como a oferta de serviços e o processo (ou desempenho) como as ações dos profissionais de saúde junto ao usuário e a aptidão de interação entre eles. Os atributos dos componentes supracitados sofrem modificações ao depender do lugar e da época, interagindo com a atuação individual, sendo influenciado pelo ambiente social, político, econômico e físico em que o sistema de serviços de saúde existe.

A efetivação da avaliação na APS consiste em qualificar a gestão, o cuidado prestado e impactar de forma positiva o perfil epidemiológico, buscando estruturar de forma organizada e sistêmica todo o processo, em consonância com os princípios do SUS (FILISBERTO, 2004).

**Figura 1:** Representação dos componentes para avaliação da APS proposto por Starfield.



Fonte: STARFIELD,

De acordo com Starfield (2002, p.55-57), a capacidade nos serviços de saúde é composta por, minimamente, dez componentes estruturais principais:

1. Pessoal: inclui todos os envolvidos na prestação do serviço e sua educação e treinamento.
2. Instalações e equipamentos: inclui os prédios (por exemplo, hospitais, clínicas ou centros de saúde, e consultórios) e os componentes físicos das instalações, incluindo elementos como instrumental laboratorial e tecnologia para diagnóstico ou tratamento.

3. Gerenciamento e comodidades: inclui características dos serviços que não aquelas diretamente relacionadas à atenção clínica. Por exemplo: os resultados de exames laboratoriais são registrados de forma moderna? Os pacientes são tratados com cortesia e respeito?
4. Variedade de serviços oferecidos pelas instalações: esta gama de serviços pode variar de um país para outro e de comunidade para comunidade, mas cada unidade toma decisões a respeito do tipo de serviços que está disponível ou não.
5. Organização de serviços: o pessoal trabalha em grupos ou individualmente? Quais os mecanismos para assegurar a confiabilidade e quem é responsável por oferecer os diferentes aspectos da atenção?
6. Mecanismos para oferecer continuidade da atenção: estes mecanismos são especialmente importantes na atenção primária, porque sem eles não haveria maneira de lidar com problemas que exigem mais do que uma consulta ou exigem transferência de informações. Geralmente, a continuidade é oferecida na forma de profissionais ou equipes de profissionais que servem como primeiro contato para o paciente, mas, às vezes, o único mecanismo de continuidade é alguma forma de prontuário médico.
7. Mecanismos para oferecer acesso ao atendimento: não tem sentido possuir pessoal, instalações e equipamentos se não puderem ser utilizados por pessoas que deles necessitem. Existem diversos tipos de acessibilidade: acessibilidade em relação ao tempo (ou seja, o horário de disponibilidade), acessibilidade geográfica (adequação de transporte e distância a ser percorrida) e acessibilidade psicossocial (existem barreiras de linguagem ou culturais à comunicação entre os funcionários, nas instalações, e os pacientes?).
8. Arranjos para financiamento: qual o método de pagamento dos serviços e como a equipe é remunerada por seu trabalho? Dentre todos os aspectos estruturais, este é o mais provável de ser diferente de país para país e, portanto, é de grande interesse para estudos comparativos entre nações.
9. Delineamento da população eletiva para receber os serviços: cada unidade do sistema de serviços de saúde deveria ser capaz de definir a comunidade à qual serve e conhecer suas características importantes em termos

sociodemográficos e de saúde. Membros da população deveriam ser capazes de identificar sua fonte de atenção e estar conscientes da responsabilidade desta pela oferta dos serviços requeridos. Este aspecto estrutural é outro elemento crucial na atenção primária, especialmente em relação ao aspecto conhecido como longitudinalidade.

10. Administração do sistema de saúde: sistemas de saúde diferem em sua responsabilidade em relação àqueles aos quais servem. Frequentemente não envolvem a população em decisões sobre a maneira pela qual os serviços são organizados ou oferecidos. Às vezes, conselhos comunitários servem como conselho consultivo. Raramente a responsabilidade pela tomada de decisões é compartilhada ou assumida por comitês comunitários.

A oferta e o recebimento de serviços são as ações geradas pelo desempenho, sendo composto por dois componentes: as intervenções oferecidas pelos profissionais de saúde e a população. O reconhecimento do problema pelos que fornecem os serviços na APS é de suma importância, reconhecendo-os na comunidade e de forma individual nos usuários (STARFIELD, 2002).

### 3.3 ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

É notório o grande número de pesquisas científicas no âmbito da saúde produzidas nos últimos dez anos, principalmente, no campo profissional da Enfermagem, por se tratar de uma profissão que tem uma ampla magnitude, no sentido de atuar em várias áreas do conhecimento. Entretanto, para que essas modalidades de pesquisas apresentem resultados relevantes, carecem de métodos que sejam criteriosos no levantamento de informações. Para que isso aconteça, o pesquisador necessitará da utilização de instrumentos confiáveis para realização de um futuro estudo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

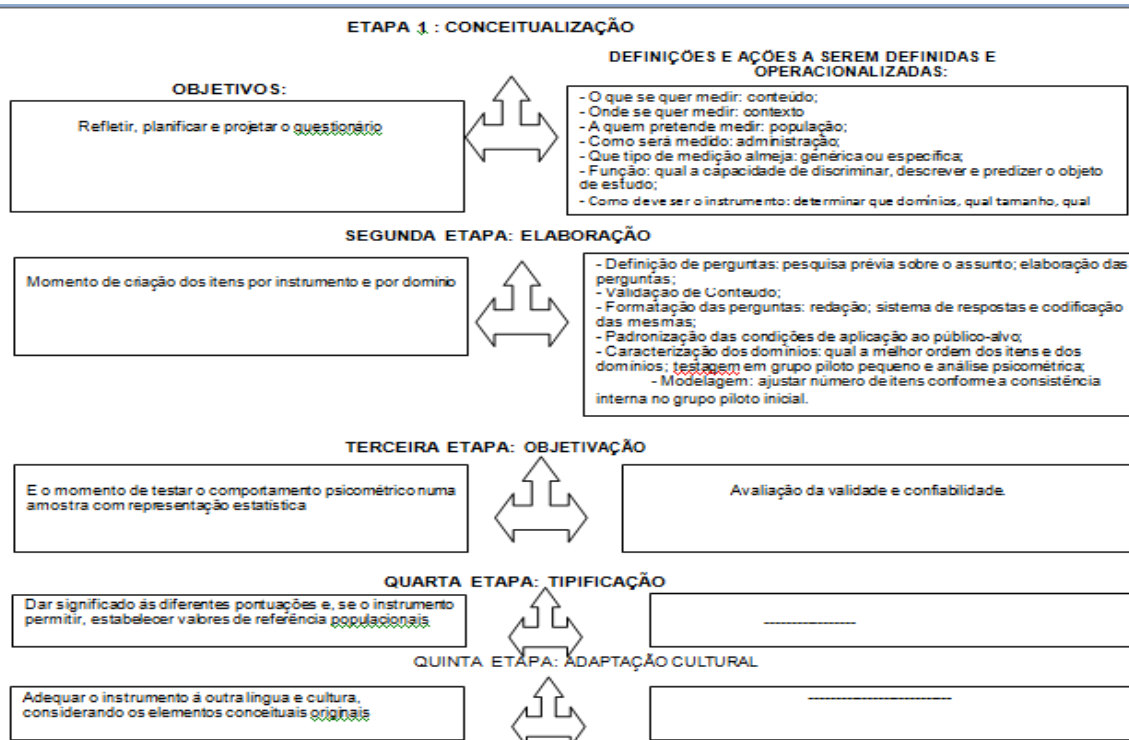
Os autores supracitados chamam atenção para o fato de que a falta de um instrumento coerente, pode acarretar em interpretações erradas sobre o escopo do trabalho. Então, para que esses erros possam ser evitados, faz-se indispensável o uso de novas técnicas de abordagem, às quais permitam ao pesquisador avaliar bem como verificar os fenômenos envolvidos no decorrer de sua aplicabilidade (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

É mister que a escolha por um questionário têm consigo suas vantagens, mas também traz ao pesquisador desvantagens. No que se refere às vantagens pode-se destacar o sigilo da identidade dos entrevistados; a respostas são colhidas de forma mais rápida e delimitada; coleta de informações uniformes que são capazes de atender ao objetivo do estudo, dentre outras. No que concerne as desvantagens, encontram-se, dentre elas, a dificuldade de compreensão dos itens elaborados no instrumento e não permitir ao entrevistado expressar nada além do que está contido nas alternativas viabilizadas pelo questionário (MARCONI; LAKARTOS, 2003).

