

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



**Avaliação Normativa das Ações de Testagem e Aconselhamento para HIV em Unidades Básicas do Município de Manaus/Am.**

**Por**

**Fernanda Oliveira de Sousa**

**Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de mestre em Vigilância em Saúde e Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos**

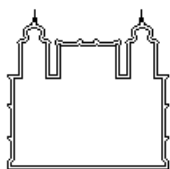
**Orientador:**

**Prof. Dr. Luciano Medeiros de Toledo**

**Co-Orientadora:**

**Profa. Dra. Elizabeth Moreira dos Santos**

**Manaus - Amazonas**



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



Esta Dissertação, intitulada:

**Avaliação Normativa das Ações de Testagem e Aconselhamento para HIV em Unidades Básicas do Município de Manaus/Am.**

Apresentada por

**Fernanda Oliveira de Sousa**

Avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

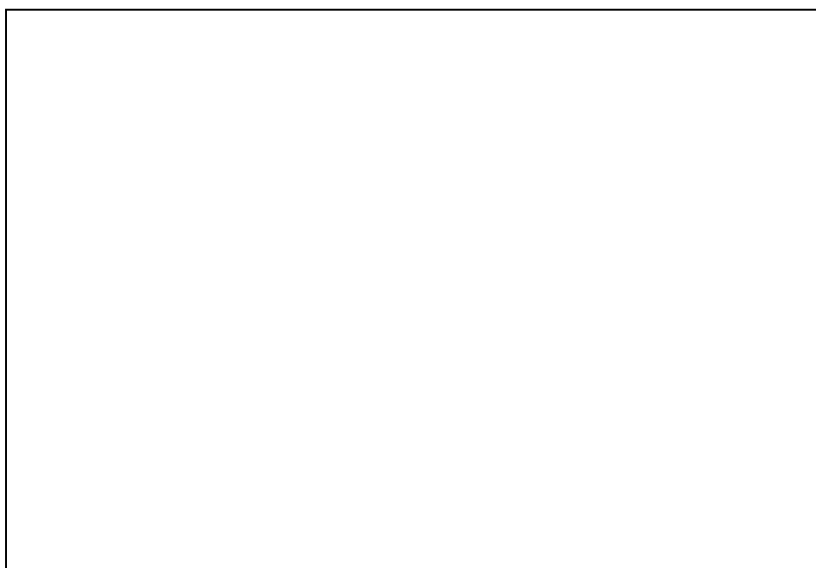
Prof. Dr. Luciano Toledo (Presidente)

Profa. Dra. Sonia Natal

Profa. Dra. Denise Oliveira e Silva

Dissertação defendida e aprovada em 26 de Setembro de 2006.

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária:  
Kátia Maria Melo de Vasconcelos



## AGRADECIMENTOS

A amiga, Alice Alecrim, que um dia, me mostrou um folder do Curso de Especialização em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, o que possibilitou conhecer o caminho, até então desconhecido, da avaliação, o que me proporcionou um novo horizonte profissional.

A Enfermeira Aldeniza Araújo de Souza, que, enquanto gestora do Centro de Saúde Dr. Djalma Batista, apoiou e incentivou a minha participação no curso, contribuindo para o meu crescimento profissional.

A Enfermeira Francilene Xavier Ferreira, que disponibilizou importante material acadêmico, para este estudo.

A Joycenea Matsuda Mendes, pelas orientações e sugestões para a construção desta dissertação.

A Cristina Santiago e Celina Boga, amizade nascida no Curso de Especialização, e que nos momentos de fraqueza, estiveram presente com palavras de força e estímulo.

A Mie Okamura, que sempre me prestou socorro, toda vez que precisei de documentos e informações ligadas ao Programa de AIDS.

Aos demais colegas do Curso de Mestrado Profissional, pela ajuda mútua e pelo espírito de cooperação que permeou todo o caminho percorrido.

A todos os gestores e profissionais das Unidades de Saúde, pela disponibilidade e apoio durante a pesquisa de campo.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde, que possibilitaram o acesso às informações necessárias para a realização deste estudo.

A Turma do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane/Fiocruz/Amazônia: Marizete Vieira Duarte, Carlos Fabrício Marques, Fabiane Vinente dos Santos, Mexjane Mendes de Souza, Claudia Maria Rios Velásquez, Eron Soares Carvalho Rocha, Kátia Maria Melo de Vasconcelos, pela força e apoio, sem os quais, não teria resolvido os vários problemas de ordem operacional que aparecem no decorrer do processo de trabalho.

A Calirai Haiek pela revisão do abstract.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo, avaliar a implantação das ações de testagem e aconselhamento para HIV em unidades básicas do município de Manaus, Amazonas, no sentido de estabelecer o nível de adequação da intervenção destas ações em unidades com modalidades de atenção diferenciada, mas com a mesma estrutura de serviços prestados à população. O estudo é uma avaliação normativa, onde o julgamento é baseado no resultado da aplicação de critérios e normas estabelecidas para a intervenção. Para analisar a adequação da intervenção foi utilizado o estudo de caso. A descrição da intervenção, foi realizada a partir da construção de um modelo lógico, que permitiu apresentar a racionalidade existente entre os componentes da intervenção: insumos, atividades, produtos, resultados e impacto. A partir do modelo lógico da intervenção, foi desenvolvido o modelo teórico da avaliação e a matriz de julgamento, com a dimensão e sub-dimensões, além dos indicadores, critérios e as pontuações, que objetivaram o estabelecimento dos níveis de adequação das unidades de saúde. A pesquisa se inicia com a contextualização da epidemia do HIV/AIDS, no Brasil, no Amazonas e no município de Manaus, procurando demonstrar as mudanças de perfil epidemiológico e as estratégias que foram desenvolvidas para o enfrentamento da mesma, fazendo posteriormente um histórico da descentralização das ações de testagem e aconselhamento para HIV para as unidades básicas de saúde e sua importância como estratégia de sensibilização e prevenção do HIV/AIDS. O estudo discorre também sobre os vários conceitos e abordagens em avaliação existentes, focalizando a avaliação normativa, utilizada no presente trabalho, para desenvolver o processo avaliativo das unidades de saúde selecionadas para o estudo. Os resultados apontaram para uma adequação de nível ótimo em relação à estrutura das unidades pesquisadas. No que se refere ao processo, as unidades apresentaram níveis de adequação de inadequado a crítico, o que caracteriza a existência de problemas no desenvolvimento das atividades relativas à intervenção.

**Palavras-chave:** Avaliação; Atenção Básica; Aconselhamento; Descentralização; HIV/AIDS.

## ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the implantation of the HIV test and advise actions in the health basic units in the city of Manaus, Amazonas State, Brazil, in order to determine the adequacy level about the implantation of these actions in health units with differentiated services, but with the same structure of health services offered to the population. This study is a normative evaluation in which the judgment is based upon the results of the application of criteria and rules established to make an intervention. The study of case was chosen to analyze the adequacy of the intervention. The description of the intervention was made from the construction of a logical model, which became possible to show the rationality that exists among the resources, the activities and the expected results. Once the intervention logical model was developed the theoretical model of evaluation and judgment matrix, with the dimension and sub-dimensions, besides the indicators, criteria and punctuations that characterize the establishment of the adequacy levels of the health units. The research begins with the contextualization of the HIV/AIDS outbreak in Brazil, in Amazonas State and in Manaus city in an attempt to demonstrate the changes of epidemiological profile and the developed strategies in order to face it, making, later, a historical review on the decentralization of HIV test and advise actions in the health basic units and its importance as strategy of HIV/AIDS sensitization and prevention. The study also discourse about several concepts and approaches on evaluation with focus on normative evaluation which was used in this study to develop the evaluative process of the health units selected for the study. The results show levels of adequacy ranging from good for the structure of the units researched to an unsuitable or critical level for the HIV test and advise actions, mainly related to the development of the activities related to intervention.

**Key-words:** Evaluation; Health Basic; Counseling; Decentralization; HIV/AIDS.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Casos notificados de AIDS e taxas de incidência (por 100.000 hab.) em maiores de 13 anos, segundo ano de diagnóstico. Amazonas, 1986 a 2005. 17	
Quadro 2. Municípios do interior do Amazonas com maior incidência de AIDS, de 1986 a 2005. .... 18	18
Quadro 3. Casos de AIDS em indivíduos do sexo masculino, segundo faixa-etária e ano de diagnóstico. Amazonas, 1986 a 2005. .... 18	18
Quadro 4. Casos de AIDS em indivíduos do sexo feminino, segundo faixa-etária e ano de diagnóstico. Amazonas, 1986 a 2005. .... 19	19
Quadro 5. Casos de Aids em indivíduos do sexo masculino, maiores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição e ano do diagnóstico..... 20	20
Quadro 6. Casos de Aids em indivíduos do sexo feminino, maiores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição e ano do diagnóstico. .... 21	21
Quadro 7. Estatística de HIV – Diagnósticos realizados pela Policlínica Dr. Comte Telles ..... 23	23
Quadro 8. Fluxo de Amostras Sorológicas ..... 31	31
Quadro 9. Número de Testes Sorológicos Realizados pelas Unidades Básicas do Município ..... 32	32
Quadro 10. Conceitos de Avaliação de acordo com o autor e ano de referência: ..... 39	39
Quadro 11. Modelo Teórico da Avaliação: Dimensões e Sub-Dimensões. .... 47	47
Quadro 12. Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.), das sub-dimesões infra-estrutura e adequação, recursos humanos e recursos materiais. .... 49	49
Quadro 13. Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.), das sub-dimesões Provisão de insumos., capacitação profissional e realização da coleta e aconselhamento. .... 52	52
Quadro 14. Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.), da sub-dimesão aconselhamento..... 53	53
Quadro 15. Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.), das sub-dimesões organização da rotina de serviços e supervisão e avaliação. .... 54	54
Quadro 16. Pontuação Sumarizada por Unidade de Saúde em cada Sub-Dimensão .... 56	56
Quadro 17. Grau de adequação por Unidade de Saúde ..... 57	57
Quadro 18. Aconselhamentos Coletivos Realizados, onde foram Abordados temas sobre DST/HIV/AIDS: ..... 65	65
Quadro 19. Número de Pré-Testes e Pós-Testes Observados. .... 67	67
Quadro 20. Profissionais Entrevistados na Pesquisa de Campo..... 71	71
Quadro 21. Pontuações alcançadas na sub-dimensão de infra-estrutura, recursos humanos e recursos materiais ..... 72	72
Quadro 22. Pontuações Alcançadas pelas Unidades de Saúde na Sub-Dimensão Provisão de Insumos ..... 74	74
Quadro 23. Pontuações alcançadas pelas Unidades de Saúde na Sub-Dimensão Aconselhamento ..... 77	77
Quadro 24. Pontuações alcançadas pelas Unidades de Saúde na Sub-Dimensão Organização da Rotina de Serviços ..... 79	79
Quadro 25. Sumário das Pontuações Alcançadas pelas Unidades de Saúde por Dimensões e Sub-Dimensões. .... 81	81
Quadro 26. Grau de Adequação das Unidades de Saúde ..... 83	83

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AAR</b>	Ambulatório de Alta Resolutividade
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>CEDST</b>	Coordenação Estadual de DST/AIDS
<b>COAS</b>	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
<b>CTA</b>	Centro de Testagem e Aconselhamento
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>FMT</b>	Fundação de Medicina Tropical de Manaus
<b>HEMOAM</b>	Fundação de Hematologia do Amazonas
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HSH</b>	Homens que fazem Sexo com Homens
<b>IFI</b>	Imunofluorescência Indireta
<b>IMTM</b>	Instituto de Medicina Tropical do Amazonas
<b>LACEN</b>	Laboratório Central
<b>PAB</b>	Piso da Atenção Básica
<b>PAM</b>	Plano de Ações e Metas
<b>SEMSA</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SESAU</b>	Secretaria de Estado da Saúde
<b>SI-CTA</b>	Sistema e Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UBS/PA</b>	Unidade Básica de Saúde/Pronto Atendimento
<b>UDI</b>	Usuário de Droga Injetável



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I    CONTEXTUALIZAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS .....</b>	<b>14</b>
1.1    A EPIDEMIA DO HIV/AIDS NO AMAZONAS: .....	16
1.2    O ENFRENTAMENTO DAS DST/HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE MANAUS:.....	21
<b>CAPÍTULO II    A DESCENTRALIZAÇÃO DA TESTAGEM E DO ACONSELHAMENTO PARA A ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>24</b>
2.1    A DESCENTRALIZAÇÃO DA TESTAGEM E DO ACONSELHAMENTO PARA HIV NO MUNICÍPIO DE MANAUS .....	25
2.2    TESTES SOROLÓGICOS PARA HIV E O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA .....	32
2.3    ACONSELHAMENTO: UMA ESTRATÉGIA DE SENSIBILIZAÇÃO E PREVENÇÃO .....	34
<b>CAPÍTULO III   AVALIAÇÃO, CONCEITOS E ABORDAGENS.....</b>	<b>38</b>
3.1    AVALIAÇÃO EM SAÚDE .....	40
<b>CAPÍTULO IV    PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E METODOLOGIA DO ESTUDO .....</b>	<b>43</b>
4.1    OBJETIVO GERAL.....	43
4.2    OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	43
4.3    PERGUNTA AVALIATIVA .....	43
4.4    MATERIAIS E MÉTODOS.....	43
4.5    SELEÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE .....	57
4.6    FONTES DE INFORMAÇÃO E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	58
<b>CAPÍTULO V     RESULTADOS.....</b>	<b>60</b>
5.1    CARACTERIZAÇÃO DOS GRAUS DE ADEQUAÇÃO .....	72
<b>CAPÍTULO VI    DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>85</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>94</b>
<b>LIMITES DO ESTUDO.....</b>	<b>98</b>
<b>PRODUTO ESPERADO .....</b>	<b>98</b>
<b>MODO DE DIFUSÃO DOS ACHADOS .....</b>	<b>98</b>
<b>RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>99</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>104</b>

## INTRODUÇÃO

A epidemia do HIV/AIDS, desde seu início, nos anos 80, vem exigindo esforços e envolvimento de todo o sistema de saúde, para o desenvolvimento de estratégias de controle que viabilizem o enfrentamento e conseqüentemente a queda da incidência e da morbi-mortalidade pelo HIV/AIDS.

O Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV (sigla derivada do inglês Human Immunodeficiency Virus) é transmissível através do sexo e do sangue, principalmente em transfusões, e através do compartilhamento de seringas contaminadas, no uso de droga injetável e materiais perfuro-cortantes.

Os fatores ligados à transmissão do HIV estão relacionados a questões de vulnerabilidade individual e social que levam os indivíduos a desenvolverem comportamentos de risco, deixando-os suscetíveis à aquisição e transmissão de agravos sexuais.

Alguns fatores de vulnerabilidade individual, estão relacionados a determinados comportamentos adotados pelo indivíduo que podem favorecer a transmissão de doenças e que podem estar relacionados à falta de informação ou mesmo à falta de confiança, força de vontade e de recursos, para a adoção de práticas preventivas.

As principais situações de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV são as práticas sexuais sem preservativos, uso de drogas injetáveis e a presença de alguma doença sexualmente transmissível – DST.

A vulnerabilidade social está ligada a questões de ordem sócio-econômicas, que influenciam no aumento da pobreza, violência sexual, prostituição, tráfico de drogas, dentre outras questões, que expõem os indivíduos a situações de risco às DST/HIV/AIDS.

A vulnerabilidade ao HIV/AIDS está bem caracterizada no perfil epidemiológico atual da doença: empobrecimento, interiorização, feminização e heterossexualização. Esse perfil epidemiológico se aplica a um universo populacional bastante amplo de pessoas que, em sua maioria, são usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS.

Esse universo populacional, normalmente, tem acesso aos serviços de saúde, através da Atenção Básica, que é a porta de entrada do sistema, ou seja, o primeiro nível de assistência na hierarquização do SUS.

Considerando isso, é possível perceber a grande importância da Atenção Básica para a quebra da cadeia de transmissão e para o controle da epidemia do HIV/AIDS e das demais doenças sexualmente transmissíveis – DST.

A descentralização dos serviços de assistência e de prevenção às DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica vem sendo uma estratégia implementada de forma gradativa, a exemplo de outros agravos, como a Tuberculose e a Hanseníase.

A descentralização desses serviços tem por objetivo a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento de DST, e da sorologia para o HIV, possibilitando o conhecimento do status sorológico do usuário e o encaminhamento dos soropositivos para as Unidades de Referência no tratamento e acompanhamento do HIV/AIDS.

A Atenção Básica também possui um papel importante, na sensibilização, informação, orientação e avaliação de riscos do usuário, através da realização da prática do aconselhamento coletivo e individual.

Nesse sentido, o presente estudo objetiva avaliar a implementação das ações de aconselhamento e da testagem para o HIV, descentralizadas para as Unidades Básicas de Saúde, verificando de que forma estas ações foram implementadas, considerando os recursos empregados e as atividades desenvolvidas.

Este estudo foi motivado pelo processo de ampliação da descentralização dos serviços de coleta da sorologia para o HIV para as Unidades Básicas de Saúde no Município de Manaus, bem como da prática do aconselhamento.

A experiência profissional acumulada na assistência ao Programa de DST/AIDS, em unidade da rede básica, proporcionou uma visão ampla e crítica do processo de implantação dessas ações, o que também motivou a realização deste estudo.

Acreditamos que a Atenção Básica tem um papel fundamental no controle das doenças sexualmente transmissíveis e da epidemia do HIV/AIDS, e este papel só pode ser concretizado com a melhoria da qualidade dos serviços e do atendimento profissional.

Tratando-se de uma avaliação normativa das ações de testagem e aconselhamento para HIV em Unidades Básicas de Saúde do Município de Manaus, este estudo objetiva analisar o processo de implementação dessas ações a partir de critérios e normas pré-estabelecidos, característica deste tipo de avaliação.

O primeiro capítulo deste estudo procura contextualizar a epidemia do HIV/AIDS no Brasil, no Amazonas e no Município de Manaus, apresentando alguns

dados epidemiológicos da incidência do HIV/AIDS, mudanças de perfil que a epidemia vem apresentando, bem como as estratégias de enfrentamento que foram desenvolvidas.

O segundo capítulo trata do processo de descentralização da testagem e do aconselhamento para HIV, a partir das primeiras iniciativas para ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV e da implantação da prática do aconselhamento nos serviços de saúde. Nesse capítulo, também, são abordadas questões relativas aos testes sorológicos existentes para a detecção de anticorpos ao HIV, bem como o papel da Atenção Básica na realização destes testes. São discutidas ainda questões sobre a prática do aconselhamento e de sua importância para o controle e a prevenção do HIV/AIDS pelas Unidades Básicas de Saúde.

No capítulo 03, deste estudo, apresentamos noções gerais sobre avaliação, a partir de referências da literatura, sobre os diversos conceitos e abordagens no campo da avaliação, procurando, de forma mais específica, apresentar os métodos utilizados na área da saúde, a partir de alguns exemplos de abordagens existentes nesta área.

No capítulo 04, apresentamos o estudo propriamente dito, com todo o arcabouço teórico e metodológico utilizado, além da pergunta avaliativa e dos resultados que foram obtidos com a pesquisa de campo. Nesta parte do estudo, também são apresentadas as matrizes de descrição e julgamento da intervenção avaliada.

Em seguida, no capítulo 05, discutimos os resultados obtidos pelo estudo, procurando estabelecer uma racionalidade entre os objetivos do estudo com os resultados encontrados.

Por último, expomos as conclusões e as recomendações que consideramos importantes para os atores envolvidos na intervenção avaliada, no intuito de auxiliar na melhoria das ações de saúde oferecidas à população.

## **CAPÍTULO I. CONTEXTUALIZAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS**

No início, a epidemia de AIDS, no Brasil, era extremamente similar à dos Estados Unidos da América (EUA), afetando principalmente homossexuais masculinos, usuários de medicamentos injetáveis intravenosos (UDI) ou de produtos derivados de sangue. A partir de 1993, o contato heterossexual já era classificado como a categoria de maior exposição ao contágio no Brasil (França Junior apud MS, 2002).

O primeiro caso de AIDS, no Brasil, foi notificado em São Paulo (SP), em 1980. Na época, a categoria de maior exposição eram homens que faziam sexo com homens (homossexuais e bissexuais masculinos), os hemofílicos e pessoas que recebiam sangue e hemoderivados. (Scwarcwald et. al, 2000).

Desde o início até a atualidade, a epidemia da AIDS no Brasil passou por profundas modificações, definidas em três fases distintas (Szwarcwald et. al, 2000):

A primeira, caracterizada pela concentração de casos nas cidades mais industrializadas (Sul e Sudeste), restrita a certos grupos populacionais, como os homo/bissexuais e os receptores de sangue e hemoderivados.

A segunda, pelo aumento dos casos entre usuários de drogas injetáveis, início do aumento de casos pela transmissão heterossexual e expansão da epidemia para todos os estados brasileiros, principalmente cidades de porte médio (200 mil a 500 mil habitantes).

A terceira e atual fase é caracterizada pelo aumento da transmissão entre heterossexuais, aumento da incidência em mulheres, com expansão para municípios de pequeno porte.

Conjuntamente, a epidemia do HIV/AIDS, no Brasil, surgiu em meio ao processo de redemocratização do País - após o longo período do regime militar (1964-1985) - caracterizado tanto pela eleição da Assembléia Nacional Constituinte, em 1988, quanto pelo reconhecimento da saúde como direito fundamental da pessoa e do dever do Estado de oferecer e subsidiar os meios necessários para provê-la. (Oliveira. et. al. 2001).

Paralela a essa conjuntura sócio-política, a epidemia seguia, na primeira década, uma tendência de crescimento, atingindo o auge em 1997 e depois adquirindo certa estabilidade, mas com possibilidade de reversão, devido, principalmente, ao aumento da transmissão heterossexual em seguimentos pobres da população. (França Junior, 2002).

Na primeira metade da década de 80, a epidemia se restringia a São Paulo e Rio de Janeiro, posteriormente se disseminando para outras regiões, chegando a 237.588 casos notificados de AIDS entre 1980 e 2002. (MS. 2003).

A tendência de crescimento da epidemia do HIV/AIDS, assim como a mudança do seu perfil epidemiológico, fez com que fosse necessário se desenvolver estratégias de enfrentamento (MS,1999).

A primeira resposta governamental veio de São Paulo, em 1983, com a criação de um grupo de trabalho para estudar o problema e identificar medidas a serem tomadas no âmbito da saúde pública, que envolviam investigação e vigilância epidemiológica, divulgação de informações e assistência médica ambulatorial, hospitalar e laboratorial. (Araújo e Camargo Jr. 2004).

No âmbito nacional, o enfrentamento à epidemia do HIV/AIDS, se iniciou em 1985, quando o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para o Programa de Controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sob a coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, ligada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. (Araújo e Camargo Jr. 2004).

A primeira década de evolução da epidemia foi marcada por mudanças no contexto social e técnico-científico, como o aprimoramento de técnicas que objetivavam desenvolver testes diagnósticos laboratoriais para detecção do agravo. (Oliveira, 1989). Em 1986, já havia disponibilidade de testes laboratoriais para detecção de anticorpos Anti-HIV. (Szwarcwald et. al. 2000).

Paralelo à evolução técnico-científica, os estudos mostram que as mudanças no perfil epidemiológico da epidemia vêm impondo aos sistemas de saúde a necessidade de se criar novas estratégias para o enfrentamento e o controle do HIV-AIDS.

