

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Endemias Samuel Pessoa



AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DO HIV NO ESTADO DO AMAZONAS

Dissertação apresentada
à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
Arouca, para fins de obtenção do título de
Mestre em Vigilância em Saúde e Avaliação de
Programas de Controle de Processos
Endêmicos.

Área de concentração: Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dra. Elizabeth

Moreira dos Santos

Brasília, 29 de setembro de 2006

MIE OKAMURA

Avaliação da implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do
Amazonas

Brasília, 29 de setembro de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
(Programa Nacional de DST e Aids – Ministério da Saúde)

Profa. Dra. Marly Marques da Cruz
(Departamento de Endemias Samuel Pessoa/ENSP/ENSP/FIOCRUZ)

Profa. Dra. Elizabeth Moreira dos Santos (Orientadora)
(Departamento de Endemias Samuel Pessoa/ENSP/FIOCRUZ)

FICHA CATALOGRÁFICA

Okamura, M. Avaliação da Implantação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas / Mie Okamura – Brasília, 2006., 124p.

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz

Área de concentração: Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Elisabeth Moreira dos Santos

Descritores: 1. Avaliação de programas 2. Avaliação 3. Acesso 4. HIV 5. Teste Rápido

Dedico este trabalho:

Aos meus pais que sempre me incentivaram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu avô Shunro (*in memoriam*) e avó Michi que conduziram a família Okamura com honra e retidão, e hoje sou fruto desta construção.

Aos meus amigos e familiares pela amizade e estímulo para sempre seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa Nacional de DST e Aids, pela oportunidade e apoio para a realização deste curso, e por ter permitido me ausentar uma semana por mês, durante esses 18 meses em busca de meu crescimento profissional.

Aos colegas de trabalho por compreenderem a minha ausência, e que me incentivaram e apoiaram ao longo desses 18 meses.

À Prof. Dra. Elizabeth Moreira dos Santos pela amizade, competência e dedicação com que conduziu a orientação deste trabalho, num campo tão novo para mim.

À colega Carmen de Barros D'halia pela disponibilidade e paciência na discussão e elaboração deste trabalho.

Aos colegas que participaram na elaboração dos instrumentos, assim como no campo para a coleta de dados.

Aos professores do Curso de Mestrado Profissionalizante em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, com Ênfase em DST/Aids, por terem aberto novos caminhos do saber, em especial à professora Sonia Natal.

Aos colegas do Curso de Especialização e Mestrado, pela partilha do conhecimento e pelas horas agradáveis e inusitadas vividas nesse período, que certamente deixarão saudades.

A Deus, que me permitiu manter mente e corpo sãos, para mais esta jornada.

Talvez seja este o aprendizado mais difícil:
manter o movimento permanente, a renovação
constante, a vida vivida como caminho e
mudança.

(Maria Helena Kuhner)

SUMÁRIO

RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO, OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA	12
1.1 INTRODUÇÃO.....	12
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Objetivo Geral	13
1.2.2 Objetivos Específicos	13
1.3 JUSTIFICATIVA	14
CAPÍTULO 2: POPULAÇÃO E MÉTODOS	18
2.1 DESCRIÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO.....	18
2.2 FONTE DE DADOS	21
2.3 PLANO DE ANÁLISE	22
CAPÍTULO 3: RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO.....	25
3.2 ARTIGO 1: MODELO DE AVALIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DO HIV NO AMAZONAS: LIÇÕES APRENDIDAS	34
Resumo	34
Abstract.....	35
3.2.1 Introdução.....	36
3.2.2 A Iniciativa de Implantação do Teste Rápido Anti-HIV e o Programa Brasileiro: Contexto e Intervenção	37
3.2.3 Caracterizando a Avaliabilidade da Iniciativa de Implantação do Teste Rápido.....	39
3.2.4 Lições Aprendidas	61
3.2.5 Referências Bibliográficas.....	62
3.3 ARTIGO 2: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DO HIV NO ESTADO DO AMAZONAS	67
Resumo	67
Abstract.....	68
3.3.1 Introdução.....	69
3.3.2 População e Métodos.....	71
3.3.3 Resultados e Discussão.....	74
3.3.4 Conclusões e Recomendações	87
3.3.5 Referências Bibliográficas.....	90
CAPÍTULO 4: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS.....	97

Índice de tabelas, quadros, figuras e anexos

Quadro 1: Dados demográficos e geográficos do Estado do Amazonas.....	18
Quadro 2: Regionalização e capacidade operacional da oferta de serviços em relação aos procedimentos de PABA e M1, Amazonas.....	19
Quadro 3: Dados populacionais e informações de saúde dos municípios do Amazonas.....	22
Quadro 4: Parâmetros para o grau de implantação.....	24
Tabela 1: Número e tipo de documentos utilizados por localidade.....	21
Tabela 2: Perfil dos profissionais entrevistados.....	26
Tabela 3: Perfil de capacitação dos profissionais entrevistados.....	26
Tabela 4: Proporção e perfil dos de capacitação dos profissionais que realizam testagem e aconselhamento.....	27
Tabela 5: Percentual de profissionais que registram os procedimentos.....	27
Tabela 6: Percentual de aptidão e segurança do profissional para a realização do procedimento.....	28
Tabela 7: Percentual de profissionais que utilizam o protocolo.....	28
Tabela 8: Percentual de estabelecimento de referência e contra-referência e encaminhamento de soropositivos.....	29
Tabela 9: Perfil do usuário na variável sexo.....	29
Tabela 10: Quesito raça/cor na percepção do entrevistador.....	30
Tabela 11: Faixa etária e escolaridade dos usuários entrevistados.....	30
Tabela 12: Renda pessoal e familiar.....	31
Tabela 13: Motivo de procura do serviço.....	31
Tabela 14: Realização do teste com aconselhamento.....	32
Tabela 15: Dificuldade de entendimento no aconselhamento.....	32
Tabela 16: Preocupação com o resultado do teste rápido.....	32

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AM – Amazonas

Anti-HIV – Anticorpos contra o vírus HIV

ARV – Anti-retroviral

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EIA/Elisa – Ensaio Imunoenzimático para HIV/*Enzyme Linked Immunoassay*

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EUA – Estados Unidos da América

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GM/MS –Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBD – Indicadores Básicos da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

M1- Primeiro nível da Média Complexidade

M2 - Segundo nível da Média Complexidade

MC1 - Procedimentos mínimos da Média Complexidade

MS – Ministério da Saúde

PABA – Atenção Básica Ampliada

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PN-DST/AIDS – Programa Nacional de DST e Aids

SINAN – Sistema Nacional de Agravos Notificáveis

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SUS – Sistema Único de Saúde

TR – Teste Rápido

UAT – Unidade de Assistência e Tratamento

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Este estudo avalia a implantação do teste rápido como alternativa diagnóstica do HIV no Estado do Amazonas. Procurou-se identificar os fatores individuais, compreendidos nas dimensões de aceitabilidade e satisfação do usuário, e organizacionais nas dimensões de disponibilidade, oportunidade e conformidade, que influenciaram na implantação do teste rápido. Realizou-se, primeiramente, um estudo de avaliabilidade, em que foi desenvolvido um modelo adaptando-se o modelo de Cosendey, contendo os passos metodológicos da avaliação. Em seguida a avaliação foi conduzida por meio de estudo de caso, selecionando 10 serviços entre os municípios que implantaram o teste rápido como alternativa diagnóstica do HIV. Para a análise, aplicou-se o modelo de avaliabilidade desenvolvido pela autora, utilizando a metodologia de avaliação rápida. Para definir o grau de implantação foi utilizada uma matriz de julgamento, explorando o conceito de acesso ao diagnóstico em suas várias dimensões. As dimensões foram categorizadas em índices de adequação, aceitabilidade e satisfação do usuário, com escores específicos classificando os serviços de saúde em: implantado; parcialmente implantado; incipiente e não implantado. O teste rápido mostrou-se parcialmente implantado no Estado do Amazonas. O índice de maior pontuação foi o de satisfação do usuário com 80%, seguidos da aceitabilidade com 64% e de adequação com 59%. O índice de adequação foi o que mostrou maiores problemas. Por ser este o índice o que engloba as dimensões de disponibilidade, oportunidade e conformidade e sendo as duas primeiras as prioritárias para a implantação do teste rápido, torna-se necessário que as estratégias que possam melhorar a implementação, principalmente dos componentes relacionados a essas dimensões, sejam revisadas. Um estudo prévio de avaliabilidade, bem elaborado, pode garantir a condução de uma avaliação apropriada e relevante, além de contribuir para a qualidade da implementação do programa. A construção de matrizes de relevância, análise e julgamento auxiliaram na seleção de indicadores, cujo acompanhamento sistemático é crítico para o seguimento do processo de implementação do teste rápido. Dessa maneira, recomenda-se a revisão de protocolos de monitoramento no sentido de utilizar esses indicadores para a coleta de informações, rotineiramente realizada pelos serviços, reorientando para as prioridades locais e análises da situação de saúde requerida.

Palavras chave: Avaliação de Programas, Avaliação, Acesso, HIV, Teste Rápido.

ABSTRACT

This study evaluates the implantation of the rapid test as an alternative for HIV diagnosis in the State of Amazonas. It aims to identify the individual factors in the dimensions of acceptability and user satisfaction, and structural factors in the dimensions of availability, opportunity and conformity, that were affected in the rapid test implantation. First an evaluability study was conducted, in which a methodology model was developed based on a model by cosendey. Thereafter, the methodology of case study was used, selecting 10 services from the cities that had implanted the rapid test as a diagnosis approach. For the data analysis the model developed by the author was applied, using the rapid evaluation methodology. To define the degree of implantation, a judgment matrix was used, exploring the concept of access to diagnosis in certain dimensions. The dimensions were categorized according to accommodation, acceptability and user satisfaction, with specific score classifying the services: implanted; partially implanted; incipient and not implanted. The rapid test was found to be partially implanted in the State of Amazonas. The index which scored highest was user satisfaction with 80%, followed by acceptability with 64% and accommodation (59%), which showed the greatest problems. The accommodation index includes the availability and accessibility dimensions, which was a priority for the implantation of the rapid test, therefore it is necessary review strategies to improve the implementation of the components related to these dimensions. A good evaluability study can guarantee the conduction of an appropriate and excellent evaluation, and also contribute to the quality of program implementation. The construction of the relevance analysis and judgment matrix assisted in the definition of the indicators, whose systematic follow-up is critical for the rapid test implementation process. Consequently, it is recommended that monitoring protocols be revised to include these indicators in the collection routinely carried out by the services, with adjustments taking into account local priorities and the health situation at hand.

Key Words: Evaluation of Programs, Evaluation, Access, Rapid Test.

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO, OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

1.1 INTRODUÇÃO

Contandriopoulos et al.¹ define avaliação como: “um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Já Stufflebeam² diz que avaliação é uma “investigação sistemática do mérito e/ou relevância de um programa, projeto, serviço ou outro objeto de interesse”.

Para o Banco Mundial³, o propósito da Avaliação e do Monitoramento de programas de desenvolvimento é proporcionar às entidades governamentais, gestores e sociedade civil, meios aperfeiçoados de aprender, à custa das experiências passadas, a melhorar a prestação de serviços, planejar, alocar recursos e demonstrar resultados às partes interessadas, como parte da responsabilização.

O CDC⁴ explicita que uma efetiva avaliação de programas é um caminho sistemático para melhorar e justificar as ações de saúde pública, envolvendo procedimentos que sejam profícuos, possíveis, éticos e precisos e cada vez mais as avaliações incluem aspectos explicativos dos sucessos ou problemas dos programas, iluminando as relações intermediárias entre intervenção e efeito.

O tipo de estudo proposto neste trabalho é a avaliação de implantação ou a também chamada de avaliação de processo^{2,5} e está relacionado com o processo de implantação das ações e de como os serviços são adequados para atingir os resultados esperados.

Este estudo tem caráter formativo^{6,7}, à medida que “fornece informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer”, ou de aprimoramento, no qual enfatiza o aprendizado, a melhoria do programa e a identificação dos pontos fortes e fracos, especialmente a partir da perspectiva daqueles que serão beneficiados pela intervenção.

Por que avaliar a implantação? A avaliação de implantação é uma maneira de verificar se aquilo que foi planejado na teoria está sendo oferecido nos serviços e como está sendo oferecido^{2,8}. Além disso, outras razões para se avaliar são: a) monitorar as atividades dos programas para identificar os possíveis pontos fortes e fracos na sua implantação e fazer as correções necessárias nos planos de ação; b) contrastar as atividades com o que foi planejado, descrever os problemas encontrados na implementação e analisar a maneira que os profissionais lidaram com a questão^{9,10}.

Antes de iniciar a avaliação, propõe-se um estudo de avaliabilidade que, nesse campo, tradicionalmente é compreendido como o conjunto de etapas que antecedem a sua execução. Esses estudos facilitam o desenvolvimento da avaliação propriamente dita e são fundamentais para racionalizar recursos, freqüentemente escassos para o processo avliativo.

Avaliar a implantação do teste rápido anti-HIV como método diagnóstico no Amazonas é de suma importância para o direcionamento das políticas públicas de melhoria do acesso aos serviços e insumos e aumento de cobertura diagnóstica no país.

Este estudo poderá proporcionar, aos gestores, subsídios para o monitoramento e avaliação em supervisões futuras e a utilização dos instrumentos na implantação do teste rápido em outras localidades.

O projeto foi submetido à Comissão de Ética da ENSP e aprovado sob o Parecer Nº 94/05 e os dados utilizados sob permissão e consentimento do Programa Nacional de DST e Aids, cumprindo os princípios éticos preconizados pela Resolução 196/96 do CNS – Conselho Nacional de Saúde¹¹.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar a implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas.

1.2.2 Objetivos Específicos

- 1 Desenvolver o modelo para ser utilizado como ferramenta de análise dos conteúdos e dos objetivos de uma intervenção visando a discutir suas possibilidades de avaliação;
- 2 Aplicar o estudo de viabilidade a uma situação específica, buscando apresentar um passo-a-passo do modelo de avaliabilidade, tomando como exemplo, a implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no estado do Amazonas;
- 3 Correlacionar os aspectos individuais e organizacionais que influenciaram na implantação do teste rápido anti-HIV no Amazonas.

1.3 JUSTIFICATIVA

Considerado como modelo para o mundo, o programa brasileiro de controle da infecção pelo HIV/aids enfrenta, ainda, vários desafios, sendo um deles a dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce. Em um estudo realizado no Brasil por Szwarcwald¹², estima-se que existam cerca de 600 mil pessoas infectadas pelo HIV no país.

Em dados colhidos no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL de 2005, a autora evidenciou que 283.669 pessoas infectadas pelo HIV estão em acompanhamento médico e destas, 171.000¹³ fazem uso de anti-retrovirais (ARV). Portanto, estima-se que 316.331 pessoas simplesmente desconhecem seu estado sorológico.

Tendo em vista esta situação, o Programa Nacional de DST e Aids, no seu Plano Estratégico para o período de 2004/2007, tem como uma de suas diretrizes¹⁴ o aumento da cobertura de diagnóstico da infecção pelo HIV.

Com o acesso precoce ao diagnóstico, os usuários infectados pelo HIV poderão assumir estratégias pessoais de redução de riscos para si e seus/suas parceiros/as, bem como procurar atendimento médico em tempo hábil para prevenir o desenvolvimento da aids ou a transmissão vertical do HIV.

A política de descentralização, instituída por meio da Portaria nº 2313 de 19 de dezembro de 2002, permite o repasse de recursos adicionais de forma automática do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos Estaduais e Municipais e do Distrito Federal, a título de incentivo no âmbito dos Programas de DST e Aids.

Houve, também, o fomento para iniciativas de implantação de serviços com recursos locais e a expansão das ações de diagnóstico e aconselhamento para a rede básica de saúde. Com isso, muitos municípios vêm implantando serviços e ampliando o diagnóstico na atenção básica. Mesmo com esses esforços, constata-se, ainda, que boa parte da população não tem conhecimento de seu “status” sorológico.

O diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV é regulamentado por Portaria Ministerial nº 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003, que define um conjunto de procedimentos por meio de um fluxo, a ser, obrigatoriamente, realizado pelos laboratórios, sejam eles públicos ou privados.

Para que estes procedimentos diagnósticos sejam realizados, o laboratório deve estar equipado com uma estrutura de média complexidade, estabelecer um fluxo eficaz de envio de amostras das unidades coletoras para os laboratórios, ter agilidade na

entrega dos resultados para o paciente e realizar um controle da qualidade de todo o processo¹⁵.

Embora o Brasil disponha de uma rede de laboratórios públicos que realizam os testes anti-HIV, existe uma diversidade nessa rede. Destacam-se desde locais onde se verificam redes descentralizadas e estruturadas que fornecem resultados efetivos, a locais onde há total ausência de rede laboratorial.

Além disso, observam-se, também, situações em que os usuários que têm suas amostras coletadas para os testes anti-HIV não retornam para buscar os resultados, muitas vezes por medo ou em virtude da demora por parte dos laboratórios no encaminhamento dos mesmos, levando a um percentual de faltosos para a busca desses resultados¹⁶.

Levando em consideração essas questões e a necessidade de ampliar o acesso ao diagnóstico, o Ministério da Saúde, em cooperação com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC/EUA), realizou entre 2003/2004 um estudo¹⁷ com o objetivo de avaliar e validar o teste rápido para a sua utilização no diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV.

Os resultados obtidos nessa pesquisa permitiram formular um algoritmo utilizando três diferentes testes rápidos, criando assim uma nova estratégia para ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV.

Os testes rápidos apresentam resultados em um tempo inferior a 30 minutos e a sua utilização permite que, em um mesmo momento (da consulta), o paciente receba o aconselhamento pré-teste, tenha o seu teste realizado e tome conhecimento do resultado com aconselhamento pós-teste.

Esses procedimentos são executados por profissional de nível superior, com capacitação específica para essas ações. Porém, não é necessária nenhuma infraestrutura laboratorial e nem logística para transporte de amostras e encaminhamento dos resultados.

Para populações que têm o acesso dificultado, tanto aos serviços assistenciais quanto a testagem, pelo reduzido número de serviços e principalmente pela questão da distância geográfica, o uso do teste rápido é uma alternativa que possibilitará o acesso ao diagnóstico precoce, permitindo, assim, medidas de prevenção e controle da transmissão do HIV.

Relatórios¹⁸ do Programa Nacional de DST e Aids mostram que a epidemia na região Norte assume características de 15 anos atrás, em que os usuários procuram os serviços de saúde já com sintomatologia de aids, podendo refletir justamente a dificuldade de acesso aos métodos e insumos diagnósticos precoces.

Embora a região Norte ocupe 45% do território brasileiro e represente apenas 7% da população, no SINAN de 1986 a 2005 foram notificados **3.332** casos de aids, no Estado do Amazonas, sendo 89% em Manaus. Esse total de casos representa **0,8%** do total de casos de aids notificados, no Brasil, nesse período.

As tendências atuais de pauperização e interiorização da epidemia fazem com que o Governo Federal tenha um olhar diferenciado para a região Norte. Considerando esse contexto, o Ministério da Saúde implantou o teste rápido para diagnóstico do HIV em serviços de saúde no estado do Amazonas^{19,20}.

A primeira etapa de implantação teve início no segundo semestre de 2004, com a produção de material instrucional e a realização de treinamentos específicos de aconselhamento e testagem para capacitar os profissionais de saúde dos serviços selecionados. Caracterizada como uma abordagem multidisciplinar, profissionais de diversas especialidades foram selecionados para o treinamento.

O treinamento ocorreu na última semana de outubro de 2004 e a estratégia foi deflagrada no dia 17 de novembro em todo o estado.

Os kits de testagem foram distribuídos pelo Ministério da Saúde para cada município durante o treinamento e as orientações quanto à logística de transporte para reposição e armazenamento também foram feitas nesse momento.

Devido à recente validação do algoritmo e também pelo fato de os profissionais da área de Saúde desconhecerem a qualidade de diagnóstico utilizando o teste rápido, o Programa Nacional de DST e Aids considerou prioritário avaliar o grau de implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV, entendendo que seria importante para identificar problemas e viabilizar as adequações necessárias visando à organização dos serviços e à melhoria das ações desenvolvidas e, também, a possível utilização dos instrumentos dessa avaliação na implantação do teste rápido em outras regiões.

O teste rápido foi implantado em 14 serviços de saúde, como Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA, Unidades Básicas de saúde – UBS e hospitais dos municípios de Parintins, Itacoatiara, Manaus, Manacapuru, Lábrea, Tefé, Coari, São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença, Tabatinga, Benjamin Constant, Eirunepé. Cada município foi contemplado com um serviço, à exceção de Manaus que, por ser o

município onde ocorrem 89% dos casos de aids (2.786 casos de 1986 a 2005)²¹, foi contemplado com três serviços.

Essa escolha foi baseada considerando municípios sedes de pólos regionais, a localização geográfica de maneira a dar cobertura estratégica, a capacidade local instalada, situação de acesso aos serviços de saúde, aspectos epidemiológicos e políticos.

CAPÍTULO 2: POPULAÇÃO E MÉTODOS

Foram selecionados 10 serviços, dos 14 que tiveram profissionais treinados para a estratégia de implantação do Teste Rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Como critério de inclusão, foi considerado o fato de terem recebido pelo menos uma visita de monitoramento entre novembro de 2004 a novembro de 2005. Como critério de exclusão foram considerados os seguintes aspectos: serviços que não implantaram o teste rápido; serviços que não receberam visita de supervisão e serviços que foram locais de treinamento.

2.1 DESCRIÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O Amazonas é o maior Estado brasileiro em dimensões geográficas, com uma superfície de 1.557.820 Km², onde grande parte é ocupada pela floresta amazônica e a outra pela água.

Composto por 62 cidades e dividido em 13 microrregiões, tem uma população de 2.840.889 habitantes, com uma densidade demográfica desigual principalmente ao longo dos rios, sendo que cerca de 75% da população está concentrada na área urbana (50% em Manaus). Dos que vivem na área rural, grande parte vive à beira-rio, sendo os barcos o principal meio de transporte para a comercialização de produtos e para a condução de passageiros. A única via de acesso rodoviário é a BR-174, que liga Manaus a Boa Vista, capital de Roraima.

O Município de Manaus é o único com mais de 100.000 habitantes e 54% dos municípios têm menos de 20.000 habitantes. Os municípios são grandes com uma população rarefeita. A densidade demográfica é baixa, com uma média de 1,5 hab/km², sendo que 49% dos municípios têm de 0 a 1 hab/km² e apenas Manaus tem mais de 100 hab./km². Há grande dispersão no interior, devido às imensas distâncias e barreiras geográficas entre as cidades (Quadro 1), e o acesso à região é feito principalmente por via fluvial ou aérea. As cidades do interior são pouco estruturadas e com baixo grau de desenvolvimento das atividades e dos serviços urbanos.

Quadro 1: Dados demográficos e geográficos dos municípios do Estado do Amazonas, por ordem populacional.

Município	População geral	Urbana	Rural	Distância da capital	
				linha reta	fluvial
Manaus	1.405.835	1.396.768	9.067	0	0
Parintins	90.150	58.125	32.025	325 km	370km
Manacapuru	73.695	47.662	26.033	68 km	102 km
Coari	67.096	39.504	27.592	237 km	240km
Tefé	64.576	47.698	16.878	525 km	672 km
Tabatinga	37.919	26.637	11.282	1.105 km	1.607 km
São Gabriel da Cachoeira	29.951	12.377	17.574	858 km	1.064 km
Eirunepé	26.074	16.781	9.293	1.245 km	3.448 km
Benjamin Constant	23.219	14.171	9.048	1.118km	1.621km
São Paulo de Olivença	23.113	8.770	14.343	988 km	1.235 km

Fonte: Portal do governo do Amazonas www.amazonas.am.gov.br, 2005.

Dados da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, de 2000, citados no Plano Diretor de Regionalização – PDR²³, mostram que a população indígena representa 3,62% da população do estado, com 102.264 habitantes, com pelo menos 36 etnias distribuídas em 43 municípios, sendo a maior população indígena do país e suas terras correspondem a 35,7% do estado.

No âmbito da saúde, segundo o PDR de 2003, o estado está conformado em:

Uma macrorregião que engloba todo o estado, sendo Manaus o centro macrorregional, 10 regiões, 19 microrregiões e 62 módulos assistenciais (Quadro 2).

Quadro 2: Regionalização e capacidade operacional da oferta de serviços em relação aos Procedimentos de Atenção Básica Ampliada (PABA) e M1, Amazonas.

Região	Microrregião – municípios pólo (M2)	Pólos assistenciais (M1 e PABA)	PABA-198 / %	MC1-112/ %	População
ALTO SOLIMÕES	Tabatinga	Atalaia do Norte	29,80	25,89	10.682
		Benjamin Constant	30,80	19,64	24.731
		Tabatinga	33,83	57,14	40.998
	Total	3			76.411
	São Paulo de Olivença	Amaturá	0	0	8.100
		Santo Antônio do Içá	27,78	5,36	31.601
		Tonantins	0	0	17.200
		São Paulo de Olivença	19,70	9,82	26.036
Total	4			82.937	
Total					159.348
TRIÂNGULO JUTÁI / SOLIMÕES / JURUÁ	Tefé	Alvarães	34,85	0	12.150
		Carauari	34,34	32,14	23.421
		Japurá	16,16	0	10.285
		Juruá	31,82	0	6.584
		Marauá	30,30	11,60	17.079
		Uariné	32,83	0	10.254
		Tefé	48,99	34,82	64.457
Total	7			64.457	

BAIXO AMAZONAS	Parintins (Centro sub-regional)	Barreirinha	45,96	0	22.579
		Nhamundá	32,83	17,86	15.355

		Parintins	60,61	60,71	90.150
Total		3			128.084
MÉDIO AMAZONAS	Itacoatiara	Itapiranga	32,83	27,68	7.978
		São Sebastião do Uatumã (Baixo Amazonas)	35,86	0	7.967
		Silves	41,92	13,39	8.426
		Urucará (Baixo Amazonas)	36,36	27,68	20.542
		Urucutituba e Distrito de Itapeuçú	37,37	14,29	10.598
		Itacoatiara	46,97	31,25	76.217
Total		6			131.728
PURUS	Lábrea	Canutama	21,21	5,36	10.301
		Tapauá	47,97	39,28	19.119
		Lábrea	7,58	11,61	27.094
Total		3			57.114
JURUÁ	Eirunepé (Centro sub-regional)	Envira	25,25	7,14	19.898
		Ipixuna	29,29	0	16.332
		Itamarati	29,29	2,68	8.197
		Guajará	23,74	8,04	13.751
		Eirunepé	30,81	25,89	27.831
Total		4			86.009
MADEIRA	-	-			-
Total		-			-
ALTO RIO NEGRO	São Gabriel da Cachoeira	São Gabriel da Cachoeira e Distrito de Iauarerê	50,00	67,85	32.044
		Total	1		
RIO NEGRO / SOLIMÕES	Manacapuru (Centro sub-regional)	Anamá	30,30	21,43	6.729
		Anori	37,37	27,68	12.038
		Beruri	33,84	0	12.148
		Caapiranga	33,84	15,18	9.410
		Novo Airão	33,83	0	8.304
		Manacapuru	39,39	42,85	78.785
	Total	6			127.414
	Coari	Codajás	23,73	18,75	18.753
	Coari	50,00	41,96	75.856	
Total	2			94.603	
Total		8			
CENTRO-REGIONAL	Manaus	Irاندuba	11,62	19,64	36.439
		Rio Preto da Eva	51,01	9,82	20.990
		Presidente Figueiredo	49,49	45,53	20.569
		Manaus	66,16	91,96	1.527.314
Total		4			1.605.312
Total geral					
População do Estado do Amazonas					3.031.068

Fonte: PDR – Amazonas 2003.