Contudo, construir ou validar um instrumento a ser aplicado na prática profissional, principalmente, na área da saúde requer muita atenção e cautela, pois, lidará diretamente com a situação de saúde de um indivíduo ou coletividade, o qual levantará novos dados, e, assim, novas políticas podem ser formuladas a fim de responder e melhorar os dados encontrados (ALMEIDA; SPÍNOLA; LANCAMAN, 2009).

Nessa ótica, é importante enfatizar que, para se construir qualquer instrumento de aplicabilidade ao meio de pesquisa, é necessário seguir alguns padrões estabelecidos como regra a fim de que não perpassem suas normas fixas. Assim, o pesquisador Icaza (2007), em sua tese de doutorado defendida pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, aponta fases necessárias para o desenvolvimento de um instrumento que são representadas por cinco etapas:

**Figura 2:** representação gráfica das etapas necessárias para a construção de um questionário.



**Fonte:** ICAZA (2007).

Para o autor Pasquali (1999, p. 134-136), alguns itens tornam-se indispensáveis para a formulação dos instrumentos que são:

- Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento, não uma abstração;
- Critério de simplicidade: o item deve expressar uma única ideia;
- Critério de relevância: o item deve referir-se ao atributo que o define;
- Critério de precisão: o item deve possuir uma posição definida no atributo a que pertence e ser distinto dos demais itens;
- Critério de clareza: o item deve ser facilmente compreendido por todos os indivíduos da população-alvo, não havendo dualidade nas interpretações;

- Critério de variedade: os mesmos termos em todos os itens devem ser evitados, pois provoca monotonia, cansaço e aborrecimento;
- Critério de modalidade: formular frases que expressem situação circunstancial, condicional, não expressões extremadas;
- Critério de tipicidade: o item deve ser construído mediante as expressões referentes ao atributo.

Urge, então, a necessidade de agir com antecedência, através da construção de novos materiais que facilitem a prevenção, e a investigação do vírus do HIV/Aids dentro da atenção básica de saúde para que possam minimizar as consequências que a não investigação causa sobre uma determinada população de risco. Assim, um instrumento de avaliação é um método estratégico de grande valia.

## **4 MÉTODO**



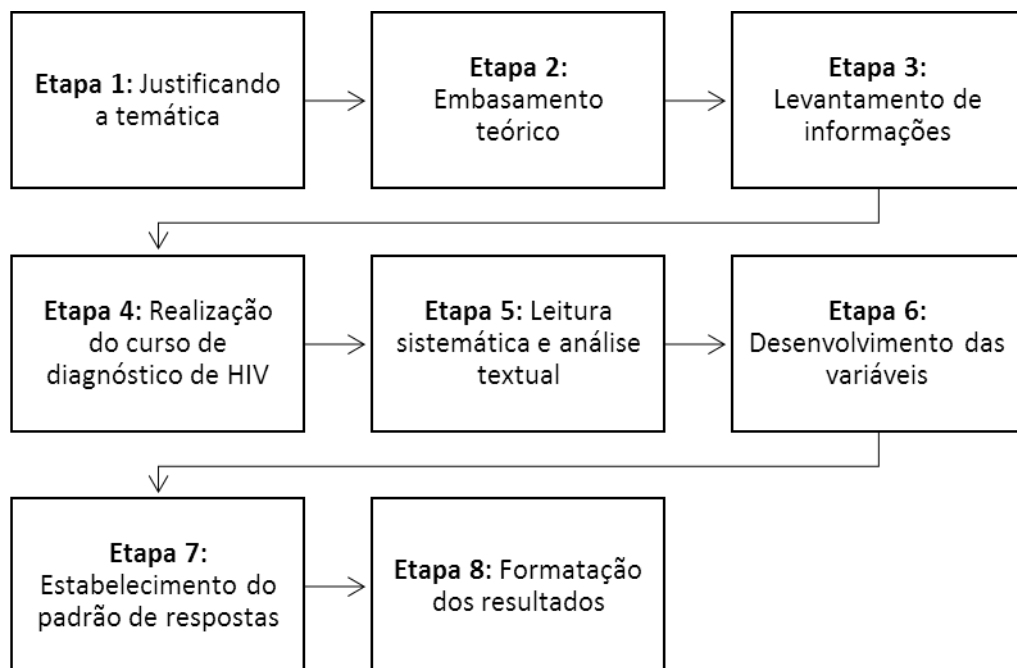
#### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico com o propósito de elaborar um instrumento para avaliar a implantação do teste rápido anti-HIV na APS, direcionado aos profissionais realizadores da testagem, com base na estrutura e processo. Para Gil (1999), esse tipo de estudo utiliza princípios de pesquisa metodológica que agregam os caminhos, as maneiras, bem como procedimentos para a estruturação de um questionário coerente, que também pode ser usado por outros pesquisadores em momentos distintos.

#### 4.2 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

O desenvolvimento do instrumento seguiu as etapas descritas no fluxograma descrito na figura 3:

**Figura 3:** Esquematisação das etapas percorridas para o desenvolvimento do instrumento



**Etapa 1** – Justificando a temática: foi realizada uma revisão integrativa para conhecer e sintetizar os estudos realizados acerca da temática em questão, na qual se verificou que o teste rápido é abordado sobre a perspectiva do pré-natal, aconselhamento ou qualidade de vida, comprovando a lacuna de pesquisas direcionadas à avaliação do objeto de estudo em questão.

**Etapa 2** - Embasamento teórico: compreensão e apresentação dos componentes estruturais e processuais da avaliação da APS, descritos por Barbara Starfield, buscando uma apropriação teórica para nortear as possíveis variáveis.

**Etapa 3** – Levantamento de informações: foram elencados e analisados documentos do Ministério da Saúde referentes ao teste rápido anti-HIV para fundamentar a elaboração do instrumento em questão, dentre eles: a portaria SVS/MS Nº 151, de 14 de outubro de 2009, que agiliza e amplia normas para a realização de testes anti-HIV; Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças; o Manual de Avaliação Externa da Qualidade para Testes Rápidos: Normas e diretrizes da Rede Cegonha.

**Etapa 4** – Realização do Curso de Diagnóstico de HIV: no Sistema TELELAB de Educação Permanente com duração de quinze horas, onde o pesquisador responsável apropriou-se de forma teórica e prática do objeto de avaliação, em busca de variáveis fidedignas e objetivas.

**Etapa 5** – Leitura sistemática e análise textual: dos documentos do Ministério da Saúde, incluindo os disponibilizados pelo curso mencionado anteriormente, relacionando-os as dimensões de avaliação da APS - estrutura e processo, com o objetivo de desenvolver as variáveis em concordância com tais componentes.