Em 2002, estudos estimaram que cerca de 600 mil pessoas na faixa etária entre 15 e 49 anos, estariam infectados pelo HIV, assintomáticos, como também verificaram mudanças nas categorias de exposição, com um aumento substancial na participação de heterossexuais e de mulheres.

Segundo Szwarcwald et. al. 2000, o perfil atual da epidemia do HIV/AIDS, no Brasil, é caracterizado pela heterossexualização, feminização, interiorização e empobrecimento.

Szwarcwald et. al. (2000) também discutem a idéia de que a vulnerabilidade ao HIV/AIDS tem uma inter-relação direta com as desigualdades sociais, o preconceito e a marginalização, e que estas situações, podem vir a dificultar o desenvolvimento de metodologias e estratégias alternativas de investigação.

Nesse sentido, a ampliação do acesso aos testes diagnósticos para o conhecimento do status sorológico, bem como da assistência e ao tratamento do HIV/AIDS, se tornaram fundamentais para o enfrentamento da epidemia, dentro desse panorama multifacetado em que ela se apresenta.

Uma estratégia importante foi a criação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), em 1988, que, posteriormente, em 1997, foram denominados de Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA. (Araújo et. al. 2004).

Estes serviços tinham por objetivo:

- Expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV;
- Estimular a adoção de práticas seguras;
- Encaminhar os soropositivos para os serviços de referência, auxiliando o usuário no processo de adesão ao tratamento;
- Absorver a demanda pós-testes sorológicos dos bancos de sangue;
- Estimular o diagnóstico das parcerias sexuais: auxiliar os serviços de pré-natal para a testagem de gestantes;
- Levantar informações sobre prevenção das DST/HIV/AIDS e uso indevido de drogas para os grupos específicos;
- Através do aconselhamento, estimular a continuidade dos comportamentos e práticas sem risco, para os indivíduos soro-negativos.

A partir da avaliação dos CTA, realizada em 1999, foram discutidas estratégias de inclusão do aconselhamento entre as ações básicas de saúde (Araújo e Camargo, 2004), sendo este, talvez, o primeiro movimento na direção da descentralização do teste Anti-HIV e da prática de aconselhamento para as Unidades Básicas de Saúde.

## **1.1 A EPIDEMIA DO HIV/AIDS NO AMAZONAS**

No Amazonas, a primeira iniciativa de estruturar a assistência aos portadores de DST, de forma regular e sistemática, se deu entre os anos 1978 e 1980, no então Instituto, hoje, Fundação Alfredo da Mata (SES, 1999).

Essa iniciativa objetivava promover a assistência aos pacientes com DST, além de gerar estudos decorrentes desta assistência, bem como oferecer treinamento aos profissionais de outras instituições.

O primeiro caso de AIDS, diagnosticado no Amazonas, ocorreu em 1986. Neste período, o enfrentamento das DST/AIDS, partia de iniciativas isoladas de profissionais

médicos, em seus sítios de atuação, fazendo diagnóstico clínico e tratamento, sem apoio laboratorial e sem desenvolvimento de ações preventivas. Imaginava-se que as DST estariam sob controle em razão da suposta efetividade dos antibióticos disponíveis. Não existia, qualquer proposta institucionalizada, originada dos poderes públicos, com vista ao controle destas patologias. (SES, 1999).

**Quadro 1. Casos notificados de AIDS e taxas de incidência (por 100.000 hab.) em maiores de 13 anos, segundo ano de diagnóstico. Amazonas, 1986 a 2005.**

<b>Ano de Diagnóstico</b>	<b>Número</b>	<b>Taxa</b>
1986 – 1990	55	-
1991	34	1,6
1992	54	2,5
1993	56	2,5
1994	78	3,4
1995	89	3,8
1996	111	4,6
1997	180	7,3
1998	213	8,5
1999	279	10,7
2000	274	9,7
2001	287	9,8
2002	287	9,8
2003	268	8,8
2004	364	11,6
2005	325	10,0
<b>Total</b>	<b>2.960</b>	<b>-</b>

Fonte: SINAN – Vigilância Epidemiológica – Programa Estadual DST/AIDS – AM

Em 1989, foi criado o Programa Estadual de DST/AIDS, tendo como referência o então Instituto, hoje Fundação de Medicina Tropical (FMTM), que ficaria responsabilizado pela internação, acompanhamento clínico e ambulatorial dos pacientes de AIDS. (SES, 1999).

A epidemia do HIV/AIDS, no Amazonas, vem apresentando uma tendência de crescimento com taxa de incidência progressiva até 1999 e a partir de 2004. No período de 2000 a 20003, observa-se uma queda em seus valores que pode estar relacionada a subnotificações, (CEPDST/AIDS, 2006), conforme apresentado no quadro abaixo.

Entre os anos de 1986 e 1990, a epidemia esteve restrita a Manaus, capital do Estado, mas a partir de 1991, começou a se difundir para municípios do interior, mesmo os mais distantes geograficamente da capital, pressupondo um processo de interiorização da epidemia.



No Amazonas, a epidemia da AIDS, tem se espalhado por municípios localizados nas diversas regiões, formadas pelas calhas dos rios, como Parintins, no Baixo Amazonas, Tabatinga, no Alto Solimões, Manacapuru, no Rio Negro/Solimões, Itacoatiara, no Médio Amazonas.

**Quadro 2. Municípios do interior do Amazonas com maior incidência de AIDS, de 1986 a 2005**

Município	1986 - 2005
Parintins	93
Tabatinga	47
Manacapuru	25
Tefé	24
Itacoatiara	18
Presidente Figueiredo	16
Irlanduba	11
Rio Preto da Eva	10

Fonte: SINAN – Vigilância Epidemiológica – Programa Estadual DST/AIDS – AM

A razão entre os sexos foi de 3 homens para cada mulher a partir de 1996, apresentando uma tendência precoce de aproximação. Em relação a idade, o grupo etário mais afetado foi o de 20 a 39 anos, com 2.237 ( 75,5%) casos com idade média de 29 anos , (CEPDST/AIDS, 2006).

**Quadro 3. Casos de AIDS em indivíduos do sexo masculino, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Amazonas, 1986 a 2005**

Ano Diag.	FAIXA ETÁRIA																Total	
	13-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-49		50-59		60 e+		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
86-90	4	8,2	4	8,2	19	38,8	10	20,4	4	8,2	7	14,3	1	2,0	0	0,0	49	100
1991	2	6,3	5	15,6	5	15,6	7	21,9	4	12,5	7	21,9	2	6,3	0	0,0	32	100
1992	0	0,0	8	17,4	11	23,9	11	23,9	7	15,2	7	15,2	2	4,3	0	0,0	46	100
1993	5	10,9	8	17,4	12	26,1	6	13,0	5	10,9	9	19,6	1	2,2	0	0,0	46	100
1994	2	3,2	9	14,3	20	31,7	14	22,2	9	14,3	6	9,5	2	3,2	1	1,6	63	100
1995	3	3,9	15	19,5	20	26,0	18	23,4	13	16,9	7	9,1	1	1,3	0	0,0	77	100
1996	1	1,2	12	14,0	24	27,9	16	18,6	13	15,1	16	18,6	3	3,5	1	1,2	86	100
1997	3	2,2	19	14,1	27	20,0	34	25,2	22	16,3	24	17,8	5	3,7	1	0,7	135	100
1998	2	1,3	26	17,0	24	15,7	38	24,8	29	19,0	26	17,0	5	3,3	3	2,0	153	100
1999	8	4,0	27	13,6	48	24,2	52	26,3	34	17,2	19	9,6	7	3,5	3	1,5	198	100
2000	4	2,2	24	13,2	34	18,7	49	26,9	38	20,9	21	11,5	11	6,0	1	0,5	182	100
2001	3	1,6	26	14,0	35	18,8	35	18,8	36	19,4	36	19,4	14	7,5	1	0,5	186	100
2002	5	2,5	28	13,9	47	23,3	37	18,3	36	17,8	32	15,8	15	7,4	2	1,0	202	100
2003	3	1,9	27	16,7	34	21,0	26	16,0	27	16,7	37	22,8	6	3,7	2	1,2	162	100
2004	3	1,3	35	14,6	59	24,7	46	19,2	34	14,2	43	18,0	16	6,7	3	1,3	239	100
2005	2	1,0	28	13,6	40	19,4	40	19,4	43	20,9	32	15,5	15	7,3	6	2,9	206	100
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>2,4</b>	<b>301</b>	<b>14,6</b>	<b>459</b>	<b>22,3</b>	<b>439</b>	<b>21,3</b>	<b>354</b>	<b>17,2</b>	<b>329</b>	<b>16,0</b>	<b>106</b>	<b>5,1</b>	<b>24</b>	<b>1,2</b>	<b>2.062</b>	<b>100</b>

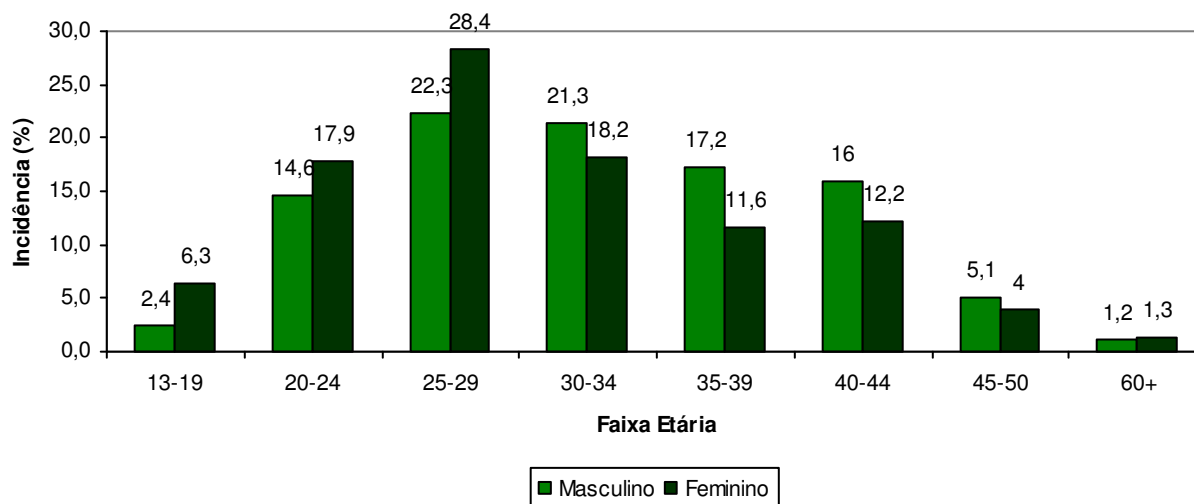
Fonte: SINAN – Vigilância Epidemiológica – Programa Estadual DST/AIDS – AM

**Quadro 4. Casos de AIDS em indivíduos do sexo feminino, segundo faixa-etária e ano de diagnóstico. Amazonas, 1986 a 2005**

Ano Diag.	13-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-49		50-59		60 e+		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
86-90	0	0,0	1	16,7	3	50,0	0	0,0	1	16,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	6	100,0
1991	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
1992	0	0,0	3	37,5	2	25,0	1	12,5	1	12,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	8	100,0
1993	1	10,0	3	30,0	2	20,0	2	20,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	10	100,0
1994	1	6,0	4	26,7	5	33,3	3	20,0	1	6,7	1	6,7	0	0,0	0	0,0	15	100,0
1995	2	16,7	1	8,3	4	33,3	1	8,3	2	16,7	2	16,7	0	0,0	0	0,0	12	100,0
1996	1	4,0	4	16,0	9	36,0	5	20,0	4	16,0	1	4,0	1	4,0	0	0,0	25	100,0
1997	4	8,9	5	11,1	12	26,7	9	20,0	5	11,1	7	15,6	3	6,7	0	0,0	45	100,0
1998	8	13,6	12	20,3	17	28,8	8	13,6	6	10,2	6	10,2	1	1,7	1	1,7	59	100,0
1999	3	3,7	12	14,8	23	28,4	12	14,8	19	23,5	7	8,6	3	3,7	2	2,5	81	100,0
2000	6	6,5	24	26,1	24	26,1	19	20,7	8	8,7	9	9,8	1	1,1	1	1,1	92	100,0
2001	3	3,0	18	17,8	30	29,7	17	16,8	15	14,9	16	15,8	2	2,0	0	0,0	101	100,0
2002	6	6,6	18	19,8	20	22,0	20	22,0	10	11,0	10	11,0	5	5,5	2	2,2	91	100,0
2003	7	6,5	17	15,9	42	39,3	11	10,3	10	9,3	12	11,2	8	7,5	0	0,0	107	100,0
2004	7	5,6	22	17,6	38	30,4	24	19,2	8	6,4	20	16,0	4	3,2	2	1,6	125	100,0
2005	6	5,0	17	14,3	24	20,2	31	26,1	13	10,9	17	14,3	8	6,7	3	2,5	119	100,0
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>6,3</b>	<b>161</b>	<b>17,9</b>	<b>255</b>	<b>28,4</b>	<b>163</b>	<b>18,2</b>	<b>104</b>	<b>11,6</b>	<b>110</b>	<b>12,2</b>	<b>36</b>	<b>4,0</b>	<b>12</b>	<b>1,3</b>	<b>898</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN – Vigilância Epidemiológica – Programa Estadual DST/AIDS – AM

**Gráfico 1. Casos de AIDS em indivíduos classificados por sexo segundo faixa-etária no período de 1986 a 2005.**



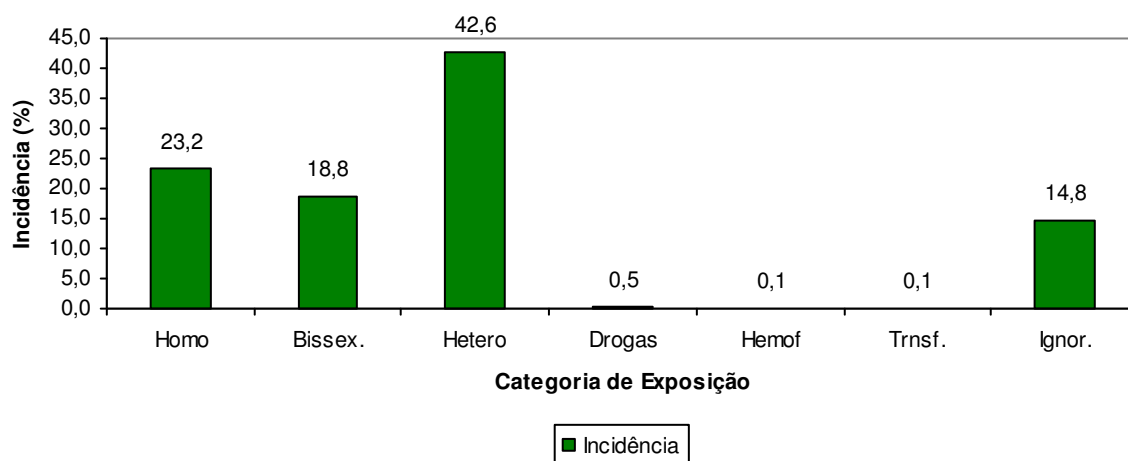
No que se refere à categoria de exposição, a mais afetada foram os heterossexuais, caracterizando uma tendência de heterossexualização precoce da epidemia a partir de 1991, e um crescimento percentual de casos na categoria homossexual a partir de 2004, conforme demonstrado nos quadros abaixo.

**Quadro 5. Casos de Aids em indivíduos do sexo masculino, maiores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição e ano do diagnóstico**

Ano Diag.	Categorias de Exposição															
	Homo		Bissex.		Hetero		Drogas		Hemof		Transf		Ignor.		Total	
1987	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	4	100
1988	4	50,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	37,5	8	100
1989	3	20,0	0	0,0	4	26,7	1	6,7	0	0,0	0	0,0	7	46,7	15	100
1990	10	45,5	2	9,1	5	22,7	1	4,5	1	4,5	0	0,0	3	13,6	22	100
1991	17	53,1	5	15,6	6	18,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	12,5	32	100
1992	19	41,3	14	30,4	12	26,1	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	46	100
1993	19	41,3	8	17,4	18	39,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	46	100
1994	18	28,6	15	23,8	28	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,2	63	100
1995	30	39,0	13	16,9	32	41,6	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	1,3	77	100
1996	29	33,7	15	17,4	37	43,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	5,8	86	100
1997	36	26,7	39	28,9	49	36,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	8,1	135	100
1998	34	22,2	32	20,9	69	45,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	11,8	153	100
1999	41	20,7	50	25,3	84	42,4	1	0,5	0	0,0	0	0,0	22	11,1	198	100
2000	40	22,0	44	24,2	84	46,2	0	0,0	0	0,0	1	0,5	13	7,1	182	100
2001	40	21,5	33	17,7	78	41,9	2	1,1	0	0,0	1	0,5	32	17,2	186	100
2002	35	17,3	32	15,8	88	43,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	23,3	202	100
2003	17	10,5	23	14,2	77	47,5	1	0,6	0	0,0	0	0,0	44	27,2	162	100
2004	42	17,6	31	13,0	110	46,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	56	23,4	239	100
2005	42	20,4	30	14,6	96	46,6	3	1,5	0	0,0	0	0,0	35	17,0	206	100
<b>Total</b>	<b>478</b>	<b>23,2</b>	<b>387</b>	<b>18,8</b>	<b>878</b>	<b>42,6</b>	<b>10</b>	<b>0,5</b>	<b>2</b>	<b>0,1</b>	<b>2</b>	<b>0,1</b>	<b>305</b>	<b>14,8</b>	<b>2.062</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN – Vigilância Epidemiológica – Programa Estadual DST/AIDS – AM

**Gráfico 2. Casos de Aids em indivíduos do sexo masculino, maiores de 13 anos de idade, segundo a categoria de exposição de 1986 a 2005.**

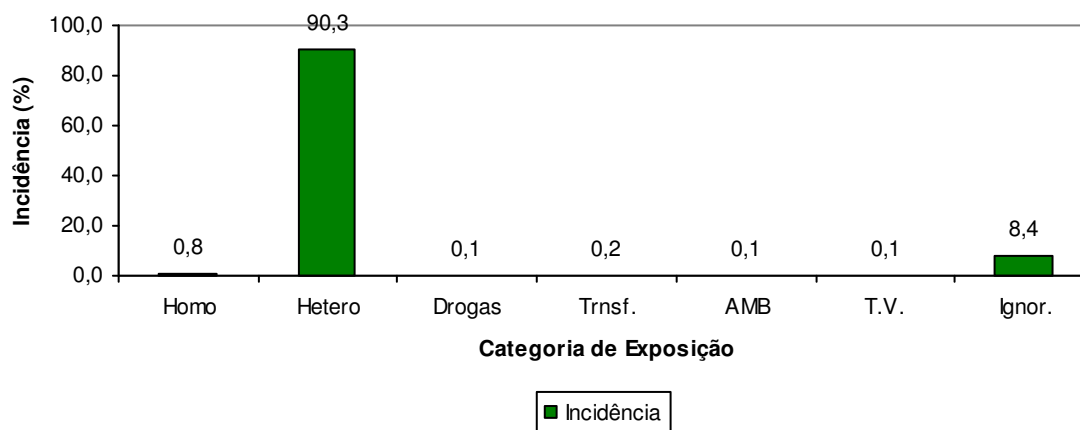


**Quadro 6. Casos de Aids em indivíduos do sexo feminino, maiores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição e ano do diagnóstico**

Ano Diag	Categorias de Exposição															
	Homo		Hetero		Drogas		Transf.		AMB		T.V.		Ignor.		Total	
1987	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
1988	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100
1989	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
1990	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100
1991	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100
1992	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100
1993	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	100
1994	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	100
1995	1	8,3	11	91,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	100
1996	0	0,0	23	92,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,0	25	100
1997	0	0,0	43	95,6	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	45	100
1998	0	0,0	57	96,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,4	59	100
1999	0	0,0	79	97,5	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	1,2	81	100
2000	0	0,0	88	95,7	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	3	3,3	92	100
2001	1	1,0	92	91,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	7,9	101	100
2002	0	0,0	74	81,3	0	0,0	1	1,1	0	0,0	1	1,1	15	16,5	91	100
2003	0	0,0	94	87,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	12,1	107	100
2004	2	1,6	108	86,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	12,0	125	100
2005	3	2,5	101	84,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	12,6	119	100
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>0,8</b>	<b>811</b>	<b>90,3</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>2</b>	<b>0,2</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>75</b>	<b>8,4</b>	<b>898</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN – Vigilância Epidemiológica – Programa Estadual DST/AIDS – AM

**Gráfico 3. Casos de Aids em indivíduos do sexo feminino, maiores de 13 anos de idade, segundo a categoria de exposição de 1986 a 2005.**



## 1.2 O ENFRENTAMENTO DAS DST/HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE MANAUS

No âmbito do Município de Manaus, o enfrentamento das DST/AIDS se deu, a partir da implantação do Programa Municipal em 1996.

Diante da preocupação com o avanço da epidemia do HIV/AIDS e considerando os 273 casos notificados até novembro de 1995, o Município de Manaus, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, elaborou, em 1996, o projeto para a Implantação da Assistência e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis na Rede Básica de Saúde (SMS, 1996).

Esse projeto pretendia estabelecer ações que pudessem intervir no ciclo de facilitação, interação e na suscetibilidade entre o HIV e os agentes causadores das demais DSTs.

Na época, estimava-se que cerca de 20% da população sexualmente ativa (aproximadamente de 90 mil a 100 mil pessoas) iriam adquirir alguma DST e que 80% dos casos eram “tratados” nos balcões de farmácia (SMS, 1996).

Partindo dessa premissa, considerava-se que a reversão da situação colocada, deveria se guiar por três linhas de ação: informação, educação e comunicação em saúde, priorizando o uso de preservativos; manejo apropriado utilizando a abordagem sindrômica dos indivíduos com DST sintomáticos; detecção precoce e tratamento correto dos indivíduos assintomáticos. (SMS, 1996).

A estratégia era a implementação de serviços simples e factíveis em qualquer unidade de saúde, com apoio de um Centro de Referência, onde pudesse ser assegurado resolutividade em nível terciário, apoio tecnológico, atividade de vigilância e subsídios para supervisão e coordenação. (SMS, 1996).

A estratégia assumida pelo Município, nesse período, foi a implementação da assistência às DSTs na rede básica municipal, por meio da abordagem sindrômica (PAM, 2002).

Faziam parte dessa estratégia o atendimento clínico das DSTs, a promoção e prevenção, assistência e triagem para o teste diagnóstico do HIV.

Nesse período, as Unidades Básicas de Saúde, ainda não dispunham, em sua rotina, dos serviços de coleta sorológica para HIV. O teste era oferecido aos usuários com DST, que eram encaminhados ao Centro de Referência, a Fundação Alfredo da Mata, que era responsável pela coleta e pelo diagnóstico.

Até o primeiro semestre de 2002, os testes diagnósticos para o HIV eram restritos às Unidades de Referência para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, a Fundação Alfredo da Mata, a Unidade de Referência para o tratamento do HIV/AIDS, Fundação de Medicina Tropical, e o Hospital Universitário Getúlio Vargas – HUGV.

A partir do segundo semestre de 2002, o Município abriu três Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), localizados em Unidades Básicas de Saúde, dando início ao processo de descentralização da oferta da sorologia para o HIV. Essas Unidades de Saúde teriam a função de sensibilizar os usuários para a realização do teste Anti-HIV, por meio do aconselhamento coletivo e individual, bem como de realizar a coleta das amostras sorológicas e fazer a entrega dos resultados diagnósticos.