M1= Primeiro nível da Média Complexidade; M2= Segundo nível da Média Complexidade; MC1= Procedimentos mínimos da Média Complexidade, PABA= Atenção Básica Ampliada

2.2 FONTE DE DADOS

Para a análise de implantação, utilizou-se o banco de dados resultante de visitas de supervisão do PN-DST/AIDS, com dados coletados a partir de documentos como: entrevista com diretor de serviço, entrevista com profissionais de saúde, entrevista com usuários, relatórios de observação das testagens, aconselhamento pré-teste e pós-teste, diários de campo como mostra a Tabela 1, assim como a página eletrônica do Governo do Amazonas, dados do DATASUS, relatórios de treinamento, relatórios de controle de estoque e logística de insumos para relacionar o grau de implantação e o contexto organizacional.

Dados populacionais e de saúde foram importantes para contextualizar a saúde na região, conforme mostra o Quadro 2 onde se pode observar a capacidade de oferta de serviços referentes aos procedimentos mínimos de Média Complexidade (MC1) e de Atenção Básica Ampliada (PABA). Assim como no Quadro 3, os dados referentes à adequação das informações relacionadas à natalidade possibilitaram a estimativa do número de gestantes por localidade.

Tabela 1: Número e tipo de documentos utilizados por localidade.

Serviço	Entrevista diretor de serviço	Entrevista profissional de saúde	Entrevista usuário	Observação da testagem	Observação do aconselhamento pré e pós-teste	Diário de campo
Benjamin Constant	1	2	2	4	3	sim
Coari	1	3	16	16	36	sim
Eirunepé	1	2	3	3	5	sim
Manacapuru	1	2	5	3	6	sim
Manaus	1	3	14	*	16	sim
Parintins	1	3	6	6	6	sim
São Gabriel da Cachoeira	1	4	6	6	12	sim
São Paulo de Olivença	1	2	6	0	1	sim
Tabatinga	1	3	16	10	21	sim
Tefé	1	5	7	5	12	sim
Total	10	29	81	53	118	10

Fonte: PN-DST/AIDS. * A testagem em Manaus teve caracterização diferenciada devido à metodologia de trabalho onde eram coletadas as amostras de sangue para outros exames e os mesmos eram feitos em série, e ao espaço físico extremamente delimitado, que dessa maneira não permitiu computar o número de observação de testagens. (Fonte: PN DST/Aids – MS)

Devido à dificuldade dos serviços em estimar a necessidade real de insumos para implantar o teste rápido para uso na população em geral, as gestantes foram a população priorizada. A estimativa de gestantes serviu para dimensionar o quantitativo de insumos que são compreendidos como kits de testagem com uso de 2 a 3 testes rápidos,

conforme preconiza a Portaria 34/SVS/MS de 28/07/2005 e o número de profissionais necessários para a implantação do teste rápido.

Quadro 3: Dados populacionais e informações de saúde dos municípios do Amazonas.

Localidade	População residente – IBGE 2005	%	Classificação do município quanto à adequação das informações de natalidade 2000-02	Número de nascidos vivos SINASC 2002	Estimativa do número de gestantes ¹ / ano	Estimativa do número de gestantes ¹ / mês
Benjamin Constant	26.191	0,81	satisfatório	667	847	70
Coari	84.309	2,61	satisfatório	1678	2131	177
Eirunepé	29.492	0,91	satisfatório	738	937	78
Manacapuru	83.703	2,59	satisfatório	2221	2820	235
Manaus	1644690 * (9067 [#] =0,5%)	50,8* (2,54)	satisfatório	38161* (190)	48464* (242)	4038* (20)
Parintins	109.150	3,38	não satisfatório	2058	2613	218
São Gabriel da Cachoeira	34.070	1,05	não satisfatório	915	1162	97
São Paulo de Olivença	28.861	0,89	não satisfatório	460	584	49
Tabatinga	43.974	1,36	satisfatório	1113	1413	118
Tefé	70.809	2,19	satisfatório	1668	2118	176
Total	519.626	64,06 (15,7)	519.626			

* Dados referentes ao município de Manaus, sendo que a zona rural onde o serviço fluvial atende equivale a 0,5% da população (Fonte MONITORIMI, 2006).

Dado do portal do Estado do Amazonas disponível em www.amazonas.gov.br, capturado em ago/2005. ¹ A estimativa do número de gestantes foi calculado utilizando a razão de nascidos vivos informados por estado (IDB, 2003/DATASUS), corrigindo pelo fator de correção assumindo que é = estado (78,62%), $1/0,7862=1,27$ e multiplicado pelos nascidos vivos de cada localidade.

² Cálculo baseado nos parâmetros de cobertura assistencial da Portaria N.º1.101 de 12/06/02 de consulta médica (4/hora) e de enfermagem (3/hora), somado ao tempo gasto para realização da testagem com obtenção do resultado (30 minutos).

A população do Estado do Amazonas: 3.232.330 habitantes (IBGE, 2005)

2.3 PLANO DE ANÁLISE

a) Níveis de análise, dimensões, subdimensões e critérios.

Para descrever a implantação, utilizaram-se os documentos listados e analisados em Epi-Info 6.

A categoria acesso foi explorada utilizando concepções de autores^{24,25} que enfatizam como uma categoria capaz de sintetizar oferta, utilização, qualidade e satisfação do usuário com os serviços/intervenção/programas e definem acesso à saúde como “compatibilidade entre população e suas necessidades e os recursos de saúde

ofertados”, a partir de um conjunto de dimensões específicas que são: oportunidade, disponibilidade, adequação e aceitabilidade.

A categoria qualidade dos serviços de saúde será explorada na dimensão específica do cuidado médico que é a qualidade técnico-científica. Neste estudo, essa categoria é entendida como a conformidade das atividades ao que é preconizado pelo programa, ou seja, conforme protocolos estabelecidos, e será abordada dentro da adequação.

Um ponto de convergência entre os vários estudiosos no assunto^{26, 27,28} é o de que acesso à saúde não é definido apenas com base na existência de serviços ou produtos, mas considerando a real utilização dos mesmos, medidos por indicadores objetivos (como, por exemplo, número que consultas, testagens realizadas) e inclusive pela satisfação do usuário, cuja mensuração é subjetiva (satisfação geral ou em relação a um atendimento específico).

Para definir o grau de implantação, as dimensões foram categorizadas em três conjuntos de índices: Adequação, Aceitabilidade e Satisfação do Usuário, que receberam pontuação específica de acordo com a importância no processo de implantação, por técnica de consenso conforme explicitado no Quadro 4.

Quadro 4: Matriz de julgamento por componente do programa e dimensões da avaliação

COMPONENTE	ÍNDICES DE ADEQUAÇÃO			ÍNDICES DE ACEITABILIDADE		ÍNDICES DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO		Σ COMPONENTE
INSUMO	Oportunidade	60	150	Profissional de saúde	70			220
	Disponibilidade	60						
	Conformidade	30						
ATIVIDADE	Oportunidade	60	150	Profissional de saúde	30	Usuário	100	280
	Disponibilidade	60						
	Conformidade	30						
Σ DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO	300			100		100		500

Os indicadores estabelecidos conforme as dimensões trabalhadas e seus componentes geraram os parâmetros para as pontuações.

Já os parâmetros do grau de implantação foram definidos por meio de quartis, utilizando o modelo testado e validado por Cosendey²⁹, num estudo que definiu o score

mais apropriado para o grau de implantação, permitindo, assim, atribuir aos serviços uma pontuação que classificou em graus de implantação.

O grau de implantação demonstrado no Quadro 5 foi definido como: implantado para os valores acima de 75%; parcialmente implantado para os valores de 50 a 75%; incipiente para os valores de 25 a 49% e não implantado para os valores de abaixo de 25%.

Quadro 5: Parâmetros para o grau de implantação.

Percentual	Grau de implantação
> 75%	Implantado
50 ~ 75%	Parcialmente implantado
25 ~49%	Incipiente
< 25%	Não implantado

Fonte: Cosendey, 2003.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO

Nesta parte, será feita uma breve caracterização dos serviços, dos usuários e dos profissionais envolvidos com a implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas.

Para isso, serão utilizados dados coletados das entrevistas com profissionais de saúde, diretores de serviços e usuários.

3.1.1 Caracterização dos Serviços de Saúde

Dos 10 serviços selecionados para o estudo, 5 eram Unidades Básicas de Saúde (UBS), 2 Centros de Testagem e Aconselhamento e 3 Hospitais. Uma das unidades básicas é um serviço móvel fluvial, que assiste a população ribeirinha com uma média de 45 dias de intervalo, dependendo do cronograma de atividades. Entre os hospitais, havia os hospitais regionais e um hospital de guarnição de administração militar.

3.1.2 Caracterização dos Profissionais Entrevistados

Foram analisadas 29 entrevistas de profissionais de saúde entre médicos, farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e de outras categorias profissionais, na sua maioria de nível médio. Quando questionados sobre o tempo de atuação profissional, 15 (52%) responderam que atuam há mais de 5 anos. Em relação à composição da equipe, 23 (79%) eram profissionais da equipe de trabalho que lidam diretamente com o usuário, sendo chefes de unidade apenas 4 dos entrevistados que, além de exercerem o cargo de chefia, realizam o procedimento de aconselhamento e testagem.

Tabela 2: Avaliação da Implementação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Perfil dos profissionais entrevistados.

Profissionais	Número
Médicos	5
Bioquímicos	5
Enfermeiros	4
Assistentes sociais	4
Psicólogos	4
Outros	7
Total	29

Quando inquiridos sobre os tipos de capacitação que haviam recebido, 25 dos entrevistados (86%) disseram que receberam treinamento para o diagnóstico através do teste rápido e quatro (14%) informaram que já foram capacitados para o método ELISA. Em relação ao tipo de capacitação, 55% (16) receberam treinamento presencial pelo do programa do Ministério da Saúde e sete, 31%, por meio de colegas de trabalho.

Em relação ao manejo clínico básico do HIV, apenas quatro profissionais referiram terem sido capacitados, sendo que três desses eram médicos.

Quando argüidos sobre vigilância epidemiológica do HIV, 27 (93%) dos profissionais referem não ter recebido treinamento algum em vigilância. Desses, 65% solicitaram treinamento, pois apenas 24% sabiam preencher uma ficha de notificação sem problemas.

A capacitação para controle e garantia de qualidade da testagem foi realizada por nove (31%) dos profissionais entrevistados, sendo todos da área de laboratório.

Tabela 3: Avaliação da Implementação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Perfil de capacitação dos profissionais entrevistados.

Capacitação	Capacitação pelo MS	Treinamento com colegas ou outros	Total
Teste rápido (TR)	16	9	25
ELISA	4	0	4
Aconselhamento	16	7	23
Manejo clínico básico do HIV	4	0	4
Vigilância em HIV	0	2	2
Garantia e controle de qualidade do TR	9	0	9

Confrontando com os dados obtidos com os relatórios de treinamento realizados pelo Ministério da Saúde, observou-se que em um período menor que 12 meses, mais de 50% dos profissionais que foram capacitados não estavam mais realizando testagem e /ou aconselhamento. A grande maioria em razão da mudança da gestão municipal, alguns profissionais por terem cargos administrativos e não técnicos e alguns por mudança de município. Poucos foram aproveitados para atuarem em outros serviços.

Tabela 4: Avaliação da Implementação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Percentual de continuidade das ações pós capacitação.

<i>Município</i>	<i>Nº de profissionais Treinados pelo Programa do MS</i>	<i>Nº de profissionais treinados atuando no serviço</i>	<i>% de continuidade</i>	<i>Nº de profissionais treinados atuando em outro serviço</i>	<i>Nº de profissionais atuando que não foram treinados</i>
1	4	1	25%	0	1
2	7	2	29%	0	1
3	2	2	100%	0	0
4	2	2	100%	0	0
5	4	1	25%	1	1
6	6	3	50%	0	0
7	5	2	50%	0	2
8	2	2	50%	0	0
9	7	1	15%	1	1
10	4	4	100%	0	1
Amazonas	43	20	47%	2	7

a) Testagem e aconselhamento

Em relação ao registro da testagem, 52% registram em planilha de produção e 48% registram em prontuários e/ou livro registro. O aconselhamento pré e pós-teste não foi registrado por nenhum dos profissionais entrevistados e não foi identificado nenhum registro relacionado a aconselhamento.

Tabela 5: Avaliação da Implementação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Percentual de profissionais que registram os procedimentos.

<i>Registro</i>	<i>Teste Rápido</i>	<i>Aconselhamento</i>
Planilha de produção	15 (52%)	0
Prontuário	14 (48%)	0
Total	29 (100%)	0%

Quanto aos questionados sobre o oferecimento da testagem ao usuário, 21 (72%) consideraram fácil oferecer ao usuário, sete (24%) responderam que colocavam o teste anti-HIV dentro da lista de exames de rotina e um não respondeu a essa pergunta.

Embora tivesse sido enfatizado no treinamento sobre a qualidade do teste rápido, 10 (35%) entrevistados referiram que ainda solicitariam um exame confirmatório e cinco (17%) disseram que preferem o método ELISA.

Em relação à realização da testagem, 21 (73%) dos entrevistados consideraram-se aptos a realizar a testagem, cinco (17%) dos entrevistados sentiram-se inseguros e três (10%) entrevistados consideraram não ser a testagem sua atribuição. Dentre os

entrevistados que se consideraram aptos ou inseguros, oito (28%) responderam que gostariam de receber mais treinamento.

Quanto ao aconselhamento, 17 (62%) entrevistados sentiram-se aptos a realizar o aconselhamento, sete (21%) dos entrevistados consideraram que não eram a sua atribuição, dentre eles a grande maioria eram de bioquímicos e cinco (17%) dos entrevistados sentiram-se inseguros. Dentre os entrevistados que se consideraram aptos ou inseguros, 16 (55%) responderam que gostariam de receber mais treinamento.

Tabela 6: Avaliação da Implementação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Percentual de aptidão e segurança do profissional para a realização do procedimento.

Registro	Teste Rápido	Aconselhamento
Sentiu-se apto	21 (73%)	17 (62%)
Sentiu-se inseguro	5 (17%)	5 (17%)
Não é sua atribuição	3 (10%)	7 (21%)

Quanto à utilização do protocolo para a realização da testagem, 52% o fazem conforme protocolo e 24% fizeram alguma adaptação e 23% não o utilizam. Para aconselhamento, apenas 28% faziam conforme protocolo, 21% chegaram a adaptá-lo, demonstrando que mais de 50% dos entrevistados sequer utilizavam qualquer protocolo de aconselhamento.

Tabela 7: Avaliação da Implementação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Percentual de profissionais que utilizam o protocolo de aconselhamento e de testagem rápida anti-HIV.

	Teste Rápido	Aconselhamento
Utiliza o protocolo	15 (52%)	8 (28%)
Utiliza o protocolo modificado ou adaptado	7 (24%)	6 (21%)
Não utiliza o protocolo	7 (24%)	15 (51%)
Total	29 (100%)	29 (100%)

b) Encaminhamentos dos usuários

Em relação ao fluxo de encaminhamento dos usuários soropositivos diagnosticados, 45% encaminham para serviços de referência da capital, 25% são atendidos no próprio serviço e 24% encaminhados para serviço de referência no próprio município.

Tabela 8: Avaliação da Implementação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Percentual de estabelecimento de referência e contra-referência e encaminhamento de usuários soropositivos.

Encaminhamento	Percentual
Serviço de referência na capital	45%
Serviço de referência no próprio município	25%
No próprio serviço	24%
Sem informação	6%
Total	100%

3.1.3 Caracterização do Usuário

Foram analisadas 81 entrevistas realizadas com usuários nos 10 serviços de saúde, no período entre 22 de janeiro a 03 de junho de 2005, onde 56 (69%) eram mulheres e destas 22 (27%) eram gestantes.

O número de entrevistados por localidade não foi homogêneo devido à dificuldade de conciliar: horário de funcionamento do serviço, períodos de viagem, a presença dos pesquisadores com o fluxo de usuários nos serviços que realizaram o teste rápido e aceitaram responder os questionários.

Tabela 9: Avaliação da Implementação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Perfil do usuário na variável sexo.

Usuário	N	Percentual
Homem	25	31%
Mulher (gestante)	56 (22)	69% (27%)
Total	81	100%

a) Percepção do entrevistador e entrevistados

Interessante salientar que na percepção do entrevistador, 42% da população são pardos, 31% brancos, 20 % de outras raça/cor e apenas 5% índios, em um estado onde a população indígena é significativa.

Tabela 10: Avaliação da Implementação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Quesito raça/cor na percepção do entrevistador.

Raça / cor	N	Percentual
Pardos	34	42%
Branco	25	31%
Outros	16	20%
Indígenas	4	5%
Não respondeu	2	2%
Total	81	100%

A faixa etária entre os entrevistados variou entre 14 a 50 anos com uma mediana de 24 anos e moda de 19. A escolaridade predominante é do nível primário incompleto, seguido do secundário incompleto, demonstrando a baixa escolaridade da população entrevistada.

Tabela 11: Avaliação da Implementação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Faixa etária e escolaridade dos usuários entrevistados.

Variável	N	Percentual
FAIXA ETÁRIA		
14 - 19	22	27%
20 - 29	37	46%
30 - 39	12	14%
40 - 50	7	9%
Não respondeu	3	4%
ESCOLARIDADE		
Primário completo	5	6%
Primário incompleto	39	48%
Secundário completo	11	14%
Secundário incompleto	19	23%
Superior completo	4	5%
Analfabeto	3	4%
Total	81	100%

A renda mensal média dos entrevistados é de R\$149,00 sendo importante salientar que 44 deles (54%) não trabalham. A renda familiar varia entre R\$30,00 e

R\$3.500,00, com uma mediana de R\$340,00 que é compartilhada com uma média de 6 pessoas na família. Algumas famílias chegam a conviver com 24 pessoas na casa.

São casados ou vivem maritalmente com uma companhia estável 60 (74%) dos entrevistados.

Tabela 12: Avaliação da Implementação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Renda pessoal e familiar.

Renda	N ° (pessoal)	Percentual	N ° (familiar)	Percentual
< um salário mínimo	32	39%	36	44%
1 a 3 salários mínimos	3	4%	26	32%
> três salários mínimos	3	4%	13	16%
Não trabalha	43	53%	6	8%
Total	81	100%	81	100%

b) O usuário e a procura pelo serviço

Quanto ao motivo que levaram os usuários ao serviço, 49% foram em busca da testagem anti-HIV e 39% foram para realizar alguma consulta e 21% para receberem alguma informação. Entre os 39% que foram realizar consulta, se incluem as gestantes para o acompanhamento pré-natal.

Tabela 13: Avaliação da Implementação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Motivo de procura do serviço pelos usuários entrevistados.

Motivo	N (pessoal)	Percentual
Fazer teste anti-HIV	40	49%
Consulta e/ou pré-natal	32	39%
Buscar resultado anti-HIV	7	9%
Obter informação	2	3%
Total	81	100%

Quando questionados sobre a realização do teste anti-HIV, 71% dos entrevistados referiram realizar o teste anti-HIV pela primeira vez e 83% responderam que haviam recebido algum tipo de aconselhamento.

Para 75% dos usuários, o teste lhes foi oferecido pelos profissionais, ocorrendo a testagem com o seu consentimento, mas para 22% o teste foi solicitado junto a outros exames como rotina, sem ser explicado a que se destinava.

Tabela 14: Avaliação da Implementação do Teste Rápido para Diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Realização do teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste.

Primeira vez	Recebeu algum tipo de aconselhamento	Teste foi oferecido	Teste na rotina de exames
57 (71%)	67 (83%)	61 (75%)	1822%

A maioria dos usuários (66%) informou não ter tido dificuldade em entender o que lhes foi explicado e, dos que tiveram alguma dificuldade, 16%, alegaram como motivo o uso de linguagem difícil pelos profissionais de saúde, 14% porque ficaram com vergonha de fazer perguntas e 8% porque o profissional falou muito rápido.

Tabela 15: Dificuldade de entendimento no aconselhamento.

Profissional usou linguagem difícil	Teve vergonha de perguntar	Profissional falou muito rápido
16%	75%	22%

Quando questionados sobre se houve alguma preocupação em relação ao resultado, 53% responderam que ficaram preocupados em relação a um possível resultado positivo, 28% não pensaram sobre o assunto e 14% dos questionários ficaram sem informação alguma. O que pode demonstrar a falta de conhecimento sobre HIV e sua repercussão na saúde sexual e reprodutiva.

Tabela 16: Preocupação com o resultado do teste rápido.

Ficaram preocupados com possível resultado positivo	Não pensaram sobre o assunto	Sem informação
53%	28%	14%

c) A testagem e o aconselhamento

Quando inquiridos sobre o teste que dá o resultado em menos de uma hora, 97% dos usuários consideraram que o teste rápido é bom considerando os fatores: Evitou a ansiedade (75%); o profissional conversou bastante com o usuário (51%); não precisou gastar outra condução (47%); o teste foi feito em sua presença (45%); não perdeu mais um dia de trabalho (42%); se estiver doente já pode ser tratado (41%); o exame não foi trocado (41%).

Dos usuários que consideraram o teste ruim (3%), o fizeram porque: não estavam preparados para receber o resultado na hora; gostariam de receber o resultado com um acompanhante e porque ficaram ansiosos durante o tempo de espera.

Foi possível verificar que 62% receberam aconselhamento pós-teste, ou seja, 38% não receberam qualquer aconselhamento para o recebimento do resultado, significando que é necessário um trabalho de sensibilização dos profissionais para a realização do aconselhamento pós-teste, importante para a manutenção do status sorológico negativo e reforço de medidas de prevenção, por meio do sexo seguro e da percepção de vulnerabilidade e risco.

Quando questionados sobre como ficaram sabendo sobre a testagem anti-HIV, 68% dos usuários ficaram sabendo sobre a realização do teste no próprio serviço de saúde, 16% através de amigos, 7% por meio de parentes e namorados. Em relação a alguma informação sobre testagem anti-HIV na mídia, 9% assistiram algo pela TV, 4% ouviram algo pelo rádio, 6% através de outros meios e 3% na escola.

d) Conhecimentos adquiridos

Interessante verificar que 85% dos entrevistados sabem como se transmite o HIV, 88% sabem como se prevenir e 79% sabem avaliar seus riscos, mas 26% tinham dúvidas que gostariam de esclarecer como, por exemplo, questões sobre outras DST como gonorréia, sífilis, corrimentos; diferenças entre HIV e aids; meios de transmissão do HIV; realização do teste e maiores esclarecimentos sobre outras questões.

3.2 ARTIGO 1: MODELO DE AVALIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DO HIV NO AMAZONAS: LIÇÕES APRENDIDAS

Resumo

O objetivo deste estudo foi desenvolver um modelo de avaliabilidade para ser utilizado como ferramenta de análise dos conteúdos e dos objetivos de uma intervenção, visando a discutir suas possibilidades de avaliação. Aplicado à uma situação específica, que é a de implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas, buscou-se apresentar o passo-a-passo do modelo proposto.

A partir de um modelo lógico, que proporciona uma melhor visualização e compreensão da intervenção a ser avaliada, foram identificados: a pergunta avaliativa, o desenho do estudo, relevância e dimensões da avaliação por componente do programa, elenco de indicadores, índices e matriz de julgamento e os parâmetros para a classificação do grau de implantação, permitindo desta forma a elaboração de um diagrama com os passos metodológicos da avaliação por meio de um modelo adaptado de Cosendey³².

Um estudo de avaliabilidade bem elaborado pode garantir a condução de uma avaliação apropriada e relevante, além de contribuir para a qualidade da implementação do programa, uma vez que descreve como o programa está sendo operacionalizado. Ao fornecer uma visão geral do processo avaliativo, específica aos interessados potenciais pela avaliação seus custos e procedimentos e podem funcionar como ferramenta de coordenação evitando muitas vezes esforços desordenados e conflitantes.

Palavras chaves: avaliabilidade, avaliação, implantação.

Abstract

The aim of this paper is to develop an evaluability model to be used as tool for analysis of the contents and goals of an intervention, aiming to discuss the possibilities of evaluation. The paper presents the model step by step by applying it to the specific case of the implantation of the rapid HIV test in the State of Amazonas

Using a logical model, that provides a good visualization and understanding of the intervention to be evaluated, they following were identified: the evaluative question, the study design, relevance and dimensions of the evaluation for program component, indicators, index, judgment matrix and the parameters for the classification of the implantation degree, allowing for the elaboration of the diagram with the methodological steps of the evaluation using a suitable model constructed by Cosendey.

A good evaluability study can guarantee the conduction of an appropriate and excellent evaluation, and also contribute to the quality of program implementation, since it describes how the program should be operationalized. Supplying an overall view of the evaluative process, which specifies to the stakeholders the costs and evaluation procedures, it can be used as coordination tool preventing disordered and conflicting efforts.

Key words: evaluability, evaluation, implantation.

3.2.1 Introdução

Este estudo é parte da iniciativa de implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV realizado pelo Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde.

Procurou-se criar um modelo de avaliabilidade que contemplasse os componentes da intervenção e seus possíveis efeitos. Para o acompanhamento sistemático, selecionou-se a categoria acesso, privilegiando-se as suas dimensões de oferta e uso dos serviços, adequação, aceitabilidade e satisfação do usuário.

Os objetivos desse trabalho são: a) desenvolver o modelo para ser utilizado como ferramenta de análise dos conteúdos e dos objetivos de uma intervenção visando a discutir suas possibilidades de avaliação; e b) aplicar o estudo de viabilidade a uma situação específica, buscando apresentar o passo-a-passo do modelo de avaliabilidade, tomando, como exemplo, a implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no estado do Amazonas.

A ênfase no Estudo de Avaliabilidade (EAV) justifica-se pelo baixo nível de conhecimento sobre sua utilidade para o planejamento e monitoramento entre gestores e formuladores de políticas.

3.2.1.1 Estudos de Avaliabilidade: Preparando a Avaliação

No campo da avaliação, os estudos de avaliabilidade tradicionalmente são compreendidos como o conjunto de etapas que antecedem a execução da avaliação. Esses estudos facilitam o desenvolvimento da avaliação propriamente dita e são fundamentais para racionalizar recursos, freqüentemente escassos para o processo avaliativo.