**Etapa 6** – Desenvolvimento das variáveis: inicialmente, foram estabelecidos os componentes essenciais que compõe cada dimensão. Na dimensão 1, denominada estrutura, foram elencados 10 componentes principais: Recursos, humanos, instalações e equipamentos, gerenciamento e comodidades, variedades de serviços, organização de serviços, continuidade, acesso, financiamento, população eletiva e administração. Na dimensão 2, nomeada processo, foram discriminados 5 componentes relacionados ao desempenho profissional: punção, realização do teste rápido, resultado do teste rápido, fluxograma, segurança e qualidade dos kits de testagem. As variáveis relacionadas a realização e aos

resultados do teste rápido foram referenciadas aos kits de testagem imunocromatografia de fluxo lateral e imunocromatografia de dupla migração, uma vez que, são os kits mais utilizados na APS. A partir da seleção, foi possível discernir e agrupar o material analisado do Ministério da Saúde na execução do teste rápido a fim de produzir variáveis para cada componente das dimensões estrutura e processo. As variáveis elaboradas foram listadas e apresentadas em quadros, especificando os componentes e as variáveis de cada dimensão, assim como a base teórica que justifica cada questionamento, totalizando 61 variáveis.

**Etapa 7** – Estabelecimento do padrão de respostas: cada pergunta desenvolvida foi sistematicamente analisada para obtenção de uma variedade de opções que contemplem todas as possibilidades de respostas objetivas, dicotomizadas ou de múltipla escolha.

**Etapa 8** – Formatação dos resultados: organização das variáveis e opções de respostas em um modelo de instrumento aplicável e compreensível.

## **5 PRODUTO FINAL**

Tomando como base referencial os estudos de Donbedian (2003) e Starfield (2002) abordados anteriormente no item referencial teórico deste estudo, o instrumento foi elaborado sobre duas dimensões categorizadas para avaliar os serviços de saúde – estrutura e processo, a partir das quais serão destacados os componentes necessários para a construção de um instrumento capaz de mensurar de forma eficaz a qualidade da oferta e realização do teste rápido anti-HIV, descentralizado para a APS.

### 5.1 DIMENSÃO 1 – ESTRUTURA/CAPACIDADE

Haja vista que cada nível de atenção requer uma estrutura com demanda tecnológica pertinente às suas atribuições específicas, é necessário destacar que se estabeleceram apenas variáveis referentes à estrutura da APS necessária para realização do teste rápido anti-HIV, conforme apresentadas no Quadro 3. As variáveis da dimensão 1 serão nomeadas com a letra ‘E’ e enumeradas sequencialmente.

**Quadro 3:** Distribuição das variáveis de acordo com os componentes da dimensão 1 – estrutura/capacidade. João Pessoa, 2017.

<b>Componentes</b>	<b>Variáveis (V)</b>	<b>Base teórica</b>
Recursos humanos	E1. Qual a formação acadêmica do(a) Sr.(a)?	É extremamente relevante conhecer a formação profissional dos realizadores do teste rápido, haja vista que, segundo o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, qualquer profissional de saúde pode realizar a testagem (BRASIL, 2016).
	E2. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) atua na realização do teste rápido?	Segundo Zarifian (2012), o “saber fazer” é a agregação dos conhecimentos teóricos com a experiência profissional.
	E3. O(a) Sr.(a) realizou alguma capacitação para a realização do teste rápido?	Segundo o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, para atuar na realização do teste rápido, faz-se necessário a capacitação do profissional (BRASIL, 2016).

	E4. Se sim, qual a modalidade?	Em conformidade com o ministério da saúde, a capacitação dos profissionais que vão atuar na realização do teste rápido pode ocorrer de forma presencial ou à distância, gratuitamente através plataforma de ensino TELELAB (BRASIL, 2015).
	E5. Se não, como desenvolveu a técnica de realização?	O ministério da Saúde estima que aproximadamente 60%-70% dos erros nos testes rápidos ocorram na fase pré-analítica. Portanto, há a necessidade de capacitação dos profissionais que realizam a testagem (BRASIL, 2016).
	E6. O(a) Sr.(a) realizou alguma capacitação de biossegurança em laboratório de saúde pública?	O curso para realização do teste rápido oferecido pela plataforma de ensino a distância TELELAB, recomenda que os profissionais que atuam na testagem, também recebam capacitação de biossegurança em laboratório de saúde pública (BRASIL, 2014).
	E7. Se sim, qual a modalidade?	A capacitação de biossegurança em laboratório de saúde pública pode ocorrer de forma presencial ou à distância, oferecida gratuitamente pela plataforma de ensino a distância TELELAB (BRASIL, 2014).
	E8. Quanto à realização do teste rápido como o(a) Sr.(a) sente-se?	A credibilidade e confiabilidade no teste rápido dependem de como o teste é realizado e se os profissionais demonstram cuidados e domínio à técnica de realização (BRASIL, 2012).
Instalações e equipamentos	E9. A realização do teste rápido acontece exclusivamente dentro da unidade de saúde?	Os testes rápido podem ser realizados fora do ambiente de laboratório, pela facilidade de sua execução (BRASIL, 2016).

	E10. Se não, quais os locais?	A realização do teste rápido pode acontecer nos principais serviços oferecidos pelo Ministério da Saúde, mesmo sem infraestrutura laboratorial, com o objetivo de alcançar as populações em regiões de difícil acesso (BRASIL, 2016).
--	-------------------------------	---

	E11. Em qual ambiente dentro da Unidade de Saúde acontece à realização do teste rápido?	O teste rápido pode ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais, desde que utilize uma superfície plana e livre de vibração como local de trabalho (BRASIL, 2016).
	E12. O(a) Sr.(a) consulta o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV quando necessário?	A consulta do Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV é sempre necessária, visto que o mesmo contém informações detalhadas e recomendações atualizadas sobre a execução, leitura e interpretação dos testes rápido (BRASIL, 2013).
	E13. A Unidade de Saúde recebe os kits de diagnóstico do teste rápido com qual frequência?	O ministério da saúde repassa os kits de realização dos testes rápido para as secretarias estaduais de saúde que, por sua vez, distribuem para as secretarias municipais mensalmente (BRASIL,2012).
	E14. A Unidade de Saúde ficou sem realizar o teste rápido por falta de kits de diagnóstico?	Os kits para a realização dos testes rápido devem ser repassados as secretarias municipais periodicamente (BRASIL, 2012).
	E15. Se sim, qual foi o motivo?	Segundo o Ministério da Saúde, a solicitação dos kits para a realização dos testes rápido devem ser solicitados pelas Unidades de Saúde através de planilha mensal (BRASIL, 2012).
	E16. O(a) Sr.(a) ficou sem realizar o teste rápido por falta de equipamentos de proteção individual?	É necessário à utilização de equipamentos de proteção individual para a realização do teste rápido (BRASIL, 2014).

	E17. Quanto(s) o(s) modelo(s) de Kit(s) de diagnóstico existente na sua Unidade de Saúde?	Atualmente O DDAHV fornece para o diagnóstico de HIV as seguintes versões de testes rápidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>•DPP HIV 1/2 Fluido Oral (FO) – Bio-Manguinhos</li> <li>•DPP HIV 1/2 - Bio-Manguinhos</li> <li>•HIV Bioeasy – SD</li> <li>•HIV 1/2 ABON - Biopharm</li> <li>•Imunoblot rápido DPP HIV 1/2 – Bio-Manguinho. Destaca-se, ainda, que para confirmação do diagnóstico é necessário positividade em dois kits de fabricantes diferentes ou o mesmo fabricante com lotes diferentes (BRASIL, 2017).</li> </ul>
	E18. Qual o local que os kits de diagnósticos são armazenados?	Os kits para a realização dos testes rápidos não devem ser armazenados em geladeiras, podendo ser colocados em armários ou estantes (BRASIL, 2016).
	E19. O local de armazenamento dos kits de diagnóstico tem controle de temperatura?	Os kits para a realização dos testes rápidos devem ser armazenados em locais livre de umidade e de alta temperatura (BRASIL, 2016).
	E20. Se sim, qual a temperatura desse ambiente?	Nos locais de armazenamento dos kits para realização dos testes rápidos a temperatura deve variar entre 2 e 30°C (BRASIL, 2016).
	E21. Se não, como os kits de diagnóstico são armazenados?	Quando não houver o controle da temperatura do local de armazenamento dos kits para realização dos testes rápidos, os mesmos devem ser preservados em caixas térmicas e retirados apenas na hora do uso (BRASIL, 2016).
	E22. O serviço de realização do teste rápido tem computador exclusivo?	O Ministério da Saúde recomenda que haja na sala de testagem um computador para digitar resultados de exames (BRASIL, 2012).
Gerenciamento e comodidades	E23. Ocorre controle de estoque dos kits de diagnóstico?	O controle do estoque permite o planejamento a respeito da aquisição e distribuição de insumos (BRASIL, 2012).