Nesse período, o diagnóstico do HIV era realizado exclusivamente pela Fundação Alfredo da Mata (FUAM).

A prática do aconselhamento já era realizada nas Unidades Básicas de Saúde, a partir da implantação do Programa Municipal de DST/AIDS em 1996, quando foi iniciado um programa de treinamento de profissionais, em abordagem sindrômica e aconselhamento, em parceria com a Fundação Alfredo da Mata.

Atualmente, o Município de Manaus dispõe de 36 Unidades de Saúde coletoras de amostras sorológicas para HIV, uma Unidade para realização da primeira etapa do diagnóstico para o HIV e um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), aos pacientes soropositivos.

As etapas confirmatórias de detecção de anticorpos ao HIV são realizadas pelo Laboratório Central – LACEN.

A Unidade de referência para o diagnóstico do HIV, do Município de Manaus, é a Policlínica Comte Telles, localizada na Zona Leste da cidade, que, no período de fevereiro de 2005 a abril de 2006, realizou 13.991 diagnósticos, dos quais 94 positivos, conforme demonstra o quadro abaixo.

**Quadro 7. Estatística de HIV – Diagnósticos realizados pela Policlínica Dr. Comte Telles**

Período	Negativos	Positivos			Total de Positivos
		Masculino	Feminino	Gestantes	
<b>Janeiro a Dezembro de 2005</b>	7527	20	17	21	<b>58</b>
<b>Janeiro a Abril de 2006</b>	6370	12	04	20	<b>36</b>

Fonte: Policlínica Dr. Comte Telles – Setor de Sorologia

No período de 1986 a 2004, só no Município de Manaus, foram registrados 2.077 casos de HIV/AIDS (CEDST/AIDS).

## **CAPÍTULO II. DESCENTRALIZAÇÃO DA TESTAGEM E DO ACONSELHAMENTO PARA A ATENÇÃO BÁSICA**

A descentralização das ações de saúde é um princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) e está inter-relacionado com os princípios doutrinários da Universalização, da Equidade e Integralidade. (Lei 8080/ 90).

Na universalização, a saúde é entendida como direito de cidadania, onde todas as pessoas devem ter acesso garantido aos serviços de saúde, independente de sexo, raça, renda ou ocupação.

A equidade é um princípio de justiça social e objetiva diminuir as desigualdades. Nesta perspectiva, os investimentos e ações devem ser direcionados para as áreas que se apresentam com maior necessidade e carência.

A integralidade pressupõe que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas.

A descentralização das ações de Aconselhamento e Testagem Anti-HIV foi e continua sendo um processo gradativo e fundamental, no processo de articulação de áreas programáticas importantes, como o Programa da AIDS e a Atenção Básica e para ampliação do diagnóstico e da atenção às DST/HIV/AIDS. (MS, 2004).

Atenção Básica é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde e deve oferecer um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, voltados para a promoção da saúde, prevenção de agravos, prevenção e reabilitação, organizados de acordo com os princípios do SUS. (MS, 1999).

Nesse âmbito de complexidade, a inserção das ações de testagem e aconselhamento na rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é importante porque a atenção básica atinge a todos os segmentos populacionais e pode permitir o acesso de milhares de pessoas que desconhecem sua condição sorológica. Os serviços descentralizados também permitiriam o aprimoramento das práticas de saúde, favoreceriam a atenção integral e também contribuiriam para que o indivíduo participasse ativamente do processo de promoção da saúde, prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS (MS. 2004).

Nesse sentido, a Atenção Básica deve estar estruturada para possibilitar o acolhimento, o diagnóstico precoce, assistência e encaminhamento para unidades de

referência. As ações para o controle do HIV na Atenção Básica, devem incluir (MS, 2003):

- Atividades educativas para promoção à saúde e prevenção;
- Aconselhamento para os testes diagnósticos, para adesão a terapia e recomendações de assistência;
- Diagnóstico precoce das DST, HIV e outras infecções virais;
- Tratamento adequado para as DST;
- Encaminhamento para Referência;
- Prevenção à sífilis congênita e Transmissão Vertical;
- Manejo Adequado de indivíduos em uso indevido de drogas.

A inserção das ações de aconselhamento e coleta para HIV na Atenção Básica, deve privilegiar a integralidade das ações entre diferentes níveis de complexidade, sendo necessário definir os papéis de cada nível e o estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência. (MS, 2003).

O fluxo de atendimento na Atenção Básica deve garantir o acolhimento através da recepção dos usuários, atividades de sala de espera e com grupos específicos, consultas individuais, estímulo ao diagnóstico, realização do aconselhamento pré-teste e pós-teste. (MS, 2003).

## **2.1 A DESCENTRALIZAÇÃO DA TESTAGEM E DO ACONSELHAMENTO PARA HIV NO MUNICÍPIO DE MANAUS**

Até o ano de 2002, a sorologia para HIV era realizada nos CTA, localizados nas Unidades de Referência para tratamento das DST/HIV/AIDS, respectivamente, na Fundação Alfredo da Mata, Instituto de Medicina Tropical e Hospital Universitário Getúlio Vargas.

A centralização do teste para HIV nos CTA das Unidades de Referência, restringia o acesso ao diagnóstico a populações que já desenvolviam algum agravo e que por este motivo buscavam o tratamento em unidades especializadas. Enquanto isto, populações vulneráveis e assintomáticas como mulheres, adolescentes, HSH, usuários de droga, dentre outros, não tinham acesso facilitado ao conhecimento de seu status sorológico.



A partir de 2002, iniciou-se o processo de descentralização da coleta sorológica do HIV para as unidades básicas de saúde, como estratégia importante para o controle do HIV.

O processo de descentralização tinha como estratégia a implantação da testagem para HIV em Unidades Básicas de Saúde, privilegiando aquelas onde já estava sendo implementado o programa de assistência a portadores de DST.

Essas unidades já dispunham de profissionais treinados em abordagem sintromica e no aconselhamento.

A proposta de descentralização, prevista no Plano de Ações e Metas – PAM/2002, objetivava a abertura de três CTAS em unidades de saúde em diferentes zonas geográficas da cidade.

No início do processo de implantação das unidades básicas coletoras, procurou-se conhecer uma experiência de CTA implantado em uma Unidade Básica de Saúde, em um Município próximo de Manaus.

Foi então realizada uma visita a um CTA implantado numa unidade básica de saúde no Município de Manacapuru, a 80 km de Manaus. Apesar de ter o status de CTA, a unidade desenvolvia apenas a coleta de material, que era enviado semanalmente para Manaus para a realização do diagnóstico, atividade esta a cargo da Fundação Alfredo da Mata.

Foi possível verificar, in loco, como a unidade, localizada num bairro da periferia de Manacapuru, havia se organizado para a realização da atividade. Diariamente, era desenvolvida uma atividade de aconselhamento coletivo com todos os usuários que procuravam a unidade para algum atendimento.

No aconselhamento coletivo eram abordadas questões gerais sobre as DST/HIV/AIDS, sorologia para o HIV e divulgação do serviço disponível na unidade. Os usuários interessados em submeter-se ao teste eram encaminhados para a realização do pré-teste, a cargo de um profissional treinado que fazia uma entrevista apoiado por um roteiro onde se buscava diversos tipos de informação, como dados sócio-demográficos, hábitos comportamentais e sexuais, antecedentes de doenças como hepatite, pneumonia, tuberculose, DST, uso de preservativos, etc.

Após o aconselhamento pré-teste, o usuário era encaminhado para fazer a coleta do sangue e agendado o retorno para receber o resultado em 30 dias. Todas as entrevistas realizadas eram registradas em livro, que servia também para o controle de entrega dos resultados. Os usuários que realizam o teste para HIV podiam ser identificados pelo próprio nome ou por uma senha.

Para a implantação dos CTA em Manaus, foi realizado, pela Fundação Alfredo da Mata, treinamento para as atividades de coleta das amostras sorológicas (incluindo preparo, armazenagem e transporte) e aconselhamento para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde.

A descentralização das ações de aconselhamento e coleta para HIV foi realizada com os objetivos de:

- Ampliar a rede de diagnóstico para HIV;
- Tratamento Precoce;
- Prevenção da Transmissão Vertical

Os parâmetros estabelecidos para que as ações de aconselhamento e coleta para HIV fossem considerados implantados foram:

- Capacitação profissional em coleta de Amostras Sorológicas e Aconselhamento;
- Laboratório Equipado com o material para Coleta

No início da implantação não foi estabelecida uma população prioritária como alvo das ações. O atendimento seria aberto à população geral.

O acompanhamento das ações implantadas seria realizado através de:

- Supervisões trimestrais das unidades de saúde
- Formulários estatísticos de movimentação de medicamentos e preservativos
- Estatísticas mensais de coleta de sorologias

Para implantação, haveria uma parceria com a Fundação Alfredo da Mata, para realização do diagnóstico. Foram então definidas as competências de cada órgão.

À Fundação Alfredo da Mata caberia a coordenação do projeto, suporte técnico, definição do fluxograma para coleta, armazenamento e transporte das amostras, treinamento para técnicos de patologia clínica e farmacêutico-bioquímicos das unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA; orientação para os motoristas que realizariam o transporte das amostras, execução dos testes Anti-HIV: ‘Elisa’ e ‘IFI’, encaminhamento para o HEMOAM das amostras que necessitassem de elucidção através do teste WESTERN BLOT, encaminhamento dos resultados às unidades de saúde pelos motoristas da SEMSA no momento de entrega das amostras.

À Secretaria Municipal de Saúde caberia o fornecimento de materiais de consumo e permanente necessários à coleta, armazenamento e transporte das amostras, garantir carro para transporte das amostras e laudos, fornecimento de kits para realização dos testes ELISA 1 e ELISA 2 (Triagem), fornecimento dos formulários para encaminhamento de amostras.

Os bioquímicos das unidades de saúde e da Fundação Alfredo da Mata definiriam os dias para a coleta e o resgate de amostras, que seriam realizados uma vez por semana.

As unidades com funcionamento 24 horas, como Maternidade e o Ambulatório de Alta Resolutividade – AAR – coletariam amostras diariamente e o resgate seria feito duas vezes por semana.

Foi definido um fluxo básico a ser seguido pelos laboratórios das unidades coletoras, relativo às amostras de sangue coletadas: Coleta, Separação do Soro, Alicotagem, Identificação, Armazenamento em congelador. No Transporte para o laboratório de Referência para o diagnóstico, as amostras de sangue deveriam estar acompanhadas das solicitações da sorologia e da relação das amostras coletadas.

Definidas as competências, passou-se a verificar os itens necessários para a organização do serviço nas unidades de saúde, como impressos (formulários para entrevista, requisições), material para o laboratório, transporte, busca ativa, referenciamento de soropositivos.

Os usuários soropositivos deveriam ser encaminhados para o Instituto de Medicina Tropical, Unidade de Referência para controle e tratamento de HIV/AIDS, através de encaminhamento e de um cartão ( Anexo 1) que tinha por finalidade controlar a referência e contra-referência. Na prática, este sistema nunca chegou a funcionar.

A testagem para HIV foi implantada a princípio em três unidades de saúde: Centro de Saúde Djalma Batista, na zona Oeste, Centro de Saúde Frank Calderon, na zona Centro-Sul e Ambulatório de Alta Resolutividade – AAR – Dr. Comte Telles, na zona Leste da cidade, no segundo semestre de 2002.

Outras estratégias para implantação envolviam a capacitação profissional, organização do serviço, divulgação do serviço e avaliação da operacionalização das ações. Os profissionais foram capacitados pela Fundação Alfredo da Mata para as atividades de coleta, preparo, armazenagem das amostras e para a realização do aconselhamento.

Para a implantação não houve necessidade de reformas e/ou ampliações das unidades, mas foi necessário equipá-las com o material necessário para a realização do teste, bem como com equipamentos áudio visuais para a realização das atividades de educação em saúde, incluindo aconselhamento coletivo.

Cada unidade ficou responsável pela organização da rotina de acordo com a realidade de cada serviço de saúde, que incluía:

- Recepção

- Preparo (Peso e Medição da Pressão Arterial)
- Aconselhamento Coletivo (Sala de Espera)
- Consulta (Médico, Enfermeiro, Assistente Social, etc.)
- Aconselhamento Pré-Teste
- Coleta
- Aconselhamento Pós-Teste
- Referenciamento dos casos positivos ao Instituto de Medicina Tropical – IMTM

Nos primeiros seis meses da implantação, as unidades chegaram a realizar 1.600 exames sorológicos para HIV, dos quais 12 foram positivos, sendo 08 grávidas.

Em 2003, em exposição feita sobre a experiência do CTA do Centro de Saúde Djalma Batista, foram colocadas algumas dificuldades observadas na implantação das ações:

- Déficit de recursos humanos para atendimento à demanda dos programas existentes na unidade e mais do CTA;
- Espera longa por parte dos usuários de outros programas, pois o atendimento do CTA demandava maior tempo por causa do aconselhamento, o que, muitas vezes causava a evasão dos usuários;
- Constrangimento por parte dos usuários em aceitar a realização do exame, quando da realização da sala de espera (coletivo);
- Insuficiência de materiais didáticos e educativos para divulgação do CTA nas comunidades, escolas, profissionais do sexo dentre outras populações;
- Dificuldade de acesso de usuários soropositivos detectados no CTA, ao Centro de Referência para acompanhamento e tratamento, causando angústia, ansiedade e perda dos pacientes pelas unidades.
- Falta de Agentes Comunitários de Saúde, inviabilizando a Busca Ativa e/ou acompanhamento mais próximo dos pacientes soropositivos;
- Inexistência do FEED BACK por parte dos centros de Referência, pois a unidade de saúde desconhecia se o usuário encaminhado realmente compareceu para o acompanhamento;
- Falta de apoio do nível central – melhorar a infra-estrutura da Unidade Básica de Saúde.

Após este período inicial de implantação, a descentralização da testagem foi ampliada para mais 08 unidades de saúde, com uma tendência de crescimento para outros serviços da atenção básica.

Neste período, a coordenação municipal já apontava como um ponto de estrangulamento das ações, a falta de realização pelo Município do diagnóstico laboratorial do HIV, e já colocava como proposta para melhoria do acesso e da qualidade das ações a implantação de um laboratório para diagnóstico do HIV no próprio Município.

Esta proposta foi concretizada em 2004, quando da implantação do laboratório para diagnóstico do HIV numa unidade de saúde do Município, o Ambulatório de Alta Resolutividade, hoje Policlínica, Dr. Comte Telles, localizado na zona Leste, uma das áreas mais populosas da cidade.

A unidade de diagnóstico foi estruturada para realização da primeira etapa do fluxograma para detecção de anticorpos anti-HIV preconizado pelo Ministério da Saúde, que compreende a coleta e realização dos testes 'ELISA I' e 'ELISA II'. As amostras positivas são encaminhadas ao Laboratório Central - LACEN, que é responsável pelo teste confirmatório e pelos outros testes que compõem as etapas II e III do fluxograma. (Anexo 2).

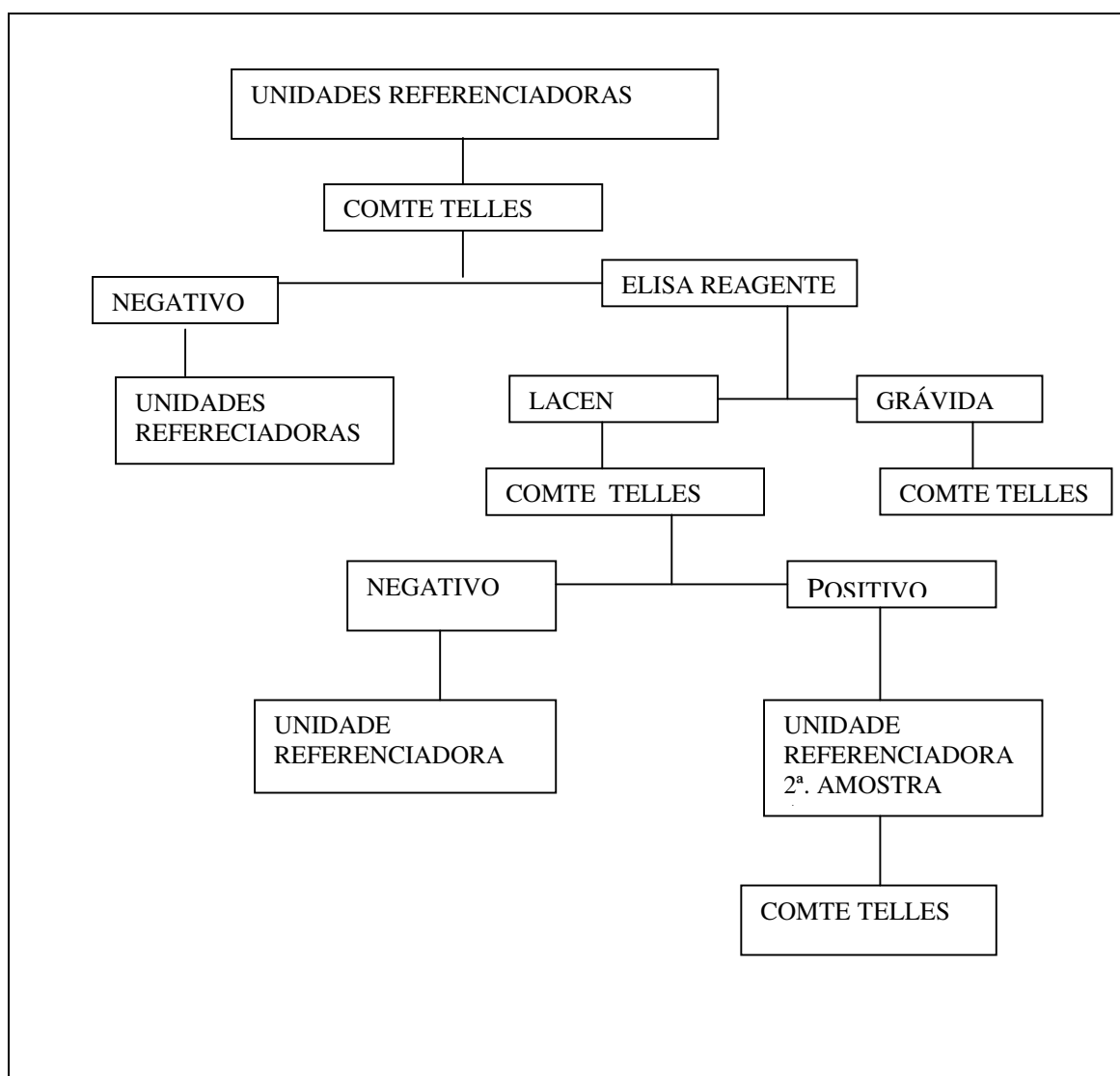
As unidades de saúde que realizavam a coleta de amostras sorológicas, até então denominadas de CTA, se tornaram centros referenciadores ou unidades coletoras, já que foi percebida a grande diferença entre a estrutura dos CTA e as unidades básicas.

Os CTAs foram unidades criadas com objetivo específico de realização de aconselhamento e testagem para HIV e Sífilis, enquanto as unidades básicas atendem a todos os programas e serviços próprios da atenção básica, sendo o aconselhamento e o oferecimento do teste para HIV, ações que deveriam fazer parte da rotina destas unidades.

Paralelo à implantação de sua unidade de diagnóstico laboratorial para o HIV, o Município ampliou o número de unidades coletoras, chegando até o presente momento a 36 unidades realizando coleta sorológica do HIV, das 65 pertencentes à rede municipal de saúde.

O fluxo de amostras sorológicas entre as unidades referenciadoras e a unidade de diagnóstico ficou assim definido, conforme quadro abaixo:

## Quadro 8. Fluxo de Amostras Sorológicas



- As unidades referenciadoras realizam a coleta do material biológico e armazenam o soro em freezer.
- O carro coletor recolhe uma vez por semana o material coletado, levando para a unidade de diagnóstico, a Policlínica Dr. Comte Telles.
- Os resultados negativos são devolvidos pelo mesmo meio de transporte às Unidades Referenciadoras;
- As amostras positivas são encaminhadas ao LACEN para o teste confirmatório;
- O LACEN encaminha o resultado do teste confirmatório para a Policlínica Dr. Comte Telles que o envia para as Unidades de Saúde Coletoras para contato com o usuário e coleta da segunda Amostra Sorológica, que deverá seguir o mesmo fluxo anterior.

Desde a implantação da Unidade de Diagnóstico do Município, tem havido um crescimento gradativo na realização de testes sorológicos para HIV, como demonstrado no quadro abaixo:

**Quadro 9. Número de Testes Sorológicos Realizados pelas Unidades Básicas do Município**

<b>Ano</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>	<b>Dez</b>	<b>Total</b>
<b>2004</b>	221	170	515	618	544	514	552	-	-	-	3.134
<b>2005</b>	977	733	645	467	617	911	751	505	247	1.086	8.007
<b>2006</b>	1.774	1418	-	-	-	-	-	-	-	-	5.781
<b>Total</b>	2.972	2.321	1.160	1.085	1.455	1.425	1.303	505	247	1.086	16.922

Fonte: Núcleo de Apoio ao Diagnóstico- NAD/SEMSA

**2.2 TESTES SOROLÓGICOS PARA HIV E O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA**

A introdução, em 1986, do Teste-Anti HIV foi importante para que um grande universo de pessoas conhecesse seu status sorológico e também para que se pudesse conhecer o verdadeiro perfil da epidemia do HIV/AIDS.

Sabe-se que, no início o teste era disponibilizado apenas nos bancos de sangue, mas, posteriormente, foram sendo progressivamente implantadas unidades com o objetivo específico de realizar a sorologia para o HIV de forma voluntária e anônima.

Essas unidades foram chamadas de Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) e posteriormente de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Em 2003, através da Portaria no. 59 de 28/11/2003, o Ministério da Saúde instituiu as diretrizes para a detecção de anticorpos do vírus HIV, estabelecendo um fluxograma (Anexo 2) que detalha todas as etapas do processo, bem como os tipos de testes que são utilizados, dispostos dentro de uma hierarquia lógica, de acordo com o grau de sensibilidade e especificidade dos mesmos.

Segundo informações disponibilizadas pelo Programa Nacional DST/AIDS, em seu sítio na internet, os tipos de testes para detecção de anticorpos contra o HIV são:

- ELISA: Essa técnica é amplamente utilizada como teste inicial para detecção de anticorpos contra o HIV no sangue do usuário, podendo ser realizada com um

grande número de mostras ao mesmo tempo. Se a amostra for negativa, o resultado é entregue ao usuário. Para as amostras positivas, é necessário a coleta de uma segunda amostra e a realização de testes adicionais, denominados de testes confirmatórios.

- Teste de Imunoflorescência Indireta (IFI) para o HIV: Este teste é de caráter confirmatório e só é realizado quando a amostra de sangue foi positiva no Teste Elisa, sendo um recurso utilizado na segunda etapa do fluxograma para a detecção de anticorpos contra o HIV.
- WESTERN BLOT: Outro teste confirmatório, também realizado quando a amostra do ELISA for positiva.

Este teste é utilizado na terceira etapa do fluxograma para a detecção de anticorpos contra o HIV e tem como objetivo elucidar resultados indeterminados e/ou inconsistências encontradas nas etapas anteriores.

O teste para detecção da infecção pelo HIV é feito a partir da coleta de uma amostra do sangue do usuário e pode ser realizada atualmente nos Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Unidades Básicas de Saúde e laboratórios particulares.

Algumas unidades realizam apenas a coleta do material biológico. Este, por sua vez, é enviado para uma outra unidade, onde é feito todo o processo do diagnóstico, de acordo com o fluxograma para a detecção de anticorpos Anti-HIV, estabelecido pelo Ministério da Saúde.