Vários autores^{1,2,3} têm proposto, passo-a-passo, as estratégias para as abordagens de avaliabilidade. Embora o número de etapas desse processo varie entre os autores que o discutem, o seu conteúdo geralmente coincide englobando os seguintes aspectos:

- a) Identificar o grupo de trabalho que irá interagir. Isto é, a equipe de avaliação, os doadores dos recursos, os usuários e os beneficiários potenciais da avaliação, que, aqui, entendemos como sendo os gestores nas diversas esferas de governo, os serviços e os profissionais de saúde;
- b) Buscar o compromisso dos usuários potenciais da avaliação com os usos possíveis da avaliação;

- c) Definir com clareza os objetivos e efeitos esperados da intervenção, a racionalidade do controle entre intervenção e problema, os limites da intervenção a serem estudados, sendo esses limites referentes aos limites geográficos, conjunturais, financeiros etc;
- d) Identificar e analisar todos os documentos do programa, relacionados à intervenção, que estiverem disponíveis. Os registros do programa são fontes úteis de informações tanto para os objetivos que o programa quer alcançar, quanto para reconhecer o que de fato está ocorrendo no mesmo;
- e) Desenvolver e esclarecer a teoria do programa. A descrição da teoria do programa deve incluir uma especificação clara da representação de como o ele funciona, de seus pressupostos e valores. Essa teoria deve clarificar o que se deseja mudar, como e quanto;
- f) Descrever as diferentes percepções do programa na visão dos diversos interessados na avaliação, caracterizando preocupações, percepções divergentes e conflitantes;
- g) Determinar a plausibilidade do modelo lógico, inserindo-o na perspectiva de monitoramento dos processos ou atividades, dos produtos e dos efeitos do programa;
- h) Planejar a avaliação a partir de estudos de avaliabilidade, inclusive a divulgação dos resultados, os usos e a influência da avaliação para a tomada de decisão.

3.2.2 A Iniciativa de Implantação do Teste Rápido Anti-HIV e o Programa Brasileiro: Contexto e Intervenção

Considerado como modelo para o mundo, o programa brasileiro de controle da infecção pelo HIV/aids enfrenta ainda vários desafios, sendo um deles a dificuldade do acesso ao diagnóstico precoce.

Num estudo realizado no Brasil por Szwarcwald em 2000⁴, estimou-se a existência de cerca de 600 mil pessoas infectadas pelo HIV no país. Confrontando com dados colhidos no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) - em fevereiro de 2006, e considerando o fato de o sistema não estar implantado em todos os serviços, estimou-se que 250.934 pessoas estavam em acompanhamento médico e desse universo, 163.000⁵ faziam uso de anti-retrovirais (ARV). Aceitando-se a estimativa anterior, acredita-se que cerca de 350.000 pessoas simplesmente desconheçam sua sorologia para o HIV.

Visando a ampliação das ações de prevenção e de controle das DST/HIV/aids, incluindo maior cobertura diagnóstica no país⁶, recursos do Fundo Nacional de Saúde

foram destinados a estados e municípios, a título de Incentivo, para o incremento das ações de forma descentralizadas (Portaria Nº 2313, de 19/12/2002).

Apesar dos esforços empregados, a rede de laboratórios públicos que realizam os testes anti-HIV está distribuída no país de maneira desigual e organizada das mais diferentes formas. Nesse contexto, existem locais com redes descentralizadas e estruturadas que atendem às necessidades dos usuários de maneira efetiva, assim como locais onde há total ausência de rede laboratorial ⁷.

Considerando a necessidade de ampliar o acesso ao diagnóstico, o Ministério da Saúde, em cooperação com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC/EUA), realizou entre 2003/2004 um estudo com o objetivo de avaliar e validar o teste rápido para a sua utilização no diagnóstico da infecção pelo HIV⁸.

Para populações que têm dificuldade de acesso aos serviços assistenciais e à testagem, seja pelo reduzido número de serviços seja pela questão da distância geográfica, o uso do teste rápido anti-HIV é uma alternativa diagnóstica que possibilitará o diagnóstico precoce, permitindo, assim, medidas pertinentes de prevenção e de controle do HIV. Por essa razão, o Ministério da Saúde selecionou o Estado do Amazonas⁹ para iniciar a implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV.

O Amazonas é o maior Estado do Brasil, com uma superfície atual de 1.558.987Km², grande parte ocupada pela mata amazônica e outra pela água. O acesso à região é feito principalmente por via fluvial ou aérea. Com uma população de 2.840.889 habitantes, onde cerca de 50% vive na capital, e a outra metade vive à beira-rio, constituindo-se os barcos o principal meio de transporte⁹.

Doze municípios foram selecionados para a implantação do Teste Rápido para diagnóstico do HIV e a escolha foi baseada nos seguintes aspectos: ser pólo regional, estar em localização geográfica estratégica, ter capacidade local instalada, ter mais facilidade de acesso aos serviços de saúde, além dos aspectos epidemiológicos e políticos.

3.2.3 Caracterizando a Avaliabilidade da Iniciativa de Implantação do Teste Rápido

3.2.3.1 Descrição do Problema e Pressuposto Teórico da Intervenção

Considerando as coberturas atuais do diagnóstico sorológico do HIV, especialmente na região Amazônica, muitas pessoas não conhecem o seu *status* sorológico e assim não se beneficiam com o diagnóstico precoce do HIV. Os fatores identificados como associados a esse problema são: dificuldade de acesso aos serviços; demora na entrega dos resultados; falta de insumos para realização dos exames; aconselhamento pré e pós-teste de baixa qualidade ou inexistente e a falta de motivação pelo desconhecimento sobre o HIV/aids.

A expansão da cobertura, a entrega dos resultados do teste em tempo oportuno e o aconselhamento de qualidade viabilizam o diagnóstico precoce do *status* sorológico possibilitando a busca da assistência integral e a incorporação das práticas de prevenção e de promoção da saúde.

3.2.3.2 Percepções da Intervenção: Preocupações, Divergências e Convergências entre os Interessados

Os estudos de avaliabilidade contribuem para criar uma concepção compartilhada sobre a intervenção. Isso é importante, especialmente em situações em que a intervenção é pensada com pouca ou nenhuma participação de seus executores¹. A inclusão dessas percepções, sejam elas convergentes ou conflitantes, é uma necessidade da avaliação, já que sua descrição contribui para caracterizar entre os atores envolvidos suas resistências ao programa e distingui-las daquilo que pode ser obstáculo ou resistência à avaliação. Desenvolver uma concepção compartilhada da intervenção também motiva e prepara o pessoal envolvido no programa para usar os achados da avaliação¹.

No caso do teste rápido anti-HIV, o consenso para definição dos municípios participantes da estratégia de implantação, o perfil dos serviços contemplados, o perfil e o quantitativo de profissionais, por serviço, envolvidos e um cronograma de atividades a ser cumprido, foi construído em reuniões com gestores do estado e municípios.

Por ser o teste rápido uma nova metodologia diagnóstica, tanto o Programa Nacional de DST e Aids quanto os gestores locais anteciparam, durante o planejamento,

a necessidade de avaliar a sua implantação depois de decorrido determinado tempo, entendendo que será importante para identificar problemas, realizar as adequações necessárias para a melhoria das ações desenvolvidas e viabilizar a possível implantação do teste rápido em outras regiões. Essa necessidade foi enfatizada nas capacitações como aspecto fundamental para que a nova metodologia fosse efetivamente incorporada na rotina dos serviços.

3.2.3.3 O Modelo Lógico da Intervenção: Objetivos, Insumos, Atividades e Efeitos, e a Estratégia de Implantação

Para uma melhor compreensão da intervenção a ser avaliada, utilizou-se o modelo lógico^{10,11,12}, uma maneira visual e sistematizada de apresentar as relações entre intervenção e efeito. Ele inclui as relações entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas e seus efeitos esperados a curto, médio e longo prazo.

O modelo é apresentado no Quadro 1 e, como pode ser observado, as atividades correspondem a quatro principais produtos:

- 1) Referentes à logística e à qualidade do insumo diagnóstico;
- 2) Referentes à capacitação de recursos humanos, incluindo o desenvolvimento de material instrucional;
- 3) Referentes à organização dos serviços prestados aos usuários;
- 4) Referentes à sensibilização da comunidade local.

Quadro 1: MODELO LÓGICO DE IMPLANTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO

Insumos	Atividades	Produtos	Resultados a curto prazo	Resultados intermediários	Impacto
Algoritmo para utilização de testes rápidos anti-HIV	Elaboração do manual de testagem e aconselhamento específico para o uso de testes rápidos anti-HIV.	Manual de testagem e aconselhamento para TR elaborado.	Profissionais capacitados que realizam testagem e aconselhamento.	Aumento do % de pessoas que adotam práticas de redução de risco para o HIV e outras DST.	Diminuição da incidência do HIV.
	Capacitação das equipes de CTA e UBS para diagnóstico com utilização de testes rápidos anti-HIV e para aconselhamento específico.	Profissionais capacitados em testagem e aconselhamento.			
	Elaboração e validação de protocolo de controle de qualidade e garantia de qualidade do TR.	Protocolos elaborados. Protocolos validados.			
	Implantação do programa de controle de qualidade e garantia de qualidade.	Nº de serviços que implantaram o programa de controle de qualidade e garantia de qualidade.			
Kits de testagem	Elaboração de estratégia de comunicação para divulgação na mídia e distribuição nos serviços de saúde, para profissionais de saúde e usuários.	Material de divulgação produzido e distribuído. Campanha realizada.	Aumento do percentual de aceitabilidade do teste rápido pelos profissionais de saúde.	Aumento do percentual de gestantes e parturientes HIV + que recebem tratamento e profilaxia da Transmissão Vertical do HIV.	Diminuição da morbi-mortalidade relacionada à aids.
	Elaboração de rotinas de serviço.	Nº de serviços que elaboraram rotina de serviço.			
	Realização de aconselhamento pré e pós-teste.	Nº de usuários que receberam aconselhamento pré e pós-teste.			
Recursos humanos	Realização da testagem.	Nº de gestantes/parturientes/puérperas que receberam aconselhamento pré e pós-teste.	Aumento do percentual de pessoas que conhecem seu <i>status</i> sorológico.	Aumento do percentual de crianças expostas que recebem profilaxia da Transmissão Vertical do HIV.	
		Nº de pessoas testadas.			
	Notificação de gestantes / parturientes / puérperas HIV+ e crianças expostas.	Nº gestantes/parturientes/puérperas HIV+ e crianças expostas notificadas.			
Recursos financeiros	Encaminhamento dos infectados para serviços de referência.	Nº de infectados encaminhados ao serviço de referência.	Aumento do % de pessoas HIV positivas em acompanhamento médico.		
	Adequação de espaço físico.	Nº de serviços que adequaram espaço físico.			
	Adequação do quantitativo de profissionais.	Nº de serviços que adequaram nº de profissionais.			
	Manutenção dos kits em condições de uso, conforme critérios recomendados.	Nº de kits estocados dentro do prazo de validade.			
Nº de kits estocados conforme preconizado.					

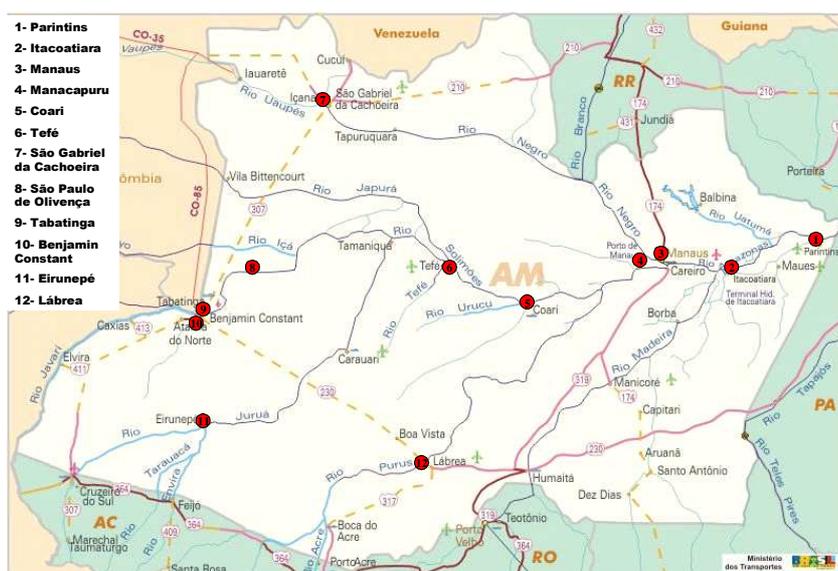
CTA = Centro de Testagem e Aconselhamento; UBS = Unidade Básica de Saúde; TR = Teste Rápido; HIV+ = HIV positivo

O modelo lógico da intervenção é considerado um instrumento de gestão, à medida que contribui para o monitoramento do progresso da intervenção, ao fornecer um plano claro de acompanhamento das atividades a serem desenvolvidas e dos resultados esperados.

É interessante destacar que embora modelos lógicos sejam ferramentas importantes dos estudos de avaliabilidade, eles não comparam a teoria do programa com outras experiências, isto é, o modelo assume a intervenção como a melhor alternativa para resolver o problema identificado. Como limitação, o modelo é apenas a representação da realidade, mas não é a realidade, e normalmente não inclui efeitos além daqueles esperados¹³. Nesse sentido, ROSSI et al.¹⁴ enfatizam a necessidade de comparar, em detalhes, a intervenção escolhida com evidências de outras pesquisas e experiências. Segundo esses autores, isso amplia a chance da equipe de avaliação de fornecerem alternativas e ajustes para os problemas identificados durante a avaliação.

Para a implantação da estratégia de diagnóstico do HIV, utilizando o teste rápido, foram escolhidos 14 serviços de saúde divididos entre Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) de doze municípios: 1- Parintins, 2-Itacoatiara, 3-Manaus, 4-Manacapuru, 5-Coari, 6-Tefé, 7-São Gabriel da Cachoeira, 8-São Paulo de Olivença, 9-Tabatinga, 10-Benjamin Constant, 11-Eirunepé, 12-Lábrea, que estão distribuídos geograficamente conforme mapa a seguir, no Quadro 2.

Quadro 2: Municípios selecionados para a implantação do teste rápido no Amazonas.



Foi planejado um treinamento abordando conteúdos de aconselhamento e testagem, e definido um quantitativo de 3 profissionais por serviço, dessa maneira, esperavam-se 42 profissionais a serem capacitados.

Devido à característica multidisciplinar da estratégia, foi solicitada, para a capacitação, a participação de profissionais de diversas especialidades.

Para o início da implantação foram fornecidos, para cada serviço, os quantitativos de kits para 100 testagens e posteriormente, para manutenção da estratégia, os serviços deveriam estimar o quantitativo necessário, de acordo com a sua demanda.

3.2.3.4 Modelo Teórico da Avaliação: Identificando: a) a pergunta avaliativa ,b) desenho do estudo, c) relevância e dimensões da avaliação por componente do programa, d) indicadores, índices e matriz de julgamento, parâmetros de classificação do grau de implantação, e e) metavaliação

a) Por que avaliar a implantação: a pergunta avaliativa.

A avaliação de implantação é importante para verificar se aquilo que foi planejado na teoria está sendo oferecido nos serviços e como estão sendo oferecidos¹⁵. Além disso, outras razões devem ser consideradas, tais como:

- a) Monitorar as atividades dos programas e seus produtos para identificar os possíveis pontos fortes e fracos na sua implantação e fazer as correções necessárias nos planos de ação;
- b) Contrastar as atividades executadas com o que foi planejado, descrever os problemas encontrados na implementação e analisar a maneira que os profissionais lidaram com a questão;
- c) Medir as variações que ocorrem na execução do programa para mais tarde serem utilizados em avaliações de impacto do programa^{16,17}.

A avaliação de implantação é abordada no âmbito desse trabalho dentro de uma concepção de avaliação como: “um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de

decisões”, defendida por Contandriopoulos et al.¹⁰. Essa definição pode ser complementada com a ênfase no caráter formativo dessas avaliações¹⁸.

A avaliação de implantação, frequentemente tratada como equivalente à avaliação de processo^{13,18}, está relacionada com o desenvolvimento das ações, com execução dos serviços, buscando-se verificar e explicar por que eles estão, ou não, no caminho adequado para atingir os resultados esperados.

Nesse tipo de abordagem, os profissionais, os beneficiados e os avaliadores colaboram em conjunto, fornecendo informações e com isso o aprendizado de como ser mais efetivo e como identificar e mudar o que não está funcionando adequadamente. Dessa forma, a pergunta avaliativa deve ser construída em conjunto e de maneira compartilhada. Na implantação do teste rápido anti-HIV no Amazonas, a pergunta avaliativa foi: Qual o grau de implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas? Essa implantação ocorreu conforme o esperado?

Para responder esta pergunta, foi necessário definir os indicadores relacionados aos componentes da intervenção (insumos e atividades). Para facilitar a compreensão das relações entre componentes do programa e a dimensão da avaliação considerada, elaborou-se o conjunto de perguntas descritas a seguir.

Perguntas relacionadas aos profissionais de saúde:

- Quais fatores relacionados aos profissionais de saúde interferem na realização do aconselhamento, conforme o protocolo?
- Quais fatores relacionados aos profissionais de saúde interferem na realização do teste rápido, conforme o protocolo?

Perguntas relacionadas aos usuários:

- Quais fatores relacionados aos usuários interferem na realização do aconselhamento, conforme o protocolo?
- Quais fatores relacionados aos usuários interferem na realização do teste rápido, conforme o protocolo?

Perguntas relacionadas à gestão dos serviços:

- Quais fatores relacionados à gestão de serviços interferem na realização do aconselhamento, conforme o protocolo?

- Quais fatores relacionados à gestão de serviços interferem na realização do teste rápido, conforme o protocolo?
- Quais fatores relacionados à gestão de serviços interferem na logística de insumos?
- Quais fatores relacionados à gestão de serviços interferem nos procedimentos para controle de qualidade?
- Quais fatores relacionados à gestão de serviços interferem nos procedimentos para garantia de qualidade?
- Quais fatores relacionados à gestão de serviços interferem no encaminhamento dos usuários HIV positivos?

A identificação de fatores que interferem na implantação do teste rápido é essencial no contexto da avaliação de implantação, porque complementa o monitoramento de insumos e de produtos em uma dimensão explicativa, viabilizando a compreensão de como o contexto organizacional pode afetar o programa¹⁹.

b) Modelo Teórico da Avaliação: o desenho do estudo

Para a análise de implantação, optou-se pelo estudo de caso, o qual oferece a vantagem de uma observação intensiva e particularizada da implantação.

Esse estudo, na definição de Yin²⁰ é uma investigação empírica de fenômenos contemporâneos em seu contexto na vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Responde a perguntas do tipo “como” e “por que”, contribuindo para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos.

Essa abordagem deve ser privilegiada quando for difícil diferenciar os efeitos produzidos pela intervenção dos que podem ser atribuídos às características do meio de implantação¹⁸. Segundo Merriam²¹, estudos de casos “são descrições e análises intensivas de uma única unidade ou sistema circunscritos, como um indivíduo, programa, evento, grupo, intervenção, ou comunidade”.

Para a análise de implantação do teste rápido anti-HIV, optou-se pela abordagem do estudo de caso incorporado. Entende-se por estudo de caso incorporado, desenhos que contemplem fenômenos raros, incomuns ou aqueles que tenham características críticas ou reveladoras²⁰.

Considerando-se a implantação do teste rápido como uma inovação feita no Programa de Controle do HIV e aids no Estado do Amazonas, procurou-se explorar e caracterizar a expressão de sua interação com o contexto dos diversos serviços onde foi implantado.

O processo de implantação do Teste Rápido para diagnóstico do HIV ocorreu em 14 serviços de doze municípios do estado. Participou do estudo de implantação, de 10 dessas unidades, uma por município. Ou seja, quatro serviços foram excluídos, ou porque ainda não haviam implantado a estratégia, ou porque foram locais de treinamento para a testagem e porque não havia recebido visita de supervisão até o momento do estudo.

Como mais de uma unidade de análise foi envolvida no processo, pode-se classificar esse como estudo de caso único incorporado ou imbricado.

A definição da unidade de análise é fundamental para a condução do estudo de caso, porque ela está relacionada à maneira como as questões iniciais da pesquisa foram definidas²⁰. Para cada nível de análise foram utilizadas informações das diferentes

formas de coleta de dados. Foi considerado como unidade principal, o grau de implantação em cada serviço de saúde e como subunidades: a) atividades referentes a logística e qualidade do insumo diagnóstico; b) atividades de capacitação de recursos humanos, incluindo o desenvolvimento de material instrucional; c) atividades referentes à organização dos serviços prestados aos usuários; e d) atividade de sensibilização da comunidade local. Assim, o estudo dessas subunidades demandou a análise das abordagens dos profissionais de saúde e dos usuários realizado por meio de entrevistas, observação local das atividades e a consulta a documentos dos serviços. Foram utilizados dados originários do banco de dados de visitas de supervisão do Programa Nacional de DST e Aids.

Em um estudo de caso, o pesquisador deve aprender a integrar acontecimentos do mundo real às necessidades do plano traçado para a coleta de dados. Desta forma, o pesquisador não controla o ambiente da coleta de dados, como se poderia controlar ao utilizar outras estratégias de pesquisa²⁰.

Os estudos de casos incorporados, usualmente, exigem duas etapas de análise: a análise interna e a análise cruzada dos casos. Na primeira, cada unidade de análise é tratada, primeiramente, como uma unidade abrangente em si mesma, e os dados são analisados e triangulados dentro da integridade desse caso. A seguir, faz-se a análise cruzada que permite desenvolver abstrações, comparando as unidades e identificando quais os principais pontos comuns que contribuíram para um maior ou menor nível de implantação.

As análises cruzadas, nos estudos de casos únicos incorporados, objetivam reunir os diversos níveis de explicação de um fenômeno. Analisam-se, dentro de um caso, as várias subunidades. Os vários níveis de análise acrescentam oportunidades para aumentar o entendimento da implantação. Essa análise é realizada no decurso da observação dos comportamentos e processos organizacionais em vários estágios.

A validade interna de um estudo de caso depende de dois fatores: a qualidade e a complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo e a adequação entre o modo de análise eleito e o modelo teórico²². Como ferramenta, para garantir a validade interna, optou-se em utilizar o modelo de avaliação rápida^{23,24,25,26} que atende a recomendação para estudo de casos, utilizando várias fontes de evidências com a triangulação de dados²⁷, de forma sistemática e objetiva, auxiliando a verificação contínua da confiabilidade, validade e interpretação da informação coletada.

Para fortalecer a consistência entre as dimensões teóricas da avaliação e a quantificação do grau de implantação foi desenvolvida a matriz de relevância apresentada a seguir.

c) Modelo Teórico da Avaliação: Relevância e Dimensões da Avaliação por Componente do Programa

A construção de um modelo teórico de avaliação se faz necessária para que sejam identificados os componentes a serem trabalhados²⁸, suas dimensões e os indicadores que dêem resposta aos objetivos propostos. O modelo também deve especificar as técnicas de coleta e de análise de dados, descrevendo critérios e valores utilizados na avaliação.

Descrever e identificar as dimensões da avaliação e estabelecer suas relações com os componentes do programa a serem avaliados é uma tarefa que demanda experiência, prática acumulada e revisão detalhada de iniciativas similares. Nem sempre a literatura aborda a intervenção com o nível de especificidade necessário e os textos teóricos se limitam a recomendações gerais. Assim, a documentação dos passos envolvidos na construção das matrizes de relevância e de julgamento é crucial para garantir a credibilidade e a legitimidade da avaliação.

Nesse estudo de avaliabilidade, num primeiro momento, buscou-se identificar que componentes do programa estavam associados ao problema de baixa cobertura diagnóstica para o HIV no Amazonas, isto é, o que levou à intervenção do Programa Nacional de DST e Aids à necessidade de intervir buscando a melhoria do acesso dos usuários do SUS ao diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV.

A definição de acesso como o ponto central do problema a ser modificado pela intervenção remete a uma discussão de como essa categoria é compreendida pelo programa. Ou seja, quais de suas dimensões estariam mais especificamente relacionadas à intervenção proposta e, portanto, mais pertinentes a serem consideradas num julgamento de valor (mais ou menos valorizadas), sobre sua implementação.

Neste estudo de avaliabilidade procurou-se explorar a categoria acesso, utilizando-se da concepção de autores^{29,30,31} que o enfatizam como uma categoria capaz de sintetizar oferta, utilização, qualidade e satisfação dos usuários com os serviços, intervenções ou programas existentes.

Penchansky & Thomas³⁰ definem acesso à saúde como “compatibilidade entre a população e suas necessidades e os recursos de saúde ofertados”, a partir de um conjunto de dimensões específicas, sejam elas:

Oportunidade (*accessibility*) – relacionada à provisão do cuidado, serviço ou insumo no local e momento do atendimento do problema de saúde do usuário. Portanto, é necessário que haja teste rápido para ser oferecido na unidade de saúde quando o usuário procurar pelo serviço e haja profissionais naquele momento que possam realizar o teste com devido aconselhamento;

Disponibilidade (*availability*): refere-se à quantidade e tipo de insumos e serviços oferecidos relacionados às necessidades do usuário. Isto quer dizer que não adianta ter o teste rápido se ele é restrito à uma determinada população, ou se não há quantitativo suficiente para atender a todos;

Adequação (*accomodation*) – representa a relação entre a forma como os serviços se organizam para receber o usuário e a habilidade do usuário de se adaptar a essa organização. Refere-se à maneira como os serviços estão organizados, os fluxos estabelecidos e como é oferecida à população.

Aceitabilidade (*acceptability*)- representa as atitudes dos usuários e profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um. Significa que o teste rápido não será uma alternativa diagnóstica efetiva se o profissional de saúde não estiver seguro e confiante quanto à utilização da nova tecnologia ou se o usuário não se sentir confiante em um resultado de exame instantâneo;

Capacidade aquisitiva (*affordability*)- relacionada a aspectos de custo, preços de insumos e serviços e à capacidade do usuário de pagar por eles. Como os testes são distribuídos e a testagem realizada gratuitamente pelo Governo Federal, o usuário não necessitará pagar pelos mesmos. Entretanto, devem ser considerados outros gastos como transporte e acomodação que acabam refletindo nessa dimensão. Para este estudo, esta dimensão não será abordada.

A categoria qualidade dos serviços de saúde será explorada na dimensão específica do cuidado médico que é a qualidade técnico-científica. Nesse estudo, é entendido como a conformidade das atividades ao que é preconizado pelo programa, ou seja, conforme protocolos estabelecidos e será abordada dentro da adequação.

Um ponto de convergência entre os vários estudiosos no assunto é o de que acesso à saúde não é definido apenas com base na existência de serviços ou produtos, mas considerando a real utilização dos mesmos, medidos por indicadores objetivos (como, por exemplo, número de consultas, testagens realizadas) e inclusive pela satisfação do usuário, cuja mensuração é subjetiva (satisfação geral ou em relação a um atendimento específico)^{32,33,34}.

A medida de sucesso da implantação de acesso ao diagnóstico do HIV a ser considerada é a realização da testagem com aconselhamento pré e pós-teste e o recebimento do resultado em uma única visita. Inclui, ainda, o encaminhamento a serviços de referência se pertinente e necessário, assim sendo a oportunidade e disponibilidade as dimensões-chaves a serem trabalhadas.

Experiências em outras situações^{35,36,37} têm indicado que a implantação de testes diagnósticos resultam em um aumento de demanda por serviços e medicamentos. Essas evidências já sugerem que os processos relacionados com a oportunidade e a disponibilidade de insumos, por exemplo, são dimensões que devem ser priorizadas na avaliação.