	E24. Se sim, acontece de que forma?	A ficha de controle de estoque permite verificar os quantitativos de entradas e saídas, assim como controle de validade e saldo final dos kits para realização do teste rápido armazenados (BRASIL, 2012).
	E25. Como ocorre o registro das realizações dos testes rápido?	Vários formulários são necessários para a realização do teste rápido, podendo ser eles, digital ou impressos (BRASIL, 2012).
Variedades de serviços	E26. A unidade de saúde realiza o aconselhamento pré e pós teste?	O aconselhamento é um componente indispensável no processo de diagnóstico do HIV, garantindo uma atenção individual e singular (BRASIL, 2016).
	E27. A unidade realiza ações educativas com foco na realização do teste rápido?	As ações educativas buscam divulgar conhecimento necessário capaz de contribuir para prevenção da infecção pelo HIV (BRASIL, 2016).
Organização de serviços	E28. Além do(a) Sr.(a) existe outro profissional na Unidade de saúde capacitado para realização do teste rápido?	O Ministério da Saúde recomenda que a realização do teste rápido na APS não deve ser centrada em apenas um profissional (BRASIL, 2012).
	E29. Se sim, qual profissional?	Para Maganha (2014), o profissional com habilidades para o desenvolvimento do trabalho em equipe, amplia e facilita os serviços no âmbito do SUS.
Continuidade	E30. Após confirmação do diagnóstico, ocorre o encaminhamento do usuário para outro serviço de saúde?	Em caso de diagnóstico positivo, o usuário deverá ser encaminhado para consulta especializada, na qual será solicitado o teste para quantificação de carga viral (HIV-1 RNA) e contagem de linfócitos T CD4+ (BRASIL, 2016).
	E31. Se sim, para onde é encaminhado?	O Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga (CHCF), é referência estadual no tratamento de Aids e outras doenças Infecto-Contagiosas (PARAÍBA, 2013).
Acesso	E32. Qual a disponibilidade com que ocorre à realização do teste rápido na unidade?	Sempre que necessário, os profissionais de saúde devem sugerir aos usuários a realização de testes

		sorológicos para a detecção do HIV, aproveitando a conveniência e oportunidade da consulta (BRASIL, 2016).
	E33. Qual o turno de realização do teste rápido?	A utilização do teste rápido está diretamente associada à ampliação do acesso ao diagnóstico. Portanto, restrições de dias e horários interferem nesse processo (BRASIL, 2016).
Financiamento	E34. O(a) Sr.(a) recebe remuneração extra para a realização do teste rápido?	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde incentiva o aperfeiçoamento das ações em âmbito municipal e estadual por meio de transferência de recursos financeiros que podem ser revertidos para gratificação profissional (BRASIL, 2013).
População eletiva	E35. A disponibilidade da realização do teste rápido é ofertada para qual público?	Os testes rápidos tem o objetivo de ampliar a possibilidade de diagnóstico para toda a população que tenha vivenciado uma situação de vulnerabilidade de infecção pelo HIV (BRASIL, 2016).
Administração	E36. A Unidade de Saúde foi alvo de avaliação quanto à realização do teste rápido?	Segundo o Ministério da Saúde, as avaliações favorecem a redução de erros no processo de testagem (BRASIL, 2016).
	E37. Se sim, qual foi o órgão que realizou a avaliação?	A avaliação pode ocorrer de maneira interna e externa pelas instituições, com o objetivo de corrigir ações, buscando aperfeiçoar de forma continuada os serviços de saúde (BRASIL, 2014).
	E38. O(a) Sr.(a) teve acesso ao resultado da avaliação?	O envolvimento de todos os atores em uma estratégia de avaliação favorece a melhoria da eficiência nos serviços de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006).
	E39. Se sim, houve planejamento de estratégias para o melhoramento do serviço?	Para Felisberto et al. (2010), o resultado de uma avaliação deve gerar uma articulação entre os envolvidos, na busca por uma proposta de intervenção.

	E40. O(a) Sr.(a) já participou do Programa de Avaliação Externa da Qualidade para Testes Rápidos (AEQ-TR) do Ministério da Saúde?	O Programa de Avaliação Externa da Qualidade para Testes Rápidos (AEQ-TR) tem como objetivo garantir a segurança na realização dos diagnósticos através dos testes rápido (BRASIL, 2014).
	E41. Se sim, qual foi a sua faixa de pontuação?	A pontuação adquirida durante a realização do programa AEQ-TR é de 0% a 100%. Se o profissional obtiver 100% de acerto, recebe o certificado de excelência, entre 70% e 99%, recebe o certificado de aprovação, e resultado de acerto menor ou igual a 69%, são considerados reprovados, recebendo um relatório que apresenta o desempenho, as recomendações e uma lista de não conformidades a serem analisadas (BRASIL, 2014).
	E42. Se não, qual foi o motivo?	Todos os profissionais que realizam teste rápido devem participar do programa AEQ-TR, com garantia de imparcialidade e confidencialidade (BRASIL, 2015).

Avaliar a APS na dimensão estrutural possibilita aos profissionais e gestores identificar a necessidade de investimentos desde as carências de estruturas físicas até mesmo a carência de formação profissional (VITÓRIA, 2012).

A APS consiste em portas de entrada do SUS, portanto há necessidade de ampliações estruturais, buscando adicionar cada vez mais a oferta de serviços com qualidade e eficácia (PEREIRA, 2011).

Para Saporoli e Adami (2010), elementos estruturais em demanda necessária na APS, pressupõem o alcance de um processo qualificado, mesmo dependendo de outros fatores subjetivos.

## 5.2 DIMENSÃO 2 – PROCESSO/DESEMPENHO

Considerando que os testes rápidos mais empregados na APS são imunocromatografia de fluxo lateral e imunocromatografia de dupla migração (ou de

duplo percurso – DPP) (BRASIL, 2016), as variáveis desta dimensão serão baseadas na utilização destes modelos por parte dos profissionais, como demonstrada no Quadro 4. As variáveis da dimensão 2 serão nomeadas com a letra ‘P’, e enumeradas sequencialmente.

**Quadro 4:** Distribuição das variáveis de acordo com os componentes relacionados às ações do profissional da dimensão 2 – Processo/Desempenho. João Pessoa, 2017.

<b>Componentes</b>	<b>Variáveis (V)</b>	<b>Base teórica</b>
Punção	P1. Em quais dedos o(a) Sr.(a) realiza a punção digital para realização do teste rápido?	Os dedos médio, anelar ou indicador, são os recomendados pelo Ministério da Saúde para punção digital durante a realização do teste rápido (BRASIL, 2016).
Realização do teste rápido	P2. Onde deve ser inserida a alça coletora com sangue?  *Variável aplicada para o kit de testagem DPP.	Após preencher a alça coletora do modelo de testagem de Duplo Percurso (DPP) com sangue, a mesma deve ser inserida no frasco de eluição, a alça deve ser quebrada, o frasco fechado e homogeneizado por cerca de 10 segundos (BRASIL, 2016).
	P3. Quantas gotas da amostra eluída são necessárias para realizar a testagem?  *Variável aplicada para o kit de testagem DPP.	Após a eluição, são necessárias duas gotas da amostra para realizar a testagem, no modelo de testagem de DPP (BRASIL, 2016).
	P4. As gotas necessárias da amostra eluída para realizar a testagem devem ser colocadas em qual “poço”?  *Variável aplicada para o kit de testagem DPP	Após a eluição, as duas gotas da amostra necessárias para realizar a testagem devem ser adicionadas ao “poço” 1 na posição vertical, no modelo de testagem de DPP (BRASIL, 2016).
	P5. Após adicionar a amostra eluída, quanto tempo de espera é necessário para adicionar a solução tampão?  *Variável aplicada para o kit de testagem DPP.	Após adicionar a amostra eluída, é necessário esperar um intervalo de 5 minutos para adicionar a solução tampão, no modelo de testagem de DPP (BRASIL, 2016).