As Unidades Básicas de Saúde, geralmente, são unidades coletoras das amostras sorológicas. A elas cabe desenvolver um processo de sensibilização dos usuários para a realização do teste, oferecendo serviços e atividades educativas e disponibilizando os insumos necessários para a realização da coleta, preparo, armazenagem e transporte das amostras sorológicas.

Para a realização do Teste Anti-HIV, devem ser observadas algumas recomendações e prerrogativas éticas (MS, 2005), que têm por objetivo resguardar o direito do usuário à privacidade e liberdade de escolha, tais como:

- Voluntariedade: A decisão de realizar a sorologia para o HIV deve ser um ato voluntário por parte do usuário, tomada com bases em informações consistentes.
- Confidencialidade: Direito ao sigilo das informações prestadas ao profissional de saúde.
- Agilidade no encaminhamento de usuários soropositivos para as Unidades de Referência no tratamento e controle do HIV/AIDS.



## **2.3 ACONSELHAMENTO: UMA ESTRATÉGIA DE SENSIBILIZAÇÃO E PREVENÇÃO**

O aconselhamento, enquanto estratégia de prevenção, foi utilizado inicialmente a partir da criação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), em 1988 e tinha como objetivo, a prevenção primária do HIV, adesão do cliente ao tratamento, tratamento dos parceiros e adoção de práticas preventivas (MS, 1999).

O primeiro documento a preconizar recomendações para a realização do aconselhamento foi “Aconselhamento em DST/HIV/AIDS: Diretrizes e Procedimentos Básicos”, produzido pelo Ministério da Saúde em 1988, direcionado aos Centros de Apoio Sorológicos (COAS) e outros serviços que atendiam usuários para a realização do teste diagnóstico para HIV (Araújo e Camargo, 2004).

Esse documento preconizava que, no âmbito das DST/HIV/AIDS, o processo de aconselhamento deveria conter três componentes: apoio emocional, apoio educativo e avaliação de riscos.

O documento preconizava ainda que, quem deveria realizar o aconselhamento seriam profissionais de saúde treinados, membros de comunidades e de organizações civis que trabalham com AIDS.

Apesar do aconselhamento, no início do enfrentamento da epidemia, estar restrito aos COAS e CTA, já havia orientação no sentido de que esta prática não se limitasse a estes serviços, mas que fosse ampliado e se constituísse prática habitual em todos os serviços, principalmente na Atenção Básica. (Araújo et. al. 2004 )

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou o documento “Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica”, definindo recomendações específicas para este nível de atenção, considerando a importância do processo de descentralização e a articulação entre áreas programáticas, de DST/AIDS e Atenção Básica.

Esse documento destaca o papel do profissional de saúde na prática do aconselhamento, que seria o de: ouvir as preocupações do indivíduo; propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades; prover informação, apoio emocional e auxiliar na tomada de decisão para adoção de medidas preventivas.

O documento traz o conceito de aconselhamento e seu objetivo no âmbito da Atenção Básica (MS. 2004):

O Aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa, condições para que avalie seus próprios riscos,

tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas, relacionados às DST/HIV/AIDS.

O aconselhamento na Atenção Básica pressupõe atividades coletivas e individuais, que objetivam a participação ativa do usuário no processo de promoção, prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS.

O Aconselhamento Coletivo é uma atividade que tem por objetivo informar e discutir com os usuários, questões gerais relativas às DST/HIV/AIDS, formas de transmissão, tratamento, prevenção, além de divulgar e oferecer a sorologia aos usuários participantes da atividade.

O Aconselhamento Coletivo pode ser realizado na Sala de Espera ou em atividades de grupos específicos, como Planejamento Familiar, Hipertensos, Pré-Natal, dentre outros. (MS, 2004).

O pré-teste é uma entrevista individualizada com os usuários sensibilizados e interessados na realização da sorologia para HIV.

Nesse procedimento são obtidas informações de conteúdo sócio-demográfico, comportamental, vulnerabilidade, dentre outras, tendo como suporte a utilização de um roteiro previamente elaborado (Anexo 3), pelo serviço de saúde.

O Aconselhamento Pré-Teste objetiva a troca de informações e a discussão com o usuário sobre percepção e avaliação de risco, vulnerabilidade, prevenção e redução de danos em relação às DST/HIV/AIDS.

O Ministério da Saúde, através do Manual de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS (MS, 2004), estabeleceu as diretrizes que devem ser consideradas no momento da realização do Pré-Teste, tais como:

- A reafirmação do caráter confidencial e o sigilo das informações;
- A troca de informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste e o impacto na vida de cada usuário;
- Consideração sobre as possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste, e a importância de reforçar as medidas de prevenção neste período;
- Reforçar a necessidade de tratamento dos parceiros sexuais;
- Enfatizar a relação entre DST e HIV/AIDS;
- Verificar e discutir com o usuário sobre o apoio emocional e social disponíveis, como família, parceiros, amigos, trabalho e outros;

- Trabalhar a estratégia de avaliação de riscos, explorando situações e discutindo medidas de prevenção específicas para o usuário.

O pós-teste é o momento de entrega do resultado da sorologia. Este é um procedimento individual e deve ser realizado preferencialmente pelo mesmo profissional que realizou o Pré-Teste.

No Pós-Teste, o usuário será informado de sua situação sorológica. Este é um momento para retomar as informações e orientações feitas no pré-teste e também para discutir e definir com o usuário as providências necessárias, considerando o resultado do teste.

As recomendações que devem ser consideradas na realização do Pós-Teste, de acordo com o documento do Ministério da Saúde referido anteriormente, são:

- Reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações.

Em caso de Resultado Negativo:

- Lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- Lembrar que um resultado negativo significa que a pessoa não está infectada ou está infectada tão recentemente que não produziu anticorpos para a detecção pelo teste;
- Avaliar a possibilidade de o usuário estar em janela imunológica e a necessidade de retestagem;
- Rever a adesão ao preservativo e não compartilhamento de agulhas e seringas no caso de usuários de drogas injetáveis;
- Definir um plano viável de redução de riscos que leve em consideração as questões de gênero, vulnerabilidade para o HIV, diversidade sexual, uso de drogas e planejamento familiar

No caso de Resultado Positivo:

- Permitir ao usuário tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos, prestando o apoio emocional necessário;
- Lembrar que um resultado positivo não significa morte, ressaltando que a infecção é tratável;
- Reforçar a necessidade do uso do preservativo e não compartilhamento de agulhas e seringas no caso de usuários de drogas injetáveis, lembrando a necessidade de redução de risco de reinfecção e transmissão para os outros;
- Enfatizar a necessidade de o resultado ser comunicado ao (s) parceiro (s) sexual (is);

- Orientar quanto à necessidade de os parceiros sexuais realizarem o teste anti-HIV;
- Contribuir para um plano viável de redução de riscos que leve em conta as questões de gênero, vulnerabilidade, planejamento familiar, diversidade sexual e uso de drogas;
- Referenciar o usuário para os serviços de assistência necessários, incluindo grupos comunitários de apoio, enfatizando a importância de acompanhamento médico, psicossocial periódico, para a qualidade de vida;
- Agendar retorno.

No caso de Resultado Indeterminado:

- Lembrar que um resultado indeterminado significa que deve ser coletada uma nova amostra após 30 dias da emissão do resultado da primeira amostra;
- Reforçar a adoção de práticas seguras para a redução de risco de infecção pelo HIV e por outras DST;
- Considerar com o usuário possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante mais este período de espera do resultado de teste.

No Município de Manaus, a prática do Aconselhamento para DST/HIV/AIDS começou em 1996, através de um programa de treinamento de profissionais, visando a implantação da assistência e controle das doenças sexualmente transmissíveis, realizado em parceria com a Fundação Alfredo da Mata.

O programa objetivava capacitar profissionais para o manejo de pacientes através da abordagem sindrômica e para a prática do aconselhamento.

A capacitação era baseada nas diretrizes e procedimentos básicos para Aconselhamento em DST/HIV/AIDS, emanadas do Ministério da Saúde.

A partir de 2002, a capacitação já incluía o aconselhamento pré-teste e pós-teste para o HIV, sendo os profissionais treinados para a entrega do resultado da sorologia, que começava a ser implantada nas Unidades Básicas de Saúde.

### **CAPÍTULO III. AVALIAÇÃO, CONCEITOS E ABORDAGENS**

Avaliação é um termo e/ou uma atividade que está presente no nosso dia a dia. Às vezes fazemos avaliação sem saber. Quando queremos atingir determinado objetivo, realizamos ações para alcançá-los, como também procuramos refletir sobre por que não alcançamos este ou aquele objetivo.

Ander-Egg et. al. (1994) discutem a questão da avaliação na prática cotidiana, considerando a avaliação informal, uma ponderação baseada em valores, que servirão de parâmetro para saber se conseguimos realizar uma determinada ação, levando em conta os propósitos iniciais.

Para avaliar serviços ou atividades, esses autores colocam a necessidade de se realizar avaliações sistemáticas.

A avaliação, enquanto processo sistemático e científico, data do pós-guerra, nos anos 40, a partir do aparecimento dos programas públicos nas áreas de educação, emprego e social, momento em que o Estado passou a absorver e assumir esses programas, dispensando para isto os recursos, sendo necessário encontrar os meios de melhor distribuí-los. (Contandriopulos et. al. In Hartz, 1997).

A avaliação nasceu vinculada às abordagens econômicas, que se mostraram limitadas quando utilizadas em outras áreas, como as sócio-educacionais, o que provocou o surgimento de estudiosos e uma profissionalização da avaliação. (Contandriopoulos et. al. In Hartz, 1997).

Guba e Lincoln (1990) abordam sobre o processo de mudanças metodológicas que a avaliação sofreu no decorrer de sua história, passando por quatro gerações de avaliadores.

Segundo esses autores, a cada geração de avaliadores, foram sendo desenvolvidas e incorporadas novas abordagens metodológicas.

A primeira foi a geração da medição, onde o papel do avaliador era técnico, tendo que conhecer e/ou criar os instrumentos para medir as variáveis escolhidas.

A segunda geração, entre os anos 20 e 30, foi a da descrição. Esta abordagem visava descrever os pontos fracos e fortes em relação aos objetivos propostos. A medição, característica da geração anterior, foi mantida como ferramenta técnica.

A terceira é considerada por Guba e Lincoln como a geração do julgamento. O avaliador assume o papel de juiz, pois tinha que dar notas a alguém ou alguma coisa, em relação ao seu mérito, a partir de padrões e/ou critérios externos.

Um estudo importante para essa geração foi o trabalho de Robert Stake (1967), “A Outra Natureza e a Outra Face da Avaliação – O julgamento”.

Essa geração manteve as funções técnicas das gerações anteriores, medição e descrição, mas considerava que os objetivos, as metas e a performance também faziam parte de um problema.

Guba e Lincoln denominam a quarta geração de avaliadores de construtiva /responsiva. Este tipo de avaliação determina parâmetros e limites, por meio de um processo negociado e interativo e que envolve os vários interessados.

Nesse processo de mudança no pensamento e nas abordagens avaliativas, vários são os conceitos e métodos utilizados pelos diversos autores, que podem se adequar a momentos específicos.

Nesse universo metodologicamente diversificado, os conceitos de avaliação também variam de acordo com os seus autores, conforme demonstram Ander-Egg et. al (1994).

**Quadro 10. Conceitos de Avaliação de acordo com o autor e ano de referência:**

AUTOR	ANO	CONCEITO
Tyler	1942	“ Processo que tem por objetivo determinar até que ponto foram alcançados os objetivos previamente estabelecidos”
James e Champagne	1969 1985	“Fazer um juízo sobre uma atividade, um recurso ou um resultado.”
Donabedian	1966	“Determinar o valor ou o grau de êxito na consecução de um objetivo determinado.”
Natarajan	1983	“Avaliação só será útil se for utilizada como meio para melhorar um programa.”
Cronbach	1983	“Processo sistemático de coleta e valoração de informação útil para uma eventual tomada de decisões.”
OMS	1981	“É um meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para o melhoramento das atividades em curso e para o fomento de um planejamento mais satisfatório mediante uma seleção rigorosa entre as diferentes possibilidades de ação futura. Deve ser, pois, um processo permanente que busca aumentar a pertinência, a eficiência e a eficácia das atividades da saúde.”

Assim como os conceitos, os tipos de avaliação podem ser classificados a partir de diferentes critérios: segundo o momento em que avalia (antes, durante e depois); segundo as funções que a avaliação deve cumprir (somativa, formativa); segundo a

procedência dos avaliadores (externa, interna, mista, auto-avaliação); segundo os aspectos do programa (necessidades, processos, resultados, eficácia, custos), (Ander-Egg et. al. 1994).

### **3.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

O processo de saúde visto como um fenômeno complexo, que envolve determinações de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica, impõe a necessidade de uma relação estreita entre as práticas e as necessidades, no sentido de modificar determinadas situações de saúde, atendendo ou não às necessidades de uma dada população. É nesta vertente que a avaliação ganha relevância (Silva e Formigli, 1994).

A questão da avaliação em saúde teve marco inicial nos anos 50, a partir da expansão dos serviços de saúde, o rápido desenvolvimento tecnológico da prática médica, dos elevados custos das novas técnicas e a crescente responsabilidade dos governos no financiamento da atenção à saúde. (Nemes, 2001).

Nos anos 60 e 70 apareceram outras vertentes da investigação avaliativa principalmente relacionada à avaliação de qualidade (focado em serviços assistenciais de saúde, especialmente médicos). (Nemes, 2001).

Avedis Donabedian foi um dos primeiros estudiosos a desenvolver um quadro conceitual para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir do cuidado médico, com reflexões sobre o conhecimento técnico-científico, as relações interpessoais entre profissionais e pacientes e as amenidades, ligadas ao conforto e estética das instalações e equipamentos.

Esse quadro conceitual apontava três componentes básicos e estáveis para a avaliação de serviços de saúde: estrutura, processo e resultado, (Donabedian, 1980).

A estrutura correspondia às características mais estáveis de um serviço, tais como: recursos humanos, físicos, materiais e financeiros, necessários à assistência médica, incluído financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.

O processo diz respeito às atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo.

O resultado seria o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Posteriormente, Donabedian ampliou seu modelo conceitual, para o que ficou conhecido como os sete pilares da qualidade em saúde: Eficácia, Efetividade, Eficiência, Otimização, Aceitabilidade, Legitimidade e Equidade.

Muitas outras abordagens em avaliação foram desenvolvidas a partir dos estudos de Donabedian, ou mesmo a partir da crítica sobre as limitações de suas teorias. A seguir, citaremos algumas abordagens de avaliação, desenvolvidas por diferentes estudiosos, a partir da revisão feita por Cruz. et. al, 2005.

Stake desenvolveu a matriz de Contingência e Congruência para analisar a relação da intervenção e os efeitos, e entre o contexto, intervenção e efeitos, respectivamente.

Worthen destaca abordagens diferenciadas, baseada no objeto, nos objetivos e no público-alvo. Patton desenvolveu uma abordagem denominada Avaliação Focada na Utilização – AFU – onde a avaliação é um processo participativo envolvendo os principais atores e uma investigação sistemática de como o produto da avaliação é utilizado.

Contandriopoulos dá ênfase ao julgamento de valor de uma intervenção, que pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). (Hartz et. al. 1997).

A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer o julgamento de uma intervenção comparando a estrutura (recursos empregados), processo (serviços ou bens produzidos) e os resultados obtidos com os critérios e normas preestabelecidos.

A pesquisa avaliativa é um julgamento “ex-post” de uma intervenção analisando a pertinência, considerando produtividade, efeitos, rendimentos e a relação com o contexto etc. (Hartz et. al. 1997).

As avaliações de programas sociais, ou, mais especificamente, da saúde, vêm tentando romper com o modelo baseado unicamente nos efeitos trazidos por uma intervenção, ou seja, em saber apenas se a intervenção aconteceu ou não.

Esse modelo é conhecido como “black box experiment” ou modelo caixa-preta (Denis et. al. 1997).

As avaliações devem considerar o processo existente entre a intervenção e os efeitos observados considerando os fatores explicativos dos resultados obtidos.



Denis e Champagne in Hartz, 1997, propõe a análise da implantação como modelo que objetiva especificar os fatores que influenciam os resultados de uma intervenção.

Por implantação os autores entendem ser o uso apropriado e suficientemente intensivo da intervenção.

Uma abordagem alternativa de avaliação foi desenvolvida através da utilização de Modelos Lógicos do Programa e da Avaliação. O primeiro, com a função de descrever a racionalidade do programa, estabelecendo a relação entre a intervenção e os efeitos, e o segundo, objetivando responder perguntas avaliativas, definindo critérios e padrões e propondo o uso concreto para a avaliação realizada.(Cruz et. al, 2005)

A avaliação dos serviços de saúde privilegia metodologias quantitativas e qualitativas, elaboração de indicadores capazes de medir toda abrangência do processo de trabalho, considerando eixos estruturadores, tais como: Acesso, acolhimento, vínculo de responsabilização e resolubilidade. (Silva Junior, 2006).

As avaliações das ações de saúde no Brasil, só recentemente estão sendo alvo de preocupações (Nemes, 2001), em algumas áreas programáticas.

Um dos programas que tem dado grande importância à avaliação é o Programa de AIDS, caracterizado por uma diversidade de ações de organizações governamentais e não-governamentais, que necessitam de informações consistentes sobre a efetividade das ações implementadas (Cruz et all, 2005).

A atenção básica também produziu estudos que desencadearam a construção de uma proposta de avaliação na atenção básica de saúde como componente de gestão, com o propósito de dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, devendo subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços (MS, 2005).

## **CAPÍTULO IV. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E METODOLOGIA DO ESTUDO**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar se a intervenção das ações de aconselhamento e testagem para HIV, em Unidades Básicas de Saúde do Município de Manaus, estão de acordo com as normas do Programas de DST/AIDS.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Avaliar a adequação da infra-estrutura das Unidades Básicas de Saúde para o desenvolvimento das ações de Aconselhamento e Testagem para HIV;
2. Verificar a disponibilidade e a manutenção de recursos necessários à implementação das ações;
3. Verificar a organização da rotina dos serviços no sentido de absorver as ações de testagem e aconselhamento para HIV;
4. Avaliar se as ações de aconselhamento e Testagem para HIV estão sendo realizadas e se realizadas de acordo com os objetivos e normas propostos;

### **4.3 PERGUNTA AVALIATIVA**

As ações de Aconselhamento e testagem para HIV nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Manaus, estão sendo realizadas de acordo com as normas e objetivos propostos?

Qual o grau de adequação dessas ações e que fatores explicam o grau de adequação observado?

### **4.4 MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo pretende avaliar a implementação das ações de Testagem e Aconselhamento para HIV em Unidades de Saúde do Município de Manaus, verificando sua conformidade com os objetivos, critérios e normas estabelecidos pelo Programa DST/AIDS e, neste sentido, tratar-se-á de uma avaliação normativa.

A avaliação normativa é um tipo de avaliação que visa fazer o julgamento de uma intervenção a partir da aplicação de critérios e normas. (Contrandriopoulos et. al. 1997).

Na avaliação normativa, é possível avaliar aspectos da estrutura, do processo e dos resultados de uma determinada intervenção, ou seja, verificar se os recursos empregados e os serviços prestados são adequados e se os resultados observados correspondem aos objetivos esperados, de acordo com os critérios e normas estabelecidos. (Contrandriopoulos et. al. 1997).

Partindo dessa premissa, este estudo terá como referencial, o conceito de avaliação proposto por Contrandriopoulos, que estabelece uma racionalidade com o tipo de avaliação utilizado no presente estudo:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. (Contandriopoulos et al 1997).

Para Contandriopoulos et. al. (1977), uma intervenção é constituída pelo conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos), organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços, com o objetivo de modificar uma situação problemática.

A primeira etapa de um processo avaliativo é a descrição da intervenção a ser avaliada. Para tanto, foi construído um Modelo Lógico para descrever a racionalidade subjacente entre os componentes da intervenção e seu encadeamento lógico.

O modelo lógico é um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e os resultados que são esperados. ( Rowan apud Medina et. al. 2000),

Construir o desenho lógico de um programa significa esquadrinha-lo em termos de constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização (Medina et. al. 2005).

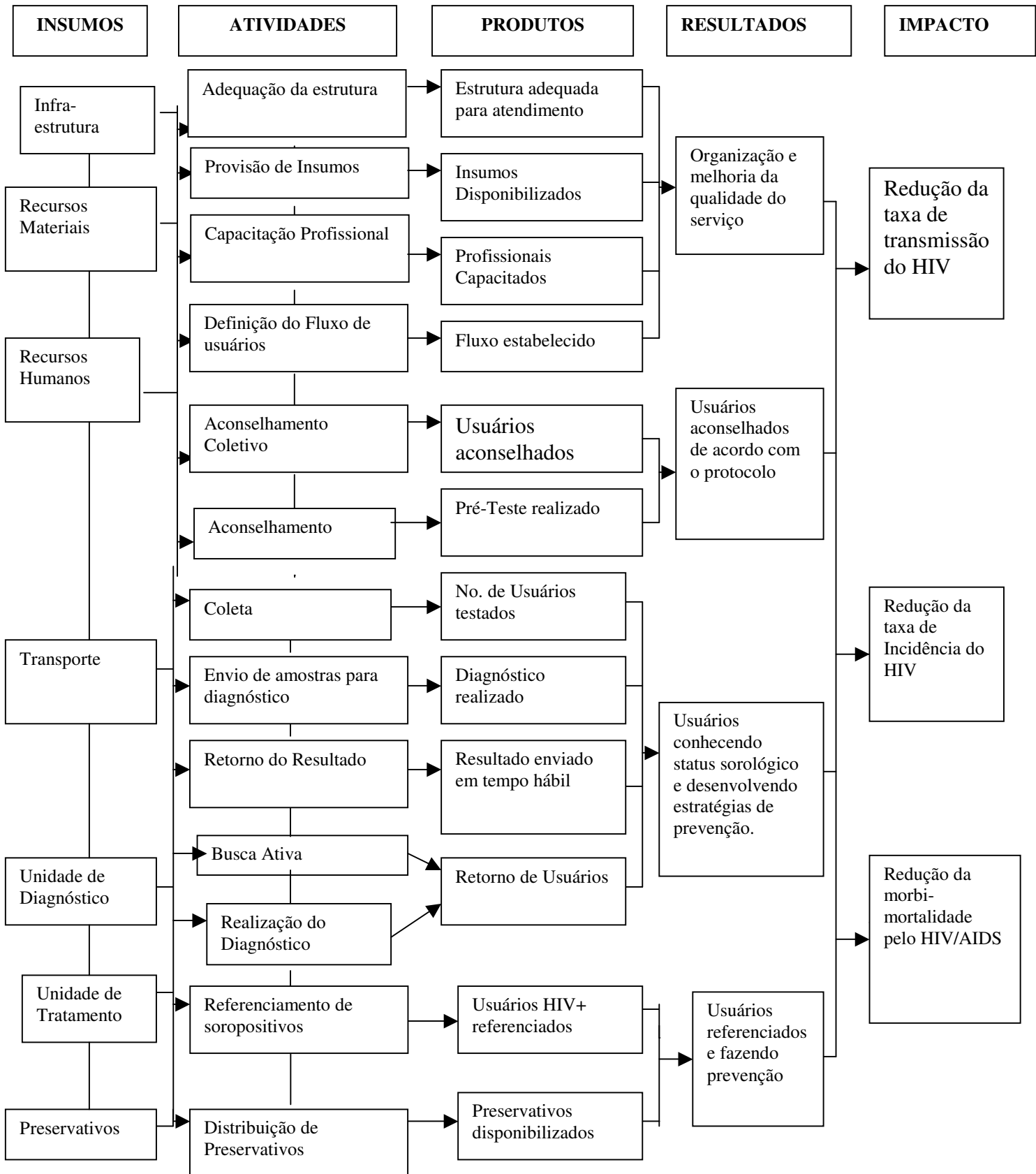
Para analisar a adequação da intervenção, será utilizado o estudo de caso, que é uma estratégia de pesquisa na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A observação é feita no interior de cada caso. A potência explicativa desta estratégia se apóia na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso, assim como a coerência destas relações no tempo. A

potência explicativa decorre da profundidade da análise do caso e não do número de unidades”. (Denis e Champagne, 1997).