Utilizando as dimensões de acesso relatadas anteriormente, foi elaborada uma matriz de relevância, por meio de pactuação entre avaliadores envolvidos no projeto. Cada componente do programa foi contraposto às dimensões consideradas e categorizado em muito relevante (RR), relevante (R) e irrelevante (I), de maneira a

definir que dimensão é mais estratégica para a atividade (quadro 3). Essa categorização subsidiou a definição da pontuação para se estabelecer o grau de implantação.

Quadro 3: Matriz de relevância – Escolha das dimensões estratégicas da avaliação

ATIVIDADES		DIMENSÃO			
		<i>Disponi- bilidade</i>	<i>Oportu- nidade</i>	<i>Confor- midade</i>	<i>Aceita- bilidade</i>
Elaboração de normas específicas	Algoritmo	RR	RR	I	I
	Manual técnico de testagem e aconselhamento específico para TR	I	RR	I	I
Capacitação dos profissionais de saúde	testagem	R	RR	RR	RR
	aconselhamento	R	RR	RR	RR
Realização de aconselhamento pré e pós-teste		I	R	RR	RR
Realização de testagem		I	RR	R	RR
Elaboração de estratégia de comunicação para divulgação na mídia e distribuição nos serviços de saúde, para profissionais de saúde e usuários.		I	I	I	RR
Distribuição de kits.		RR	RR	I	I
Manutenção dos kits em condições de uso, conforme critérios recomendados		RR	RR	RR	I
Notificação de gestantes/parturientes/puérperas HIV+ e crianças expostas		I	I	RR	I
Encaminhamento dos infectados para serviços de referência.		I	RR	RR	I
Elaboração e validação de protocolo de controle de qualidade e garantia de qualidade.		I	I	RR	I
Implantação do programa de controle da qualidade da testagem.		I	I	RR	I
Organização dos serviços.		R	I	RR	I
RR= muito relevante R= relevante e I= irrelevante					

d) Modelo teórico de Avaliação: Indicadores, Índices e Matriz de Julgamento.

O grau de implantação da intervenção será descrito por meio de três conjuntos de índices: adequação, aceitabilidade e satisfação do usuário, conforme estão demonstrados no Quadro 4.

Entende-se por índice de adequação aquele composto pelas dimensões de oportunidade, disponibilidade e conformidade. Dessa forma, assume-se que à organização cabe a responsabilidade pela oferta do serviço em quantidade necessária, no momento preciso e com a qualidade preconizada.

Quadro 4: Matriz de julgamento por componente do programa e dimensões da avaliação

COMPONENTE	ÍNDICES DE ADEQUAÇÃO			ÍNDICES DE ACEITABILIDADE		ÍNDICES DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO		Σ COMPONENTE
INSUMO	Oportunidade	60	150	Profissional de saúde	70			220
	Disponibilidade	60						
	Conformidade	30						
ATIVIDADE	Oportunidade	60	150	Profissional de saúde	30	Usuário	100	280
	Disponibilidade	60						
	Conformidade	30						
Σ DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO	300			100		100		500

Considerando que as dimensões de oportunidade e disponibilidade foram priorizadas na avaliação dessa estratégia, foi consensuado pelo grupo de avaliadores do projeto que os mesmos teriam valor igual entre eles e maior que a dimensão de conformidade.

Foi dado um destaque para a aceitabilidade como um índice específico, pois a introdução do uso do teste rápido como diagnóstico não é consensual entre os profissionais de saúde. Assim, a dimensão da aceitabilidade da tecnologia por parte dos profissionais é de suma importância. Neste sentido, foi definido um valor maior para aceitabilidade do teste (insumo) por parte do profissional, comparado ao valor dado à realização da testagem ou do aconselhamento (atividade).

Considerando que, até o momento da implantação do diagnóstico do HIV por meio de teste rápido, muitas localidades não possuíam o método usual de diagnóstico pelo método ELISA, preconizado pela Portaria GM/MS nº 59 de 28/01/2003, foi assumido que a introdução dos testes rápidos nos serviços supriria a dimensão satisfação do usuário no que se refere ao componente insumo. Desta maneira, nesse estudo, a satisfação do usuário foi abordada apenas do ponto de vista de como a testagem e aconselhamento foram ofertados, dentro do componente atividade.

Os indicadores foram estabelecidos conforme as dimensões trabalhadas, os quais geraram os parâmetros para as pontuações, conforme mostram os Quadros 5, 6 e 7 a seguir.

Para a definição dos parâmetros da atividade testagem inserida na dimensão de conformidade, foram elencados os principais procedimentos operacionais do protocolo⁷ de testagem do Programa Nacional de DST e Aids que são:

- 1- Preenchimento da folha de trabalho;
- 2- Estabilização da temperatura dos reagentes (retirar da geladeira 20 minutos antes do procedimento);
- 3- Identificação do dispositivo;
- 4- Cumprimento das normas de biossegurança (uso de luvas e descarte em recipiente adequado);
- 5- Orientação ao usuário sobre o procedimento;
- 6- Coleta adequada da amostra de sangue (polpa digital ou punção venosa);
- 7- Tempo de leitura e interpretação dos resultados entre 10 a 20 minutos conforme bula;
- 8- Documentação e registro do resultado (folha de trabalho e folha de laudo).

O cumprimento de cada procedimento recebe um ponto.

Para a definição dos parâmetros da atividade aconselhamento inserida na dimensão de conformidade, foram utilizados os conteúdos do protocolo⁷ de aconselhamento do Programa Nacional de DST e Aids que são:

- 1- Investiga o motivo da procura pela testagem;
- 2- Identifica situações de risco e vulnerabilidade;
- 3- Identifica o conhecimento do usuário sobre DST/HIV/aids;
- 4- Discute os benefícios do conhecimento do status sorológico;
- 5- Esclarece sobre a voluntariedade da testagem, sigilo e confidencialidade;
- 6- Explica o processo de testagem;
- 7- Explica o significado dos resultados possíveis (positivo, negativo e indeterminado) e as implicações desses resultados na vida do usuário;
- 8- Utiliza linguagem acessível;
- 9- Maneja situações emocionais difíceis;
- 10- Esclarece dúvidas;

11- Oferece informações completas sobre o HIV na gestação e o risco de transmissão ao bebê (gestação, parto e aleitamento);

12- Discute as implicações de um resultado positivo para o bebê.

Os conteúdos de 1 a 10 são relacionados a homens e mulheres não-gestantes, recebendo um ponto cada item. Caso a usuária seja gestante, serão acrescentados mais dois conteúdos e, neste caso, cada conteúdo terá valor de 0,84, totalizando 10,04 pontos.

Quadro 5: Indicadores e parâmetros de pontuação da matriz de julgamento - ÍNDICE ADEQUAÇÃO

Dimensão	Componente	Parâmetros/ Pontuação	Fonte de informação	Indicadores/Comentários
OPORTUNIDADE	I (k)	Não faltaram kits nos últimos 12 meses = 30	Controle de estoque, Entrevista com profissionais, relatório de monitoramento de kits	Nº de vezes que faltaram kits de testagem nos últimos 12 meses
		Faltou kit 1 vez nos últimos 12 meses =20		
		Faltou kit 2 vezes nos últimos 12 meses =10		
		Faltou kit 3 vezes ou mais nos últimos 12 meses = 0		
	I(p)	Tem profissional que realiza testagem e aconselhamento todos os dias da semana = 30	Entrevista com profissionais, Diário de campo, Escala de trabalho	Nº de profissionais que realizam testagem e aconselhamento diariamente ÷ Nº de profissionais capacitados para realização de testagem e aconselhamento X 100
		Tem profissional que realiza testagem e aconselhamento 3 vezes por semana = 20		
		Tem profissional que realiza testagem e aconselhamento 1 a 2 vezes por semana = 10		
		Tem profissional que realiza testagem e aconselhamento de 15 em 15 dias ou 1 vez por mês = 0		
		O serviço oferece testagem e aconselhamento todos os dias em tempo integral = 20	Entrevista com profissionais, Diário de campo	Nº de serviços que oferecem testagem e aconselhamento todos os dias em período integral ÷ Nº de serviços realizam testagem e aconselhamento X100
		O serviço oferece testagem e aconselhamento todos os dias meio período = 10		
		O serviço oferece testagem e aconselhamento alguns dias na semana = 0		
	A	Nº de vezes que o usuário necessitou ir ao serviço para fazer aconselhamento, testagem e receber o resultado: 1 vez = 20; 2 vezes = 10; 3 vezes = 0.	Diário de campo, Entrevista com usuários	Nº de vezes que usuário necessitou ir ao serviço de saúde para fazer aconselhamento, testagem e receber o resultado
O serviço deixou de funcionar um mês consecutivo: não = 20; sim = 0.		Diário de campo, Entrevista com usuários	Variável dicotômica: Se o serviço deixou ou não de funcionar um mês consecutivo	

Dimensão	Componente	Parâmetros/ Pontuação	Fonte de informação	Indicadores/Comentários
DISPONIBILIDADE	I (k)	Tem kits para 100% das gestantes com necessidade de testagem, atendidas no mês = 30	Controle de estoque, DATASUS	Nº de kits para 100% das gestantes/mês com necessidade de testagem comparado ao Nº de kits estocados. - Memória de cálculo do Nº de kits/ mês: A e B = Nº de gestantes / mês C = Nº de gestantes / mês ÷ 4 (o desempate ou tiebreaker é calculado em 25% de A e B) Nº de kits/mês = A+B+C
		Tem kits para 99% a 50% das gestantes com necessidade de testagem, atendidas no mês = 20		
		Tem kits para 49% a 25% das gestantes com necessidade de testagem, atendidas no mês = 10		
		Tem kits para menos de 24% das gestantes com necessidade de testagem, atendidas no mês = 0		
	I (p)	Tem profissional que realiza testagem e aconselhamento para atender 100% das gestantes com necessidade de testagem que comparecem ao serviço = 30	Entrevista com profissionais, Diário de campo, Escala de trabalho, DATASUS	- Nº de profissionais disponíveis para realizar testagem e aconselhamento para 100% das gestantes com necessidade de testagem/mês que comparecem ao serviço comparado ao Nº de gestantes/mês. - Nº de profissionais nos serviços, considerando que: - o profissional é treinado para realizar a testagem com aconselhamento pré e pós-teste; 1- o tempo médio para realização de testagem com aconselhamento pré-pós-teste =50 minutos (aconselhamento pré= 15 min; testagem= 30; aconselhamento pós = 10min); 2- um profissional que trabalha seis horas por dia, teoricamente pode aconselhar e testar 6 gestantes/dia ou 120 gestantes/mês.
		Tem profissional que realiza testagem e aconselhamento para atender de 99% a 50% das gestantes com necessidade de testagem que comparecem ao serviço = 20		
		Tem profissional que realiza testagem e aconselhamento para atender 49% a 25% das gestantes com necessidade de testagem que comparecem ao serviço = 10		
		Tem profissional que realiza testagem e aconselhamento para atender menos de 24% das gestantes com necessidade de testagem que comparecem ao serviço = 0		
	A (a)	100% das gestantes testadas = 30	Relatórios, Livro registro	Nº de gestantes com necessidade de testagem, testadas/mês ÷ Nº total de gestantes com necessidade de testagem / mês X100
		99% a 50% das gestantes testadas = 20		
		49% a 25% das gestantes testadas = 10		
		Menos de 24% das gestantes testadas = 0		
A (t)	100% das gestantes aconselhadas = 30	Relatórios, Livro registro	Nº de gestantes com necessidade de testagem, aconselhadas / mês ÷ Nº total de gestantes com necessidade de testagem / mês X100	
	99% a 50% das gestantes aconselhadas = 20			
	49% a 25% das gestantes aconselhadas = 10			
	Menos de 24% das gestantes aconselhadas = 0			

Dimensão	Componente	Parâmetros/ Pontuação	Fonte de informação	Indicadores/Comentários
CONFORMIDADE	I (k)	Kit dentro do prazo de validade e em sala climatizada ou geladeira exclusiva = 15	Diário de campo, Relatório de supervisão, Controle de estoque	Kits dentro do prazo de validade e em sala climatizada ou geladeira exclusiva para kit.
		Kit dentro do prazo de validade e em geladeira compartilhada com outros insumos = 7,5		
		Kit dentro do prazo de validade e em sala climatizada ou geladeira exclusiva = 0		
	I (p)	Profissional capacitado para aconselhamento e testagem, realizando aconselhamento e testagem = 15	Relatório de capacitação, Entrevista com profissionais, Diário de campo, Roteiro de observação	Nº de profissionais capacitados para testagem e aconselhamento realizando testagem e aconselhamento ÷ Nº de profissionais capacitados X 100.
		Profissional capacitado para aconselhamento e testagem, realizando aconselhamento ou testagem = 7,5		
		Profissional capacitado para aconselhamento e testagem, não realizando aconselhamento nem testagem = 0		
	A (t)	Tem profissional que cumpre 8 dos 8 itens das normas estabelecidas de laboratório = 8	Roteiro de observação através de <i>check list</i> , Relatório de capacitação	Nº de profissionais capacitados que seguem as normas estabelecidas de laboratório ÷ Nº de profissionais capacitados X 100.
		Tem profissional que cumpre de 7 a 4 dos 8 itens das normas estabelecidas de laboratório = 4		
		Tem profissional que cumpre menos que 4 itens das normas estabelecidas de laboratório = 0		
	A (a)	Tem profissional que cumpre 10 dos 10 itens das normas estabelecidas de aconselhamento = 10	Roteiro de observação através de <i>check list</i> , Relatório de capacitação	Nº de profissionais capacitados que seguem o protocolo de aconselhamento ÷ Nº de profissionais capacitados X 100.
		Tem profissional que cumpre de 9 a 5 dos 10 itens das normas estabelecidas de aconselhamento = 5		
		Tem profissional que cumpre menos que 5 itens das normas estabelecidas de aconselhamento = 0		

CONFORMIDADE (continuação)	A (g)	Serviço elaborou rotina de serviço = 2	Rotinas de serviço, Entrevista	Nº de serviços capacitados que elaboraram rotina de serviço para testagem e aconselhamento ÷ Nº de serviços capacitados X100
		Serviço não elaborou rotina de serviço = 0		
		100% das gestantes/parturientes/puérperas HIV positivas diagnosticadas no serviço notificadas = 2,5	Livro de registro, folha de trabalho	Nº de gestantes / parturientes / puérperas HIV positivas notificadas ÷ Nº de gestantes / parturientes / puérperas HIV positivas diagnosticadas no serviço X 100
		99% a 50% das gestantes/parturientes/puérperas HIV positivas diagnosticadas no serviço notificadas = 1,5		
		49% a 25% das gestantes/parturientes/puérperas HIV positivas diagnosticadas no serviço notificadas = 1		
		Menos de 24% das gestantes/parturientes/puérperas HIV positivas diagnosticadas notificadas= 0		
		100% das crianças expostas identificadas, notificadas = 2,5	Livro de registro, folha de trabalho	Nº de crianças expostas notificadas ÷ Nº de crianças expostas identificadas X 100
		99% a 50% das crianças expostas identificadas, notificadas = 1,5		
		49% a 25% das crianças expostas identificadas, notificadas = 1		
		Menos de 24% das crianças expostas identificadas, notificadas = 0		
		100% das pessoas diagnosticadas HIV positivo , encaminhadas aos serviços = 2,5	Livro de registro, Relatórios de encaminhamento	Nº de pessoas diagnosticadas HIV+ encaminhados ao serviço de referência ÷ Nº de pessoas diagnosticadas HIV+ no serviço X 100
		99% a 50% das pessoas diagnosticadas HIV positivo, encaminhadas aos serviços = 1,5		
		49% a 25% das pessoas diagnosticadas HIV positivo, encaminhadas aos serviços = 1		
		Menos de 24% das pessoas diagnosticadas HIV positivo, encaminhadas aos serviços = 0		
		Serviços que receberam capacitação em programa de controle de qualidade e garantia de qualidade com os dois programas implantados = 2,5	Livro de registro de controle de qualidade, Relatório de capacitação, Diário de campo	Nº de serviços capacitados em programa de controle de qualidade e garantia de qualidade e implantaram programa de controle de qualidade e garantia de qualidade ÷ Nº de serviços capacitados X 100
		Serviços que receberam capacitação em programa de controle de qualidade e garantia de qualidade com um dos programas implantados = 1,5		
		Serviços que receberam capacitação em programa de controle de qualidade e garantia de qualidade, mas não implantou os programas = 0		

I= Insumo; A= Atividade; (k)= kit; (p)= profissional; (a) = aconselhamento; (t)= testagem; (g)= gestão

Quadro 6: Indicadores e parâmetros de pontuação da matriz de julgamento - ÍNDICE DE ACEITABILIDADE

Dimensão	Componente	Parâmetros/ Pontuação	Fonte de informação	Indicadores/Comentários
ACEITABILIDADE	I (k)	Tem profissional que realiza a testagem e confia no resultado = 70	Entrevista com profissional de saúde	Nº de profissionais que realizam testagem e consideram o teste confiável ÷ Nº de profissionais que realizam a testagem X 100
		Tem profissional que realiza a testagem e que consideram o TR triagem e necessitam de teste confirmatório posterior = 35		
		Tem profissional que realiza a testagem e não confia no resultado = 0		
	A (t, a)	Tem profissional que considera como sua atribuição testagem e aconselhamento = 30	Entrevista com profissional de saúde	Nº de profissionais capacitados que consideram testagem e aconselhamento como sua atribuição ÷ Nº de profissionais capacitados X 100
		Tem profissional que considera como sua atribuição testagem ou aconselhamento = 15		
		Tem profissional que não considera com sua atribuição nenhuma das duas atividades = 0		

I= Insumo; A= Atividade; (k)= kit; (p)= profissional; (a) = aconselhamento; (t)= testagem;

Quadro 7: Indicadores e parâmetros de pontuação da matriz de julgamento - ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Dimensão	Componente	Parâmetros/ Pontuação	Fonte de informação	Indicadores/Comentários
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	A (t)	Usuário ficou satisfeito com a testagem rápida porque a espera pelo resultado foi curta (não causou ansiedade, não precisou de outro deslocamento ou outros custos) = 50	Entrevista com usuário	Nº de usuários testados que ficaram satisfeitos com a testagem rápida porque a espera pelo resultado foi curta ÷ Nº de usuários testados X 100
		Usuário ficou insatisfeito com a testagem rápida porque não estava preparado para o resultado em tão curto tempo = 0		
	A (a)	Usuário ficou muito satisfeito porque compreendeu o que o profissional explicou = 50		Nº de usuários que ficaram satisfeitos porque receberam aconselhamento e tiveram compreensão dos conteúdos ÷ Nº de usuários que receberam aconselhamento X 100
		Usuário ficou pouco satisfeito porque teve dúvidas = 25		
		Usuário ficou insatisfeito porque não entendeu = 0		

I= Insumo; A= Atividade; (k)= kit; (p)= profissional; (a) = aconselhamento; (t)= testagem;

Para cada índice, foi dada uma pontuação máxima, conforme visto no Quadro 4, e estes serão trabalhados para classificar o grau de implantação. Os parâmetros do grau de implantação foram definidos por meio de quartis, utilizando o modelo testado e validado por Cosendey³⁸, num estudo que definiu o escore mais apropriado para o grau de implantação como mostra o Quadro 8, a seguir.

Quadro 8: Parâmetros para o grau de implantação.

Percentual	Grau de implantação
> 75%	Implantado
50 ~ 75%	Parcialmente implantado
25 ~49%	Incipiente
< 25%	Não implantado

Fonte: Cosendey, 2003.

e) Metavaliação:

Antecedentes pessoais, treinamento e experiência profissional acabam afetando na maneira como os estudos são conduzidos. Da mesma forma que a escolha dos instrumentos, métodos e interfaces podem levar a um viés na avaliação, comprometendo a reputação do avaliador assim como o investimento do financiador. Desta maneira, é importante que seja feita uma avaliação da avaliação, ou seja, uma metavaliação que irá auxiliar a avaliação a alcançar todo o seu potencial e mostrar a qualidade do estudo avaliativo³⁹. Esta qualidade pode ser determinada ao se atentar para as Normas do *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*⁴⁰ de utilidade, viabilidade, propriedade e precisão, que respondem a questões como:

- Utilidade: A avaliação atende às necessidades de informação dos usuários intencionais?
- Viabilidade: Todos os passos necessários foram executados e dentro de um custo aceitável?
- Propriedade: Durante o processo avaliativo, foram observados os princípios éticos, legais e de respeito ao bem-estar dos envolvidos pela avaliação?
- Precisão: Os resultados divulgados são tecnicamente válidos?

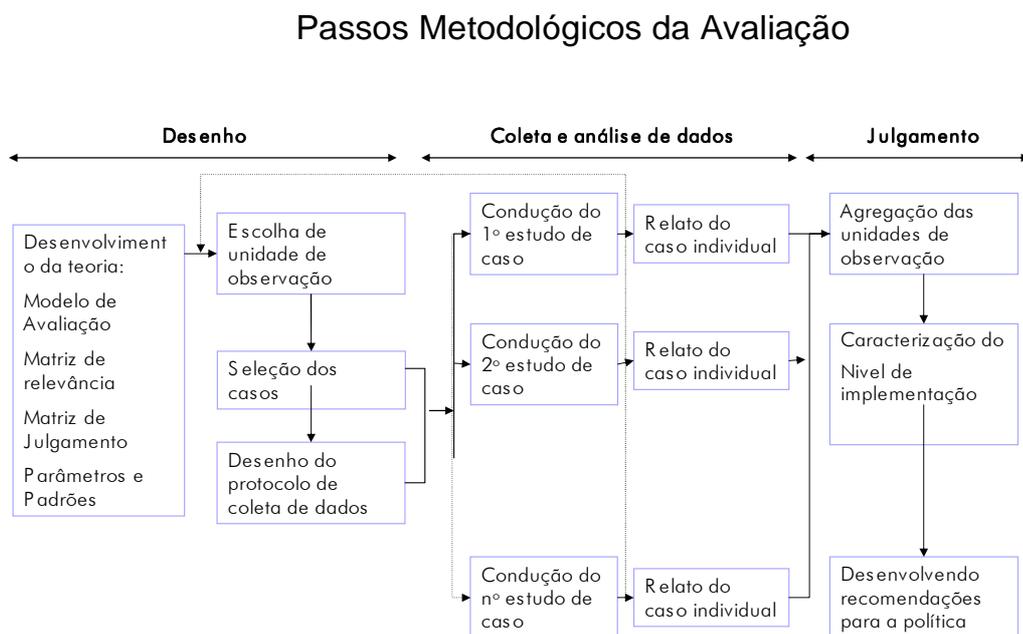
3.2.4 Lições Aprendidas

Um estudo de avaliabilidade bem feito pode garantir a condução de uma avaliação apropriada e relevante, além de contribuir para a qualidade da implementação do programa, uma vez que descreve como o programa está sendo operacionalizado.

Os estudos de avaliabilidade são interessantes, uma vez que ao apontar a direção da avaliação podem funcionar como ferramenta de coordenação muitas vezes evitando esforços desordenados e conflitantes.

Ao fornecer uma visão geral do processo avaliativo, especificou aos interessados potenciais da avaliação seus custos e procedimentos. A realização do estudo permitiu a adaptação do modelo de Cosendey³², definindo os passos da avaliação a ser realizada (figura 1).

Figura 1: Passos metodológicos da Avaliação.



Fonte: Adaptado de Cosendey, 2000

3.2.4.1 Sumário dos Passos da Avaliação

Dessa forma, a avaliação foi planejada seguindo os seguintes passos:

- a) Caracterização das unidades locais;
- b) Aplicação da matriz de julgamento (Quadro 4, p.55) para cada componente do programa, isto é insumos e atividades;
- c) Construção dos parâmetros para os índices de adequação, aceitabilidade e satisfação do usuário, por meio de pesos de acordo com a relevância (Quadro 5, p. 58 a 61);
- d) Definição de parâmetros para o grau de implantação (Quadro 6, p.63);

A explicação clara da avaliação, simultaneamente auxilia os metavaliadores na tarefa de acompanhar a avaliação, possibilitando a crítica construtiva e a transparência administrativa e ética. Do ponto de vista formativo, exemplifica os procedimentos básicos da avaliação viabilizando para o ensino aprendizagem a sistematização e a discussão dos procedimentos como foi exemplificado.

O processo avaliativo, as análises e achados desse estudo serão apresentados oportunamente.

3.2.5 Referências Bibliográficas

¹ Trevisan MS, HuangYM. Evaluability Assessment: A Primer. *Research & Evaluation* 2003;8(20);Acessado em 23/01/2006 em <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=8&n=20>

² Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability Assessment of a Survivors of Torture Program: Lessons Learned. *The Canadian Journal of Program Evaluation* . 2005;V.20 (2):1-25.

³ Wholey JS. () Evaluability Assessment. In: *Evaluation research methods: A base guide*. Beverly Hills CA:Sage,1977, pp. 41-56.

⁴ Szwarcwald CL, & Castilho EA . Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000. 16(Supl.1):135-141.

⁵ Brasil. Ministério da Saúde. *Logística de medicamentos*. Brasília: Programa Nacional DST/Aids; 2004. (Relatório)

⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano Estratégico do Programa Nacional DST/Aids 2004/2007*. Brasília; 2004.

⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Amazonas – *Protocolo da implantação do uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em municípios selecionados do Estado do Amazonas*. Brasília: Programa Nacional DST/Aids; 2004.

⁸ Ferreira Jr OC, Ferreira C, Crippen P, Riedel M, Widolin MRV, Ito TS, Grangeiro AD. Development of an algorithm for the diagnosis of HIV infection using 3 different rapid test only (Apresentação na XV International AIDS Conference: Diagnosis of infection in infants ; 2004 jul 14: Bangkok Thailand).

⁹ Brasil. Governo do Amazonas . [on line] . Manaus, Brasil; 2005. [capturado em 02 mar 2005] Disponível em : <http://www.amazonas.am.gov.br>.

¹⁰ Contandriopoulos A, Champagne F, Denis j, Pineault R. *Avaliação na Área de Saúde: conceitos e métodos*. In: *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Hartz ZA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ:29-489. 1997.

¹¹ Banco Mundial. *Monitoramento e Avaliação: Algumas ferramentas, métodos e abordagens*. .p5. Washington. 2004.

¹² Center for Diseases Control. *Framework for Program Evaluation in Public Health*. MMWR 1999; 48(RR-11):1-40.

¹³ Scriven M. The Methodology of Evaluation. In: Tyler R, Gagne R, Scriven M *Perspectives in curriculum evaluation*. AERA Monograph Series on Evaluation, nº1. Chicago: Rand McNally; p.39-83. 1967.

¹⁴ Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Tailoring Evaluations In: Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. (eds.) *Evaluation: A Systematic Approach*. Thousand Oaks, California, Sage; 2004; 7th ed.pp31-65..

¹⁵ Summerfelt WT. *Program strength and fidelity in evaluation*. Applied Developmental Science. 2003; 7:55-61.

¹⁶ Scheirer MA. Designing and using process evaluation. In: Wholey J, Hatry H & Newcomer K. (Eds.), *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass. 1994.