	<p>P6. Quantas gotas da solução tampão são necessárias para realizar a testagem?</p> <p>*Variável aplicada para o kit de testagem DPP.</p>	<p>São necessárias 4 gotas da solução tampão para realizar o teste rápido, no modelo de testagem DPP (BRASIL, 2016).</p>
	<p>P7. As gotas da solução tampão que são necessárias para realizar a testagem devem ser colocadas em qual “poço”?</p> <p>*Variável aplicada para o kit de testagem DPP</p>	<p>A solução tampão deve ser inserida no “poço” 2, no modelo de testagem DPP (BRASIL, 2016).</p>
	<p>P8. Onde deve ser inserida a amostra de sangue coletada pelo tubo capilar?</p> <p>*Variável aplicada para o kit de testagem de fluxo lateral.</p>	<p>A amostra de sangue coletada pelo tubo capilar do modelo de fluxo lateral deve ser colocada diretamente no “poço” (BRASIL, 2016).</p>
	<p>P9. Após adicionar a amostra, quanto tempo de espera é necessário para adicionar a solução tampão?</p> <p>*Variável aplicada para o kit de testagem de fluxo lateral.</p>	<p>No modelo de fluxo lateral, a solução tampão deve ser inserida no “poço” logo após a adição da amostra, não sendo necessário um intervalo de tempo (BRASIL, 2016).</p>
Resultado do teste rápido	<p>P10. Em quanto tempo pode ser realizada a leitura do diagnóstico?</p> <p>*Variável aplicada para o kit de testagem DPP.</p>	<p>A leitura do diagnóstico deve acontecer em no mínimo 10 minutos e no máximo 25 minutos, no modelo de testagem DPP (BRASIL, 2016).</p>
	<p>P11. Em quanto tempo pode ser realizada a leitura do diagnóstico?</p> <p>*Variável aplicada para o kit de testagem de fluxo lateral.</p>	<p>A leitura do diagnóstico deve acontecer em no mínimo 10 minutos e no máximo 20 minutos, no modelo de testagem de fluxo lateral (BRASIL, 2016).</p>
	<p>P12. Quando o resultado do teste rápido é considerado não reagente?</p>	<p>O resultado do diagnóstico é considerado não reagente quando houver formação de uma linha colorida somente na área de controle (C), nos modelos de testagem DPP e de fluxo lateral (BRASIL, 2016).</p>

	P13. Quando o resultado do diagnóstico é considerado reagente?	O resultado do diagnóstico é considerado reagente quando houver formação de duas linhas coloridas: uma na área de teste (T) e outra na área de controle (C), nos modelos de testagem DPP e de fluxo lateral (BRASIL, 2106).
	P14. Quando o resultado do diagnóstico é considerado inválido?	O resultado do diagnóstico é considerado inválido quando não houver linha colorida na área de controle (C), nos modelos de testagem DPP e de fluxo lateral (BRASIL, 2016).
Fluxograma	P15. O que deve ser feito após a realização de um teste rápido com resultado reagente?	O fluxograma do Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV recomenda a realização de dois testes rápidos de fabricantes diferentes (TR1 e TR2) usados sequencialmente para a confirmação de resultado reagente. Quando o serviço disponibilizar de testes rápido de apenas um fabricante, deve-se utilizar o mesmo conjunto diagnóstico, de preferência de lote de fabricação diferente. (BRASIL, 2016).
	P16. O que deve ser feito quando houver confirmação de diagnóstico não reagente, e persistir a suspeita de infecção pelo HIV?	Quando o resultado de um teste rápido é não reagente e persiste a suspeita de infecção pelo HIV, outro teste rápido deve ser realizado após 30 dias (BRASIL, 2016).
	P17. O que deve ser feito quando houver confirmação de diagnóstico reagente durante a realização do teste rápido?	Quando houver confirmação de diagnóstico reagente durante a realização do teste rápido, o paciente deve ser encaminhado para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral (RNA HIV-1) e contagem de linfócitos T CD4+ (BRASIL, 2016).
Segurança e qualidade dos kits de testagem	P18. O(a) Sr.(a) inspeciona o sachê contendo gel de sílica que acompanha o kit de diagnóstico de teste rápido?	O sachê contendo gel de sílica que acompanha o kit de diagnóstico de teste rápido deve estar intacto e sem apresentar mudança na coloração (BRASIL, 2014).

	P19. Quando o kit de teste rápido deve ser descartado baseado na coloração do gel de sílica?	O sachê contendo gel de sílica que acompanha o kit de diagnóstico de teste rápido serve para indicar excesso de umidade, quando houver qualquer alteração de cor do dessecante (sílica) de amarelo para verde, o kit deve ser descartado (BRASIL, 2014).
--	--	--

A avaliação do processo na APS concerne diretamente em avaliar as ações desenvolvidas por determinado profissional e o impacto dessa ação, que pode ser positiva ou negativa ao usuário (ANVERSA, 2012).

Para Mendoza-Sassi (2011), a análise do processo tem a capacidade de orientar os responsáveis pelas ações desenvolvidas sobre a necessidade de mudança em determinada prática, garantindo qualidade e eficácia nos resultados.

Considerando esse apontamento, ressalta-se que o Teste Rápido deve ser realizado na APS por meio de um desempenho profissional que utilize protocolos e manuais que norteiam e direcionam o fluxo de ações a serem desenvolvidos em determinado procedimento, a fim de garantir a eficiência do cuidado disponibilizado ao usuário.

### 5.3 VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO

Após a elaboração das variáveis de acordo com cada componente da estrutura e do processo a ser avaliado na APS no tocante à execução do teste rápido, foi formatado uma versão final do instrumento para ser apreciado pela banca (Quadro 5), no qual é formado por um total de 61 variáveis, agrupadas em dois blocos nomeados pelas dimensões foco da investigação, e que contemplam respostas dicotômicas ou de múltipla escolha a depender da necessidade de oferecer ao respondente todas as possibilidades de assertivas a serem mencionadas durante o inquérito.

**Quadro 5:** Versão final do Instrumento de Avaliação da Descentralização do Teste Rápido Anti-Hiv para APS. João Pessoa-PB, 2017.