Na página seguinte, apresentamos o modelo lógico das ações de testagem e aconselhamento em Unidades Básicas do Município de Manaus, cujos componentes estão assim discriminados:

- **INSUMOS:** São os recursos materiais e humanos, além da estrutura física;
- **ATIVIDADES:** Conjunto sistemático de ações necessárias à implementação da intervenção;
- **PRODUTOS:** São os efeitos esperados com a realização das atividades;
- **RESULTADOS:** Efeitos relacionados à população alvo do programa;
- **IMPACTO:** Considera as mudanças de comportamento ocasionadas pela intervenção na população em geral, mas a longo prazo. O impacto dificilmente é atribuído a apenas uma intervenção, ele é o resultado acumulado de todas as ações desenvolvidas enfrentamento de uma determinada problemática.

## MODELO LÓGICO DAS AÇÕES DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO:



A próxima etapa do processo avaliativo é o julgamento, que será realizada a partir dos indicadores e critérios estabelecidos para medir o grau de adequação das ações. Para tanto, foi construído o Modelo teórico da Avaliação (MTA) a partir dos componentes da intervenção: Insumos e Atividades.

Estes componentes permitem fazer uma avaliação da estrutura e do processo da intervenção proposta, bem como apreciar alguns aspectos dos resultados, apesar deste tipo de avaliação não ser o foco deste estudo, por necessitar de um desenho mais complexo, embasado por uma pesquisa avaliativa

As dimensões de estrutura, processo e resultado, segundo Donabedian, seriam os componentes mais estáveis da assistência médica e de saúde. A estrutura consiste das características que possibilitam a oferta de serviços, incluindo recursos, humanos e materiais, instalações, financiamento, etc. O processo são as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos, podendo ser analisado sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. O resultado é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas. (Donabedian, 1980).

No quadro abaixo, apresentamos o Modelo Teórico da Avaliação, com as dimensões e sub-dimensões definidas para nortear o processo avaliativo proposto por este estudo.

**Quadro 11. Modelo Teórico da Avaliação: Dimensões e Sub-Dimensões.**

<b>DIMENSÕES</b>	<b>SUB-DIMENSÕES</b>
<b>Estrutura</b>	<b>INSUMOS:</b> - Infra-estrutura e adequação - Recursos Humanos - Recursos Materiais
<b>Processo</b>	<b>ATIVIDADES:</b> - Provisão de Insumos - Capacitação profissional - Aconselhamento - Organização da Rotina de Serviços - Supervisão e Avaliação
<b>Resultado</b>	- Acesso - Integralidade

Apesar deste estudo não ter a proposta de fazer uma avaliação de resultado, achamos importante considerar aspectos do acesso e da integralidade das ações, pois são fatores que afetam diretamente a população-alvo e que permearam todo o processo de investigação.

O acesso, na concepção de Andersen, é um dos elementos do sistema de saúde que está ligado à organização dos serviços, no que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento e que é influenciado por fatores que determinam um maior ou menor grau de utilização destes serviços por parte dos usuários. (Travassos et. al., 2004).

A integralidade da atenção é uma dimensão que necessita, dentre outros aspectos, do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde e da articulação dos serviços numa rede complexa que garanta o acesso às várias tecnologias em saúde. (Cecílio, 2001).

Após a escolha das dimensões e sub-dimensões da avaliação, foi construída a matriz de análise e julgamento, onde estão incluídos os indicadores, critérios e pontuações que deverão caracterizar o grau de adequação das ações de testagem e aconselhamento para HIV.

Para cada sub-dimensão foram construídos indicadores com o objetivo de demonstrar o grau de adequação da mesma. Para cada indicador foi estabelecida uma pontuação máxima, de valor 3.0, cuja soma total, estabeleceria o valor máximo de cada sub-dimensão.

Para cada indicador foram definidos, também, os critérios para o julgamento, para os quais foram estabelecidas pontuações máximas de valor 3.0, para as atividades existentes e 0.0 para as inexistentes.

Na página seguinte, (Quadro 08), está representada a matriz de análise e julgamento da dimensão Estrutura, com as respectivas sub-dimensões de infra-estrutura e adequação, recursos humanos e recursos materiais.

Para cada sub-dimensão, foram definidos os indicadores e os critérios para julgamento, com os respectivos valores, de acordo com a pontuação já descrita anteriormente.

**Quadro 12. Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.), das sub-dimensões infra-estrutura e adequação, recursos humanos e recursos materiais.**

Dimensão	Sub-dimensões	Indicadores	Pontuação do Indicador	Critérios	P. M.	P. A.	
E S T R U T U R A	Infra-Estrutura e Adequação	Existência e adequação de espaço para Aconselhamento Coletivo	3.0	Existente	3.0		
				Inexistente	0.0		
			3.0	Adequado	3.0		
				Inadequado	0.0		
		Existência e adequação de sala para o Aconselhamento individual	3.0	Existente	3.0		
				Inexistente	0.0		
			3.0	Adequado	3.0		
				Inadequado	0.0		
		Existência e adequação de Laboratório	3.0	Existente	3.0		
				Inexistente	0.0		
			3.0	Adequado	3.0		
				Inadequado	0.0		
	<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>			<b>18.0</b>	<b>18.0</b>		
	Recursos Humanos	Existência de equipe mínima.	Médico	3.0	Existente	3.0	
					Inexistente	0.0	
			Enfermeiro	3.0	Existente	3.0	
					Inexistente	0.0	
		Assistente Social	3.0	Existente	3.0		
				Inexistente	0.0		
		Bioquímico	3.0	Existente	3.0		
				Inexistente	0.0		
	<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>			<b>12.0</b>	<b>12.0</b>		
	Recursos Materiais	Disponibilidade de material para coleta, preparo e armazenagem das amostras.	3.0	Disponível	3.0		
				Indisponível	0.0		
		Existência de Protocolo de coleta, preparo e armazenagem	3.0	Existente	3.0		
				Inexistente	0.0		
		Existência de Roteiro para entrevista pré e pós-teste	3.0	Existente	3.0		
Inexistente				0.0			
Existência de Protocolo de Aconselhamento		3.0	Existente	3.0			
			Inexistente	0.0			
Disponibilidade de Material Instrucional		3.0	Disponível	3.0			
			Indisponível	0.0			
Existência de Transporte		3.0	Existente	3.0			
			Inexistente	0.0			
Disponibilidade de Preservativos	3.0	Disponível	3.0				
		Indisponível	0.0				
<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>			<b>21.0</b>	<b>21.0</b>			
<b>TOTAL DA ESTRUTURA</b>			<b>51.0</b>	<b>51.0</b>			

Na sub-dimensão da Infra-estrutura e Adequação, os indicadores escolhidos para a avaliação foram:



- 1) Existência e adequação de espaço para aconselhamento coletivo: Se as unidades dispõem de local para a realização de atividades coletivas, como Sala de Espera, Auditório e que sejam adequados no sentido de proporcionar a realização de um trabalho com qualidade: ausência de barulho e movimentação de pessoas, refrigeração, etc.
- 2) Existência e adequação de espaço para realização do aconselhamento individual: Se a unidade dispõe de salas que proporcionem um atendimento individualizado e confidencial do usuário.
- 3) Existência e adequação de laboratório para a realização do teste Anti-HIV e todo o procedimento relativo a preparação do material sorológico.

Cada indicador tem uma pontuação máxima de valor 3.0. A soma da pontuação máxima dos indicadores fornecerá o valor total da sub-dimensão, que neste caso é 18.0.

Na sub-dimensão recursos humanos, o indicador demonstrará a existência dos profissionais que formam a equipe mínima estabelecida para realizar o atendimento das ações de coleta e aconselhamento para o teste Anti-HIV: médico, enfermeiro. Assistente social e bioquímico.

A existência de cada profissional pertencente a equipe mínima, receberá pontuação máxima de valor 3.0. A soma da pontuação máxima destes indicadores indica o valor máximo da sub-dimensão que é 12.0.

Na Sub-Dimensão Recursos Materiais estão relacionados os seguintes indicadores:

- 1) Disponibilidade de material para a Coleta, Preparo e Armazenagem das Amostras Sorológicas: Aqui será observada a existência, no laboratório, do material preconizado para a atividade de coleta, preparo e armazenagem de amostras.
- 2) Existência de Protocolo de Coleta, Preparo e Armazenagem das Amostras Sorológicas: Será observado se no laboratório está afixado ou disponível o protocolo onde estão preconizadas as diretrizes desta atividade.
- 3) Existência de Roteiro para Entrevista Pré-Teste e Pós-Teste: O objetivo é verificar se o instrumento existe e está disponível para os profissionais que realizam o aconselhamento individual.
- 4) Existência do Protocolo de Aconselhamento: Aqui verificaremos se o Protocolo com as diretrizes estabelecidas para a realização do

Aconselhamento está disponível para os profissionais que realizam a atividade de aconselhamento.

- 5) Disponibilidade de Material Instrucional: Será verificada a existência de folderes, álbum seriado, cartilhas, dentre outros materiais necessários para a realização do Aconselhamento Coletivo e Individual.
- 6) Existência de Transporte: Se as unidades de saúde dispõem de transporte próprio para a realização de atividades externas, como a busca ativa.
- 7) Disponibilidade de Preservativos: Será observada a existência e disponibilidade deste insumo para distribuição no ato do aconselhamento individual e em outros programas existentes na unidade, como Planejamento Familiar e DST.

Cada indicador desta sub-dimensão recebeu pontuação máxima de valor 3.0. A soma destes indicadores fornecerá a pontuação máxima da sub-dimensão, que terá valor 21.0. Somadas a pontuação das sub-dimensões, obteremos o valor da dimensão estrutura, cujo valor máximo é 51.0.

A matriz de julgamento da dimensão processo, estará representada nas páginas seguintes, dividida em três planilhas, com as respectivas sub-dimensões: provisão de insumos, capacitação profissional, aconselhamento, organização da rotina de serviços, supervisão e avaliação.

Na Sub-Dimensão Provisão de Insumos os indicadores demonstrarão se o provimento de material para coleta, preparo e armazenagem de amostras sorológicas, material instrucional e preservativos é uma atividade programada ou não, considerando a importância deste material estar disponível para as atividades afins.

Cada indicador recebeu uma pontuação máxima de valor 3.0, perfazendo o total de 9.0, na pontuação máxima da sub-dimensão.

Na sub-dimensão Capacitação Profissional, os indicadores demonstrarão se os profissionais que formam a equipe mínima foram treinados para a realização das atividades de coleta e do aconselhamento.

**Quadro 13. Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.), das sub-dimensões Provisão de insumos., capacitação profissional e realização da coleta e aconselhamento.**

Dimensão	Sub-Dimensões	Indicadores	Pontuação do Indicador	Critérios	P. M.	P. A.	
<b>P R O C E S S O</b>	Provisão de Insumos	Provimento de Material para Coleta, Preparo e armazenagem de amostras sorológicas	<b>3.0</b>	Programada	<b>3.0</b>		
				Não Programada	<b>0.0</b>		
		Provimento de Material Instrucional	<b>3.0</b>	Programado	<b>3.0</b>		
				Não Programado	<b>0.0</b>		
		Provimento de Preservativos	<b>3.0</b>	Programado	<b>3.0</b>		
				Não Programado	<b>0.0</b>		
	<b>TOTAL DA SUBDIMENSÃO</b>			<b>9.0</b>	<b>9.0</b>		
	Capacitação Profissional	Equipe capacitada	Médico	<b>3.0</b>	Capacitado	<b>3.0</b>	
					Não capacitado	<b>0.0</b>	
			Enfermeiro	<b>3.0</b>	Capacitado	<b>3.0</b>	
					Não capacitado	<b>0.0</b>	
			Assistente Social	<b>3.0</b>	Capacitado	<b>3.0</b>	
					Não capacitado	<b>0.0</b>	
	Bioquímico	<b>3.0</b>	Capacitado	<b>3.0</b>			
			Não capacitado	<b>0.0</b>			
	<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>			<b>12.0</b>	<b>12.0</b>		
	Realização da coleta e aconselhamento	Equipe capacitada realizando coleta ou aconselhamento.	Médico	<b>3.0</b>	Realiza	<b>3.0</b>	
					Não realiza	<b>0.0</b>	
			Enfermeiro	<b>3.0</b>	Realiza	<b>3.0</b>	
					Não realiza	<b>0.0</b>	
Assistente Social			<b>3.0</b>	Realiza	<b>3.0</b>		
				Não realiza	<b>0.0</b>		
Bioquímico	<b>3.0</b>	Realiza	<b>3.0</b>				
		Não realiza	<b>0.0</b>				
<b>TOTAL SUB-DIMENSÃO</b>			<b>12.0</b>	<b>12.0</b>			
<b>SUB-TOTAL DA DIMENSÃO</b>			<b>33.0</b>	<b>33.0</b>			

Nos critérios para julgamento, cada profissional capacitado, receberá pontuação máxima de valor 3.0. A soma total dos indicadores fornecerá a pontuação máxima da sub-dimensão, que é de valor 12.0.

Na sub-dimensão realização da coleta e aconselhamento, os indicadores demonstrarão se os profissionais que foram treinados, estão realizando as atividades de coleta e do aconselhamento.

Nos critérios para julgamento, cada profissional que esteja realizando a atividade para a qual foi capacitado, receberá pontuação máxima de valor 3.0. A soma total dos indicadores fornecerá a pontuação máxima da sub-dimensão, que é de valor 12.0

No quadro abaixo, está representada a matriz de análise e julgamento da sub-dimensão Aconselhamento.

A Sub-Dimensão Aconselhamento está dividida por seis indicadores que demonstrarão, primeiro se a atividade está sendo realizada, e segundo, se está sendo realizada de acordo com as diretrizes estabelecidas em protocolo específico.

**Quadro 14. Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.), da sub-dimensão aconselhamento.**

<b>Dimensão</b>	<b>Sub-Dimensões</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Pontuação do Indicador</b>	<b>Critérios</b>	<b>P. M.</b>	<b>P. A.</b>
<b>P R O C E S S O</b>	Aconselhamento	Realização do Aconselhamento Coletivo	<b>3.0</b>	Realizado	<b>3.0</b>	
				Não Realizado	<b>0.0</b>	
		Realização do Aconselhamento Pré-teste	<b>3.0</b>	Realizado	<b>3.0</b>	
				Não Realizado	<b>0.0</b>	
		Realização do Aconselhamento pré-teste conforme protocolo	<b>3.0</b>	Conforme	<b>3.0</b>	
				Sem Conformidade	<b>0.0</b>	
		Realização do aconselhamento Pós-Teste	<b>3.0</b>	Realizado	<b>3.0</b>	
				Não Realizado	<b>0.0</b>	
		Realização do Aconselhamento pós-teste conforme protocolo	<b>3.0</b>	Conforme	<b>3.0</b>	
				Sem Conformidade	<b>0.0</b>	
		Modo de Utilização do Roteiro de Entrevista no aconselhamento pré e pós-teste	<b>3.0</b>	Como suporte para discutir e avaliar riscos	<b>3.0</b>	
				Para preenchimento de dados	<b>0.0</b>	
<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>			<b>18.0</b>	<b>18.0</b>		
<b>SUB-TOTAL DO PROCESSO</b>			<b>18.0</b>	<b>18.0</b>		

Nesta sub-dimensão foi incluído um indicador para demonstrar a forma como os profissionais que realizam o aconselhamento estão utilizando o roteiro de entrevista.

Aqui, consideramos o roteiro importante não só para a coleta de informações, mas principalmente para a discussão com os usuários sobre risco, vulnerabilidade e como suporte para fazer uma avaliação de risco junto com os usuários.

Cada indicador recebeu uma pontuação máxima de valor 3,0, cuja soma forneceu uma pontuação máxima para a sub-dimensão de valor 18,0.

No quadro abaixo, está representada a matriz de análise e julgamento da sub-dimensão Organização da Rotina de Serviços e supervisão e avaliação.

**Quadro 15. Indicadores, Critérios e Pontuação Máxima (P.M.) e Pontuação Alcançada (P.A.), das sub-dimensões organização da rotina de serviços e supervisão e avaliação.**

<b>Dimensão</b>	<b>Sub-Dimensões</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Pontuação do Indicador</b>	<b>Critérios</b>	<b>P. M.</b>	<b>P. A.</b>	
<b>P R O C E S S O</b>	Organização da rotina de serviços	Definição do fluxo de acordo com o tipo de usuário	<b>3.0</b>	Definido	<b>3.0</b>		
				Indefinido	<b>0.0</b>		
		Periodicidade de realização da coleta	<b>3.0</b>	Diária/Integral	<b>3.0</b>		
				Diária/Parcial	<b>0.0</b>		
		Periodicidade do Envio de Amostras	<b>3.0</b>	Semanal	<b>3.0</b>		
				Mensal	<b>0.0</b>		
		Tipo de transporte usado para envio de amostras	<b>3.0</b>	Próprio	<b>3.0</b>		
				Externo	<b>0.0</b>		
		Periodicidade da Entrega do resultado ao usuário	<b>3.0</b>	30 dias	<b>3.0</b>		
				60 ou mais	<b>0.0</b>		
		Realização da Busca de usuários	<b>3.0</b>	Realiza	<b>3.0</b>		
				Não realiza	<b>0.0</b>		
	Modo de referenciamento utilizado	<b>3.0</b>	Sistema de Referência e Contra-Referência.	<b>3.0</b>			
			Encaminhado	<b>0.0</b>			
	Oportunidade de entrega preservativos	<b>3.0</b>	No Pré-teste	<b>3.0</b>			
			Mensalmente no PLAFAM e DST	<b>0.0</b>			
	<b>TOTAL</b>		<b>24.0</b>		<b>24.0</b>		
		Supervisão e Avaliação	Realização de supervições programadas pela Coordenação	<b>3.0</b>	. Programado	<b>3.0</b>	
					. Não Programado	<b>0.0</b>	
			Realização de avaliações programadas pela unidade	<b>3.0</b>	. Programado	<b>3.0</b>	
. Não Programado					<b>0.0</b>		
<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>		<b>6.0</b>		<b>6.0</b>			
<b>SUB-TOTAL DA DIMENSÃO</b>		<b>30.0</b>		<b>30.0</b>			
<b>TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO</b>		<b>81.0</b>		<b>81.0</b>			

A Sub-Dimensão Organização da Rotina de Serviços foi dividida em oito indicadores e objetiva demonstrar a realização de serviços considerados essenciais para o desenvolvimento das ações de aconselhamento e coleta para o Teste Anti-HIV.

- a. Definição do fluxo de acordo com o tipo de usuários: Consideramos o fluxo definido aquele que estabelece com clareza a rotina de atendimento para a demanda espontânea, usuários da própria unidade e usuários encaminhados de outros serviços
- b. Periodicidade de realização da coleta: Aqui o indicador pretende demonstrar como as unidades se organizaram para a realização da coleta. Se estão oportunizando a coleta diariamente em horário integral, considerado o ideal, ou se oferecem o serviço em horários programados.
- c. Periodicidade do Envio de Amostras Sorológicas para a Unidade de Diagnóstico: Será verificado o período de tempo estabelecido para o envio de amostras, a partir do período ideal que é de uma semana.
- d. Tipo de transporte utilizado para o Envio das Amostras Sorológicas: Foi considerado ideal se o transporte utilizado for próprio da unidade, garantindo o cumprimento do tempo determinado para o envio das amostras sem causar prejuízos com a demora do transporte.
- e. Periodicidade da Entrega do Resultado aos Usuários: Aqui, consideramos o prazo ideal para a entrega do resultado o período de 30 dias, prazo este estabelecido no início do processo de descentralização da coleta para as unidades básicas de saúde, ocorrido em 2002.

Apesar de a tecnologia permitir a entrega do resultado em um prazo menor, mínimo de 15 dias, consideramos 30 dias um prazo hábil já que as unidades não são responsáveis pelo diagnóstico.

- f. Realização da Busca de Usuários: Este indicador deve demonstrar se as unidades realizam o serviço de busca ativa de usuários que não comparecem para o recebimento do resultado, principalmente os de sorologia positiva.
- g. Modo de referenciamento de usuários soropositivos: Com este indicador, pretendemos demonstrar a existência de um fluxo de referência e contra-referência entre as Unidades Básicas de Saúde e a Unidade de Referência no Tratamento e Controle do HIV/AIDS ou se os usuários apenas são encaminhados sem garantia do atendimento.
- h. Oportunidade de Entrega do Preservativo: Aqui o importante é verificar se o aconselhamento individual está sendo aproveitado como oportunidade para a

distribuição do insumo, importante para que o usuário desenvolva prática preventiva em relação às DST/HIV/AIDS.

Seguindo o mesmo raciocínio anterior, cada indicador recebeu pontuação máxima de valor 3.0. A soma total dos indicadores resultou numa pontuação máxima de 24.0 para a sub-dimensão Organização da Rotina de Serviços.

Na sub-dimensão Supervisão e Avaliação foram construídos dois indicadores para demonstrar se as unidades estão recebendo supervisão sistemática da Coordenação do Programa e se as unidades de saúde estão desenvolvendo estratégias de avaliação das ações implantadas. O objetivo é verificar a existência de programação destas atividades. Cada indicador recebeu pontuação máxima de valor 3.0 e o valor máximo da sub-dimensão é 6.0

Somadas a pontuação das sub-dimensões, obteremos o valor da dimensão processo, cujo valor máximo é 81.0.

O total de pontuações obtidas por cada sub-dimensão, serão sumarizados e representados no quadro abaixo, onde poderão ser comparadas as variações das pontuações alcançadas por cada unidade, com a pontuação máxima estabelecida.

**Quadro 16. Pontuação Sumarizada por Unidade de Saúde em cada Sub-Dimensão**

Dimensão	Sub-Dimensões	Pontuação Máxima	% Máximo	Pontuação Alcançada Por Unidade							
				A	%	B	%	C	%	D	%
PROCESSO	. Infra-Estrutura e adequação	18.0	100%								
	. Recursos humanos	12.0									
	. Recursos Materiais	21.0									
<b>TOTAL PROCESSO</b>		<b>51.0</b>									
ESTRUTURA	. Provisão de Insumos	9.0									
	.Capacitação Profissional	12.0									
	. Realização da coleta e aconselhamento	12.0									
	.Aconselhamento	18.0									
	. Organização da rotina de serviços	24.0									
	. Supervisão e Avaliação	6.0									
<b>TOTAL ESTRUTURA</b>		<b>81.0</b>									
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>132.0</b>									

Para obter o grau de adequação, foi utilizada a proporção: somatório dos pontos observados/total esperado\*100.

No modelo abaixo estão representados os graus de adequação de cada Unidade de Saúde, de acordo com os padrões estabelecidos.