¹⁷ Faw L, Hogue A, Liddle HA. *Multidimensional Implementation Evaluation of a Residential Treatment Program for Adolescent Substance Abuse*. American Journal of Evaluation 2005. March; Vol. 26 ; nº1 : 77-93

¹⁸ Hartz ZA. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997.

¹⁹ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa*. 2005; pg.30. Disponível em www.aids.gov.br.

²⁰ Yin, RK. *Estudo de caso – Planejamento e métodos*. trad Daniel Grassi , 2ª edição, Porto Alegre: Bookman. 2001.

²¹ Merriam SB. *Case study research in education: A qualitative approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass,1988.

²² Shea et al. In: Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4; 20:345,1999.

²³ Needle RH, Trotter RT, Goosby E, Bates C, von Zinkernagel D. – Um Guia para Conduzir Avaliação Rápida e Pronto Resposta (RARE) na Comunidade

²⁴ Stimson GV, Donoghoe MC, Fitch C, Rhodes TJ, Ball A, Weiler G. *Rapid Assessment and Response Technical Guide, Version 1.0* ,2003. World Health

Organization: Department of Child and Adolescent Health and Development, and Department of HIV/AIDS, Geneva.

²⁵ Stimson GV, Fitch C, Rhodes TJ. *The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (IDU-RAR)*. Version 5, 1998. World Health Organization Programme on Substance Abuse, Geneva.

²⁶ Rhodes TJ, Stimson GV, Fitch C, Ball A, Rana S, Sittitjai W, Weiler G(eds.). *The Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Sexual Risk Behaviour (SEX-RAR)*, 2001. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence and joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva.

²⁷ Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: *Avaliação por triangulação de métodos – Abordagem de programas sociais*. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. FIOCRUZ, 2005. 2;71-103.

²⁸ Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos de avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Hartz ZMA & Silva LMV. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

²⁹ Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974;9;208.

³⁰ Penchansky R, Thomas JW. The concept of access – *Definition and relationship to consumer satisfaction*. *Medical Care* 1981;19;128-129.

³¹ Aday L, Andersen R. Marco Teórico para el Estudio del Acceso a la Atención Médica. In: *Investigaciones sobre servicios de salud*. KL White ed. 1974; pp. 604-613, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

³² Cosendey, M.A.E. *Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: Um Estudo Multicêntrico em Cinco Estados do Brasil*. Tese de Doutorado, 2000. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

- ³³ Aday LA, Andersen RM., 1981. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Medical Care*, XIX(12):4-27.
- ³⁴ Luiza VL, Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: Jorge Antonio Zepeda Bermudez; Maria Auxiliadora Oliveira; Angela Esher. (Org.). *Acesso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel del Estado*. Rio de Janeiro, 2004, v. , p. 45-67.
- ³⁵ Palmer CJ, Dubon JM, Koenig E, Perez E, Ager A, Jayaweera D et al. *Field Evaluation of the Determine Rapid Human Immunodeficiency Virus Diagnostic Test in Honduras and the Dominican Republic*. *J Clin Microbiol*. 1999 November; 37(11): 3698–3700.
- ³⁶ Bulterys, M.; Jamieson, D.J.; O'Sullivan, M.J.; Cohen, M.H.;Maupin, R.;Nesheim, S.; Webber, M.P.; Dyke, S.V.;Wiener, J.;Branson, B.M.;Mother-Infant Rapid Intervention At Delivery (MIRIAD) Study Group - Multicenter Study. *Rapid HIV-1 Testing During Labor*. *JAMA*. 2004;292:219-223.
- ³⁷ Spielberg, F.; Kassler, W.J.; *Rapid Testing for HIV Antibody - A Technology Whose Time Has Come*. Editorial: *Annals of Internal Medicine*. September 1996,Vol 125; 6 ; Pages 509-511.
- ³⁸ Cosendey MAE.; Hartz ZMA.; Bermudez JAZ. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(2):395-406, mar-abr,2003.
- ³⁹ Fiocruz. Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais. *Avaliando Avaliações in:Curso de Especialização em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos com Ênfase em DST/HIV/Aids - Dimensão Técnico-operacional: Meta-avaliação*. 2004. Vol.2; 293-313.
- ⁴⁰ Joint Committee on Standarts for Educational Evaluation (1994). *The Program's Evaluation Standarts*. 2ªed. Thousand Oaks, CA; SAGE.

3.3 ARTIGO 2: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DO HIV NO ESTADO DO AMAZONAS

Resumo

Este artigo relata os resultados de um estudo avaliativo que analisa o grau de implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. A partir dos dados coletados, procurou-se identificar os fatores individuais compreendidos nas dimensões de aceitabilidade e satisfação do usuário, e organizacionais nas dimensões de disponibilidade, oportunidade e conformidade, que influenciaram na implantação do teste rápido e desta maneira propor sugestões que possam ser incorporadas em estratégias para monitoramentos e avaliações futuras.

Foi realizado um estudo de caso único incorporado, utilizando a metodologia de avaliação rápida, selecionando 10 serviços entre os municípios que implantaram o teste rápido como alternativa diagnóstica. Para a análise dos dados aplicou-se o modelo de avaliabilidade desenvolvido pela autora, a partir de uma adaptação do modelo de Cosendey. Para definir o grau de implantação, foi utilizada uma matriz de julgamento, explorando o conceito de acesso ao diagnóstico na concepção de autores que trabalham o tema de forma abrangente e em suas várias dimensões. As dimensões foram categorizadas em índices de adequação, aceitabilidade e satisfação do usuário, com escores específicos classificando os serviços em: implantado; parcialmente implantado; incipiente e não implantado.

A implantação do teste rápido como nova metodologia diagnóstica do HIV no Estado do Amazonas se mostrou parcialmente implantado e o índice de maior pontuação foi o de satisfação do usuário com 80%, seguidos da aceitabilidade com 64% e adequação com 59%, sendo, portanto, este índice que mostrou maiores problemas. O índice de adequação engloba as dimensões de disponibilidade, oportunidade que foram consideradas prioritárias para a implantação do teste rápido, assim como a dimensão de conformidade que espelha a qualidade do cuidado médico prestado ao usuário. Desta maneira, os dados apontam para a necessidade de rever estratégias que possam melhorar a implementação dessa intervenção, principalmente dos componentes relacionados a essas dimensões.

Palavras chaves: Avaliação, implantação, teste rápido, HIV

Abstract

This article reports the results of an evaluation study, which analyzes the implementation degree of the HIV rapid test for diagnosis in the State of Amazonas. **Based on the data collected**, the study aimed to identify individual factors in the acceptability and user satisfaction dimensions, and management factors with regard to availability, accessibility and conformity that influenced in the rapid test implementation. The study also aimed to propose suggestions that can be incorporated in strategies for future monitoring and evaluation processes. A single case study was carried out, using the rapid assessment methodology, selecting 10 services from the cities that had implanted the HIV rapid test as a diagnosis alternative. For the data analysis, the model of evaluability developed for the author was applied, based on a suitable model of Cosendey.

To define the implementation degree, a judgment matrix was used, exploring the concept of access to diagnosis, in the conception of authors who use the subject widely and in several dimensions. The dimensions were categorized in index of accommodation, acceptability and user satisfaction, with specific score classifying the services: implanted; partially implanted; incipient and not implanted.

The implementation of the rapid test as a new HIV diagnostic method in the State of Amazonas was found to be partially implanted. The index of which scored highest was user satisfaction with 80%, followed by acceptability with 64% and accommodation at 59%, which showed the greatest problems. The accommodation index includes the availability and accessibility dimensions, which were priorities for the implantation of the rapid test as well as for the conformity that shows the quality of the medical care given to the user. Therefore the data indicates the necessity to review strategies that can improve the program implementation, mainly in the issues related to these dimensions.

Key words: evaluation, implantation, rapid test, HIV.

3.3.1 Introdução

O Programa Brasileiro de controle da infecção pelo HIV/aids, embora considerado modelo para o mundo em diversas frentes, depara-se ainda com desafios como a necessidade de melhorar o acesso ao diagnóstico precoce.

Estudos no Brasil¹ mostram uma estimativa de cerca de 600.000 pessoas infectadas pelo HIV e, confrontando estes dados com os obtidos por meio dos Sistemas de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e de Controle e Logística de Medicamentos (SICLOM)², os resultados revelam que cerca de 50% deste universo desconhecem seu *status* sorológico.

Visando à ampliação das ações de prevenção e controle das DST/HIV/aids, incluindo maior cobertura diagnóstica no país, o Ministério da Saúde destinou recursos aos Estados, Distrito Federal e Municípios para o incremento das ações de forma descentralizadas (Portaria nº 2313/GM de 19/12/2002), a título de incentivo financeiro, no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST.

Apesar dos esforços empregados, as redes de laboratórios públicos que realizam os testes anti-HIV estão distribuídas no país de maneira desigual e organizadas das mais diferentes formas. Neste contexto, observam-se estruturas que atendem às necessidades dos usuários de maneira efetiva, bem como ausência total de estrutura laboratorial.

Tendo em vista este quadro, e frente à necessidade de ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV, o Ministério da Saúde passa a utilizar o teste rápido como alternativa diagnóstica. As vantagens do teste rápido são: ser um insumo de fácil manuseio; não exigir infra-estrutura laboratorial; ser realizado por profissional de saúde de nível assistencial, capacitado; e o resultado ser obtido em menos de 30 minutos, otimizando, desta forma, a ida do usuário ao serviço de saúde.

3.3.1.1 Contexto Socioepidemiológico

O teste rápido é uma metodologia que já vem sendo utilizada em vários países^{3,4,5}, passando a ser utilizado no Brasil, com fins de diagnóstico da infecção pelo HIV, à partir da publicação da Portaria do Ministério da Saúde, de nº 34/SVS de 28/07/2005, que regulamentou seu uso após um estudo realizado^{6,7} para validar e definir um algoritmo específico para utilização desse insumo no Brasil.

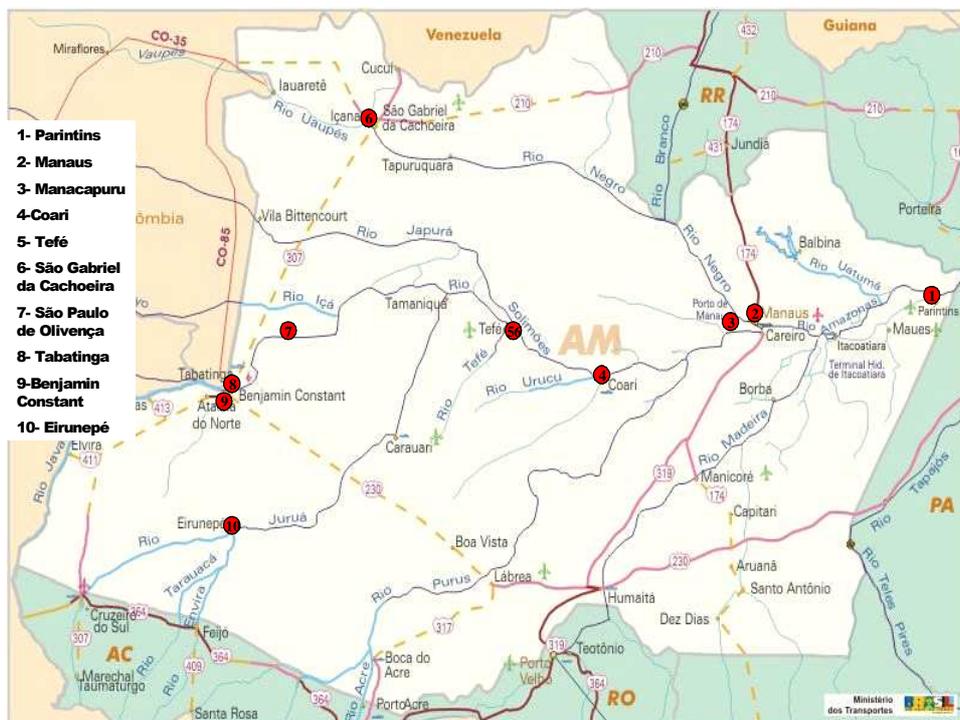
Considerando que regiões de difícil acesso seriam beneficiadas com a nova metodologia, o Estado do Amazonas foi escolhido para a implantação da estratégia por ser o maior estado em dimensões territoriais, ter dificuldade de acesso geográfico, devido ao fato de grande parte de o estado ser composto por mata amazônica e água, possuir um reduzido número de serviços de diagnóstico e atenção à saúde que ainda estão concentrados na capital ⁸.

Essa dificuldade de acesso se reflete no perfil epidemiológico local, que evidencia a chegada de pessoas aos serviços para realização do diagnóstico do HIV em estágio tardio, ou seja, já com clínica sugestiva de aids⁹.

Profissionais de saúde de 14 serviços foram capacitados em doze municípios considerados prioritários por se enquadrar em pelo menos um desses critérios: por ser pólo regional; estar em localização geográfica que possibilite cobertura estratégica; ter capacidade instalada; ter um melhor acesso a serviços de saúde, aspectos epidemiológicos e políticos.

Participaram do estudo de avaliação de implantação 10 desses serviços, um por município (gráfico 1).

Gráfico 1: Municípios selecionados para a avaliação da implantação do teste rápido.



A introdução de novas tecnologias na rotina de trabalho exige que cada etapa do processo seja monitorada e avaliada, de maneira que haja compreensão de como os fatores individuais e organizacionais podem interferir na sua implantação¹⁰.

Desta maneira, este estudo propõe analisar o grau de implantação do teste rápido como método diagnóstico, explorando a categoria acesso, que na concepção de alguns autores^{11,12,13,14,15} é enfatizada como uma categoria capaz de sintetizar a oferta, utilização, qualidade, satisfação dos usuários com os serviços ou programas existentes expressa em dimensões específicas.

3.3.2 População e Métodos

Foram selecionados 10 serviços, dos 14 que tiveram profissionais treinados para a estratégia de implantação do Teste Rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. Foi estabelecido como critério de inclusão o fato de terem recebido pelo menos uma visita de monitoramento entre novembro de 2004 a novembro de 2005. Como critérios de exclusão, os seguintes aspectos foram considerados: serviços que não implantaram o teste rápido; serviços que não receberam visita de supervisão; e os serviços que foram locais de treinamento.

Os serviços de saúde estão diferenciados pelas seguintes modalidades de atenção: cinco Unidade Básicas de Saúde (UBS), sendo que um dos serviços é uma unidade móvel fluvial, dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e três Hospitais.

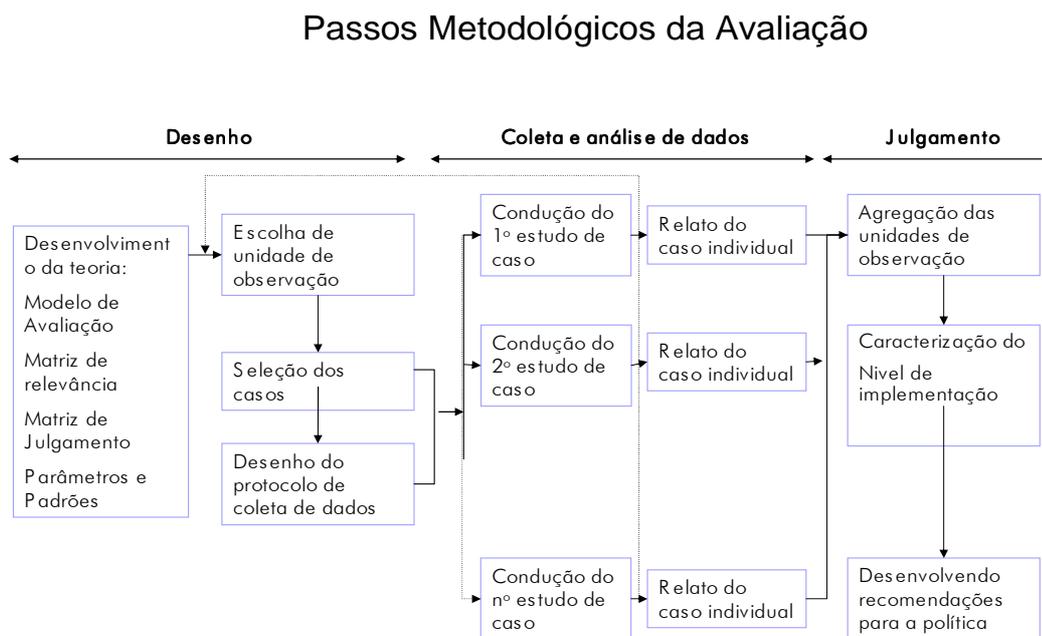
Obedecendo aos preceitos éticos, neste estudo os serviços serão identificados pelas letras A a J.

A Unidade F foi escolhida para demonstrar o grau de implementação dos índices de adequação, aceitabilidade e satisfação do usuário.

O modelo utilizado para a avaliação de implantação, foi de um estudo de caso único incorporado, numa abordagem de avaliação rápida e de caráter formativo. Na concepção de Yin¹⁶, estudo de caso é uma investigação empírica de fenômenos contemporâneos em seu contexto na vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão bem definidos e contribuem para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais e políticos.

Inicialmente foi realizado um estudo de avaliabilidade¹⁷ de implantação do teste rápido, e descrito passo-a-passo cada momento, permitindo assim fornecer uma visão geral do processo avaliativo (gráfico 2) .

Gráfico 2: Passos metodológicos da Avaliação



Fonte: Adaptado de Cosendey, 2000

Os dados utilizados neste estudo originaram-se do banco de dados de visitas de supervisão do PN–DST/AIDS, assim como dos diários de campo, tais como: entrevista com diretor de serviço, entrevista com profissionais de saúde, entrevista com usuários, relatórios de observação de testagem, e de aconselhamento pré-teste e pós-teste (Tabela 1). Outras fontes como DATASUS, relatórios e documentos oficiais e páginas eletrônicas do governo foram utilizados, de maneira que permitisse relacionar o grau de implantação e o contexto organizacional.

Os questionários foram analisados em Epi-Info 6, após terem sido previamente consolidados pela autora.

Tabela 1: Número de documentos utilizados por localidade.

Serviço	Entrevista diretor de serviço	Entrevista profissional de saúde	Entrevista usuário	Observação da testagem	Observação do aconselhamento pré e pós-teste	Diário de campo
A	1	2	2	4	3	sim
B	1	3	16	16	36	sim
C	1	2	3	3	5	sim
D	1	3	14	0*	16	sim
E	1	2	5	3	6	sim
F	1	3	6	6	6	sim
G	1	4	6	6	12	sim
H	1	2	6	0	1	sim
I	1	3	16	10	21	sim
J	1	5	7	5	12	sim
Total	10	29	81	53	118	10

Fonte: PN-DST/AIDS. * As observações foram prejudicadas devido ao esquema de trabalho empregado, onde eram coletadas as amostras de sangue para outros exames e os mesmos eram feito em série; e o espaço físico era extremamente delimitado, não permitindo outras pessoas além do bioquímico e do auxiliar. (Fonte: PN- DST/AIDS)

Para definir o grau de implantação, as dimensões foram categorizadas em três conjuntos de índices: Adequação, Aceitabilidade e Satisfação do Usuário, que receberam pontuação específica de acordo com a importância no processo de implantação, conforme mostra o Quadro 1¹⁷.

Quadro 1: Matriz de julgamento por componente do programa e dimensões da avaliação.

COMPONENTE	ÍNDICES DE ADEQUAÇÃO			ÍNDICES DE ACEITABILIDADE		ÍNDICES DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO		Σ COMPONENTE
	INSUMO	Oportunidade	60	150	Profissional de saúde	70		
Disponibilidade		60						
Conformidade		30						
ATIVIDADE	Oportunidade	60	150	Profissional de saúde	30	Usuário	100	280
	Disponibilidade	60						
	Conformidade	30						
Σ DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO	300			100		100		500

Essa pontuação foi elaborada por meio de técnica de consenso e matriz de relevância priorizando dimensões consideradas críticas para a implantação do teste rápido.

O grau de implantação da intervenção foi analisado e descrito por meio de três conjuntos de índices: adequação, aceitabilidade e satisfação do usuário. O índice de

adequação é composto pelas dimensões oportunidade (5 indicadores), disponibilidade (4 indicadores) e conformidade (9 indicadores). A categoria qualidade dos serviços de saúde foi explorada na dimensão específica do cuidado médico que é a qualidade técnica científica, aqui entendida como conformidade das atividades conforme protocolo oficial do Ministério da Saúde e abordada dentro da adequação.

O índice de aceitabilidade composto por dois indicadores e a satisfação do usuário com mais dois indicadores totalizam 22 indicadores, em sua maioria auto-explicativos. Destacamos, aqui, os dois indicadores do componente insumo da dimensão de disponibilidade, que necessitaram de um cálculo mais elaborado. Essa memória de cálculo está explicitada no artigo 1¹⁷.

Esses indicadores foram estabelecidos conforme as dimensões trabalhadas e seus parâmetros de pontuação aplicados a uma matriz de julgamento (Quadro 1), permitiram classificar os serviços.

Os parâmetros do grau de implantação foram definidos por meio de quartis, utilizando o modelo testado e validado por Cosendey¹⁸, permitindo, assim, atribuir aos serviços uma pontuação que classificou em graus de implantação (Quadro 2).

Quadro 2: Parâmetros para o grau de implantação

Percentual	Grau de implantação
> 75%	Implantado
50 ~ 75%	Parcialmente implantado
25 ~49%	Incipiente
< 25%	Não implantado

Fonte: Cosendey, 2003.

O grau de implantação foi definido como: implantado para os valores acima de 75%; parcialmente implantado para os valores de 50 a 75%; incipiente para os valores de 25 a 49% e não implantado para os valores de abaixo de 25%.

3.3.3 Resultados e Discussão

Os resultados foram obtidos a partir dos dados lançados na matriz de julgamento (Quadro 1), e serão apresentados da seguinte forma: 1) análise e julgamento detalhado de uma unidade de observação por dimensão/índice e componente do programa; 2) apresentação do consolidado da pontuação obtida e do índice global de implementação

por índice/dimensão e componente do programa para cada unidade de análise e para o conjunto da iniciativa no estado.

3.3.3.1 Análise e julgamento detalhado de uma unidade de observação por dimensão/índice e componente do programa.

Aqui, será descrita a análise da unidade F na sua integralidade, de maneira que o passo-a-passo da avaliação possa ser verificado. Esta unidade foi escolhida porque, embora seja um serviço de saúde de uma grande cidade do Estado do Amazonas, com uma das maiores populações do estado, de melhor facilidade ao acesso a serviços e outros recursos diagnósticos, apresentou resultados surpreendentes.

Para uma melhor compreensão, os resultados serão divididos e apresentados por índices.

Em cada quadro serão observados: as pontuações esperadas, as pontuações obtidas e o grau de implantação por componente e no índice global. Estão inseridos no componente insumo: kits e profissionais de saúde e no componente atividade: testagem, aconselhamento e gestão de serviços.

Quadro 3: Grau de implantação do índice de adequação - unidade de análise F.

COMPONENTE	ÍNDICES DE ADEQUAÇÃO						GRAU DE IMPLANTAÇÃO
	PE	PO	%	PE	PO	%	
INSUMO	Disponibilidade	60	40	67	150	100	67
	Oportunidade	60	30	50			
	Conformidade	30		100			
			30				
ATIVIDADE	Disponibilidade	60	20	33	150	75	50
	Oportunidade	60	40	67			
	Conformidade	30	15	50			
Σ DOS COMPONENTES				300	175	58	
GRAU DE IMPLANTAÇÃO	Parcialmente implantado						

PE= pontuação esperada; PO= pontuação observada

O Quadro três mostra o grau de implantação do índice de adequação e cada dimensão está descrita separadamente, de maneira a apontar os pontos positivos e negativos da implantação.

Dimensão de disponibilidade: A quantidade de kits era suficiente para apenas 35% da população estimada considerando-se a necessidade de testagem/mês. A unidade

Faz parte da rede de saúde de um município onde é realizado o diagnóstico por meio da metodologia ELISA. A disponibilidade de profissionais consegue dar cobertura a apenas 50% da demanda estimada. No total, apenas 67% da pontuação esperada para esta dimensão poderá ser alcançada, e isso estabelece, portanto, um grau de implementação de parcialmente implantado. Isso mostra a necessidade de redimensionamento dos insumos necessários para a efetiva implantação do teste rápido nesta região.

Em razão dessa subestimação de insumos, os dados apontam da mesma forma para uma diminuição também na realização da testagem e aconselhamento, que demonstra ter alcançado uma cobertura de apenas 50% de sua capacidade esperada.

Dimensão de oportunidade: Embora não tivessem faltado kits enviados pela Coordenação Estadual, um dos três testes utilizados para o desempate (*tiebraker*) estava vencido por mais de três meses e sem reposição, caracterizando então a falta do insumo, o que comprometeu o índice de oportunidade. Em relação à existência de profissionais para a realização da testagem e aconselhamento, diariamente, foi contemplada em sua plenitude. Mas na soma dos indicadores, o componente insumo da dimensão de oportunidade, alcançou como grau parcialmente implantado.

Em relação ao componente atividade, que compreende os processos técnicos e organização do serviço para a testagem e o aconselhamento o grau de implantação também foi parcial (67%). Isso, porque embora o serviço ofereça testagem e aconselhamento, todos os dias da semana, em tempo integral, ele não realiza todo o processo de testagem e aconselhamento no momento da primeira ida do usuário ao serviço. Ao contrário do que foi preconizado, a primeira visita do usuário ao serviço foi para agendar as atividades de aconselhamento e testagem para dias subsequentes, isto é, aconselhamento pré-teste e testagem em um dia e aconselhamento pós-teste e recebimento do resultado em outro dia. O observado implica, pelo menos, três idas do usuário ao serviço, contrariando a principal diretriz e utilidade do teste rápido.

Dimensão de conformidade:

Na dimensão de conformidade, procurou-se analisar o cumprimento dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e também a gestão dos serviços e de como eles estão organizados para atender à demanda do usuário. Embora as dimensões priorizadas para a implantação do teste rápido tivessem sido a oportunidade e

disponibilidade, a dimensão de conformidade é a que tem o maior número de indicadores, justamente porque ela reflete os vários aspectos do cuidado médico envolvidos na atividade de implantação.

Os kits de testagem estavam dentro do prazo de validade e em geladeira exclusiva para os testes, configurando pontuação máxima por estar de acordo com o protocolo. Quando se fala em grau de conformidade dos profissionais, consideraram-se aqueles profissionais capacitados e que estejam realizando a testagem e o aconselhamento. Os dados revelaram que os profissionais estavam desenvolvendo as duas atividades. Todavia, a testagem estava sendo realizada de acordo com o protocolo preconizado, recebendo pontuação máxima, mas o mesmo não ocorreu em relação ao aconselhamento devido às falhas no cumprimento do protocolo.

No quesito gestão, o único indicador com dados foi o de encaminhamento de usuário diagnosticado HIV positivo, que recebeu pontuação máxima.

Embora os indicadores relacionados a insumos e atividades tivessem uma boa pontuação, a análise desta dimensão ficou restrita pela falta de dados em relação a quatro dos nove indicadores, todos relacionados com a gestão, implicando em um grau de implantação parcial quase incipiente.

Quadro 4: Grau de implantação do índice de aceitabilidade - unidade de análise F.