<b>IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO</b>
<b>Município:</b>
<b>Nome da UBS:</b>
<b>Iniciais do profissional:</b>
<b>Nome do avaliador:</b>
<b>ESTRUTURA</b>
<b>E1. Qual a formação acadêmica do(a) Sr.(a)?</b> <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> outros _____
<b>E2. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) atua na realização do teste rápido?</b> <input type="checkbox"/> menos de um ano <input type="checkbox"/> de 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> de 3 a 4 anos <input type="checkbox"/> mais de 4 anos
<b>E3. O(a) Sr.(a) realizou alguma capacitação para a realização do teste rápido?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E4. Se sim, qual a modalidade?</b> <input type="checkbox"/> presencial <input type="checkbox"/> na plataforma de ensino a distância TELELAB
<b>E5. Se não, como aprendeu a técnica de realização?</b> <input type="checkbox"/> com outro profissional <input type="checkbox"/> através do Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV <input type="checkbox"/> outros _____
<b>E6. O(a) Sr.(a) realizou alguma capacitação de biossegurança em laboratório de saúde pública?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E7. Se sim, qual a modalidade?</b> <input type="checkbox"/> presencial <input type="checkbox"/> na plataforma de ensino a distância TELELAB
<b>E8. Quanto à realização do teste rápido como o(a) Sr.(a) sente-se?</b> <input type="checkbox"/> sente-se apto <input type="checkbox"/> sente-se inseguro <input type="checkbox"/> sente necessidade de mais treinamento <input type="checkbox"/> sente que não é sua atribuição
<b>E9. A realização do teste rápido acontece exclusivamente dentro da unidade de saúde?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E10. Se não, quais os locais?</b> <input type="checkbox"/> equipamentos sociais (escolas, abrigos, associações e etc...) <input type="checkbox"/> usinas <input type="checkbox"/> fabricas <input type="checkbox"/> outros _____



<p><b>E11. Em qual ambiente dentro da Unidade de Saúde acontece à realização do teste rápido?</b></p> <p><input type="checkbox"/> sala própria para coleta <input type="checkbox"/> sala de procedimentos de enfermagem <input type="checkbox"/> consultório de enfermagem <input type="checkbox"/> sala de imunização <input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p><b>E12. O(a) Sr.(a) consulta o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV quando necessário?</b></p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p><b>E13. A Unidade de Saúde recebe os kits de diagnóstico do teste rápido com qual frequência?</b></p> <p><input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensal <input type="checkbox"/> trimestral <input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p><b>E14. A Unidade de Saúde ficou sem realizar o teste rápido por falta de kits de diagnóstico?</b></p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p><b>E15. Se sim, qual foi o motivo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> falta de estoque na secretaria estadual <input type="checkbox"/> não houve solicitação de kits pelo responsável da UBS <input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p><b>E16. O(a) Sr.(a) ficou sem realizar o teste rápido por falta de equipamentos de proteção individual?</b></p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p><b>E17. Quanto(s) o(s) modelo(s) de Kit(s) de diagnóstico existente na sua Unidade de Saúde?</b></p> <p><input type="checkbox"/> único fabricante do mesmo lote <input type="checkbox"/> único fabricante com lotes diferentes <input type="checkbox"/> dois ou mais fabricantes diferentes <input type="checkbox"/> não sabe informar</p>
<p><b>E18. Qual o local que os kits de diagnósticos são armazenados?</b></p> <p><input type="checkbox"/> geladeira específica <input type="checkbox"/> geladeira para medicamentos/imunobiológicos <input type="checkbox"/> almoxarifado com ar condicionado durante 24hs <input type="checkbox"/> almoxarifado com ar condicionado em horário de funcionamento <input type="checkbox"/> almoxarifado sem ar condicionado <input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p><b>E19. O local de armazenamento dos kits de diagnóstico tem controle de temperatura?</b></p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
<p><b>E20. Se sim, qual a temperatura desse ambiente?</b></p> <p><input type="checkbox"/> entre 2 a 30 °C <input type="checkbox"/> acima de 30 °C <input type="checkbox"/> abaixo de 2 °C</p>
<p><b>E21. Se não, como os kits de diagnóstico são armazenados?</b></p> <p><input type="checkbox"/> armários <input type="checkbox"/> estantes</p>

<input type="checkbox"/> caixas térmicas <input type="checkbox"/> outros _____
<b>E22. O serviço de realização do teste rápido tem computador exclusivo?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E23. Ocorre controle de estoque dos kits de diagnóstico?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E24. Se sim, acontece de que forma?</b> <input type="checkbox"/> planilhas <input type="checkbox"/> livro de registro <input type="checkbox"/> computador <input type="checkbox"/> outros _____
<b>E25. Como ocorre o registro das realizações dos testes rápido?</b> <input type="checkbox"/> planilhas <input type="checkbox"/> livro de registro <input type="checkbox"/> computador <input type="checkbox"/> outros _____
<b>E26. A unidade de saúde realiza o aconselhamento pré e pós teste?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E27. A unidade realiza ações educativas com foco na realização do teste rápido?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E28. Além do(a) Sr.(a) existe outro profissional na Unidade de saúde capacitado para realização do teste rápido?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E29. Se sim, qual profissional?</b> <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> técnicos de enfermagem <input type="checkbox"/> odontólogo <input type="checkbox"/> auxiliar de consultório dentário <input type="checkbox"/> agente comunitário de saúde <input type="checkbox"/> outros _____
<b>E30. Após confirmação do diagnóstico, ocorre o encaminhamento do usuário para outro serviço de saúde?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E31. Se sim, para onde é encaminhado?</b> <input type="checkbox"/> serviço especializado <input type="checkbox"/> serviço não especializado <input type="checkbox"/> outros _____
<b>E32. Qual a disponibilidade com que ocorre à realização do teste rápido na unidade?</b> <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por semana <input type="checkbox"/> Sempre que houver a necessidade <input type="checkbox"/> outros _____
<b>E33. Qual o turno de realização do teste rápido?</b> <input type="checkbox"/> manhã e tarde <input type="checkbox"/> manhã

<input type="checkbox"/> tarde
<b>E34. O(a) Sr.(a) recebe remuneração extra para a realização do teste rápido?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E35. A disponibilidade da realização do teste rápido é ofertada para qual público?</b> <input type="checkbox"/> toda a população irrestritamente <input type="checkbox"/> exclusivamente as gestantes durante o pré-natal <input type="checkbox"/> parcerias de pessoas vivendo com HIV/Aids <input type="checkbox"/> população que tenha vivenciado uma situação de vulnerabilidade à infecção pelo HIV <input type="checkbox"/> outros _____
<b>E36. A Unidade de Saúde foi alvo de avaliação quanto à realização do teste rápido?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E37. Se sim, qual o órgão que realizou a avaliação?</b> <input type="checkbox"/> secretaria estadual de saúde <input type="checkbox"/> secretaria municipal de saúde <input type="checkbox"/> conselho municipal de saúde <input type="checkbox"/> distrito de saúde <input type="checkbox"/> a própria equipe de saúde da família <input type="checkbox"/> outros _____
<b>E38. O(a) Sr.(a) teve acesso ao resultado da avaliação?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E39. Se sim, houve planejamento de estratégias para o melhoramento do serviço?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E40. O(a) Sr.(a) já participou do Programa de Avaliação Externa da Qualidade para Testes Rápidos (AEQ-TR) do Ministério da Saúde?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>E41. Se sim, qual foi a sua porcentagem de acerto?</b> <input type="checkbox"/> 100% de acerto <input type="checkbox"/> entre 70% e 99% <input type="checkbox"/> menor ou igual a 69%
<b>E42. Se não, qual foi o motivo?</b> <input type="checkbox"/> desconhece o programa <input type="checkbox"/> falta de tempo para participar <input type="checkbox"/> não tem interesse em participar <input type="checkbox"/> outros _____
<b>PROCESSO</b>
<b>P1. Em quais dedos o(a) Sr.(a) realiza a punção digital para realização do teste rápido?</b> <input type="checkbox"/> qualquer dedo <input type="checkbox"/> dedos polegar ou mínimo <input type="checkbox"/> dedos médio, anelar ou indicador
*Variáveis aplicadas para o kit de testagem DPP, questões P2-P7.
<b>P2. Onde deve ser inserida a alça coletora com sangue?</b> <input type="checkbox"/> no frasco de tampão