**Quadro 17. Grau de adequação por Unidade de Saúde:**

DIMENSÃO	PADRÃO	%	UNIDADES DE SAÚDE			
			A	B	C	D
ESTRUTURA	ÓTIMO	90 a 100%				
	ACEITÁVEL	60 a 89%				
	INADEQUADO	40 a 59%				
	CRÍTICO	0 a 39%				
PROCESSO	ÓTIMO	90 a 100%				
	ACEITÁVEL	60 a 89%				
	INADEQUADO	40 a 59%				
	CRÍTICO	0 a 39%				

Os pontos de corte, considerados para apresentar o grau de adequação das ações avaliadas, tiveram como base os níveis utilizados por Hartz et. al. (1997), a partir de instrumentos da OPAS, que permite classificar os serviços de saúde.

#### 4.5 SELEÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE

A rede municipal de saúde do Município de Manaus é composta atualmente por 65 unidades de saúde, das quais em 36 foram implantadas ações de coleta e aconselhamento para o teste Anti-HIV. Destas, foram selecionadas as unidades para a pesquisa, de acordo com os seguintes critérios:

1. Desenvolver ações de coleta e aconselhamento para HIV;
2. Localização Geográfica: Foi selecionada 01 Unidade por zona geográfica (Norte, Sul, Leste e Oeste).
3. Modalidade de Atenção: As Unidades Selecionadas deveriam atender As seguintes modalidades de atenção:
  - a. Unidade A: Unidade Básica de Saúde (Zona Sul), escolhida para realização da pesquisa piloto;
  - b. Unidade B: Unidade Básica de Saúde (Zona Oeste);
  - c. Unidade C: Unidade Básica de Saúde/Pronto Atendimento – UBS/PA (Zona Norte);
  - d. Unidade D: Policlínica (Zona Leste).



4. Volume de Coletas realizadas: Foram priorizadas Unidades que apresentaram o maior número de coletas em setembro de 2005.

#### **4.6 FONTES DE INFORMAÇÃO E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Para a coleta de informações, foram utilizadas fontes primárias e secundárias. As fontes primárias utilizadas foram:

1. Entrevista com o Coordenador do Programa.
2. Entrevista com os gestores das Unidades de Saúde;
3. Entrevistas com os profissionais;
4. Observação do Aconselhamento Coletivo e Individual;
5. Check List de Insumos.

Os instrumentos de pesquisa foram construídos especificamente para este estudo, tendo sido testados e validados na pesquisa piloto realizada na Unidade A.

Os instrumentos de observação do aconselhamento coletivo e individual foram construídos com base nas recomendações do Manual de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Esses instrumentos constavam dos conteúdos essenciais para a realização do aconselhamento. Os conteúdos foram listados numa matriz e para cada item foram estabelecidos os seguintes critérios e pontuações:

- 03 – Demonstrar que o profissional abordou o conteúdo de forma correta e ampla, discutindo as questões com os usuários;
- 02 – Demonstrar que o profissional abordou apenas em parte os conteúdos, dando informações incompletas ao usuário;
- 01 – Demonstrar que o profissional não informou, orientou ou discutiu as recomendações básicas do aconselhamento.

As entrevistas objetivaram obter informações sobre a estrutura e a organização das unidades, as atividades que estavam sendo desenvolvidas, a rotina de serviços, o fluxo de atendimento e o trabalho da equipe interdisciplinar.

Os profissionais que foram selecionados para a entrevista foram: enfermeiros, assistentes sociais e bioquímicos, além dos gestores das unidades participantes da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Apesar de inicialmente os profissionais médicos terem sido selecionados para serem entrevistados, no decorrer dos trabalhos, esta categoria foi desconsiderada,

devido ao não envolvimento com as atividades de Aconselhamento, desenvolvidas nas unidades selecionadas.

O Check List consta de todos os insumos necessários para a realização das atividades de coleta e aconselhamento, que foram listados para a verificação in loco da existência ou não dos mesmos.

O Check List de material necessário para a realização da Coleta, Preparo, Armazenagem e Transporte de Amostras Sorológicas foi construído a partir das normas técnicas que norteiam estas atividades.

A estratégia utilizada para a aplicação dos instrumentos de coletas de dados consistiu da observação da estrutura e da organização dos serviços, bem como do acompanhamento da rotina do serviço e do fluxo de atendimento dos usuários.

Para o acompanhamento do fluxo do atendimento, a estratégia utilizada pelo pesquisador foi a abordagem direta ao usuário, quando era explicado a este a proposta e os objetivos da pesquisa, obtendo autorização para acompanhá-lo em sua consulta.

As fontes secundárias utilizadas foram os livros de registro de laboratório e do Aconselhamento.

## **CAPÍTULO V. RESULTADOS**

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de fevereiro e abril de 2006, nas quatro Unidades de Saúde selecionadas, conforme os critérios já apresentados.

Inicialmente, foi realizado o piloto da pesquisa na Unidade A, onde foram testados e adequados os instrumentos de pesquisa utilizados no estudo.

Apesar de não estar participando oficialmente da pesquisa, consideramos importante apresentar também, os resultados obtidos na pesquisa piloto como um fator de comparação entre as unidades pesquisadas.

Na definição do quantitativo de unidades a serem trabalhadas foi levado em consideração, também, o tempo disponível para a realização da pesquisa. Vale ressaltar que a restrição do número de unidades trabalhadas não comprometeu a validade do estudo, considerando que a maioria das unidades que compõem a rede municipal de saúde tem, entre si, basicamente a mesma estrutura de recursos e serviços.

Um número menor de unidades pesquisadas poderia também possibilitar um estudo mais qualitativo e aprofundado dos achados.

O trabalho de campo foi realizado em um período de mudanças no cenário político e organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, com o início do processo de implantação dos Distritos de Saúde, que já estavam previstos em Lei Municipal desde o ano de 2001.

Com esse processo de mudança, as Unidades de Saúde estavam passando por adequações no tipo de modalidade de atenção, na estrutura de serviços e padronização de recursos humanos.

No período de realização dos trabalhos de campo estava ocorrendo, também, mudanças no quadro de pessoal, com a saída de um grande contingente de profissionais, que trabalhavam em regime temporário, para a entrada dos profissionais aprovados em concurso público realizado no segundo semestre de 2005.

Com a mudança organizacional, algumas Unidades de Saúde, que vinham desenvolvendo ações da Atenção Básica, estavam se adequando para se transformarem em Policlínicas, unidades que deverão oferecer atendimento de média complexidade.

Ainda como parte do processo de mudança, as Unidades Básicas de Saúde também estão passando por adequações, com o objetivo de incorporarem e desenvolverem ações da Estratégia Saúde da Família.

Houve ainda a mudança de denominação dos Ambulatórios de Alta Resolutividade (AAR), que passaram a ser chamados de Unidades Básicas de

Saúde/Pronto Atendimento e que acumulam as funções ambulatoriais da Atenção Básica e também atendimento de urgência.

As quatro Unidades de Saúde selecionadas para os trabalhos de pesquisa de campo, desenvolviam os seguintes programas da Atenção Básica:

- Pré-Natal
- Planejamento Familiar
- Programa de Saúde da Mulher
- Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes – HIPERDIA
- Programa de Controle da Tuberculose
- Programa de Controle da Hanseníase
- Programa de DST
- Atendimento a criança e ao Idoso
- Atendimento clínico e odontológico

Além dos programas, as unidades oferecem os seguintes serviços/atividades:

- Imunização
- Curativo e Nebulização
- Exames laboratoriais
- Farmácia

A Unidade de Saúde, que estava se adequando no sentido de atender a serviços de média complexidade, estava ainda acumulando funções da Atenção Básica, mas já estava começando a oferecer atendimentos desse nível de complexidade, tais como:

- Endocrinologia
- Oftalmologia
- Cardiologia
- Fisioterapia
- Psicologia
- Neurologia
- Ultra-sonografia

Em que pese essas mudanças organizacionais, durante o período do trabalho de campo, todas as unidades selecionadas estavam realizando o serviço de coleta para a sorologia Anti-HIV, assim como as atividades de Aconselhamento, com um maior ou menor grau de implementação desses serviços, como será demonstrado no presente estudo.

Os achados da pesquisa serão apresentados por sub-dimensões, objetivando seguir a seqüência lógica das matrizes de julgamento.

As Unidades de Saúde pesquisadas apresentavam boa infra-estrutura para o desenvolvimento das ações de coleta e aconselhamento para o teste Anti-HIV. Todas possuíam espaço físico para a realização do aconselhamento coletivo, individual e boa estrutura de laboratório.

No que concerne à adequação dos espaços, apenas a Unidade C apresentou problemas nos espaços destinados a realização do aconselhamento coletivo e individual.

O único espaço que essa unidade possuía para a realização de atividades coletivas, era a área externa, local com muito barulho, de grande movimentação de usuários e que funcionava também como sala de espera. O espaço não contribuía para a realização de uma atividade com qualidade, pois não permitia a concentração das pessoas e também inibia a participação.

Em relação ao aconselhamento individual, a sala era dividida por dois profissionais, onde, necessariamente um deles tinha que sair quando da realização do aconselhamento. Isto impedia um dos profissionais de continuar fazendo os atendimentos aos outros usuários, o que gerava reclamação destes com a demora do atendimento.

Em todas as unidades pesquisadas, foi possível observar que durante a realização do aconselhamento individual, ocorriam várias interrupções, pois os usuários geralmente abriam a porta pedindo informações ou questionando a demora do atendimento.

Em relação à sub-dimensão Recursos Humanos, foi observado que todas as unidades pesquisadas, dispunham da equipe mínima preconizada para o atendimento ao programa DST/AIDS e, conseqüentemente às ações de coleta e aconselhamento da sorologia Anti-HIV.

No que concerne aos recursos materiais, os maiores problemas encontrados nas unidades pesquisadas foram:

- a inexistência e, até mesmo desconhecimento, dos protocolos de coleta, preparo e armazenagem do material sorológico para o teste Anti-HIV. Apenas a Unidade B dispunha deste protocolo, apesar do mesmo não estar afixado no laboratório;
- a inexistência, nas Unidades A e D, dos protocolos de aconselhamento;
- a indisponibilidade de material instrucional em três das unidades pesquisadas. Apenas a Unidade A, dispunha de um quantitativo

considerável de material instrucional, principalmente folder, cartazes e álbuns seriados;

- a inexistência de transporte próprio nas Unidades A e B. Este problema, prejudicava principalmente a busca ativa dos usuários que não compareciam para buscar o resultado do teste.

Em contrapartida, as unidades dispunham de boa estrutura no que concerne a materiais para coleta, preparo e armazenagem das amostras sorológica e disponibilidade de preservativos.

Como já foi dito anteriormente, o processo corresponde às atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. Nesta dimensão, foi observado como as unidades se organizavam e como realizavam a atenção, utilizando os recursos disponíveis.

Na sub-dimensão Provisão de Insumos foi verificado que as unidades não apresentavam problemas de aquisição dos insumos necessários aos procedimentos de laboratório relativos ao teste Anti-HIV e também de preservativos, havendo uma programação sistemática de provimento destes insumos.

O problema verificado neste item estava na falta de programação para o provimento de material instrucional, importante para a realização de atividades educativas com os usuários. Das unidades pesquisadas, apenas a Unidade A, dispunha de algum material instrucional, que tinha de ser utilizado de forma racional, já que não havia previsão para novo provimento.

Nas sub-dimensões Capacitação Profissional e Realização da Coleta e Aconselhamento, foram observados problemas importantes.

O primeiro foi em relação à capacitação dos profissionais que formam a equipe mínima. Apenas a Unidade A, onde foi realizada a pesquisa piloto, possuía a equipe capacitada para a realização das ações de coleta e aconselhamento.

A Unidade B só tinha o enfermeiro e o assistente social capacitados, a Unidade C, apenas o assistente social e a Unidade D, o enfermeiro e o bioquímico. Este problema de capacitação era atribuído ao processo de renovação dos servidores da Instituição, com a realização do concurso público.

Não foi observado, durante a pesquisa, nenhum profissional de outra categoria realizando a atividade de aconselhamento, como médicos ou psicólogos.

No caso dos médicos, apesar de alguns terem sido previamente treinados para a realização dessa atividade, como no caso da Unidade A, o procedimento se limitava à solicitação da sorologia.

Apenas uma das unidades pesquisadas dispunha de psicólogo, mas este também não estava realizando o Aconselhamento, porque havia ingressado recentemente na Unidade de Saúde.

Em relação à coleta, apesar dos bioquímicos das Unidades A e D terem sido capacitados, estes profissionais não realizavam essa atividade. A coleta era feita pelos técnicos em patologia, que também faziam a preparação e a armazenagem do material. O bioquímico supervisionava o trabalho e controlava o fluxo de amostras entre a unidade coletora e a unidade de diagnóstico.

No que concerne à realização do aconselhamento por profissional treinado, foi observado que apenas a Unidade A, possuía médico e enfermeiro capacitados, mas estes não realizavam a atividade de aconselhamento, se limitando a solicitar o teste e encaminhar o usuário ao serviço social, para que este profissional fizesse o aconselhamento.

Na Unidade B, o enfermeiro e o assistente social capacitados realizavam o aconselhamento. Já na Unidade C, apenas o assistente social realizava o aconselhamento do usuário encaminhado pelo médico ou enfermeiro.

Na Unidade D, o aconselhamento era realizado apenas pelo enfermeiro.

Na sub-dimensão Aconselhamento, o estudo pretendeu demonstrar se as atividades de aconselhamento coletivo e individual (pré e pós-teste) estava sendo desenvolvida pelas unidades e se estavam sendo realizadas conforme os protocolos específicos.

No que concerne à observação da atividade de aconselhamento coletivo, primeiramente foi verificado em cada unidade pesquisada a existência ou não desta atividade e a estratégia desenvolvida.

No geral, o aconselhamento coletivo era realizado de forma programada, em grupos específicos dos Programas de Planejamento Familiar, Pré-Natal, HIPERDIA (Hipertensão e Diabete), DST, dentre outros.

Apenas uma das unidades pesquisadas desenvolvia a atividade de aconselhamento coletivo em Sala de Espera.

Na atividade de Aconselhamento Coletivo são apresentados aos usuários diferentes temas, tais como: Métodos Contraceptivos, Gravidez, Hipertensão, diabetes, Doenças Sexualmente Transmissíveis, dentre outros.

No dia programado para a realização da atividade de Aconselhamento Coletivo, a observação foi feita com o suporte de um instrumento específico, construído a partir das recomendações das diretrizes do Ministério da Saúde.

No quadro abaixo, apresentamos o quantitativo de atividades coletivas realizadas pelas Unidades pesquisadas, no decorrer dos trabalhos de campo, nas quais foram abordados temas relativos às DST/HIV/AIDS.

**Quadro 18. Aconselhamentos Coletivos Realizados, onde foram Abordados temas sobre DST/HIV/AIDS:**

<b>Unidades de Saúde</b>	<b>Aconselhamento Coletivo Realizado</b>
Unidade A (Piloto)	01
Unidade B	Nenhum
Unidade C	01
Unidade D	Nenhum

Apenas as Unidades A (Piloto) e C, haviam realizado atividades coletivas programadas para discutir o tema DST/HIV/AIDS. O quantitativo de vezes em que o tema é abordado, não favorece um processo de massificação das informações, fundamentais para a prevenção das DST/AIDS.

No caso da Unidade B, na programação anual de atividades coletivas, não estava prevista abordagem sobre o tema das DST/HIV/AIDS. Já a Unidade D ainda não estava desenvolvendo atividades coletivas. Segundo a equipe, esta estratégia não estava sendo desenvolvida, devido à mudança no quadro de profissionais, mas que já estavam programadas discussões sobre a retomada dessas atividades.

Vale ressaltar que, apesar do Aconselhamento Coletivo ser uma estratégia recomendada nas diretrizes no Ministério da Saúde, foi observado que havia desconhecimento deste termo pelas equipes das Unidades de Saúde participantes da pesquisa.

Alguns profissionais entenderam o aconselhamento coletivo como uma espécie de pré-teste em grupo, onde questões particulares e íntimas seriam abordadas e, por isso, não era possível realizar este tipo de procedimento.

Em geral, as unidades que realizaram atividades de aconselhamento coletivo, o faziam de forma parcial ao recomendado pelos protocolos e manuais. As informações eram limitadas às doenças sexualmente transmissíveis tradicionais, não sendo abordado o tema específico sobre o HIV/AIDS e sua relação com as outras DSTs.

No aconselhamento coletivo também não foram abordadas informações importantes, como a vulnerabilidade, comportamento de risco, redução de danos e a Transmissão Vertical do HIV, como também não era divulgado a existência do teste na



unidade, nem era feita a oferta da sorologia aos usuários participantes da atividade coletiva.

Para a observação do aconselhamento pré-teste, o pesquisador acompanhava a consulta do usuário e aguardava o momento da realização deste procedimento pelo profissional.

Vale ressaltar que, com a priorização da sorologia para as gestantes, a coleta de dados sobre o Aconselhamento Pré-Teste, aconteceu basicamente nos dias de atendimento do Pré-Natal.

Foi observado que o aconselhamento pré-teste não era realizado em conformidade com os protocolos e manuais existentes. Na verdade, o profissional se limitava a preencher o formulário de entrevista de forma burocrática, não permitindo uma escuta ou uma discussão mais qualitativa sobre informações importantes como o conhecimento dos usuários sobre HIV/AIDS, vulnerabilidade, comportamento de riscos, práticas preventivas, relação do HIV/AIDS com as outras DST, transmissão vertical, dentre outras.

Durante o trabalho de campo, a maior dificuldade encontrada foi para o acompanhamento do aconselhamento pós-teste. Isto se deu por causa da indefinição da data de entrega do resultado ao usuário.

Devido a esse fato, tínhamos que contar com o fator sorte para que, no dia da presença do pesquisador no serviço de saúde, aparecesse algum usuário cujo resultado tivesse chegado à Unidade.

Tivemos a oportunidade de presenciar o comparecimento de vários usuários em busca do resultado, mas a informação dada pelo profissional era de que o mesmo ainda não havia chegado à Unidade.

Pelos motivos citados acima, a observação do Aconselhamento Pós-Teste ficou prejudicada, limitando o universo de acompanhamento deste procedimento.

Em decorrência desses problemas, não foi possível fazer a observação do aconselhamento pós-teste na Unidade A (Piloto), mesmo o pesquisador tendo retornado em diferentes momentos ao serviço. Por este motivo, o instrumento de observação do aconselhamento pós-teste foi, testado e validado na Unidade B.

Os problemas de conformidade na realização do aconselhamento pós-teste, não diferem do aconselhamento pré-teste. O instrumento utilizado pelo profissional é o mesmo, tendo apenas que incluir o resultado do teste e o procedimento realizado.

As informações recomendadas para um aconselhamento pós-teste, não eram observadas pelos profissionais, que apenas se limitavam a dizer ao usuário o resultado

do teste, não discutindo o significado do mesmo e a necessidade de desenvolver práticas preventivas e/ou de redução de danos, assim como não era oferecido preservativo, nem demonstrado o uso do mesmo.

Durante a pesquisa, não houve a oportunidade de observar a entrega de nenhum resultado positivo, mas na entrega do negativo, o profissional perdia a oportunidade de fornecer informações e de discutir situações para a manutenção do status sorológico do usuário.

No quadro abaixo, apresentamos o quantitativo de pré-testes e pós-testes que foram observados nas Unidades, durante o período de pesquisa de campo:

**Quadro 19. Número de Pré-Testes e Pós-Testes Observados.**

<b>Unidades</b>	<b>Pré-Testes</b>	<b>Pós-Testes</b>
Unidade A	02	Nenhum
Unidade B	03	01
Unidade C	03	02
Unidade D	03	01

Durante a pesquisa de campo, foi observado ainda, que os profissionais apresentam muitas reclamações em relação à quantidade de papéis que devem preencher, o que prejudica a qualidade do atendimento.

No aconselhamento individual, mais que o preenchimento do roteiro de entrevista, é necessário que o profissional disponibilize tempo para o atendimento ao usuário, que, dependendo do grau de conhecimento do mesmo sobre DST/HIV/AIDS, pode variar bastante. Isto também é um fator de reclamação dos profissionais, já que o aconselhamento para o teste anti-HIV é apenas um dos muitos procedimentos que o profissional realiza no atendimento aos demais programas que a unidade de saúde desenvolve.

Para a realização dos aconselhamentos pré-teste e pós-teste, o profissional utiliza um instrumento para coleta de informações sobre o usuário, onde constavam dados sócio-demográficos, comportamentais, vulnerabilidade e atitudes preventivas, dentre outras.

Na pesquisa de campo foi observada a existência de dois tipos de instrumentos de entrevista. Um dos instrumentos era o formulário do Sistema de informação do CTA (SI-CTA) (Anexo), o outro era uma entrevista mais aberta.

Vale ressaltar que nenhuma das unidades pesquisadas dispunha do Sistema de Informação do CTA (SI-CTA), referido acima.

As Unidades A e B, utilizavam o roteiro aberto. A Unidade D o formulário do SI-CTA e a Unidade C utilizava os dois instrumentos, não havendo uma padronização dos mesmos.

Os roteiros usados pelos profissionais das Unidades pesquisadas, na realização do Aconselhamento Pré-Teste e Pós-Teste, no geral, eram arquivados nas salas do Enfermeiro ou do Assistente Social, que, como foi possível observar, eram os profissionais que mantinham um controle mais direto dos usuários dos serviços relacionados à sorologia Anti-HIV.

Os roteiros de entrevista usados durante o aconselhamento não eram utilizados como suporte para discutir, informar e possibilitar uma avaliação de risco do usuário. Como já foi mencionado anteriormente, este instrumento era preenchido de forma burocrática e arquivado, não sendo retomado para estudos ou mesmo para a colocação do resultado do teste, como foi observado na pesquisa de campo.

Seguindo a seqüência lógica do processo avaliativo, a seguir serão apresentados os resultados dos achados relativos à organização da rotina dos serviços e supervisão e avaliação das ações implementadas.

O fluxo de atendimento das Unidades selecionadas para a pesquisa, normalmente, era iniciado na Recepção, onde o usuário buscava acessar os serviços oferecidos pelas Unidades.

O acesso aos serviços dessas Unidades era feito através do agendamento de consultas ou da distribuição de fichas diárias, limitadas de acordo com a capacidade de atendimento de cada serviço de saúde.

Após conseguir o acesso ao atendimento, o usuário era encaminhado para a Sala de Preparo, onde eram realizadas a pesagem e a medição da pressão arterial.

Depois do Preparo, os usuários eram encaminhados para os atendimentos específicos, realizados por uma equipe interdisciplinar, composta dos seguintes profissionais: Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Psicólogos, dentre outros de nível Técnico e Auxiliar.

No fluxo abaixo, apresentamos a lógica de atendimento nas Unidades de Saúde pesquisadas:

- Recepção
- Preparo (aqui incluídos o peso e a medição da pressão arterial)
- Exame Dermatológico
- Consulta Médica/Enfermagem/Serviço Social
- Outros serviços como: Laboratório, Farmácia, Nebulização, etc.

As atividades de Aconselhamento e coleta para a sorologia Anti-HIV, nas Unidades pesquisadas, foram incorporadas à rotina de atendimento, não havendo um fluxo diferenciado para esses serviços.