COMPONENTE	ÍNDICES DE ACEITABILIDADE			GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
	PE	PA	%		
INSUMO	Profissional de saúde	70	23	33	Incipiente
	Profissional de saúde	30	25	83	
ATIVIDADE	Profissional de saúde	30	25	83	Implantado
Σ DOS COMPONENTES		100	48	48	Incipiente
GRAU DE IMPLANTAÇÃO					

PE= pontuação esperada ; PO= pontuação observada

O Quadro quatro mostra que na análise de aceitabilidade do profissional de saúde em relação à realização da testagem e aconselhamento estão implantados, com 83% de pontuação. A grande maioria sente-se apta a realizar a testagem e o aconselhamento, porém alguns se sentem inseguros e necessitam de mais treinamento. Quanto à aceitabilidade do teste rápido como insumo diagnóstico está incipiente com 33%, pois embora tendo recebido treinamento sobre a qualidade do teste rápido como método diagnóstico, alguns profissionais referem que solicitariam um exame confirmatório complementar ou preferem o ELISA.

Desta maneira, há necessidade de discutir amplamente, nas capacitações, as questões sobre sensibilidade e especificidade do teste rápido, e reforçar que são compatíveis com os métodos diagnósticos tradicionais para que os profissionais se sintam seguros quanto sua utilização.

O Quadro cinco traz o resultado da análise de satisfação do usuário frente aos serviços oferecidos, como parcialmente implantado.

Quadro 5: Grau de implantação do índice de satisfação do usuário: unidade de análise F.

COMPONENTE	ÍNDICES DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO			
		PE	PA	%
ATIVIDADE				
	Usuário	100	75	75
GRAU DE IMPLANTAÇÃO	Parcialmente implantado			

PE= pontuação esperada; PO= pontuação observada

Considerando que a presença do insumo em si é um fator de satisfação para a população que, até então, não tinha acesso ao diagnóstico, este componente não foi considerado nesta avaliação.

Os dados revelam que há um percentual de 75% de satisfação do usuário em relação à realização do aconselhamento e da testagem oferecidos.

Na avaliação global da unidade F, o índice que atingiu um melhor grau de implantação foi a satisfação do usuário, com 75%, seguido da adequação com 58%, ambos parcialmente implantados e seguidos da aceitabilidade que atingiu 48%. O que influenciou na pontuação do índice de aceitabilidade foi a questão do kit de testagem, fazendo-se necessário pensar em estratégias para melhorar a aceitabilidade do profissional frente a esse insumo. Embora o índice de adequação esteja parcialmente implantado, os 58% revelam que há a necessidade de se trabalhar melhor as dimensões relacionadas ao componente atividade.

3.3.3.2 Apresentação do consolidado da pontuação obtida e do índice global de implementação por índice/dimensão e componente do programa para cada unidade de análise e para o conjunto da iniciativa no estado.

Aqui, as tabelas são apresentadas em índices por componente do programa. Em cada tabela serão observados: as pontuações esperadas por tipo de componente, a

somatória das pontuações obtidas por componente e o grau de implantação por componente para cada unidade de análise e para o conjunto no estado. Os tipos de componente insumo são: kits de teste rápido e profissionais; e os de componente atividade são: testagem, aconselhamento e gestão de serviços.

O componente insumo do índice de disponibilidade está parcialmente implantado no estado, com 58% da pontuação obtida, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2: Grau de implantação do índice de disponibilidade: componente insumos

Município	Pontuação (teste rápido)	Pontuação (profissional)	Σ	%	Grau de implantação
G	20	30	50	83	Implantado
A	20	20	40	67	Parcialmente implantado
C	20	20	40	67	Parcialmente implantado
D	20	20	40	67	Parcialmente implantado
H	20	20	40	67	Parcialmente implantado
I	20	20	40	67	Parcialmente implantado
B	10	20	30	50	Parcialmente implantado
F	10	20	30	50	Parcialmente implantado
J	10	20	30	50	Parcialmente implantado
E	10	10	20	34	Incipiente
Amazonas	16	19	35	58	Parcialmente implantado

Pontuação máxima esperada para teste rápido (30) + profissionais (30) = 60

Verifica-se uma necessidade do redimensionamento dos insumos, no que tange aos quantitativos de kits enviados e de profissionais capacitados para a estratégia, visto que a disponibilidade é a dimensão principal a ser considerada, pois sem kits de testagem e profissionais não há diagnóstico. Quatro dos dez serviços estão com a disponibilidade de insumos incipientes, mas também possuem diagnóstico por ELISA implantados no município, fazendo com que o teste rápido não seja a única alternativa diagnóstica. São também os municípios de maior índice populacional e os dados sugerem que há necessidade de investir nas capacitações e de se trabalhar mais a aceitabilidade dos profissionais, a fim de que haja uma melhor compreensão acerca teste rápido, mostrando que ele não é uma opção secundária, mas sim de complementação e ampliação da cobertura diagnóstica.

A existência de profissionais para realizar a testagem e o aconselhamento a todas as gestantes que comparecessem com necessidade de testagem foi calculada baseada na estimativa de gestantes/mês. Como é fato que os profissionais executam outras tarefas e não exclusivamente a testagem e aconselhamento, esse número foi multiplicado por três.

Os dados revelaram que muitos profissionais, embora treinados não estão mais atuando no serviço, mostrando um percentual de abandono de 63% e de apenas 5% de aproveitamento desses mesmos profissionais em outros serviços. Outros fatores que influenciam, são os relacionados a profissionais que não realizam a atividade porque não se sentem aptos para realizá-la, ou porque a organização do serviço tenha se configurado de maneira que os profissionais desempenhem atividades específicas, como bioquímicos só realizando testagem ou psicólogos só realizando aconselhamento, apesar de o treinamento ter contemplado ambos procedimentos.

Dessa maneira, os dados apontam para a necessidade de ampliação do quadro de profissionais capacitados para a estratégia, de maneira que atenda os usuários na plenitude de sua demanda.

Tabela 3: Grau de implantação do índice de disponibilidade: componente atividades.

Município	Pontuação (Testagem)	Pontuação (Aconselhamento)	Σ	%	Grau de implantação
A	20	20	40	67	Parcialmente implantado
C	20	20	40	67	Parcialmente implantado
D	20	20	40	67	Parcialmente implantado
G	20	20	40	67	Parcialmente implantado
H	20	20	40	67	Parcialmente implantado
I	20	20	40	67	Parcialmente implantado
B	10	10	20	34	Incipiente
E	10	10	20	34	Incipiente
F	10	10	20	34	Incipiente
J	10	10	20	34	Incipiente
Amazonas	16	16	32	53	Parcialmente implantado

Pontuação máxima esperada para testagem (30) + aconselhamento (30) = 60

A Tabela 3 indica que o componente atividade do índice de disponibilidade ficou prejudicado, onde 60% dos serviços está parcialmente implantado e 40% incipiente, mostrando que essas atividades não estão acontecendo como o esperado. Os dados direcionam para uma necessidade de aumento na oferta do aconselhamento e testagem, ora por meio de sensibilização dos profissionais ou da divulgação para a população, mas também reflete a necessidade de redimensionamento de insumos no estado, pois sem eles não há como desenvolver as atividades.

A Tabela 4 evidencia a implantação parcial do índice de oportunidade, com 65% da pontuação esperada. Há uma implantação efetiva em 80% dos serviços, mostrando a existência de profissionais nos serviços, quando procurados pelo usuário.

Tabela 4: Grau de implantação do índice de oportunidade: componente insumos.

Município	Pontuação (teste rápido)	Pontuação (profissional)	Σ	%	Grau de implantação
B	30	30	60	100	Implantado
E	20	30	50	83	Implantado
J	20	30	50	83	Implantado
I	10	30	40	67	Parcialmente implantado
A	0	30	30	50	Parcialmente implantado
C	0	30	30	50	Parcialmente implantado
D	30	0	30	50	Parcialmente implantado
F	0	30	30	50	Parcialmente implantado
G	0	30	30	50	Parcialmente implantado
H	30	0	30	50	Parcialmente implantado
Amazonas	14	25	39	65	Parcialmente implantado

Pontuação máxima esperada para teste rápido (30) + profissionais (30) = 60

Os kits de testagem estavam com a implantação incipiente. Analisando as planilhas de monitoramento dos kits, verificou-se que não havia uma distribuição uniforme deste insumo, variando para cada local. Muitos locais tiveram falta ou atraso no fornecimento dos kits, pois os mesmos estavam vinculados à entrega dos relatórios mensais. Outra dificuldade observada foi a diferença entre a data de vencimento do dispositivo de testagem e as soluções tampão quem têm um prazo de vencimento menor, influenciando no controle logístico dos mesmos. Desta maneira, para análise foi considerado o número de vezes que faltaram os kits de testagem, somados ao número de meses em que permaneceram com o kit vencido, sem reposição. Esses fatores foram relevantes para a baixa implementação do componente insumo do índice de oportunidade.

Tabela 5: Grau de implantação do índice de oportunidade: componente atividades.

Município	Pontuação (A1)	Pontuação (A2)	Pontuação (A3)	Σ	%	Grau de implantação
G	20	20	20	60	100	Implantado
I	20	20	20	60	100	Implantado
J	20	20	20	60	100	Implantado
B	0	20	20	40	67	Parcialmente implantado
D	20	20	0	40	67	Parcialmente implantado
F	20	0	20	40	67	Parcialmente implantado
C	10	20	0	30	50	Parcialmente implantado
E	10	20	0	30	50	Parcialmente implantado
A	10	10	0	20	34	Incipiente
H	10	10	0	20	34	Incipiente
Amazonas	14	16	10	40	67	Parcialmente implantado

Pontuação máxima esperada para as Atividade 1, 2 e 3 (A1=20) +(A2=20) + (A3=20) = 60

A Tabela 5 mostra que o componente atividades do índice de oportunidade está parcialmente implantado, com 65% da pontuação alcançada. De acordo com os dados encontrados, embora houvesse profissionais para realizar testagem e aconselhamento todos os dias, 30% dos serviços funcionavam apenas meio período e um serviço funcionava 3 vezes por semana.

Alguns serviços deixaram de funcionar por mais de um mês consecutivo, devido à falta de profissional para realizar o procedimento; interesse dos profissionais na atividade; organização ou mudança de gestão; e manutenção da infra-estrutura do serviço, influenciando negativamente no índice de oportunidade.

Fatores organizacionais como local do aconselhamento diferente do local da testagem, necessidade de o usuário agendar o aconselhamento e a testagem para determinado dia e receber o resultado em outro dia implicaram em, pelo menos, três idas do usuário ao serviço, contrariando a principal diretriz e utilidade do teste rápido.

Todos esses dados apontam para uma necessidade urgente de reorganização do serviço, de maneira a quando o usuário procurar o serviço, ele esteja em condições de atendê-lo em suas necessidades.

Tabela 6: Grau de implantação do índice de conformidade: componente insumos.

Município	Pontuação (teste rápido)	Pontuação (profissional)	Σ	%	Grau de implantação
B	15	15	30	100	Implantado
F	15	15	30	100	Implantado
J	15	15	30	100	Implantado
A	15	7,5	22,5	75	Parcialmente implantado
E	15	7,5	22,5	75	Parcialmente implantado
I	15	7,5	22,5	75	Parcialmente implantado
C	15	0	15	50	Parcialmente implantado
D	7,5	7,5	15	50	Parcialmente implantado
G	7,5	7,5	15	50	Parcialmente implantado
H	7,5	7,5	15	50	Parcialmente implantado
Amazonas	13	9	22	73	Parcialmente implantado

Pontuação máxima esperada para teste rápido (15) + profissionais (15) = 30

A Tabela 6 mostra que houve implantação parcial do componente insumo do índice de conformidade, com 73% da pontuação alcançada.

Setenta por cento dos serviços obtiveram pontuação máxima no que se refere às boas práticas de armazenamento e dispensação, considerando armazenamento em sala climatizada ou geladeira exclusiva e dentro do prazo de validade. Apesar de os kits não

necessitarem especificamente de geladeira para o seu armazenamento, condições climáticas de alta temperatura e umidade do Amazonas exigem ambientes de temperatura controlada para uma melhor segurança e efetividade no uso deste insumo.

Quando se fala em grau de conformidade dos profissionais, consideraram-se aqueles profissionais capacitados para testagem e aconselhamento, realizando testagem e aconselhamento e verifica-se um bom grau de implantação, exceto em um serviço que obteve pontuação zero.

Tabela 7: Grau de implantação do índice de conformidade: componente atividades

Município	Pontuação (Testagem)	Pontuação (Aconselhamento)	Pontuação (Gestão)	Σ	%	Grau de implantação
E	8	5	1,5	14,5	48	Incipiente
F	8	4	2,5	14,5	48	Incipiente
B	6,5	5	2,5	14	47	Incipiente
D	4	5,5	2,5	12	40	Incipiente
J	4	5	2,5	11,5	38	Incipiente
I	4	4,4	2,5	10,9	36	Incipiente
A	6	0	0	6	20	Não implantado
G	4	0,8	0	4,8	16	Não implantado
C	2,6	0	0	2,6	9	Não implantado
H	0	0	2,5	2,5	8	Não implantado
Amazonas	4,7	2,9	1,6	9,2	31	Incipiente

Pontuação máxima esperada para testagem (8) + aconselhamento (10) + gestão (12) = 30

Embora as dimensões priorizadas para a implantação do teste rápido tivessem sido a oportunidade e a disponibilidade, é a dimensão de conformidade que tem o maior número de indicadores, justamente porque ela reflete os vários aspectos do cuidado médico envolvidos na atividade de implantação.

Nesta dimensão, procurou-se analisar o cumprimento dos protocolos estabelecidos e também a gestão dos serviços e de como eles estão organizados para atender à demanda do usuário.

Os dados da Tabela 7 mostram que é mais fácil cumprir protocolos de procedimentos técnicos que aqueles com caráter subjetivo. Verifica-se que os protocolos para testagem estavam sendo cumpridos com implantação parcial, tendendo para incipiente e os protocolos para aconselhamento na sua maioria incipientes, ou não implantados. Dessa maneira, enfatiza-se a importância da elaboração de protocolos de aconselhamento objetivos e com os conteúdos mais bem adequados para a estratégia, além do reforço nas capacitações.

Os resultados revelam como são críticas a gestão e a organização do serviço, sendo incipiente em sua totalidade. Não existem protocolos ou rotinas de serviço elaboradas, assim como não há indícios de notificação de gestantes e crianças expostas. Embora tenham sido treinados para programas de controle e garantia de qualidade do teste rápido nenhum serviço o implantou devido a não-validação da metodologia.

Todos esses dados refletem justamente a introdução de uma nova tecnologia em que há necessidade constante de aprimoramento e ajuste para uma adequada implementação.

No Quadro 6, o consolidado do grau de implantação do índice de adequação para o Estado do Amazonas mostra-se parcialmente implantado.

Quadro 6: Grau de implantação do índice de adequação – Estado do Amazonas.

COMPONENTE INSUMO	ÍNDICES DE ADEQUAÇÃO						GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
		PE	PO	%	PE	PO		%
Disponibilidade	60	35	58	150	96	64	Parcialmente implantado	
	Oportunidade	60	39					65
	Conformidade	30	22					73
ATIVIDADE	Disponibilidade	60	32	53	150	81	54	Parcialmente implantado
	Oportunidade	60	40	67				
	Conformidade	30	9,2	31				
Σ DOS COMPONENTES				300	177	59		
GRAU DE IMPLANTAÇÃO	Parcialmente implantado							

PE= pontuação esperada ; PO= pontuação observada

Na Tabela 8, observa-se que o componente insumo do índice de aceitabilidade está parcialmente implantado, com apenas 57% da pontuação esperada.

Tabela 8: Grau de implantação do índice de aceitabilidade: componente insumos.

Município	Pontuação (Teste rápido)	%	Grau de implantação
B	70	100	Implantado
D	47	67	Parcialmente implantado
I	47	67	Parcialmente implantado
J	42	60	Parcialmente implantado
A	35	50	Parcialmente implantado
C	35	50	Parcialmente implantado
E	35	50	Parcialmente implantado
G	35	50	Parcialmente implantado
H	35	50	Parcialmente implantado
F	23	33	Incipiente
Amazonas	40	57	Parcialmente implantado

Pontuação máxima esperada para teste rápido = 70

Embora tendo recebido treinamento sobre a qualidade do teste rápido como método diagnóstico e o acharem de fácil execução, 35% dos profissionais entrevistados

referem que solicitariam um exame confirmatório complementar e 21% preferem o método ELISA. Desta maneira, há necessidade de discutir amplamente, nas capacitações, as questões sobre sensibilidade e especificidade do teste rápido e reforçar que são compatíveis com os métodos diagnósticos tradicionais para que os profissionais se sintam seguros quanto à sua utilização.

Em relação às atividades de testagem e aconselhamento mostradas na Tabela 9, 73% consideraram-se aptos a realizarem a testagem, 28% acharam necessário ter mais treinamento, 14% sentiram-se inseguros e 10% consideraram não ser a testagem sua atribuição.

Tabela 9: Grau de implantação do índice de aceitabilidade: componente atividades.

Município	Pontuação (Testagem e Aconselhamento)	%	Grau de implantação
B	30	100	Implantado
D	30	100	Implantado
J	30	100	Implantado
G	26	87	Implantado
F	25	83	Implantado
A	23	77	Implantado
E	23	77	Implantado
H	23	77	Implantado
I	20	67	Parcialmente implantado
C	15	50	Parcialmente implantado
Amazonas	24	80	Implantado

Pontuação máxima esperada para testagem e aconselhamento = 30

Quando questionados quanto à realização do aconselhamento, 76% sentiram-se aptos a realizarem o aconselhamento, do total 55% gostaria de ter mais treinamento e 17% sentiram-se inseguros. Importante salientar que dos 21% que consideraram o aconselhamento como não sendo sua atribuição, 83% eram profissionais da área de laboratório.

Considerando os dados acima e a implantação de novas metodologias, faz-se necessário a revisão dos conteúdos de capacitação para a efetiva realização das atividades.

No consolidado do Quadro 7, visualiza-se uma implantação parcial do índice de aceitabilidade para o Estado do Amazonas.

Quadro 7: Grau de implantação do índice de aceitabilidade – Estado do Amazonas.

COMPONENTE	ÍNDICES DE ACEITABILIDADE			GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
	INSUMO	PE	PA		%
	Profissional de saúde	70	40	57	Parcialmente implantado
ATIVIDADE	Profissional de saúde	30	24	80	Implantado
Σ DOS COMPONENTES		100	64	64	
GRAU DE IMPLANTAÇÃO	Parcialmente implantado				

PE= pontuação esperada PO= pontuação observada

Na Tabela 10, o grau de satisfação do usuário foi a maior pontuação obtida e com 70% dos serviços implantados.

Tabela 10: Grau de satisfação do usuário quanto a atividade de testagem e aconselhamento.

Município	Pontuação (Testagem)	Pontuação (Aconselhamento)	Σ	%	Grau de implantação
E	50	45	95	95	Implantado
C	50	42	92	92	Implantado
B	50	39	89	89	Implantado
I	50	39	89	89	Implantado
D	50	30	80	80	Implantado
J	43	39	82	82	Implantado
F	42	33	75	75	Implantado
H	50	16	66	66	Parcialmente implantado
G	50	25	57	57	Parcialmente implantado
A	50	0	50	50	Parcialmente implantado
Amazonas	49	31	80	80	Implantado

Pontuação máxima esperada para componente Atividade que compreende T (50)+Ac (50) = 100

A atividade testagem foi bastante satisfatória, e o resultado mostrou que os fatores relevantes foram: 97% dos usuários consideraram que o teste rápido é bom considerando os fatores: evitou a ansiedade (75%); o profissional conversou bastante com o usuário (51%); não precisou gastar outra condução (47%); o teste foi feito em sua presença (45%); não perdeu mais um dia de trabalho (42%); se estiver doente já pode ser tratado (41%); o exame não foi trocado (41%).

Dos usuários que acharam o teste ruim (3%), o assim consideraram porque não estavam preparados para receber o resultado na hora; gostariam de receber o resultado com um acompanhante e porque ficaram ansiosos durante o tempo de espera.

Em relação ao aconselhamento, 71% dos entrevistados referem ser a primeira vez que realizam um teste anti-HIV e 83% receberam algum tipo de aconselhamento.

Para 75% dos usuários, o teste foi oferecido pelos profissionais que perguntaram se o usuário gostaria de fazê-lo, mas para 22% ainda colocaram o exame como rotina

sem explicar o motivo da solicitação, mostrando ser necessário um trabalho de sensibilização para os profissionais que atenderam essa população.

A maioria (66%) não teve dificuldade em entender o que lhes foi explicado, e dos que tiveram alguma dificuldade, 16% o tiveram porque os profissionais usaram uma linguagem difícil de entender; 14% ficaram com vergonha de fazer perguntas; e 8% porque o profissional falou muito rápido.

O Quadro 8 demonstra que o índice de satisfação do usuário foi plenamente implantado no estado.

Quadro 8: Grau de implantação do índice de satisfação do usuário: unidade de análise F.

COMPONENTE	ÍNDICES DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO			
		PE	PA	%
ATIVIDADE				
	Usuário	100	80	80
GRAU DE IMPLANTAÇÃO	Implantado			

PE= pontuação esperada; PO= pontuação observada

3.3.4 Conclusões e Recomendações

Na avaliação global, a implantação da estratégia do teste rápido como nova metodologia diagnóstica do HIV no Estado do Amazonas se mostrou parcialmente implantada. O estudo teve algumas limitações como a utilização de dados existentes da supervisão, que não permitiram desenhar um instrumento de coleta de dados de acordo com o desenho da avaliação, o fato de utilizar uma amostra conveniente, devido ao contexto externo relacionado às dificuldades de locomoção no interior do Amazonas, mas que foi minimizado pela utilização de várias fontes de dados e um fluxo lento de informações entre município, estado e governo federal, onde os dados de municípios dependiam da consolidação feita pela Secretaria Estadual.

Considerando a incorporação de novas tecnologias, até então não conhecidas pela população e profissionais de saúde, a existência e distribuição dos testes, capacitação profissional, estruturação e organização dos serviços, o índice de maior pontuação foi o de satisfação do usuário com 80%, seguidos da aceitabilidade com 64% e adequação 59%, quesito que mostrou maiores problemas.

Entre os achados principais, no componente insumo foram verificados: alta rotatividade e seleção inadequada de profissionais; falta periódica do kit diagnóstico de

teste rápido; pouca confiança do profissional de saúde no teste rápido; protocolos de aconselhamento inadequados à realidade local.

No componente atividade, os achados principais foram: funcionamento descontinuado dos serviços; baixa cobertura das atividades relacionadas como cumprimento dos protocolos, notificação, encaminhamento etc. e inexistência dos programas de controle e garantia de qualidade do teste rápido.

O índice de adequação engloba as dimensões de disponibilidade, oportunidade que foram prioritárias para a implantação do teste rápido, assim como a conformidade que espelha a qualidade do cuidado médico prestado ao usuário. Dessa maneira, os dados apontam para a necessidade de rever estratégias que possam melhorar a implementação, principalmente dos componentes relacionados a essas dimensões, assim como a dos demais.

Para a melhoria da implantação do teste rápido como metodologia diagnóstica no país, sugerem-se algumas recomendações que estão explicitadas por dimensão.

Na dimensão de disponibilidade, é importante observar: o redimensionamento dos insumos (recursos humanos e materiais necessários para a efetiva implantação do teste rápido) e sustentabilidade das ações; o investimento no profissional capacitado, de maneira que o mesmo se mantenha no serviço; a seleção dos profissionais apropriados para capacitação, com o objetivo de que se mantenham nas atividades para as quais foram capacitados; a promoção do aumento da oferta de aconselhamento e a testagem.

Na dimensão de oportunidade é necessário: reorganizar a logística de insumos, de maneira que não ocorra desabastecimento, prejudicando, assim, o acesso do usuário ao diagnóstico; implantar estratégias considerando os períodos em que há mudança de gestores, pois isso faz com que haja uma maior rotatividade de recursos humanos; reorganizar o serviço de maneira que esteja em condições de atender o usuário em suas necessidades, e não necessite de que o mesmo retorne várias vezes para ter acesso ao diagnóstico.

Na dimensão de conformidade é imprescindível verificar: a elaboração de protocolos de aconselhamento mais objetivos e direcionados para a estratégia do teste rápido; o reforço nas capacitações no sentido de melhorar a adesão dos profissionais às normas e protocolos; e a implantação, urgente, dos programas de controle e garantia da qualidade do teste rápido.

Em relação à aceitabilidade do profissional de saúde, deve-se considerar: a ênfase nas capacitações, de que os testes rápidos e os métodos diagnósticos tradicionais para o HIV apresentam o mesmo valor diagnóstico, a fim de que os profissionais se sintam mais seguros quanto à sua utilização; uma melhor compreensão por parte dos profissionais acerca de que o teste rápido não é uma opção secundária e, sim, complementar para a ampliação da cobertura diagnóstica; a sensibilização dos profissionais de saúde de maneira que possam oferecer o teste rápido na sua integralidade, ou seja, realizar a testagem com aconselhamento pré e pós-teste.

E quanto à satisfação do usuário, é necessário que os profissionais utilizem uma linguagem adequada à população assistida, de maneira que a ação seja efetiva.

O CDC¹⁹ explicita que uma efetiva avaliação de programas é um caminho sistemático para melhorar e justificar as ações de saúde pública, envolvendo procedimentos que sejam profícuos, possíveis, éticos e precisos e mostra, também, que cada vez mais as avaliações incluem aspectos explicativos dos sucessos ou problemas dos programas, iluminando as relações intermediárias entre intervenção e efeito.

Portanto, incorporar a avaliação como prática nos serviços proporciona aos gestores informações para definir estratégias de intervenção, buscando a melhoria de desempenho dos serviços e do programa. Dessa forma, é importante a revisão de protocolos de supervisão e monitoramento no sentido de enfatizar esses indicadores e direcionar o registro de informações rotineiramente realizadas pelos serviços, reorientando para as prioridades locais e análises da situação de saúde requeridas.

Como a realidade é dinâmica e processual, os protocolos deverão sempre incluir a possibilidade da existência de componentes inovadores que espelhem a criatividade e a adequação das diretrizes nacionais ao nível municipal e local.

3.3.5 Referências Bibliográficas

¹ Szwarcwald CL, & Castilho EA . Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000. 16(Supl.1):135-141.

² Brasil. Ministério da Saúde. *Logística de medicamentos*. Brasília: Programa Nacional DST/Aids; 2006. (Relatório)

³ Kline RL, Dada A, Blattner W, Quinn TC. Diagnosis and differentiation of HIV-1 and HIV-2 infection by two rapid assays in Nigeria. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 1994; 7:623-626.

⁴ Stetler HC, Granade TC, Nuñez CA, Meza R, Terrel S, Amador L et al. Field evaluation of rapid HIV serological tests for screening and confirming HIV-1 infection in Honduras. *Aids*, 1997; 11:369-375.

⁵ Irwin K, Olivo N, Schable CA, Weber JT, Janssen R, Ernst J. Performance characteristics of a rapid antibody assay in a hospital with a high prevalence of HIV infection. *Ann Intern Med*, 1996; 125: 471-475.