<input type="checkbox"/> no frasco de eluição <input type="checkbox"/> outros _____
<b>P3. Quantas gotas da amostra eluída são necessárias para realizar a testagem?</b> <input type="checkbox"/> 1 gota <input type="checkbox"/> 2 gotas <input type="checkbox"/> 3 gotas <input type="checkbox"/> 4 gotas <input type="checkbox"/> mais de 4 gotas
<b>P4. As gotas necessárias da amostra eluída para realizar a testagem devem ser colocadas em qual “poço”?</b> <input type="checkbox"/> “poço” 1 <input type="checkbox"/> “poço” 2
<b>P5. Após adicionar a amostra eluída, quanto tempo de espera é necessário para adicionar a solução tampão?</b> <input type="checkbox"/> adiciona logo em seguida, sem intervalo de tempo <input type="checkbox"/> 3 minutos <input type="checkbox"/> 5 minutos <input type="checkbox"/> 10 minutos
<b>P6. Quantas gotas da solução tampão são necessárias para realizar a testagem?</b> <input type="checkbox"/> 1 gota <input type="checkbox"/> 2 gotas <input type="checkbox"/> 3 gotas <input type="checkbox"/> 4 gotas <input type="checkbox"/> mais de 4 gotas
<b>P7. As gotas da solução tampão que são necessárias para realizar a testagem devem ser colocadas em qual “poço”?</b> <input type="checkbox"/> “poço” 1 <input type="checkbox"/> “poço” 2
*Variáveis aplicadas para o kit de testagem de fluxo lateral, questões P8-P9
<b>P8. Onde deve ser inserida a amostra de sangue coletada pelo tubo capilar?</b> <input type="checkbox"/> “poço” <input type="checkbox"/> no frasco de tampão <input type="checkbox"/> outros _____
<b>P9. Após adicionar a amostra, quanto tempo de espera é necessário para adicionar a solução tampão?</b> <input type="checkbox"/> adiciona logo em seguida, sem intervalo de tempo <input type="checkbox"/> 3 minutos <input type="checkbox"/> 5 minutos <input type="checkbox"/> 10 minutos
*Variável aplicada para o kit de testagem DPP
<b>P10. Quanto tempo pode ser realizado a leitura do diagnóstico?</b> <input type="checkbox"/> entre 10 e 20 minutos <input type="checkbox"/> entre 10 e 25 minutos <input type="checkbox"/> entre 10 e 30 minutos <input type="checkbox"/> antes de 10 minutos <input type="checkbox"/> depois de 30 minutos
*Variável aplicada para o kit de testagem de fluxo lateral.
<b>P11. Quanto tempo pode ser realizado a leitura do diagnóstico?</b> <input type="checkbox"/> entre 10 e 20 minutos <input type="checkbox"/> entre 10 e 25 minutos <input type="checkbox"/> entre 10 e 30 minutos

<input type="checkbox"/> antes de 10 minutos <input type="checkbox"/> depois de 30 minutos
<b>P12. Quando o resultado do diagnóstico é considerado não reagente?</b> <input type="checkbox"/> quando não houver formação de uma linha colorida na área de controle (C) <input type="checkbox"/> quando houver formação duas linhas coloridas: uma na área de teste (T) e outra na área de controle (C) controle <input type="checkbox"/> quando houver formação de uma linha colorida somente na área de controle (C) <input type="checkbox"/> quando não houver formação de uma linha colorida na área de controle (C) nem na área de teste(T)
<b>P13. Quando o resultado do diagnóstico é considerado reagente?</b> <input type="checkbox"/> quando não houver formação de uma linha colorida na área de controle (C) <input type="checkbox"/> quando houver formação duas linhas coloridas: uma na área de teste (T) e outra na área de controle (C) controle <input type="checkbox"/> quando houver formação de uma linha colorida somente na área de controle (C) <input type="checkbox"/> quando não houver formação de uma linha colorida na área de controle (C) nem na área de teste(T)
<b>P14. Quando o resultado do diagnóstico é considerado inválido?</b> <input type="checkbox"/> quando não houver formação de uma linha colorida na área de controle (C) <input type="checkbox"/> quando houver formação duas linhas coloridas: uma na área de teste (T) e outra na área de controle (C) controle <input type="checkbox"/> quando houver formação de uma linha colorida somente na área de controle (C) <input type="checkbox"/> quando não houver formação de uma linha colorida na área de controle (C) nem na área de teste(T)
<b>P15. O que deve ser feito após a realização de um teste rápido com resultado reagente?</b> <input type="checkbox"/> solicitar novo teste rápido após 30 dias <input type="checkbox"/> realizar outro teste rápido de fabricante diferente <input type="checkbox"/> encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral (RNA HIV-1) e contagem de linfócitos T CD4+ <input type="checkbox"/> encaminhar para tratamento em serviço especializado <input type="checkbox"/> outros_____
<b>P16. O que deve ser feito quando houver confirmação de diagnóstico não reagente, e persistir a suspeita de infecção pelo HIV?</b> <input type="checkbox"/> solicitar novo teste rápido após 30 dias <input type="checkbox"/> realizar outro teste rápido de fabricante diferente <input type="checkbox"/> encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral (RNA HIV-1) e contagem de linfócitos T CD4+ <input type="checkbox"/> encaminhar para tratamento em serviço especializado <input type="checkbox"/> outros_____
<b>P17. O que deve ser feito quando houver confirmação de diagnóstico reagente durante a realização do teste rápido?</b> <input type="checkbox"/> solicitar novo teste rápido após 30 dias <input type="checkbox"/> realizar outro testes rápido de fabricantes diferente <input type="checkbox"/> encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral (RNA HIV-1) e contagem de linfócitos T CD4+ <input type="checkbox"/> encaminhar para tratamento em serviço especializado <input type="checkbox"/> outros_____
<b>P18. O(a) Sr.(a) inspeciona o sachê contendo gel de sílica que acompanha o kit de diagnóstico de teste rápido?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

**P19. Quando o kit de teste rápido deve ser descartado baseado na coloração do gel de sílica?**

- quando apresenta coloração verde
- quando apresenta coloração amarela
- quando apresenta coloração transparente
- outros \_\_\_\_\_

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O propósito deste trabalho foi elaborar um instrumento com a finalidade de avaliar a implantação do Teste Rápido para diagnóstico do HIV na APS. O referido instrumento pretendeu utilizar as dimensões da estrutura e do processo como elementos norteadores desse método avaliativo, buscando identificar as possíveis potencialidades e fragilidades dessa estratégia.

O referente dispositivo correspondeu às expectativas desejadas durante a elaboração do mesmo, haja vista que foi verificada a incipiência desse conteúdo nos meios científicos. Portanto, foi atingido o objetivo de preencher uma lacuna do conhecimento e contribuir para a construção de uma tecnologia voltada para avaliação dos serviços de saúde quanto a descentralização do teste rápido.

Todo e qualquer instrumento de avaliação está sujeito à uma probabilidade de erros, tanto sistemáticos quanto aleatórios. No entanto, a identificação de fragilidades torna-se indispensável para garantir a confiança e a eficácia, além de permitir resultados mais fidedignos e aproximados a realidade que se deseja apreender a partir da coleta de dados com o instrumento avaliativo.

Considerando o instrumento elaborado a partir de um questionário de perguntas objetivas, torna-se restrito as indagações propostas, o que pode não reconhecer possíveis aspectos desconhecidos referentes à temática da pesquisa, assinalando uma das limitações da pesquisa. Outra restrição está no direcionamento do instrumento ao profissional, o que impossibilita conhecer todas as dimensões das ações desenvolvidas, sendo necessárias futuras pesquisas que contemplem todos os atores envolvidos na realização do Teste Rápido na APS.

Dessa forma, é esperada a partir da elaboração desse instrumento, a validação acadêmica e profissional para que seja submetido a um processo de avaliação crítica, e assim garantir a sua viabilidade. No entanto, espera-se também a construção de novos instrumentos avaliativos ao tocante tema, que sejam direcionados aos gestores e aos usuários, sabendo que, para analisar a qualidade das ações na APS é necessário criar mecanismos que contemplem a tríade gestor-profissional-usuário.