Com a incorporação dessas atividades, o fluxo se processava da seguinte forma:

- Recepção
- Preparo
- Exame Dermatológico
- Consulta Médica/Enfermagem/Serviço Social: Requisição da Sorologia
- Pré-Teste: Realizado pelo Enfermeiro e/ou Assistente Social
- Coleta
- Pós-Teste: Realizado por Enfermeiro e/ou Assistente Social

As unidades pesquisadas eram apenas unidades coletoras de amostras sorológicas para o teste Anti-HIV. O diagnóstico era realizado pela Policlínica Dr. Comte Telles, Unidade localizada na zona Leste da cidade de Manaus, que ficou responsável pela realização da primeira etapa do Fluxograma para Detecção de Anticorpos Anti-HIV, preconizado pelo Ministério da Saúde (Anexo). As etapas confirmatórias posteriores desse fluxograma, eram realizadas pelo Laboratório Central do Estado – LACEN.

Durante o período da pesquisa de campo, pudemos observar na prática, os procedimentos necessários para a concretização do fluxo apresentado acima. Após a coleta da amostra, esta passava pelo processo de preparo do material biológico, que ficaria armazenado na unidade aguardando o transporte para a Unidade de Diagnóstico.

O envio das amostras sorológicas era realizado uma vez por semana, por meio de transporte externo, fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde. As amostras eram enviadas acompanhadas de uma relação nominal e numérica das amostras coletadas, juntamente com as respectivas requisições. Os resultados das sorologias, deveriam ser enviados às unidades coletoras através do mesmo transporte.

No trabalho de campo, observou-se que a solicitação da sorologia normalmente era feita através da requisição do médico ou do enfermeiro. Com a requisição em mãos, o usuário era encaminhado para o aconselhamento pré-teste, que, no geral era feito pelo enfermeiro e/ou pelo assistente social.

As unidades pesquisadas tinham um fluxo de atendimento bem definido, não havendo necessidade em estabelecer fluxos diferenciados para cada tipo de pacientes. Os usuários que realizavam o teste Anti-HIV, eram de origem espontânea, encaminhados de outras unidades ou pelos profissionais da própria Unidade de Saúde.

O que foi observado na rotina das unidades pesquisadas, foi a priorização do teste Anti-HIV para as gestantes e por este motivo a coleta de dados sobre o aconselhamento pré-teste aconteceu basicamente nos dias de atendimento do Pré-Natal.

É importante enfatizar que, no caso das gestantes, a solicitação da sorologia Anti-HIV era compulsória, apesar de, nas prerrogativas éticas para a realização do teste, haver recomendação a respeito da voluntariedade.

Durante o estudo de campo foi observado que, na rotina de atendimento, inexistia uma cultura de oferecimento do teste Anti-HIV para outros tipos de usuários, que não as gestantes, como por exemplo, usuários atendidos pelos Programas de Controle da Tuberculose e Hanseníase ou do Programa de Controle do Câncer Cérvico Uterino – PCCCU.

Foi observado ainda que a procura espontânea pelo teste era muito baixa, podendo ser um reflexo do desconhecimento por parte da comunidade, da existência desse serviço nas unidades pesquisadas.

Em relação à periodicidade de realização da coleta para o teste Anti-HIV, não havia uma padronização entre as unidades pesquisadas. As Unidades A, B, e D, faziam a coleta diária, mas em horário parcial, ou melhor, no horário tradicional de realização de exames pelos laboratórios, de manhã cedo. Apenas a Unidade C, realizava a coleta diariamente, em horário integral.

Após a coleta e preparo das amostras sorológicas, estas eram enviadas semanalmente para a Unidade de Diagnóstico. Esta periodicidade era padrão e vinha sendo cumprida satisfatoriamente, por transporte externo providenciado pela Coordenação do Programa DST/AIDS.

O maior problema encontrado na organização da rotina foi relativo à entrega do resultado do teste aos usuários. A entrega estava sendo realizada com mais de 60 dias, tendo sido observado entregas com 90 dias de atraso.

No geral, após a realização da coleta, os usuários eram orientados a retornar para verificar o resultado, não havendo a determinação de prazo ou previsão de chegada do mesmo. Devido a este fato, havia um acúmulo de resultados à espera de usuários, que, na maioria das vezes desistiam da procura por causa da demora.

A busca ativa de usuários era realizada apenas pelas Unidades C e D e se limitavam à busca de usuários cujo teste havia sido positivo. As outras unidades não realizavam essa atividade pela inexistência de transporte próprio.

No que concerne ao referenciamento de usuários soropositivos, não havia um sistema de referência e contra-referência estabelecido. Os usuários eram encaminhados

para a Fundação de Medicina Tropical, órgão do Estado de referência para tratamento do HIV/AIDS ou, no caso de gestantes, para a Policlínica Dr. Commtte Telles, unidade da rede municipal onde foi implantado um Serviço de Atendimento Especializado - SAE – a pacientes portadores de HIV.

No caso dos usuários encaminhados à Fundação de Medicina Tropical, não havia marcação de consulta prévia, nem havia um controle para verificar se usuários havia comparecido àquela unidade ou se iniciaram algum acompanhamento. A partir do encaminhado realizado, as unidades referenciadoras perdiam o contato com os usuários.

Na rotina de serviços das unidades pesquisadas, havia a distribuição de preservativos aos usuários, mas estes não eram disponibilizados quando da realização do aconselhamento individual. A distribuição sistemática de preservativos era feita mensalmente para os usuários inscritos no Programa de Planejamento Familiar, ou eventualmente aos usuários portadores de alguma DST.

Durante o estudo de campo, foi observado que as unidades não estavam recebendo supervisões programadas, para o acompanhamento das ações de testagem e aconselhamento.

As unidades, com exceção da Unidade B, não realizavam nenhum tipo avaliação de suas ações. A Unidade B, fazia avaliação nas reuniões de equipe realizadas mensalmente.

Durante a pesquisa de campo, foram entrevistados os profissionais e os gestores das unidades pesquisadas, quando foi possível coletar informações importantes sobre o fluxo e a rotina de atendimentos, capacitações, dentre outras.

No quadro abaixo, apresentamos o número de profissionais e gestores entrevistados, no período de pesquisa de campo nas Unidades selecionadas.

**Quadro 20. Profissionais Entrevistados na Pesquisa de Campo:**

<b>Unidades</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>Assistentes Sociais</b>	<b>Bioquímicos</b>	<b>Gestor</b>
Unidade A	01	01	01	01
Unidade B	02	01	01	01
Unidade C	02	05	01	01
Unidade D	02	01	01	01

Outra fonte de informações utilizada durante os trabalhos de campo, foram os livros de registro, que ajudaram a verificar como as Unidades organizavam os dados relativos à coleta e ao aconselhamento.

As Unidades A. B. e C, dispunham de livros de registro em seus laboratórios, nos quais se fazia o controle das coletas realizadas, a partir de dados tais como: data da

coleta, nome do usuário, endereço, resultado e tipo de usuário (gestante, portador de DST etc).

Apenas a Unidade C dispunha de um livro específico para o registro dos pré-testes realizados. Foi observado ainda que a Unidade D não possuía nenhum tipo de livro para o controle de informações no laboratório ou para os pré-testes. O controle era feito por meio da relação de coletas realizadas que era enviada à Unidade de Diagnóstico, junto com cópia das requisições da sorologia.

## 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GRAUS DE ADEQUAÇÃO

Para caracterizar os graus de adequação das ações de Aconselhamento e Testagem para HIV nas Unidades de Saúde do Município de Manaus, apresentamos, a seguir, a Matriz de Análise e Julgamento, com os valores alcançados por cada serviço.

**Quadro 21. Pontuações alcançadas na sub-dimensão de infra-estrutura, recursos humanos e recursos materiais.**

Dimensões/Sub-dimensões	Indicadores	P. I.	Critérios	P. M.	Pontuação Alcançada				
					A	B	C	D	
<b>ESTRUTURA</b>	Existência e adequação de espaço para Aconselhamento Coletivo	<b>3.0</b>	Existente	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	
			Inexistente	<b>0.0</b>	-	-	-	-	
		<b>3.0</b>	Adequado	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	-	<b>3.0</b>	
			Inadequado	<b>0.0</b>	-	-	<b>0.0</b>	-	
Infra-Estrutura/ Adequação	Existência e adequação de sala para o Aconselhamento individual	<b>3.0</b>	Existente	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	
			Inexistente	<b>0.0</b>	-	-	-	-	
		<b>3.0</b>	Adequado	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	-	<b>3.0</b>	
			Inadequado	<b>0.0</b>	-	-	<b>0.0</b>	-	
	Existência e adequação de Laboratório	<b>3.0</b>	Existente	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	
			Inexistente	<b>0.0</b>	-	-	-	-	
		<b>3.0</b>	Adequado	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	
			Inadequado	<b>0.0</b>	-	-	-	-	
<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>			<b>18.0</b>	<b>18.0</b>	<b>18.0</b>	<b>18.0</b>	<b>12.0</b>	<b>18.0</b>	
Recursos Humanos	Existência de equipe mínima.	<b>3.0</b>	Médico	Existente	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>
			Inexistente	<b>0.0</b>	-	-	-	-	
		<b>3.0</b>	Enfermeiro	Existente	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>
				Inexistente	<b>0.0</b>	-	-	-	-
		<b>3.0</b>	Assistente Social	Existente	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>
				Inexistente	<b>0.0</b>	-	-	-	-
		<b>3.0</b>	Bioquímico	Existente	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>
				Inexistente	<b>0.0</b>	-	-	-	-
<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>			<b>12.0</b>	<b>12.0</b>	<b>12.0</b>	<b>12.0</b>	<b>12.0</b>	<b>12.0</b>	

**Continuação (Quadro 20)...**

Dimensões/Sub-dimensões	Indicadores	P. I.	Critérios	P. M.	Pontuação Alcançada			
					A	B	C	D
Recursos Materiais	Disponibilidade de Material para coleta, preparo e armazenagem das amostras.	3.0	Disponível	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
			Indisponível	0.0	-	-	-	-
	Existência de Protocolo de coleta, preparo e armazenagem	3.0	Existente	3.0	-	3.0	-	-
			Inexistente	0.0	0.0	-	0.0	0.0
	Existência de Roteiro para entrevista pré e pós-teste	3.0	Existente	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
			Inexistente	0.0	-	-	-	-
	Existência de Protocolo de Aconselhamento	3.0	Existente	3.0	-	3.0	3.0	-
			Inexistente	0.0	0.0	-	-	0.0
	Disponibilidade de Material Instrucional	3.0	Disponível	3.0	3.0	-	-	-
			Indisponível	0.0	-	0.0	0.0	0.0
	Existência de Transporte	3.0	Existente	3.0	-	-	3.0	3.0
			Inexistente	0.0	0.0	0.0	-	-
	Disponibilidade de Preservativos	3.0	Disponível	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
			Indisponível	0.0	-	-	-	-
<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>			<b>21.0</b>	<b>21.0</b>	<b>12.0</b>	<b>15.0</b>	<b>15.0</b>	<b>12.0</b>
<b>TOTAL DA ESTRUTURA</b>			<b>51.0</b>	<b>51.0</b>	<b>42.0</b>	<b>45.0</b>	<b>39.0</b>	<b>42.0</b>

OBS: Unidade A: Unidade Básica de Saúde ( Piloto )

Unidade B: Unidade Básica de Saúde

Unidade C: Unidade Básica de Saúde/Pronto Atendimento

Unidade D: Policlínica

Na sub-dimensão Infra-estrutura e Adequação podemos observar que as Unidades alcançaram valores diferenciados nos dois aspectos. Todas as unidades alcançaram o valor máximo atribuído à existência da infra-estrutura necessária para a realização do aconselhamento coletivo e individual, como também do laboratório para a realização da atividade de coleta sorológica.

No que concerne à adequação, houve variação na pontuação da Unidade C, que obteve 0.0, no aspecto relativo à adequação dos espaços para a realização do aconselhamento coletivo e individual.

Na sub-dimensão Recursos Humanos, o indicador foi estabelecido para demonstrar a existência da equipe mínima de profissionais preconizada para o desenvolvimento das ações de aconselhamento e coleta da sorologia para HIV.

Nessa sub-dimensão, todas as unidades obtiveram pontuação máxima, já que todas dispunham de pelo menos um médico, enfermeiro, assistente social e bioquímico.

Na sub-dimensão Recursos Materiais podemos observar que as Unidades de Saúde obtiveram pontuações iguais nos indicadores relativos a: disponibilidade de



material para coleta, armazenamento e preparo das amostras sorológicas; existência de roteiro para a entrevista pré-teste e pós-teste; disponibilidade de preservativos.

No que concerne aos outros indicadores, verificamos variações nos percentuais alcançados pelas quatro unidades pesquisadas.

Nas Unidades A e D, os problemas observados na sub-dimensão Recursos Materiais foram a inexistência dos protocolos para coleta, armazenagem e preparo de amostras sorológicas e de aconselhamento.

Na Unidade B, o problema maior era a inexistência de transporte e de material instrucional, o que causava entrave principalmente na realização da busca ativa e nas atividades de educação em saúde.

A Unidade C, obteve a mesma pontuação da Unidade B, embora tenham sido verificadas diferenças entre as duas unidades nos indicadores relativos ao transporte e aos protocolos de coleta, preparo e armazenagem e amostras sorológicas.

Os problemas maiores da Unidade C estão relacionados à não existência dos protocolos de coleta, preparo e armazenagem, como também de material instrucional para a realização de atividades de educação em saúde.

Nas matrizes abaixo, serão apresentados o resultado do julgamento relativo à dimensão Processo, com os valores obtidos pelas unidades a partir dos indicadores e critérios estabelecidos.

**Quadro 22. Pontuações Alcançadas pelas Unidades de Saúde na Sub-Dimensão Provisão de Insumos:**

Dimensões/Sub-dimensões	Indicadores	P. I.	Critérios	P. M.	Pontuação Alcançada			
					A	B	C	D
<b>PROCESSO</b>	Provimento de Material para Coleta, Preparo e armazenagem de amostras sorológicas	<b>3.0</b>	Programado	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>
			Não programado	<b>0.0</b>	-	-	-	-
	Provimento de Material Instrucional	<b>3.0</b>	Programado	<b>3.0</b>	-	-	-	-
			Não programado	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>
	Provimento de Preservativos	<b>3.0</b>	Programado	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>
			Não programado	<b>0.0</b>	-	-	-	-
<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>			<b>9.0</b>	<b>9.0</b>	<b>6.0</b>	<b>6.0</b>	<b>6.0</b>	<b>6.0</b>

*Continuação do quadro 21...*

Dimensões/Sub-dimensões	Indicadores		P. I.	Critérios	P. M.	Pontuação Alcançada				
						A	B	C	D	
Capacitação Profissional	Equipe capacitada.	Médico	3.0	Capacitado	3.0	3.0	-	-	-	
				Não capacitado	0.0	-	0.0	0.0	0.0	
		Enfermeiro	3.0	Capacitado	3.0	3.0	3.0	-	3.0	
				Não capacitado	0.0	-	-	0.0	-	
		Assistente Social	3.0	Capacitado	3.0	3.0	3.0	3.0	-	
				Não capacitado	0.0	-	-	-	0.0	
		Bioquímico	3.0	Capacitado	3.0	3.0	-	-	3.0	
				Não capacitado	0.0	-	0.0	0.0	-	
		<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>			<b>12.0</b>	<b>12.0</b>	<b>12.0</b>	<b>6.0</b>	<b>3.0</b>	<b>6.0</b>
		Realização de coleta e aconselhamento	Equipe capacitada realizando coleta ou aconselhamento.	Médico	3.0	Realiza	3.0	-	-	-
Não realiza	0.0					0.0	0.0	0.0	0.0	
Enfermeiro	3.0			Realiza	3.0	3.0	3.0	-	3.0	
				Não realiza	0.0	-	-	0.0	-	
Assistente Social	3.0			Realiza	3.0	3.0	3.0	3.0	-	
				Não realiza	0.0	-	-	-	0.0	
Bioquímico	3.0			Realiza	3.0	-	-	-	-	
				Não realiza	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>				<b>12.0</b>	<b>12.0</b>	<b>6.0</b>	<b>6.0</b>	<b>3.0</b>	<b>3.0</b>	
<b>SUB-TOTAL DA DIMENSÃO</b>				<b>33.0</b>	<b>33.0</b>	<b>26.0</b>	<b>18.0</b>	<b>12.0</b>	<b>15.0</b>	

Nesta sub-dimensão, podemos verificar que as unidades pesquisadas tiveram o mesmo problema de adequação, no caso específico da falta de uma programação sistemática de provimento de material instrucional, o que acarretou a pontuação mínima obtida pelas unidades.

Na sub-dimensão Capacitação Profissional, houve variação na pontuação obtida pelas unidades pesquisadas, no critério de julgamento relativo ao treinamento da equipe mínima para o desenvolvimento das ações de coleta e aconselhamento para HIV.

A Unidade A alcançou pontuação máxima nesta sub-dimensão, já que todos os profissionais da equipe mínima haviam sido treinados. Na Unidade B, apenas o enfermeiro e o assistente social haviam tido treinamento para a realização do aconselhamento.

Na Unidade C, apenas o assistente social havia feito capacitação para a realização do aconselhamento; os demais profissionais não haviam sido treinados. Já na Unidade D, apenas o enfermeiro e o bioquímico haviam sido capacitados.

Na sub-dimensão Realização da Coleta e Aconselhamento, o critério para o julgamento estabelecido foi o de que os profissionais capacitados estivessem realizando as ações de coleta e aconselhamento de forma efetiva.

Nesse sentido, podemos observar que em todas as unidades pesquisadas o profissional médico não realizava o aconselhamento, limitando-se a fazer a solicitação da sorologia e encaminhando o usuário para ser aconselhado por outro profissional, enfermeiro ou assistente social.

Em relação ao enfermeiro, apenas a Unidade C não dispunha de profissional desta categoria realizando a atividade de aconselhamento, ao contrário das demais unidades. Nas Unidades A, B e C o assistente social capacitado estava realizando as atividades de aconselhamento.

No que se refere à coleta, verificamos que o bioquímico não realizava este procedimento e sim o técnico em patologia. Este profissional realizava não só a coleta, como também o preparo e a armazenagem do material sorológico. O bioquímico supervisionava estas atividades e controlava o fluxo das amostras entre as unidades coletadas e a unidade de diagnóstico.

Os maiores problemas encontrados na matriz acima foram relativos à capacitação e à realização, pelos profissionais, das atividades para as quais foram capacitados. Na maioria das unidades pesquisadas, o aconselhamento é realizado pelo enfermeiro e/ou pelo assistente social, pois mesmo os médicos capacitados, não se dispõem a realizar esta atividade.

**Quadro 23. Pontuações alcançadas pelas Unidades de Saúde na Sub-Dimensão Aconselhamento:**

Dimensões/Sub-dimensões	Indicadores	P. I.	Critérios	P. M.	Pontuação Alcançada				
					A	B	C	D	
Aconselhamento	Realização do Aconselhamento Coletivo	3.0	Realizado	3.0	3.0	-	3.0	-	
			Não Realizado	0.0	-	0.0	-	0.0	
	Realização do Aconselhamento Pré-teste	3.0	Realizado	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	
			Não Realizado	0.0	-	-	-	-	
	Realização do Aconselhamento pré-teste conforme protocolo	3.0	Conforme	3.0	-	-	-	-	
			Sem conformidade	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	Realização do aconselhamento Pós-Teste	3.0	Realizado	3.0	-	-	3.0	-	
			Não Realizado	0.0	0.0	0.0	-	0.0	
	Realização do Aconselhamento pós-teste conforme protocolo	3.0	Conforme	3.0	-	-	-	-	
			Sem Conformidade	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	Modo de Utilização do Roteiro de Entrevista no aconselhamento pré e pós-teste	3.0	Como suporte para discutir e avaliar riscos	3.0	-	-	-	-	
			Para preenchimento de dados	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>			<b>18.0</b>	<b>18.0</b>	<b>6.0</b>	<b>3.0</b>	<b>9.0</b>	<b>3.0</b>
	<b>SUB-TOTAL DA DIMENSÃO</b>			<b>18.0</b>	<b>18.0</b>	<b>6.0</b>	<b>3.0</b>	<b>9.0</b>	<b>3.0</b>

A Sub-dimensão Aconselhamento está dividida em seis indicadores, que pretendem demonstrar a realização ou não do aconselhamento coletivo e individual e também se este procedimento está sendo realizado em conformidade com os protocolos ou as diretrizes emanadas do Ministério da Saúde.

O sexto indicador diz respeito à forma como o roteiro de entrevista, do aconselhamento individual, estava sendo utilizada pelos profissionais.

Pela matriz de análise e julgamento é possível verificar que as unidades pesquisadas apresentam problemas na sub-dimensão Aconselhamento, considerando as pontuações obtidas.

Na Unidade A, podemos observar que, apesar dos profissionais, na entrevista, considerarem estar realizando o aconselhamento pré-teste, este não está sendo desenvolvido conforme os protocolos ou as recomendações do Ministério da Saúde.

Vale lembrar que as recomendações para realização do aconselhamento pré-teste estão relacionadas ao diálogo com o usuário sobre percepção de risco, vulnerabilidade,

práticas preventivas e objetivam avaliar riscos, bem como a elaboração de um plano viável de enfrentamento de problema por parte do usuário.

Na Unidade A foi o único serviço onde não foi possível observar o aconselhamento pós-teste, pelo motivo já abordado anteriormente, da não definição de prazo para a entrega do resultado ao usuário.

Essa unidade também recebeu pontuação mínima no indicador relativo à utilização do roteiro de entrevista pré-teste e pós-teste. Este instrumento, no geral, está sendo utilizado apenas como formulário para preenchimento de dados pessoais do usuário.

A Unidade B recebeu pontuação menor que a unidade anterior pelo fato desta unidade não contemplar, em suas atividades coletivas, a abordagem de tema relativo às DST/HIV/AIDS.

Outro problema foi a realização do aconselhamento pré-teste e pós-teste sem conformidade com os protocolos, pela mesma razão abordada na unidade anteriormente analisada.

A utilização do roteiro de entrevista como formulário para preenchimento de dados foi outro problema que contribuiu para a pontuação mínima alcançada por essa unidade neste indicador.

A Unidade D apresentou os mesmos entraves verificados na Unidade B. A unidade não estava desenvolvendo aconselhamento coletivo em sala de espera ou com grupos específicos.

O aconselhamento individual era realizado sem conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde e o roteiro de entrevista também era utilizado apenas como formulário para preenchimento de dados.

A Unidade C obteve pontuação um pouco melhor que as demais. Apesar de não possuir local adequado, essa unidade contempla em suas atividades coletivas a abordagem sobre as DST/HIV/AIDS.

O aconselhamento individual não é realizado conforme as diretrizes do Ministério da Saúde e o roteiro de entrevista também é utilizado apenas como ficha para preenchimento de dados.

A sub-dimensão Aconselhamento, como pode ser observado, é onde as unidades apresentam maiores problemas e dificuldades.

É importante considerar que o procedimento do aconselhamento, como estratégia de sensibilização e prevenção, já está consolidado, enquanto metodologia,

havendo um investimento muito grande em capacitação de profissionais para o desenvolvimento dessa ação.

O fato do aconselhamento não estar sendo realizado conforme as diretrizes estabelecidas implica numa perda de oportunidade de discutir com o usuário sobre sua percepção da epidemia do HIV/AIDS, risco, vulnerabilidade, redução de danos, adesão ao tratamento, práticas preventivas e auxílio ao usuário no enfrentamento de problemas relacionados a infecções sexualmente transmissíveis, dentre outras questões.