⁶ Ferreira Jr OC, Ferreira C, Crippen P, Riedel M, Widolin MRV, Ito TS, Grangeiro AD. Development of an algorithm for the diagnosis of HIV infection using 3 different rapid test only (Apresentação na XV International AIDS Conference: Diagnosis of infection in infants ; 2004 jul 14: Bangkok Thailand).

⁷ Ferreira Jr OC, Ferreira C, Riedel M, Widolin MRV, Barbosa-Júnior A. Evaluation of rapid tests for anti-HIV detection in Brazil. *AIDS*, 2005; 19 (suppl 4):S70-S75.

⁸ Brasil. Governo do Amazonas . [on line] . Manaus, Brasil; 2005. [capturado em 02 mar 2005] Disponível em : <http://www.amazonas.am.gov.br>.

⁹ Brasil. Ministério da Saúde. *Motivos de internação*. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids - Unidade de Assistência e Tratamento; 2005. (Relatório)

¹⁰ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa*. 2005; pg.30. Disponível em www.aids.gov.br.

¹¹ Penchansky R, Thomas JW. The concept of access – *Definition and relationship to consumer satisfaction*. *Medical Care* 1981;19:128-129.

¹² Aday L, Andersen R. Marco Teórico para el Estudio del Acceso a la Atención Médica. In: *Investigaciones sobre servicios de salud*. KL White ed. 1974; pp. 604-613, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud

¹³ Aday LA, Andersen R. *A framework for the study of access to medical care*. *Health Serv Res* 1974;9:208.

¹⁴ Vuori H. A qualidade da Saúde. *Divulgação em saúde para debate*. *Cadernos de Ciência e Tecnologia*, fev.1991, n. 1, p. 17-25.

¹⁵ Donabedian A. 1990. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114:1115-1118.

¹⁶ Yin, RK. *Estudo de caso – Planejamento e métodos*. trad Daniel Grassi , 2ª edição, Porto Alegre: Bookman. 2001.

¹⁷ Okamura M, Santos EM, Dhália CBC, Natal S. Modelo de Avaliabilidade de implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Amazonas: Lições aprendidas. In: *Teste Rápido – Porque não? Estudos que contribuíram para a política de ampliação da testagem para o HIV no Brasil*. p.97-131, Brasília, 2007.

¹⁸ Cosendey MAE.; Hartz ZMA.; Bermudez JAZ. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(2):395-406, mar-abr,2003.

¹⁹ CDC (Center for Diseases Control). *Framework for Program Evaluation in Public Health*. *MMWR* 1999; 48(RR-11):1-40.

CAPÍTULO 4: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Um estudo de avaliabilidade bem feito pode garantir a condução de uma avaliação apropriada e relevante, além de contribuir para a qualidade da implementação do programa, uma vez que descreve como o programa está sendo operacionalizado.

Nesta estratégia de implantação do teste rápido como nova metodologia diagnóstica do HIV no Estado do Amazonas, o estudo mostrou-se útil ao apontar, passo-a-passo, como o processo avaliativo deve ser conduzido, tornando-se uma ferramenta de coordenação e evitando, muitas vezes, esforços desordenados e conflitantes. Para o CDC ¹⁹ uma efetiva avaliação de programas é um caminho sistemático para melhorar e justificar as ações de saúde pública, envolvendo procedimentos que sejam profícuos, possíveis, éticos e precisos e cada vez mais as avaliações incluem aspectos explicativos dos sucessos ou problemas dos programas, iluminando as relações intermediárias entre intervenção e efeito.

Portanto, incorporar a avaliação como prática nos serviços, proporciona aos gestores informações para definir estratégias de intervenção, buscando a melhoria de desempenho dos serviços e do programa.

A construção de matrizes de relevância, análise e julgamento auxiliaram na seleção de indicadores, cujo acompanhamento sistemático é crítico para o seguimento do processo de implementação do teste rápido. Dessa forma, recomenda-se a revisão de protocolos de supervisão e monitoramento, no sentido de enfatizar esses indicadores e direcionar o registro de informações rotineiramente realizado pelos serviços, reorientando para as prioridades locais e análises da situação de saúde requerida.

Como a realidade é dinâmica e processual, os protocolos deverão sempre incluir a possibilidade da existência de componentes inovadores que espelhem a criatividade e a adequação das diretrizes nacionais em nível municipal e local.

A incorporação de novas tecnologias, até então não conhecidas pela população e profissionais de saúde, exigem constante aprimoramento e ajustes para uma adequada implementação, devendo prever inclusive a revisão dos conteúdos de capacitação para a efetiva realização das atividades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JF, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA organizador. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-48.
- ² Stufflebeam DL. The CIPP Model for Evaluation In: Stufflebeam D, Madaus G, Kellaghan T. *Evaluation Models*. pp 279-317. Boston/Dordrecht/ Londres: Kluwer Academic Publishers , 2000.
- ³ Banco Mundial. Monitoramento e Avaliação: Algumas ferramentas, métodos e abordagens. .p5. Washington. 2004.
- ⁴ CDC (Center for Diseases Control). *Framework for Program Evaluation in Public Health*. MMWR 1999; 48(RR-11):1-40.
- ⁵ Donabedian, A., 1980b. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- ⁶ Patton MQ. *Utilization-Focused Evaluation: The New century Text*. 3rd edition. Thousand Oaks, California: Sage Publications. 1997.Hartz ZA. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997.
- ⁷ Hartz ZA. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997.
- ⁸ Summerfelt WT. *Program strength and fidelity in evaluation*. Applied Developmental Science. 2003; 7:55-61.

- ⁹ Scheirer MA. Designing and using process evaluation. In: Wholey J, Hatry H & Newcomer K. (Eds.), *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass. 1994.
- ¹⁰ Faw L, Hogue A, Liddle HA. Multidimensional Implementation Evaluation of a Residential Treatment Program for Adolescent Substance Abuse. *American Journal of Evaluation* 2005. March; Vol. 26 ; nº1 : 77-93.
- ¹¹ Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- ¹² Szwarcwald CL, & Castilho EA . Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000. 16(Supl.1):135-141.
- ¹³ Brasil. Ministério da Saúde. *Logística de medicamentos*. Brasília: Programa Nacional DST/Aids; 2006. (Relatório)
- ¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano Estratégico do Programa Nacional DST/Aids 2004/2007*. Brasília; 2004.
- ¹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto Amazonas – Protocolo da implantação do uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em municípios selecionados do Estado do Amazonas*. Brasília: Programa Nacional DST/Aids; 2004.
- ¹⁶ Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de informações SI-CTA*. Brasília: Programa Nacional DST/Aids; 2005. (Relatório).
- ¹⁷ Ferreira C. Development of an algorithm for the diagnosis of HIV infection using 3 different rapid test only (Apresentação na XV International AIDS Conference: Diagnosis of infection in infants ; 2004 jul 14: Bangkok Thailand).

- ¹⁸ Brasil. Ministério da Saúde. *Motivos de internação*. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids - Unidade de Assistência e Tratamento; 2005. (Relatório)
- ¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto Amazonas – Protocolo da implantação do uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em municípios selecionados do Estado do Amazonas*. Brasília: Programa Nacional DST/Aids; 2004.
- ²⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Programa Nacional DST/Aids [on line] . Brasília, Brasil; 2005. [capturado em 01 mar 2005] Disponível em : <http://www.aids.gov.br> .
- ²¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS e DST*. Brasília: 2004; nº1 .
- ²² Brasil. Governo do Amazonas . [on line] . Manaus, Brasil; 2005. [capturado em 02 mar 2005] Disponível em : <http://www.amazonas.am.gov.br>.
- ²³ Amazonas. SES / SEAASC / SEAASI / DEPLAN / DECAV. *Plano Diretor de Regionalização do Estado do Amazonas*. Out 2003.
- ²⁴ Aday LA, Andersen R. *A framework for the study of access to medical care*. Health Serv Res 1974;9;208.
- ²⁵ Penchansky R, Thomas JW. *The concept of access – Definition and relationship to consumer satisfaction*. Medical Care 1981;19;128-129.
- ²⁶ Aday LA, Andersen RM., 1981. *Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview*. Medical Care, XIX(12):4-27.
- ²⁷ Luiza VL, Bermudez JAZ. *Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas*. In: Jorge Antonio Zepeda Bermudez; Maria Auxiliadora Oliveira; Angela Esher. (Org.). *Acceso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel del Estado*. Rio de Janeiro, 2004, v. , p. 45-67.

- ²⁸ Palmer CJ, Dubon JM, Koenig E, Perez E, Ager A, Jayaweera D et al. *Field Evaluation of the Determine Rapid Human Immunodeficiency Virus Diagnostic Test in Honduras and the Dominican Republic*. J Clin Microbiol. 1999 November; 37(11): 3698–3700.
- ²⁹ Cosendey MAE.; Hartz ZMA.; Bermudez JAZ. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):395-406, mar-abr,2003.

ANEXOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

“Implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas”

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Profissional de saúde / dirigente do serviço

Você está sendo convidado(a) participar de uma entrevista que deve durar cerca de 20 -30 minutos, mas sua participação não é obrigatória.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde para analisar os fatores facilitadores e os obstáculos para a implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV. As informações obtidas serão usadas para a melhoria dos serviços nos Estados por estas e outras instituições.

Caso concorde em participar, um(a) entrevistador(a) da equipe conduzirá a entrevista. As perguntas estão impressas e suas respostas serão anotadas.

Os riscos associados à participação neste estudo são mínimos. Serão feitas perguntas sobre seu tempo de atuação como profissional, capacitações realizadas, percepções em relação ao método da testagem rápida.

Não existem respostas certas ou erradas. Você poderá se recusar a responder perguntas ou interromper a entrevista a qualquer momento. Sua participação neste estudo poderá beneficiar no desenvolvimento de estratégias para a melhoria dos serviços de saúde.

Todas as suas respostas serão mantidas em SIGILO. No questionário não consta seu nome e suas respostas serão vistas somente pelos pesquisadores e todos os questionários e registros serão guardados em lugar seguro, sob a responsabilidade dos pesquisadores.

A sua decisão de não participar não irá, de forma alguma, afetar sua atividade no serviço de saúde ou sua relação com o Ministério da Saúde.

Fica entendido que você pode perguntar o que quiser antes de assinar este documento. Caso tenha mais dúvidas durante o estudo, poderá ligar para Mie Okamura telefone (61) 448-8064.

Declaro que li este termo de consentimento e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Assim, concordo em participar deste estudo.

Assinatura ou rubrica do entrevistado: _____

Local: _____ Data: _____

Assinatura do entrevistador: _____



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

“Implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas”

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Usuário

Você está sendo convidado(a) participar de uma entrevista que deve durar cerca de 20 -30 minutos, mas sua participação não é obrigatória.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde para analisar os fatores facilitadores e os obstáculos para a implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV. As informações obtidas serão usadas para a melhoria dos serviços nos Estados por estas e outras instituições. Caso concorde em participar, um(a) entrevistador(a) da equipe conduzirá a entrevista. As perguntas estão impressas e suas respostas serão anotadas.

Os riscos associados à participação neste estudo são mínimos. Serão feitas perguntas sobre seu nível socioeconômico, os motivos que o(a) trouxeram ao serviço e se alguma vez realizou testagem para o HIV, e como foi o atendimento recebido no serviço. Algumas das perguntas que serão feitas a você envolvem questões pessoais, como o uso de drogas, práticas sexuais e HIV e podem trazer algum constrangimento.

Não existem respostas certas ou erradas. Você poderá se recusar a responder perguntas ou interromper a entrevista a qualquer momento. Sua participação neste estudo poderá beneficiar a outros no futuro, ajudando no desenvolvimento de melhores serviços de saúde para a população.

Todas as suas respostas serão mantidas em SIGILO. O questionário não consta seu nome, e suas respostas serão vistas somente pelos pesquisadores e todos os questionários e registros serão guardados em lugar seguro, sob a responsabilidade dos pesquisadores.

A sua decisão de não participar não irá, de forma alguma, afetar o seu atendimento no serviço de saúde.

Fica entendido que você pode perguntar o que quiser antes de assinar este documento. Caso tenha mais dúvidas durante o estudo, poderá ligar para Mie Okamura telefone (61) 3448-8064. As informações acima foram lidas por você ou para você por um amigo ou membro da equipe.

Declaro que li (ou leram para mim) este termo de consentimento e todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente. Assim, concordo em participar deste estudo.

Assinatura ou rubrica do entrevistado: _____

Local: _____ Data: _____

Assinatura do entrevistador: _____



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

“Implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas”

Entrevista com gestor do serviço

- Instrução de preenchimento: Coloque o número correspondente entre os parênteses.

A- IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO:

A.1. Nome da instituição:
A.2. Município:
A.3. Data: ____ / ____ / ____
A.4. Entrevistador:

B- IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

B.1. Entrevistado: () 1- médico; 2- psicólogo; 3- enfermeiro; 4- assistente social ; 5- farmacêutico/bioquímico; 6- outros, especifique: _____
B.6. Tempo de atuação: () 1- 0~2 ano; 2- 2~5 anos; 3- mais que cinco anos
B.3. Cargo: () 1- chefe da unidade; 2- responsável pelo turno; 3- profissional da equipe ; 4- outros, especifique: _____
B.4. O entrevistado recebeu treinamento específico para a metodologia do diagnóstico do HIV pelo teste rápido: () 1- Sim; 2-Não

C- PERFIL DO SERVIÇO:

C.1. Perfil da Instituição: Unidade Básica de Saúde () 1- Sim; 2-Não CTA () 1- Sim; 2-Não Unidade mista () 1- Sim; 2-Não Outro, especifique: _____
C.2. O serviço funciona: De manhã () 1- Sim; 2-Não De tarde () 1- Sim; 2-Não Ambos os períodos () 1- Sim; 2-Não

C.3. Atividades relacionadas ao diagnóstico do HIV/aids antes do treinamento:

- Apenas aconselhamento 1- Sim; 2-Não
Apenas coleta 1- Sim; 2-Não
Aconselhamento e coleta 1- Sim; 2-Não
Aconselhamento, coleta e testagem 1- Sim; 2-Não
Nenhuma das anteriores 1- Sim; 2-Não

a) Se sim, com que frequência? (marque um X)

- Uma vez por semana
 Duas vezes por semana
 Três vezes por semana
 Todos os dias

C.4. O que o serviço realiza hoje?:

- Apenas aconselhamento 1- Sim; 2-Não
Apenas coleta 1- Sim; 2-Não
Aconselhamento e coleta 1- Sim; 2-Não
Aconselhamento, coleta e testagem 1- Sim; 2-Não
Nenhuma das anteriores 1- Sim; 2-Não

a) Se sim, com que frequência? (marque um X)

- Uma vez por semana
 Duas vezes por semana
 Três vezes por semana
 Todos os dias

C.5. Quantos profissionais foram treinados para o teste rápido?

- Um 1- Sim; 2-Não
Dois 1- Sim; 2-Não
Três 1- Sim; 2-Não
Mais que três 1- Sim; 2-Não

a) Quais?

- Médico 1- Sim; 2-Não
Psicólogo 1- Sim; 2-Não
Enfermeiro 1- Sim; 2-Não
Assistentes social 1- Sim; 2-Não
Farmacêutico/bioquímico 1- Sim; 2-Não
Outros, especifique: _____

C.6. Dos profissionais que foram treinados, todos permanecem no serviço?

- 1- Sim; 2-Não

a) Se não, qual(is):

- Médico 1- Sim; 2-Não
Psicólogo 1- Sim; 2-Não
Enfermeiro 1- Sim; 2-Não
Assistentes social 1- Sim; 2-Não
Farmacêutico/bioquímico 1- Sim; 2-Não
Outros, especifique: _____

D- EM RELAÇÃO À REALIZAÇÃO DO ACONSELHAMENTO:

D.1. Foi definido qual(is) o(s) profissional(is) deveria(m) realizar o aconselhamento?

1- Sim; 2-Não

a) Se sim, qual(is):

- Médicos 1- Sim; 2-Não
Psicólogos 1- Sim; 2-Não
Enfermeiros 1- Sim; 2-Não
Assistentes sociais 1- Sim; 2-Não
Farmacêutico/bioquímico 1- Sim; 2-Não
Técnicos de enfermagem 1- Sim; 2-Não
Auxiliares de enfermagem 1- Sim; 2-Não
Técnicos de laboratório 1- Sim; 2-Não
Outros, especifique: _____

D.2. O profissional realiza o aconselhamento em:

- Consultório individual 1- Sim; 2-Não
Sala compartilhada com outros profissionais 1- Sim; 2-Não
Sala de espera 1- Sim; 2-Não
Outro, especifique: _____

D.3. Na sua opinião quanto tempo deveria levar um aconselhamento?

- 1 a 10 minutos 1- Sim; 2-Não
11 a 15 minutos 1- Sim; 2-Não
Mais de 15 minutos 1- Sim; 2-Não

D.4. No serviço existe um protocolo de aconselhamento? 1- Sim; 2-Não
(Peça para ver assinale se tiver um)

D.5. O aconselhamento pré e pós-teste é realizado sempre? 1- Sim; 2-Não

a) Se não é, por quê:

- Só tem um profissional treinado 1- Sim; 2-Não
Os treinados, não são suficientes para atender a demanda 1- Sim; 2-Não
Só atende com agendamento 1- Sim; 2-Não
Outros, especifique: _____

E- EM RELAÇÃO À REALIZAÇÃO DA TESTAGEM / LOGÍSTICA E ARMAZENAMENTO DE KITS:

E.1. O serviço oferece testes anti-HIV? 1- Sim; 2-Não

a) Se sim, qual?

- TESTE RÁPIDO 1- Sim; 2-Não
ELISA 1- Sim; 2-Não
Western Blot 1- Sim; 2-Não
Outros, especifique: _____

E.2. Na sua percepção o teste deve ser oferecido a :

- Todas as pessoas 1- Sim; 2-Não
Todas as pessoas sexualmente ativas 1- Sim; 2-Não
Pessoas com mais de 50 anos 1- Sim; 2-Não
Somente para gestantes 1- Sim; 2-Não
Somente para população mais vulnerável 1- Sim; 2-Não
Outros, especifique: _____

E.3. Foi definido qual(is) o(s) profissional(is) deveria(m) realizar o teste rápido?

() 1- Sim; 2-Não

- a) Médicos () 1- Sim; 2-Não
Psicólogos () 1- Sim; 2-Não
Enfermeiros () 1- Sim; 2-Não
Assistentes sociais () 1- Sim; 2-Não
Farmacêutico/bioquímico () 1- Sim; 2-Não
Técnicos de enfermagem () 1- Sim; 2-Não
Auxiliares de enfermagem () 1- Sim; 2-Não
Técnicos de laboratório () 1- Sim; 2-Não
Outros, especifique: _____

E.4. O profissional realiza a testagem em:

- Sala própria para coleta () 1- Sim; 2-Não
Posto de enfermagem () 1- Sim; 2-Não
Mesma sala do aconselhamento/consulta () 1- Sim; 2-Não
Sala de espera () 1- Sim; 2-Não
Outros, especifique: _____

E.5. No serviço existe um protocolo de testagem? () 1- Sim; 2-Não
(Peça para ver assinale se tiver um)**E.6. O serviço recebeu kits para realizar a testagem rápida: () 1- Sim; 2-Não**
a) Se sim, quantos _____**E.7. Teve algum problema no recebimento dos kits: () 1- Sim; 2-Não**

a) Se sim, qual(is) :

- Governo Federal não enviou () 1- Sim; 2-Não
Governo Estadual não enviou () 1- Sim; 2-Não
Empresa de transportes não entregou () 1- Sim; 2-Não
Os kits vieram danificados () 1- Sim; 2-Não
O prazo de vencimento era inferior a 60 dias () 1- Sim; 2-Não
Outros, especifique: _____

E.8. O serviço guardar/estocar os kits de testagem em:

- Geladeira específica () 1- Sim; 2-Não
Geladeira para medicamentos / vacinas () 1- Sim; 2-Não
Geladeira comum, não exclusiva () 1- Sim; 2-Não
Almoxarifado específico para medicamentos com ar condicionado () 1- Sim; 2-Não
Almoxarifado específico para medicamentos sem ar condicionado () 1- Sim; 2-Não
Almoxarifado com produtos de limpeza e de escritório com ar condicionado () 1- Sim; 2-Não
Almoxarifado com produtos de limpeza e de escritório sem ar condicionado () 1- Sim; 2-Não
Outros, especifique: _____

E.9. O serviço realiza controle de estoque em:

- Computador () 1- Sim; 2-Não
Livro de registro () 1- Sim; 2-Não
Planilhas () 1- Sim; 2-Não
Cartões () 1- Sim; 2-Não
Outros, especifique: _____

E.10. Dos kits recebidos, quantos testes já foram realizados? _____

E.11. Dos testes realizados, teve algum resultado positivo? () 1- Sim; 2-Não

a) Se sim, quanto(s) _____

b) Alguma gestante? () 1- Sim; 2-Não

F- EM RELAÇÃO AO FLUXO DO SERVIÇO E OUTROS:

F.1. O serviço registra a testagem em:

Computador () 1- Sim; 2-Não

Livro de registro () 1- Sim; 2-Não

Planilhas () 1- Sim; 2-Não

Cartões () 1- Sim; 2-Não

Prontuário () 1- Sim; 2-Não

Outros, especifique: _____

F.2. O serviço registra o aconselhamento em:

Computador () 1- Sim; 2-Não

Livro de registro () 1- Sim; 2-Não

Prontuário () 1- Sim; 2-Não

Cartões () 1- Sim; 2-Não

Outros, especifique: _____

F.3. O serviço fez adaptação no espaço físico, após implementação do diagnóstico pelo teste rápido?

() 1- Sim; 2-Não

F.4. O serviço fez adaptação no quadro funcional, após implementação do diagnóstico pelo teste rápido? () 1- Sim; 2-Não

F.5. O serviço fez adaptação no horário de atendimento, após implementação do diagnóstico pelo teste rápido? () 1- Sim; 2-Não

F.6. Os casos HIV positivos são encaminhados:

Para o serviço de referência do município () 1- Sim; 2-Não

Para o serviço de referência do município mais próximo () 1- Sim; 2-Não

Para o serviço de referência de Manaus () 1- Sim; 2-Não

Ainda não foi definido () 1- Sim; 2-Não

F.7. O serviço tem médico capacitado no manejo clínico do HIV? () 1- Sim; 2-Não

a) Se não, tem interesse de capacitar algum? () 1- Sim; 2-Não

F.8. O serviço tem profissional capacitado em vigilância epidemiológica? () 1- Sim; 2-Não

a) Se não, tem interesse de capacitar algum? () 1- Sim; 2-Não

F.9. O serviço tem computador? () 1- Sim; 2-Não

Observação: _____

Muito obrigado pela sua atenção e colaboração!!!



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

“Implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas”

Entrevista com profissional do serviço

- Instrução de preenchimento: Coloque o número correspondente entre os parênteses.

A- IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO:

A.1. Nome da instituição:

A.2. Município:

A.3. Data: ____/____/____

A.4. Entrevistador:

B- IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

B.1. Entrevistado: () 1- médico; 2- psicólogo; 3- enfermeiro; 4- assistente social ;
5- farmacêutico/bioquímico; 6- outros, especifique: _____

B.2. Tempo de atuação: () 1- 0~2 ano; 2- 2~5 anos; 3- mais que cinco anos

B.3. Cargo: () 1- chefe da unidade; 2- responsável pelo turno;
3- profissional da equipe ; 4- outros, especifique: _____

C- CONTEÚDO:

C.1. Você recebeu treinamento recentemente e/ou anteriormente para:

diagnóstico do HIV pelo teste rápido: () 1- Sim; 2-Não

diagnóstico pelo método ELISA () 1- Sim; 2-Não

aconselhamento para teste rápido () 1- Sim; 2-Não

aconselhamento no método tradicional () 1- Sim; 2-Não

manejo clínico em HIV/Aids () 1- Sim; 2-Não

vigilância epidemiológica () 1- Sim; 2-Não

C.2. Em relação ao treinamento específico para teste rápido, foi através de:

Treinamento presencial () 1- Sim; 2-Não

Ensino à distância - TELELAB () 1- Sim; 2-Não

C.3. Não recebeu nenhum treinamento específico para teste rápido, mas aprendeu com outros profissionais que foram ao treinamento. () 1- Sim; 2-Não

C.4. Recebeu treinamento em controle de qualidade do teste rápido? () 1- Sim; 2-Não

C.5. Recebeu treinamento em garantia de qualidade do teste rápido? () 1- Sim; 2-Não

C.6. Em relação ao treinamento específico para o aconselhamento para teste rápido, foi através de:

Treinamento presencial () 1- Sim; 2-Não

Ensino à distância () 1- Sim; 2-Não

C.7. Em relação ao diagnóstico do HIV pelo teste rápido, você:

- Sentiu-se apto a realizar a testagem 1- Sim; 2-Não
Sentiu-se inseguro para realizar a testagem 1- Sim; 2-Não
Sentiu necessidade de mais treinamento 1- Sim; 2-Não
Pensou melhor e percebeu que não é sua atribuição 1- Sim; 2-Não
Está realizando rotineiramente conforme o protocolo 1- Sim; 2-Não
a) Se sim (peça para ver o protocolo e assinale) 1- Sim; 2-Não
Fez uma adaptação do protocolo 1- Sim; 2-Não

C.8. Em relação ao aconselhamento para teste rápido, você:

- Sentiu-se apto a realizar o aconselhamento 1- Sim; 2-Não
Sentiu-se inseguro a realizar o aconselhamento 1- Sim; 2-Não
Sentiu necessidade de mais treinamento 1- Sim; 2-Não
Pensou melhor e percebeu que não é sua atribuição 1- Sim; 2-Não
Está realizando rotineiramente conforme o protocolo 1- Sim; 2-Não
a) Se sim (peça para ver o protocolo e assinale) 1- Sim; 2-Não
Fez uma adaptação do protocolo 1- Sim; 2-Não
Não acha necessário realizar o aconselhamento 1- Sim; 2-Não

C.9. Não recebeu nenhum treinamento específico para o aconselhamento do teste rápido, mas aprendeu com outros profissionais que foram ao treinamento 1- Sim; 2-Não

C.10. Em relação ao teste rápido, você:

- Tem facilidade de oferecer ao usuário 1- Sim; 2-Não
Tem dificuldade, então inclui na lista dos exames de rotina 1- Sim; 2-Não
Oferece o teste, e dependendo do resultado faz um confirmatório depois 1- Sim; 2-Não
Prefere o teste ELISA 1- Sim; 2-Não

C.11. Ainda em relação ao teste rápido, tem um registro dos testes realizados?

1- Sim; 2-Não

a) Se sim, onde:

- Prontuário do paciente 1- Sim; 2-Não
Livro de registro 1- Sim; 2-Não
Planilha de produção 1- Sim; 2-Não

C.12. Você recebeu treinamento em vigilância epidemiológica? 1- Sim; 2-Não

a) Se não, gostaria de receber treinamento? 1- Sim; 2-Não

b) Gostaria de receber treinamento em quê?