## **REFERÊNCIAS**

ALEXANDRE, N. M. C.; COLLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-8, 2011.

ALMEIDA, M. H. M.; SPÍNOLA, A. W. P.; LANCMAN, S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 49-58, 2009.

ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de saúde pública= Reports in public health**. Vol. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

ARAUJO, C. L. F. et al. A testagem anti-HIV nos serviços de ginecologia do município do Rio de Janeiro **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 18, n. 1, p. 82-89, 2014.

ARAUJO, C. L. F. et al. Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Município do Rio de Janeiro e o Acesso ao Diagnóstico do HIV entre e População Negra: uma análise qualitativa. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 2, p. 82-89, 2010.

BELLINI, J. M. et al. Qualidade de vida de mulheres portadoras do HIV. **Acta paul. enferm**, v. 28, n. 4, p. 350-354, 2015.

BRASIL. **Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais**. 1ª Oficina sobre as estratégias de ampliação do uso e distribuição dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C no Brasil. **29/30 mar. 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2015/curitiba-lanca-aplicativo-inedito-de-testagem-para-o-hiv-no-brasil>>. Acesso em: 24 jan. 2017.**

CARNEIRO, A. J. S.; Coelho, E. A. C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano II – n 1, 2013.**

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico HIV/Aids 2016**. 2016a. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicação/2016/59291/exos/boletim\\_2016\\_1\\_pdf\\_16375.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicação/2016/59291/exos/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf). Acesso em: 13 Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Portal sobre aids, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. 24 abr. 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/2015/curitiba-lanca-aplicativo-inedito-de-testagem-para-o-hiv-no-brasil>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Testagem para HIV** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/testagem-para-hiv>>. Acessado em 13 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção Pelo HIV**. Brasília: 2016b. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55594/manual\\_tecnico\\_hiv\\_2016\\_final\\_25\\_07\\_pdf\\_54115.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55594/manual_tecnico_hiv_2016_final_25_07_pdf_54115.pdf)>. Acesso em: 16 Fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, **Aids e Hepatites Virais**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/testes-de-laboratorio>>. Acesso em: 16 Fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.275, de 26 de dezembro de 2013. 2013**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3275\\_26\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3275_26_12_2013.html)>. Acesso em: 23 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Guia Orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em teste rápido para HIV e sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para Gestantes: **Rede Cegonha M. D. S. S. D. V. E. S. D. D. D. a. E. H. Virais**. Brasília-DF 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Teste rápido por que não?** Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria svs/ms nº 151**, de 14 de outubro de 2009.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação**. Brasília, 2016. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2016.pdf&gws\\_rd=cr&ei=eLf0WPT6JcK6wASc1ojgAQ](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf&gws_rd=cr&ei=eLf0WPT6JcK6wASc1ojgAQ)>. Acesso em: 23 mar. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro/RJ, v.11, n. 3, p. 105-111, 2006.

TOKANO, D. V.; DESSUNTI, E. M. Centro de testagem e aconselhamento: características dos usuários e prevalência de infecção pelo HIV/Testing and counseling center: characteristics of users and HIV infection prevalence. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 14, n. 4, p. 1537-1545, 2016.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. 1st ed. New York. **Oxford University Press**, Inc.; 1998.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. 1st ed. New York. **Oxford University Press**, Inc.; 2003.

FELISBERTO E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil Sustainability analysis of an evaluation policy: the case of primary health care in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, 2010.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

\_\_\_\_\_. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infan.**, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.

FERREIRA B. E.; OLIVEIRA I. M.; PANIAGO A. M. M Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev Bras Epidemiol**; v. 15, n. 1, p. 75-84, 2012.

GOMES, D. M.; OLIVEIRA, M. I. C.; FONSECA, S. C. An evaluation of HIV testing during preand perinatal care in Rio de Janeiro, Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 15, n. 4, p. 413-423, 2015.

GONÇALVES, C.; WEBER, B.; ROSO, A. R.; Compartilhamento do diagnóstico do HIV/AIDS: um estudo com mulheres. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 1-11, 2013.

HAAG, C. B.; GONÇALVES, T. R; BARCELLOS, N. T.; Gestão e processos dec trabalho nos Centros dec Testagem e Aconselhamento dec Porto Alegre-RS na perspectiva de seus aconselhadore. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, 2013.

ICAZA, E. E. S. **Validação de Campo dos Questionários de Qualidade de Vida Relacionado à Saúde em Crianças Asmáticas do Rio Grande do Sul**. 2007. 107 f. Tese (Doutorado) - em Ciências Pneumológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MAGANHA, Camila. **Como uma equipe multidisciplinar (NASF) se insere/apoia outra equipe multidisciplinar (ESF)?**. 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **RBGN**. v.8, n.20, p. 1-12, 2006.

MARTINS, T. A. et al. Desafios para vencer a epidemia de AIDS no mundo. **Rev Fisioter S Fun.**, v. 4, p. 2-5, 2015.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al. **Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil**. 2011.

MORENO D. M. F.; REIS A. O. A. Revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. **Temas psicol.**, v. 21, n. 3, p. 591-609, dez. 2013 Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000300003&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300003&lng=pt).

NICKEL, D. A. et al.; Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. **Cad Saúde Pública**, v. 30, p. 839-50, 2014.

PARAÍBA. Governo do Estado da Paraíba. **Complexo Clementino Fraga realiza mais de 22 mil atendimentos em 2012**. 10 jan. 2013. Disponível em: <<http://paraiba.pb.gov.br/complexo-clementino-fraga-realiza-mais-de-22-mil-atendimentos-em-2012/>>. Acesso em: 23 jan 2016.

PASQUALI, Luiz; PRIMI, Ricardo. Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. **Avaliação Psicológica**, v. 2, n. 2, p. 99-110, 2003.  
PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP;1999.

PEREIRA, M. J. B. et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 32, n. 1, p. 48-55, 2011.

SANTOS, R. R. G; **Implantação do teste rápido de hiv e sífilis na rede cegonha, em porto alegre (RS): avaliação a partir da percepção dos profissionais da atenção primária em saúde e gestantes**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Porto Alegre -RS, 2016.

SANTOS, W. S. et al. A gravidez e a maternidade na vida de mulheres após o diagnóstico do HIV/AIDS-[doi: 10.4025/ciencucidsaude.v11i2. 10476](https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v11i2.10476). **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 250-258, 2012.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1 Pt. 1, p. 102-6, 2010.

STARFIELD, B.; **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. Oxford University Press, USA, 2002.

UNAIDS. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS**. Disponível em: <[http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/11/2016\\_Declaracao\\_Politica\\_HIVAIDS.pdf](http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/11/2016_Declaracao_Politica_HIVAIDS.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2017.

UNAIDS. **Onusida anuncia que la meta de 15 millones de personas en tratamiento antirretrovírico en 2015 se ha cumplido nueve meses antes de lo previsto**. Disponível

em:[http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2015/july/20150714\\_PR\\_MDG6report](http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2015/july/20150714_PR_MDG6report) . Acesso em. 08 Ago. 2016.

VILAR, R. L. A. et al (Orgs.). **O contexto da Política para as DST, AIDS e Hepatites Virais**. Natal: EDUFERN, 2011.

VITÓRIA, A. M. **Avaliação da estrutura e dos processos na Atenção Primária à Saúde em Chapecó**: um estudo de adequação. Chapecó, 2012.

VON ZUBEN, J. V.; RISSI, M. R. R.; GUANAES-LORENZI, C.. A rede social significativa de uma mulher após o diagnóstico de HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 2, p. 211-221, 2013.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. “A via que facilita é a mesma que dificulta”: estigma e atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. Fractal: **Revista de Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 41-58, 2013.

ZARIFIAN, Philippe. **Objetivo competência: por uma nova lógica**. In: **Objetivo competência: por uma nova lógica**. Atlas, 2012.