- Aids 1- Sim; 2-Não
Gestantes / parturientes / puérperas HIV + 1- Sim; 2-Não
Crianças expostas 1- Sim; 2-Não
Outros, especifique: _____

C.13. Tem dificuldade de preencher uma ficha de notificação? 1- Sim; 2-Não

a) Se sim, gostaria de receber treinamento? 1- Sim; 2-Não

b) Se sim, em quê?

- Aids 1- Sim; 2-Não
Gestantes / parturientes / puérperas HIV + 1- Sim; 2-Não
Crianças expostas 1- Sim; 2-Não

Outros, especifique: _____

C.14. Você encaminha os usuários com diagnóstico de HIV positivo para:

O próprio serviço, que tem médico treinado em manejo clínico do HIV () 1- Sim; 2-Não

Outro serviço especializado, mas em seu município () 1- Sim; 2-Não

Serviço especializado na capital () 1- Sim; 2-Não

Ainda não está definido o local () 1- Sim; 2-Não

C.15. Para gestante no 7º mês de gestação com diagnóstico positivo para o HIV pelo teste rápido você:

Solicitaria um teste confirmatório, para iniciar quimioprofilaxia () 1- Sim; 2-Não

Iniciaria quimioprofilaxia para evitar transmissão vertical () 1- Sim; 2-Não

Solicitaria segunda opinião em outro serviço () 1- Sim; 2-Não

C.16. Na sua percepção , numa escala de 0 a 10 classifique quanto a metodologia:

(marque um X)

ELISA + confirmatório 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Teste rápido 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.17. Na sua percepção , numa escala de 0 a 10 classifique quanto à confiabilidade:

(marque um X)

ELISA + confirmatório 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Teste rápido 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.18. Você ficou sabendo de alguma divulgação do teste rápido através de meios de comunicação?

() 1 - Sim; 2- Não

a) Se sim, qual(is)?

Rádio () 1- Sim; 2-Não

Televisão () 1- Sim; 2-Não

Panfletos () 1- Sim; 2-Não

Outros, especifique: _____

Observação: _____

Muito obrigado pela sua atenção e colaboração!!!



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

“Implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas”

Entrevista com usuário pós testagem

* Instrução de preenchimento: Coloque o número correspondente entre os parênteses.

A- IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO:

A.1. Nome da instituição:
A.2. Município:
A.3. Data da entrevista: ____/____/____
A.4. Entrevistador:

B- IDENTIFICAÇÃO E NÍVEL SÓCIO ECONÔMICO DO USUÁRIO(A):

B.1. Sexo : () 1- masculino; 2- feminino; 3- feminino/gestante
B.2. Raça / cor: () 1- branca; 2- negra; 3- amarela; 4- indígena; 5- pardo, 6- outros, especifique: _____
B.3. Data de nascimento: ____/____/____
B.4. Escolaridade: () 1- 1º grau completo; 2-; 1º grau incompleto 3- 2º grau completo; 4- 2º grau incompleto; 5- Superior incompleto; 6- superior completo; 7- analfabeto; 8- não quer informar
B.5. O usuário tem algum tipo de dificuldade de comunicação, deficiência física ou mental? () 1- Sim; 2-Não
B.6. Somando o que você ganha com o que todos ganham (biscates, aposentadoria, salário, aluguéis e outros ganhos), qual foi a sua renda aproximada o último mês? R\$_____,00 Não tem renda () Não quer informar ()
B.7. Quantas pessoas , contando com você moram em sua casa? _____ pessoas Não quer informar ()
B.8. Qual é o seu estado conjugal? () 1- solteiro(a); 2- unido(a) (casados ou em união consensual); 3- viúvo(a), separado(a)/divorciado(a) Não quer informar ()

C- QUESTIONÁRIO:

C.1. Por que você veio a este serviço de saúde? ()

- 1- Receber informação
- 2- Fazer uma consulta
- 3- Trazer filho(a) / ou outro parente para consulta
- 4- Fazer o teste anti-HIV
- 5- Buscar o resultado do teste anti-HIV
- 6- Outros, especifique: _____
- 7- Não quer informar

C.2. Já havia feito o teste anti-HIV anteriormente? () 1- Sim; () 2-Não

C3. Antes de fazer o teste, o profissional: ()

- 1- Perguntou se você gostaria de fazer, e explicou sobre o exame.
- 2- Disse que deveria fazer o exame, porque é bom
- 3- Outro motivo: especifique _____
- 4- Não quer informar

C.4. Você recebeu aconselhamento antes de fazer o teste? () 1- Sim; 2- Não

a) Se sim, você teve dificuldade de entender o que foi explicado? () 1- Sim; 2- Não

b) Se sim, foi porque: ()

- 1- O profissional usou uma linguagem difícil
- 2- O profissional falou muito rápido
- 3- O profissional estava nervoso
- 4- Você teve vergonha de fazer perguntas
- 5- Outro motivo: especifique _____

C.5. Quando você recebeu o resultado do teste, o profissional fez um aconselhamento após este resultado? () 1- Sim; 2- Não

C.6. Depois de ter passado pelo aconselhamento, você acha que tem condições de :

Saber como pega e não pega DST/HIV () 1- Sim; 2-Não

Se prevenir contra DST/HIV () 1- Sim; 2-Não

Avaliar seus riscos em relação a DST/HIV () 1- Sim; 2-Não

() Não quer informar

C.7. O que você achou do teste que dá resultado na hora? ()

1- Bom

2- Ruim

Não precisou gastar outra condução ()

Não perdeu mais um dia de trabalho ()

Evitou a ansiedade da espera do resultado ()

O teste foi realizado na sua presença ()

Teve oportunidade de conversar com o profissional ()

Se estivesse doente, já poderia iniciar logo o tratamento ()

Teve certeza que seu resultado não foi trocado ()

Não se sentiu preparado para receber o resultado na hora ()

Gostaria de receber o resultado com um acompanhante ()

Ficou muito ansioso durante o tempo de espera ()

Outros, especifique: _____

Não quer informar ()

A questão C.8. só deverá ser respondida caso o usuário já tenha realizado testagem por ELISA.

C.9. O que você achou do teste que dá resultado em outro dia? ()

1- Bom

2- Ruim

C10. Neste teste ou no mais recente que você realizou, quanto tempo teve que esperar para receber o resultado do anti-HIV? ()

1- Menos de uma hora

2- De 1 a 4 horas

3- Mais de 4 horas

4- Um dia

5- Uma semana

6- Mais de um mês

C.11. Como você ficou sabendo da importância de fazer o teste anti-HIV? ()

1- Amigos / Parentes

2- Companheiro(a) / Namorado(a)

3- No serviço de saúde

4- Rádio / televisão

5- Escola

6- Outros, especifique: _____

7- Não quer informar

C.12. Você pensa que é importante fazer este teste novamente? 1- Sim; 2-Não

Por quê:

Tem problemas de saúde que necessita tomar sangue

Não usa preservativo em todas as relações

É usuário de drogas e compartilha agulhas

Seu(sua) companheiro(a) é usuário(a) de drogas

Acha que seu(sua) companheiro(a) transa com outras pessoas

Teve vários parceiros sexuais nestes 12 meses

Seu(sua) companheiro(a) é portador(a) de HIV

Teve DST nos últimos 12 meses

O resultado pode estar errado

Outros, especifique: _____

Não quer informar

C.13. Você tem ainda alguma dúvida que gostaria de esclarecer? 1- Sim; 2-Não

a) Se sim, qual? _____

Observações:

Muito obrigado pela sua atenção e colaboração. Seu esforço ajudará identificar problemas que devem ser corrigidos para melhorar a qualidade de nossos serviços!!!



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

“Implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas”

Observadores da sessão de aconselhamento

PRÉ-TESTE

- Instrução de preenchimento: Coloque o número correspondente entre os parênteses.
- Considerar a pontuação 2 para satisfatório, 1 regular e 0 não abordado/realizado e circule o número.
- Realizar pelo menos 3 observações de aconselhamento por profissional.

A- IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO:

A.1. Nome da instituição:
A.2. Município:
A.3. Data: ____/____/____
A.4. Observador:
A.5. Profissional de aconselhamento: () 1- médico; 2- psicólogo; 3- enfermeiro; 4- assistente social ; 5- outros, especifique: _____
A.6. Tempo de atuação: () 1- 0~2 ano; 2- 2~5 anos; 3- mais que cinco anos
A.7. Tipo de aconselhamento: () 1- individual 2- coletivo
A.8. Tempo de duração da sessão de aconselhamento: início _____hs final _____hs

B- IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO(A):

B.1. Sexo : () 1- masculino; 2- feminino; 3- feminino/gestante
B.2. Raça / cor: () 1- branca; 2- negra; 3- amarela; 4- indígena; 5- parda, 6- outros, especifique: _____
B.3. Data de nascimento: ____/____/____
B.4. Escolaridade: () 1- 1º grau completo; 2-; 1º grau incompleto 3- 2º grau completo; 4- 2º grau incompleto; 5- Superior incompleto; 6- superior completo; 7- analfabeto; 8- não quer informar
B.5. O usuário tem algum tipo de dificuldade de comunicação, deficiência física ou mental? () 1- Sim; 2-Não

AVALIAÇÃO DE RISCO		
Atitudes	Pontuação	Comentários
Identifica o conhecimento do usuário sobre DTS/HIV/Aids	0 1 2	
Investiga motivo da procura pela testagem	0 1 2	
Discute os benefícios do conhecimento do status sorológico	0 1 2	
Investiga histórico de DST	0 1 2	
Identifica situações de risco (sexual)	0 1 2	
Identifica situações de risco (sangue)	0 1 2	
Identifica situações de risco (transmissão vertical)	0 1 2	
Identifica situações de risco (uso de drogas)	0 1 2	
Identifica as condições de vulnerabilidade	0 1 2	
Investiga parcerias sexuais	0 1 2	
Investiga práticas preventivas adotadas pelo usuário	0 1 2	
Discute o uso correto do preservativo	0 1 2	
Discute as implicações dos resultados possíveis na vida do usuário	0 1 2	
INFORMAÇÃO/ORIENTAÇÃO PREVENTIVA		
Esclarece sobre voluntariedade da testagem	0 1 2	
Informa sobre sigilo e confidencialidade	0 1 2	
Explica relação entre DST/HIV	0 1 2	
Explica a diferença entre HIV e Aids	0 1 2	
Explica benefícios da testagem de parceiros	0 1 2	
Oferece orientações sobre medidas preventivas	0 1 2	
Informa sobre a disponibilização de insumos de prevenção (serviços e outros locais)	0 1 2	
Explica o processo de testagem	0 1 2	
Explica o significado dos resultados possíveis (positivo, negativo e indeterminado)?	0 1 2	
Explica o que é janela imunológica	0 1 2	
Possui conhecimento atualizado/adequado sobre DST/HIV/Aids	0 1 2	
QUANDO A USUÁRIA FOR GESTANTE, ACRESCENTAR:		
Oferece informações completas sobre o HIV na gestação e o risco de transmissão ao bebê (gestação, parto e aleitamento)	0 1 2	
Discute os benefícios de se conhecer o status sorológico e as intervenções existentes caso o resultado seja positivo (inclusive, esclarecer que não se faz terapia ARV em pessoas com status sorológico desconhecido)	0 1 2	
Discute as implicações de um resultado positivo para o bebê	0 1 2	
Esclarece que ao teste anti-HIV não é obrigatório, e que mesmo que a gestante opte por não realizá-lo, ela terá direito à assistência pré-natal e a outros serviços	0 1 2	

INTERAÇÃO PROFISSIONAL/USUÁRIO/ APOIO EMOCIONAL (ESTES ITENS DEVERÃO SER OBSERVADOS DURANTE TODO O ENCONTRO)		
Estabelece vínculo de confiança	0 1 2	
Estimula o usuário a conversar	0 1 2	
Sabe ouvir	0 1 2	
Não uso de juízo de valor	0 1 2	
Utiliza linguagem acessível	0 1 2	
Maneja situações emocionais difíceis	0 1 2	
Esclarece dúvidas	0 1 2	
Utiliza adequadamente o tempo disponível	0 1 2	

Observações:



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

“Implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas”

Observadores da sessão de aconselhamento

PÓS-TESTE NEGATIVO

- Instrução de preenchimento: Coloque o número correspondente entre os parênteses.
- Considerar a pontuação 2 para satisfatório, 1 regular e 0 não abordado/realizado e circule o número.
- Realizar pelo menos 3 observações de aconselhamento por profissional.

A- IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO:

A.1. Nome da instituição:
A.2. Município:
A.3. Data: ____/____/____
A.4. Observador:
A.5. Profissional de aconselhamento: () 1- médico; 2- psicólogo; 3- enfermeiro; 4- assistente social ; 5- outros, especifique: _____
A.6. Tempo de atuação: () 1- 0~2 ano; 2- 2~5 anos; 3- mais que cinco anos
A.7. Tipo de aconselhamento: () 1- individual 2- coletivo
A.8. Tempo de duração da sessão de aconselhamento: início _____ hs final _____ hs

B- IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO(A):

B.1. Sexo : () 1- masculino; 2- feminino; 3- feminino/gestante
B.2. Raça / cor: () 1- branca; 2- negra; 3- amarela; 4- indígena; 5- parda, 6- outros, especifique: _____
B.3. Data de nascimento: ____/____/____
B.4. Escolaridade: () 1- 1º grau completo; 2-; 1º grau incompleto 3- 2º grau completo; 4- 2º grau incompleto; 5- Superior incompleto; 6- superior completo; 7- analfabeto; 8- não quer informar
B.5. O usuário tem algum tipo de dificuldade de comunicação, deficiência física ou mental? () 1- Sim; 2-Não

INFORMAÇÃO/ORIENTAÇÃO PREVENTIVA		
Atitudes	Pontuação	Comentários
Reforçado sigilo e confidencialidade	0 1 2	
Explica o significado do resultado	0 1 2	
Oferece informações sobre medidas preventivas	0 1 2	
Reforça informações sobre a disponibilização de insumos de prevenção (serviços e outros locais)	0 1 2	
Agenda nova coleta (em caso de janela imunológica)	0 1 2	
Faz encaminhamentos para outros serviços, caso necessário	0 1 2	
QUANDO A USUÁRIA FOR GESTANTE, ACRESCENTAR:		
Reforça informações sobre práticas sexuais mais seguras para prevenir a transmissão do HIV e outras DST, inclusive durante a gestação e aleitamento	0 1 2	
Oferece informação sobre o risco do aleitamento cruzado	0 1 2	
INTERAÇÃO PROFISSIONAL/USUÁRIO/APOIO EMOCIONAL (ESTES ITENS DEVERÃO SER OBSERVADOS DURANTE TODO O ENCONTRO)		
Considera informações coletadas no pré teste	0 1 2	
Estabelece vínculo de confiança com o usuário	0 1 2	
Dá tempo suficiente para o usuário assimilar o resultado	0 1 2	
Esclarece dúvidas	0 1 2	
Identifica rede de apoio do usuário	0 1 2	
Disponibiliza-se para novos atendimentos	0 1 2	

Observações:



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

“Implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas”

Observadores da sessão de aconselhamento

PÓS-TESTE POSITIVO

- Instrução de preenchimento: Coloque o número correspondente entre os parênteses.
- Considerar a pontuação 2 para satisfatório, 1 regular e 0 não abordado/realizado e circule o número.
- Realizar pelo menos 3 observações de aconselhamento por profissional.

A- IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO:

A.1. Nome da instituição:
A.2. Município:
A.3. Data: ____/____/____
A.4. Observador:
A.5. Profissional de aconselhamento: () 1- médico; 2- psicólogo; 3- enfermeiro; 4- assistente social ; 5- outros, especifique: _____
A.6. Tempo de atuação: () 1- 0~2 ano; 2- 2~5 anos; 3- mais que cinco anos
A.7. Tipo de aconselhamento: () 1- individual 2- coletivo
A.8. Tempo de duração da sessão de aconselhamento: início _____ hs final _____ hs

B- IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO(A):

B.1. Sexo : () 1- masculino; 2- feminino; 3- feminino/gestante
B.2. Raça / cor: () 1- branca; 2- negra; 3- amarela; 4- indígena; 5- parda, 6- outros, especifique: _____
B.3. Data de nascimento: ____/____/____
B.4. Escolaridade: () 1- 1º grau completo; 2-; 1º grau incompleto 3- 2º grau completo; 4- 2º grau incompleto; 5- Superior incompleto; 6- superior completo; 7- analfabeto; 8- não quer informar
B.5. O usuário tem algum tipo de dificuldade de comunicação, deficiência física ou mental? () 1- Sim; 2-Não

INFORMAÇÃO/ORIENTAÇÃO PREVENTIVA		
Atitudes	Pontuação	Comentários
Reforçado sigilo e confidencialidade	0 1 2	
Discute o significado do resultado	0 1 2	
Discute os benefícios e riscos de compartilhar as informações sobre seu status sorológico com seu parceiro	0 1 2	
Discute as implicações familiares, sociais e pessoais do resultado	0 1 2	
Informa sobre rede de apoio (grupos de pessoas vivendo com HIV/Aids, ONG, serviços de saúde , entre outros)	0 1 2	
Oferece informações sobre terapia anti-retroviral	0 1 2	
Discute importância da adesão ao tratamento	0 1 2	
Oferece informações sobre práticas sexuais mais seguras	0 1 2	
Reforça sobre a disponibilização de insumos de prevenção (serviços e outros locais)	0 1 2	
Explica sobre o risco de reinfeção	0 1 2	
Encaminha usuário para serviço de referência	0 1 2	
Discute a diferença entre HIV e Aids	0 1 2	
Discute a importância de testagem de parceiros	0 1 2	
QUANDO A USUÁRIA FOR GESTANTE, ACRESCENTAR:		
Discute as mudanças necessárias na conduta alimentar do bebê (principalmente em relação à não amamentação)	0 1 2	
Oferece informação sobre a fórmula infantil e o risco do aleitamento materno e cruzado	0 1 2	
Oferece informação sobre o acesso gratuito à fórmula infantil	0 1 2	
Discute a importância do acompanhamento pré-natal	0 1 2	
Explica onde encontrar os serviços especializados para tratamento, assistência, rede de apoio e referência	0 1 2	
Discute os riscos e benefícios de compartilhar com seu parceiro ou sua família informações sobre seu status sorológico em relação ao HIV	0 1 2	
Discute práticas sexuais mais seguras para prevenir a transmissão do HIV e outras DST	0 1 2	
Oferece informação sobre a necessidade de acompanhamento do bebê em um serviço especializado	0 1 2	

**INTERAÇÃO PROFISSIONAL/USUÁRIO/APOIO EMOCIONAL (ESTES ITENS
DEVERÃO SER OBSERVADOS DURANTE TODO O ENCONTRO)**

Estabelece vínculo de confiança com o usuário	0 1 2	
Dá tempo suficiente para o usuário assimilar o resultado	0 1 2	
Esclarece dúvidas	0 1 2	
Identifica rede de apoio do usuário	0 1 2	
Disponibiliza-se para novos atendimentos	0 1 2	
Considera informações coletadas no pré-teste	0 1 2	
Identifica rede de apoio do usuário	0 1 2	
Disponibiliza-se para novos atendimentos	0 1 2	
Considera informações coletadas no pré teste	0 1 2	

Observações:



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

“Implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas”

Observadores da sessão de testagem

* Instrução de preenchimento: Coloque o número correspondente entre os parênteses.

A- IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO:

A.1. Nome da instituição:
A.2. Município:
A.3. Data: ____ / ____ / ____
A.4. Entrevistador:
A.5. Profissional que realiza a testagem: () 1- médico; 2- farmacêutico/bioquímico; 3- enfermeiro; 4- psicólogo ; 5- outros, especifique:
A.6. Tempo de atuação: () 1- 0~2 ano; 2- 2~5 anos; 3- mais que cinco anos

B. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO(A):

B.1. Sexo : () 1- masculino; 2- feminino; 3- feminino/gestante
B.2. Raça / cor: () 1- branca; 2- negra; 3- amarela; 4- indígena; 5- parda, 6- outros, especifique: _____
B.3. Data de nascimento: ____ / ____ / ____
B.4. Escolaridade: () 1- 1º grau completo; 2-; 1º grau incompleto 3- 2º grau completo; 4- 2º grau incompleto; 5- Superior incompleto; 6- superior completo; 7- analfabeto; 8- não quer informar
B.5. O usuário tem algum tipo de dificuldade de comunicação, deficiência física ou mental? () 1- Sim; 2-Não

C- PASSO A PASSO DO PROTOCOLO:

Procedimentos	Verificação		Observações
	Sim (1)	Não (2)	
C.1. <i>Check list</i> dos insumos			
C.2. Controle de temperatura da geladeira			
C.3. Uso de EPI (equipamento de proteção individual) jaleco, luvas etc			
C.4. Estabilização da temperatura dos reagentes (retirar da geladeira 20 minutos antes do procedimento)			
C.5. Preenchimento da folha de trabalho			

C.6. Verificação do prazo de validade dos insumos/reagentes			
C.7. Leitura dos manuais/técnicas de uso dos testes			
C.8. Preparar material necessário para coleta: gaze estéril, algodão com álcool, pipetas, lancetas, dispositivo de teste etc			
C.9. Identificação do dispositivo do teste			
C.10. Explicação do procedimento ao usuário			
C.11. Antissepsia do dedo com algodão embebido em álcool 70%			
C.12. Coleta de amostras de sangue em polpa de dedo indicador, médio ou anular			
C.13. Descarte da lanceta em recipiente adequado			
D- REALIZAÇÃO DO TESTE DETERMINE HIV ½			
D.1. Remover cobertura protetora			
D.2. Identificação do dispositivo do teste			
D.3. Aspirar sangue com tubo capilar com EDTA			
D.4. Aplicar 50 microlitros no local da amostra			
D.5. Esperar o sangue ser absorvido no local da amostra			
D.6. Adicionar 1 gota da solução tampão no local da amostra			
D.7. Esperar no mínimo 15 minutos			
D.8. Descarte do tubo capilar em recipiente adequado			
D.9. Leitura do teste em no máximo 60 min após o tempo de espera			
E- REALIZAÇÃO DO TESTE RAPID CHECK HIV 1 & 2			
E.1. Identificar os cassetes com informações do paciente			
E.2. Aspirar sangue com pipeta plástica			
E.3. Aplicar 2 gotas de sangue no local da amostra			
E.4. Esperar o sangue ser absorvido no local da amostra			
E.5. Adicionar 2 gotas da solução tampão no local da amostra			
E.6. Esperar no mínimo 10 minutos			
E.7. Descarte de pipeta plástica em recipiente adequado			
E.6. Leitura do teste em no máximo 20 minutos após o tempo de espera			

F- REALIZAÇÃO DO TESTE BIOMANGUINHOS HIV1-2

F.1. Identificar os cassetes com informações do paciente amostra			
F.2. Coletar o sangue com alça plástica			
F.3. Aplicar o conteúdo da alça no dispositivo do teste			
F.4. Esperar o sangue ser absorvido no local da amostra			
F.5. Adicionar 3 gotas da solução tampão no local da amostra			
F.6. Esperar no mínimo 10 minutos			
F.7. Descarte de lancetas e outros materiais em recipiente adequado			

G- COLETA DE AMOSTRAS EM PAPEL FILTRO

G.1. Identificação do papel de filtro			
G.2. Coleta de amostras de sangue em polpa de dedo indicador, médio ou anular			
G.3. Adicionar as amostras em local determinado no papel filtro.			
G.4. Descarte de lancetas e outros materiais em recipiente adequado			

H- DOCUMENTAÇÃO DO RESULTADO

H.1. Preenchimento do resultado na folha de trabalho			
H.2. Assinatura ou rubrica do profissional na folha de trabalho			
H.3. Preenchimento do resultado na folha de laudo			
H.4. Assinatura ou rubrica do profissional na folha de laudo			



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

“Implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas”

Check list de insumos e equipamentos

Mês/Ano: _____

Nome do responsável: _____

Insumos/Equipamento	Verificação	Dia									
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
1. Testes											
Determine HIV 1/2											
Rapid Check HIV 1 & 2											
Uni-Gold HIV											
Papel filtro											
2.Soluções tampão											
3. Pipetas plásticas											
4. Tubos capilares											
5. Lancetas											
6. Álcool 70%											
7. Algodão/gaze											
8. Esparadrapo											
9. Recipiente p/ descarte											
10. EPI											
11. luvas											
12. óculos de proteção											
13. jaleco											
14. Cronômetro											

Legenda: EPI = Equipamentos de Proteção Individual



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

- Marcar 0 para nenhum
- Marcar o quantitativo de acordo com o local
- Marcar X para ignorado

A- IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO:

A.1. Data: ____/____/____

A.2. Observador: _____

PRODUTOS	TIPO DE DOCUMENTO (Livro de registro, folha de trabalho, relatório etc)	MUNICÍPIOS						
		Manacapuru	São Paulo de Olivença	Tefé	Eirunepé	Lábrea	Benjamin Constant	Total
Nº de profissionais envolvidos na intervenção								
Nº de profissionais capacitados								
Nº de profissionais capacitados por ensino à distância para testagem								
Nº de profissionais capacitados por ensino à distância para aconselhamento								
Nº de profissionais capacitados para garantia de qualidade								
Nº de profissionais capacitados para garantia de qualidade e realizam controle conforme normas								
Nº de profissionais capacitados para controle de qualidade								
Nº de profissionais capacitados para controle de qualidade realizam controle conforme normas								
Nº de profissionais capacitados que realizam testagem								
Nº de profissionais capacitados que realizam aconselhamento								
Nº de profissionais capacitados que realizam testagem e aconselhamento								
Nº de profissionais capacitados que seguem o algoritmo								
Nº de profissionais capacitados que seguem as normas								

estabelecidas de laboratório									
Nº de profissionais capacitados que seguem o protocolo de aconselhamento									
Nº de profissionais capacitados e consideram o teste confiável									
Nº de profissionais capacitados pelo ensino à distância que tomam condutas pautadas nos resultados									
Nº de profissionais capacitados que tomam condutas pautadas nos resultados									
Nº de profissionais capacitados pelo ensino à distância e consideram o teste confiável									
Nº de profissionais capacitados pelo ensino à distância e seguem o protocolo recomendado									
Nº de folderes produzidos pelas Secretarias de Saúde									
Nº de folderes distribuídos aos Profissionais de Saúde									
Nº de projetos de comunicação									
Nº de Chamadas na TV									
Nº de chamadas no rádio									
Nº de kits planejados									
Nº de kits adquiridos									
Nº de kits disponibilizados									
Nº de kits recebidos no serviço									
Nº de kits estocados									
Nº de kits estocados com a validade vencida									
Nº de kits estocados em condições de estoque que obedecem as normas									
Nº de testes que tiveram controle de qualidade									
Nº de testes que tiveram controle de qualidade concordantes									
Nº de pessoas atendidas nos serviços									
Nº de pessoas de 15 a 49 anos testadas									
Nº de pessoas testadas com resultado positivo									
Nº de gestantes testadas									
Nº de gestantes testadas com resultado positivo									
Nº de crianças expostas notificadas									
Nº de gestantes / parturientes/ puérperas HIV+ notificadas									
Nº de infectados encaminhados ao serviço de referência									
Nº de serviços envolvidos na intervenção									
Nº de serviços que implantaram livro de registros									
Nº de serviços que readequaram espaço físico									
Nº de serviços que readequaram quadro de pessoal									