**Quadro 24. Pontuações alcançadas pelas Unidades de Saúde na Sub-Dimensão Organização da Rotina de Serviços:**

Dimensões/Sub-dimensões	Indicadores	P. I.	Critérios	P. M.	Pontuação Alcançada			
					A	B	C	D
PROCESSO Organização da rotina de serviços	Definição do fluxo de acordo com o tipo de usuário	3.0	Definido	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
			Indefinido	0.0	-	-	-	-
	Periodicidade de realização da coleta	3.0	Diária/Integral	3.0	-	-	3.0	-
			Diária/Parcial	0.0	0.0	0.0	-	0.0
	Periodicidade do Envio de Amostras	3.0	Semanal	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
			Mensal	0.0	-	-	-	-
	Tipo de transporte usado para envio de amostras	3.0	Próprio	3.0	-	-	-	-
			Externo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Periodicidade da Entrega do resultado ao usuário	3.0	30 dias	3.0	-	-	-	-
			60 ou mais	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Realização da Busca de usuários	3.0	Realiza	3.0	-	-	3.0	3.0
			Não realiza	0.0	0.0	0.0	-	-
	Modo de referenciamento utilizado	3.0	Sistema de Referência e Contra-Referência.	3.0	-	-	-	-
			Encaminhado	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Oportunidade de entrega de preservativos	3.0	. No Pré-teste	3.0	-	-	-	-	
		. Mensalmente no PLAFAM e DST	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>			<b>24.0</b>	<b>24.0</b>	<b>6.0</b>	<b>6.0</b>	<b>12.0</b>	<b>9.0</b>
Supervisão e Avaliação	Realização de supervisões programadas pela Coordenação	3.0	Programado	3.0	-	-	-	-
			Não Programado	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Realização de avaliações programadas pela unidade	3.0	Programado	3.0	-	3.0	-	-
			Não Programado	0.0	0.0	-	0.0	0.0
<b>TOTAL DA SUB-DIMENSÃO</b>			<b>6.0</b>	<b>6.0</b>	<b>0.0</b>	<b>3.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>
<b>SUB-TOTAL DAS DIMENSÕES</b>			<b>30.0</b>	<b>30.0</b>	<b>6.0</b>	<b>9.0</b>	<b>12.0</b>	<b>9.0</b>
<b>TOTAL DO PROCESSO</b>			<b>81.0</b>	<b>81.0</b>	<b>38.0</b>	<b>30.0</b>	<b>33.0</b>	<b>27.0</b>

A sub-dimensão Organização da Rotina de Serviços está dividida em oito indicadores, cuja pontuação máxima é 24,0, e pretende demonstrar como as unidades de saúde organizam a rotina de serviço, no que diz respeito ao fluxo de usuários, coleta, transporte de amostras sorológicas e resultados, busca ativa, referenciamento de usuários soropositivos e oportunidade de distribuição de preservativos.

Na matriz de julgamento, a Unidade A conseguiu pontuação máxima nos indicadores relativos à definição do fluxo de acordo com o usuário e na periodicidade de envio de amostras sorológicas.

Nos demais indicadores, a unidade não obteve pontuação, demonstrando problemas na rotina, principalmente no que diz respeito à periodicidade de realização da coleta, periodicidade de entrega dos resultados aos usuários e inexistência de fluxo de referência e contra referência para os usuários soropositivos.

Verificamos ainda que, apesar da unidade não possuir transporte próprio, o envio periódico das amostras sorológicas para a unidade de diagnóstico não sai prejudicado, pois esta atividade é realizada por transporte externo, embora esse fator limite a realização do serviço de busca ativa.

Em relação à entrega de preservativos, verifica-se uma perda da oportunidade de disponibilizar o insumo para o usuário no momento do pré-teste, optando-se pela entrega mensal ou eventual em programas como o de planejamento familiar e DST.

Na Unidade B, os pontos máximos foram alcançados nos indicadores definição do fluxo de acordo com o tipo de usuário e periodicidade do envio de amostras sorológicas. A unidade não obteve pontuação nos mesmos indicadores da Unidade A, o que reflete os mesmos problemas na rotina dos serviços.

A Unidade D obteve a menor pontuação desta sub-dimensão, obtendo pontuação máxima apenas nos indicadores, definição do fluxo de usuários, periodicidade de envio de amostra e também na realização da busca ativa, considerando a existência de transporte próprio da unidade.

A unidade não pontuou nos indicadores relativos à periodicidade de realização da coleta, periodicidade de entrega do resultado, ao modo de referenciamento do usuário e da oportunidade de entrega de preservativos.

A Unidade C conseguiu pontos máximos nos indicadores relativos à definição do fluxo de usuários, periodicidade de realização da coleta, periodicidade de envio de amostras sorológicas e na realização da busca ativa de usuários.

Essa unidade não conseguiu pontuações nos indicadores relativos aos serviços de transporte das amostras, na periodicidade de entrega do resultado ao usuário, no modo de referenciamento e na oportunidade de entrega de preservativos.

Foi possível observar que essa unidade era a única que realizava a coleta de amostras sorológicas em tempo integral.

A sub-dimensão supervisão e avaliação foi dividida em dois indicadores, com pontuação máxima de valor 6.0. O objetivo é demonstrar se as unidades estavam recebendo supervisões periódicas e realizando avaliação de suas ações de forma sistemática.

Pela matriz de análise e julgamento, é possível observar que nenhuma das unidades pesquisadas estava recebendo supervisões, não havendo programação para esta atividade, o que acarretou a não pontuação nesta sub-dimensão.

Com relação à realização de avaliação das ações de coleta e aconselhamento, apenas a Unidade B referiu que estava desenvolvendo esta atividade, em reuniões mensais com a equipe técnica.

No quadro abaixo, apresentamos a pontuação consolidada de cada Unidade de Saúde por dimensão com suas respectivas sub-dimensões.

**Quadro 25. Sumário das Pontuações Alcançadas pelas Unidades de Saúde por Dimensões e Sub-Dimensões.**

Dimensão	Sub-Dimensões	Pontuação Máxima	Pontuação Alcançada Por Unidade							
			A	%	B	%	C	%	D	%
ESTRUTURA	. Infra-Estrutura e adequação	18.0	18.0	100	18.0	100	12.0	66,6	18.0	100
	. Recursos humanos	12.0	12.0	100	12.0	100	12.0	100	12.0	100
	. Recursos Materiais	21.0	12.0	57,1	15.0	71,4	15.0	71,4	12.0	57,1
<b>TOTAL DA ESTRUTURA</b>		<b>51.0</b>	<b>42.0</b>	82,3	<b>45.0</b>	88,2	<b>39.0</b>	76,5	<b>42.0</b>	82,3
PROCESSO	. Provisão de Insumos	9.0	6.0	66,6	6.0	66,6	6.0	66,6	6.0	66,6
	.Capacitação Profissional	12.0	12.0	100	6.0	50,0	3.0	25,0	6.0	50,0
	Realização da coleta e aconselhamento	12.0	6.0	50,0	6.0	50,0	3.0	25,0	3.0	25,0
	.Aconselhamento	18.0	6.0	33,3	3.0	16,6	9.0	50,0	3.0	16,6
	. Organização da rotina de serviços	24.0	6.0	25,0	6.0	25,0	12.0	50,0	9.0	37,5
	. Supervisão e Avaliação	6.0	0.0	0.0	3.0	50,0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>TOTAL DO PROCESSO</b>		<b>81.0</b>	<b>38.0</b>	46,9	<b>30.0</b>	37,0	<b>33.0</b>	40,7	<b>27.0</b>	33,3
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>132.0</b>	<b>80.0</b>	60,6	<b>75.0</b>	56,8	<b>72.0</b>	54,5	<b>69.0</b>	52,3



Na matriz de análise e julgamento sumarizada é possível observar a variação do grau de adequação entre as Unidades de Saúde, a partir das pontuações alcançadas em cada sub-dimensão.

Na sub-dimensão Infra-estrutura e Adequação, as Unidades A, B e D, obtiveram 100% de adequação, e a Unidade C, apenas 66,6%, devido aos problemas de adequação já discutidos anteriormente. Já na sub-dimensão Recursos Humanos, as unidades pesquisadas alcançaram 100% de adequação, considerando a existência da equipe mínima de profissionais para a realização das ações de coleta e aconselhamento para HIV.

Nos recursos materiais a variação foi importante, tendo as Unidades A e D, obtido 57,1% de adequação e as Unidades B, e C, 71,4%. Os problemas maiores, como já foi visto, foram relacionados à falta de protocolos e material instrucional.

Na sub-dimensão provisão de insumos, todas as unidades pesquisadas obtiveram 66,6% de adequação, considerando a não programação para provimento de material instrucional.

Na sub-dimensão Capacitação Profissional, verificamos variações importantes. A Unidade A, obteve 100% de adequação, as Unidades B e D, 50% e a Unidade C, apenas 25% de adequação, demonstrando que estas últimas unidades, necessitam resolver os problemas relacionados à capacitação da equipe mínima.

Quanto à realização da coleta e aconselhamento pela equipe capacitada. Podemos observar que o grau de adequação foi no máximo de 50%, nas Unidades A e B. As Unidades C e D, obtiveram 25% de adequação.

Essas pontuações demonstram que os profissionais capacitados não estão realizando as ações para as quais foram treinados. Vimos que o médico não realiza o aconselhamento, e a coleta do material sorológico é realizada pelos Técnicos em Patologia.

Na sub-dimensão Aconselhamento foi onde as unidades obtiveram pontuações mais baixas. Apenas a Unidade C, alcançou 50% de adequação. A Unidade A, obteve 33,3%, e as Unidades B e D, 16,6%. Isto demonstra que a atividade do aconselhamento não está sendo realizada de forma adequada e de acordo com as diretrizes e recomendações do Ministério da Saúde.

Os resultados apresentados acima demonstram que os serviços de saúde não estão dando a devida importância ao aconselhamento enquanto estratégia de sensibilização da população para a realização da sorologia, e como oportunidade de

discutir questões importantes como vulnerabilidade, práticas preventivas, comportamento de risco, adesão ao tratamento, dentre outras.

Outra sub-dimensão onde as unidades obtiveram pontuações baixas foi a de Organização da Rotina dos Serviços. Os percentuais variaram de 25% a 50%, demonstrando que as unidades apresentavam problemas importantes de adequação.

As Unidade A e B, alcançaram 25% de adequação, a Unidade C, 50%, e a Unidade D, 37,5%. Os problemas maiores desta sub-dimensão são a periodicidade de realização da coleta e de entrega do resultado aos usuários, o referenciamento de usuários soropositivos e a oportunidade de entrega de preservativos.

Na sub-dimensão Supervisão e Avaliação, apenas a Unidade B pontuou, obtendo um percentual de 50% de implementação, caracterizando a inexistência dessas ações nos demais serviços de saúde.

No quadro abaixo, estão totalizados os graus de adequação das unidades de saúde pesquisadas, nas dimensões de Estrutura e Processo.

**Quadro 26. Grau De Adequação das Unidades De Saúde:**

DIMENSÃO	PADRÃO	%	UNIDADES DE SAÚDE			
			A	B	C	D
ESTRUTURA	ÓTIMO	90 a 100%	82,3	88,2		82,3
	ACEITÁVEL	60 a 89%			76,5	
	INADEQUADO	40 a 59%				
	CRÍTICO	0 a 39%				
PROCESSO	ÓTIMO	90 a 100%				
	ACEITÁVEL	60 a 89%				
	INADEQUADO	40 a 59%	46,9		40,7	
	CRÍTICO	0 a 39%		37,0		33,3

No quadro acima apresentado, podemos observar que as unidades pesquisadas não tinham problemas importantes de Estrutura. As unidades A, B e D obtiveram um padrão ótimo de adequação no que concerne a Estrutura, e a Unidade C, um padrão aceitável, devendo melhorar os espaços destinados à realização de aconselhamento coletivo e individual.

Na dimensão Processo, as unidades apresentaram níveis de adequação abaixo da média, com as Unidades A e C, obtendo padrão inadequado e as Unidades B e D, padrão crítico, o que significa que as unidades pesquisadas precisam avaliar aspectos importantes, como capacitação, provisão de insumos, aconselhamento, organização da rotina e supervisão e avaliação das ações da coleta e aconselhamento para o teste Anti-HIV. Estes aspectos são fundamentais para a melhoria do atendimento da população.

## **CAPÍTULO VI. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.**

Os achados encontrados no decorrer deste estudo apontam para uma discussão do papel das Unidades Básicas de Saúde, no controle e na prevenção das DST/HIV/AIDS.

As Unidades Básicas de Saúde são serviços que têm uma importância fundamental na assistência, prevenção e na promoção da saúde de um universo populacional bastante amplo, tornando-as peças estratégicas para o controle de processos endêmicos, principalmente no que concerne ao HIV/AIDS.

A Atenção Básica à Saúde, deve ser o ponto de partida de um atendimento à saúde pública eficiente e eficaz. Cabe a esse nível de atenção o papel de informar a população quanto às ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, assisti-la de forma contínua e resolutiva, e encaminhar os doentes, quando necessário, aos serviços de referência, com agilidade e precisão ( MS, 2006 ).

Essas Unidades são portas de entrada para populações com um maior ou menor grau de vulnerabilidade ao HIV (Carvalho et. al. 2001), considerando as peculiaridades do contexto sócio-econômico e cultural de cada grupo populacional, bem como as questões mais específicas relacionadas a gênero, que podem influenciar nos riscos para o HIV/AIDS.

As Unidades de Saúde pesquisadas oferecem boa estrutura física para a realização das ações de coleta e aconselhamento, com espaços adequados, tanto para o atendimento individual e coletivo, como também na estrutura de laboratório, com apenas uma das unidades necessitando de melhor adequação destes espaços.

A boa infra-estrutura e adequação, a existência de recursos humanos e dos recursos materiais básicos, deveriam proporcionar uma boa resposta às necessidades dos usuários.

Mas esses aspectos não garantem a superação da vulnerabilidade programática dos serviços (Carvalho et. el. 2001), em relação a uma melhor cobertura e qualidade das ações. Esta questão está bem configurada no restrito universo da população que realiza a sorologia para HIV, no caso as gestantes, e na qualidade do aconselhamento realizado pelas unidades pesquisadas.

O fato das Unidades de Saúde pesquisadas priorizarem as gestantes para a realização da sorologia para o HIV tem como fator positivo a preocupação com o controle e a prevenção da Transmissão Vertical, o que, de certa forma pode justificar a solicitação compulsória da sorologia.

Mas, esse fato também traz em seu interior duas outras questões.

A primeira é que a solicitação compulsória fere uma questão ética relacionada à voluntariedade do teste (MS, 2005), e a segunda é que esta prática esconde em seu bojo, a falta de informação e discussão com o usuário sobre a importância do Teste-Anti HIV (MS, 2004) e da própria epidemia da AIDS, ocasionando um processo contínuo de desconhecimento sobre este agravo e as conseqüências na vida de determinados grupos sociais.

Geralmente, na saúde pública, a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos são feitas compulsoriamente, sendo o usuário apenas um receptor de tecnologias, que, em sua grande maioria, são por ele desconhecidas.

Esse tipo de prática mantém o usuário ignorante do processo de saúde-doença (Sabroza, 2005), em que está envolvido, contribuindo com a disseminação dos agravos para um universo populacional bem maior. Isto também demonstra uma relação de poder entre o profissional de saúde e o usuário, causada pela retenção do conhecimento técnico do primeiro, em detrimento da falta de recursos internos do segundo, para questionar os procedimentos a que é submetido.

Retomando a questão da importância do papel das Unidades Básicas no controle da epidemia do HIV/AIDS, foi possível demonstrar neste estudo, que, apesar da atenção básica atingir um universo populacional diversificado, os serviços estão perdendo a oportunidade de ampliar o acesso à sorologia do HIV para populações mais vulneráveis e de propiciar o conhecimento do status sorológico, bem como, do perfil mais concreto da epidemia do HIV/AIDS.

Apesar da epidemia do HIV/AIDS já ter cerca de 20 anos de existência, o desconhecimento por grande parte da população, dos processos que envolvem este agravo, é muito preocupante.

Nas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas, a procura espontânea pela sorologia é quase nula. Além das gestantes, apenas usuários portadores de alguma DST e, raríssimos, de Tuberculose e outros agravos, são direcionados para a sorologia do HIV.

As questões acima, suscitam uma reflexão sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde no que diz respeito às necessidades destes de buscar a atenção, a predisposição e a real utilização dos serviços além da capacidade ou dos meios que os usuários dispõem para utilizá-los (Acurcio, 1996).

O desconhecimento, pelo usuários, dos serviços oferecidos pelas Unidades de Saúde pode estar relacionado a problemas de oferta e demanda (Pinheiro, 2001), que vai

além da simples necessidade de tratar uma enfermidade. No caso no HIV/AIDS, pode estar relacionado não só ao desconhecimento, mas também à não compreensão dos processos envolvendo a transmissão do HIV, ou ainda, por achar que o problema está muito distante de sua realidade.

Outra questão que pode ser levantada é a falta de institucionalização da solicitação da sorologia para o HIV.

Esses fatos nos fazem questionar sobre o papel da Unidade Básica, na sensibilização, informação e orientação do usuário sobre os processos que envolvem a epidemia do HIV, tais como: formas de transmissão, tratamento, prevenção, vulnerabilidade, comportamento de risco, dentre outras (MS, 2004).

A estratégia do aconselhamento foi desenvolvida com o objetivo de possibilitar a discussão com o usuário sobre as questões relacionadas acima, contribuindo para que este tome consciência de sua vulnerabilidade e desenvolva um plano viável para a diminuição dos riscos.

Desde 1996, a rede municipal de saúde vem promovendo um programa contínuo de treinamento para os profissionais de saúde, principalmente na área de aconselhamento em DST/HIV/AIDS, no intuito de instrumentalizar os profissionais, para o desenvolvimento desta estratégia, importante para a sensibilização do usuário.

Apesar da preocupação da instituição com a capacitação dos profissionais, o estudo demonstrou que o aconselhamento é pouco valorizado como espaço estratégico de prevenção (Paiva et. al. 2006). Nesse sentido, cabe discutir duas questões.

A primeira é por que profissionais treinados não estão realizando a atividade de aconselhamento, e a segunda, por que os que estão fazendo aconselhamento não o fazem de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

A primeira questão pode trazer em seu bojo discussões a respeito da qualidade do treinamento realizado e mesmo da predisposição do profissional em incorporar novas práticas em sua rotina compromisso profissional, bem como a respeito do perfil necessário para a realização da prática do aconselhamento.

A realização do aconselhamento requer uma predisposição do profissional, além de um compromisso com o outro, e isto significa disponibilizar mais tempo para o atendimento ao usuário (MS, 2004).

O aconselhamento é uma prática onde o profissional tem que estar aberto ao diálogo e estar atento às suas limitações, provocadas por opiniões cristalizadas e valores culturais diferentes dos valores e opiniões do usuário que busca uma Unidade de Saúde.

Nesse sentido é importante questionar se é necessário existir um perfil profissional para a realização do aconselhamento ou o profissional deveria adequar-se ao perfil da saúde pública, que por si só, já requer uma prática diferenciada, considerando as diferenças sócio-culturais de seus usuários.

Um outro problema, este relacionado à primeira questão, é o tempo disponibilizado para a prática do aconselhamento.

As Unidades de Saúde são responsáveis pelo atendimento dos diversos programas que compõem a Atenção Básica e, portanto, os profissionais, devem estar preparados para atender a todos estes serviços.

Alguns profissionais, dentre os pesquisados, acham que esse é um fator que prejudica a realização do aconselhamento, já que este procedimento precisa de um tempo relativamente maior para sua realização, ocasionando demora para o atendimento dos outros usuários.

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, contidas no Manual de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica, para a realização do aconselhamento, seria necessário redimensionar o tempo de atendimento do profissional, esta poderia ser uma estratégia a ser considerada para a resolução do problema.

As situações expostas acima podem estar relacionadas direta ou indiretamente com a segunda questão, relativa à realização do aconselhamento sem conformidade com os protocolos.

Os protocolos são instituídos com objetivo de orientar os profissionais, de uma forma padronizada, sobre a conduta e os procedimentos que devem seguir, em relação ao atendimento de determinado serviço de saúde.

No caso do aconselhamento, as recomendações contidas no Manual de Aconselhamento para a Atenção Básica fornecem aos profissionais de saúde os subsídios necessários para a informação, orientação e sensibilização dos usuários, sobre as questões relativas à epidemia do HIV/AIDS e aos processos de transmissão e prevenção.

Nesse sentido, a não observância das recomendações contidas nos protocolos de aconselhamento, pelos profissionais, pode estar relacionada a fatores como, a não assimilação dos conteúdos relativos à prática do aconselhamento, à prática biologicista e curativa e a falta de uma cultura de envolvimento do usuário nos processos de promoção da saúde.

Os outros fatores, podem estar relacionados à organização da rotina dos serviços, onde algumas categorias profissionais possuem uma demanda de atendimentos maior do que outras, considerando o crescente aumento de programas da Atenção Básica.

Outras questões verificadas, em relação ao aconselhamento, foram:

- A não incorporação da prática do aconselhamento pelo profissional médico;
- Limitação do número de profissionais treinados em aconselhamento;
- A não incorporação da prática do aconselhamento, enquanto atividade da equipe multidisciplinar.

Através da pesquisa de campo, verificou-se que a prática corrente nos serviços de saúde, em relação ao aconselhamento, é apenas o preenchimento do formulário de entrevista pré-teste.

O aconselhamento está sendo confundido com o ato de colher informações dos usuários, registrando numa ficha, que depois será arquivada e, eventualmente retomada para o registro do resultado do teste Anti-HIV.

Nesse sentido, os objetivos do aconselhamento pré-teste e pós-teste, não podem ser alcançados.

O pré-teste seria a fase em que o usuário teria as informações e orientações necessárias para a realização da sorologia, considerando seu estilo de vida, comportamentos de risco, vulnerabilidades, dentre outros, além da expectativa em relação ao resultado do teste.

No pós-teste, o usuário toma conhecimento de seu status sorológico e das informações e orientações necessárias, considerando o resultado e as conseqüências do mesmo em sua vida.

Consideramos importante discutir sobre a importância da realização do pós-teste, qualquer que seja o resultado da sorologia. Um resultado negativo, por exemplo, pode ser uma boa oportunidade de incentivar o usuário a desenvolver práticas preventivas e/ou de redução de danos, para que mantenha este status sorológico (MS, 2006).

A realização do aconselhamento individual, também é uma oportunidade para orientar e disponibilizar o preservativo ao usuário, serviço este que, no geral só é realizado em programas como o de planejamento familiar e de DST.

Uma das reclamações dos profissionais de saúde está relacionada com o excesso de papéis, incluído fichas e formulários, que devem ser preenchidos durante o atendimento do usuário, o que causaria prejuízo na qualidade do serviço e a demora no atendimento aos outros usuários.



Durante a pesquisa de campo, um profissional questionou a utilidade do roteiro de entrevista, pelo fato de que o documento, depois de preenchido, seria apenas arquivado.

Essa questão suscita uma outra, que está relacionada à compreensão ou a apreensão pelos profissionais de saúde sobre o objetivo do roteiro de entrevista pré-teste e pós-teste.

O roteiro de entrevista é apenas um instrumento que fornecerá informações importantes que irão nortear a discussão de questões relativas ao comportamento de risco, vulnerabilidade, práticas e atitudes preventivas desenvolvidas pelos usuários, e que servirão como base para uma avaliação de riscos e definição de um plano viável de enfrentamento de problemas relacionados às DST/HIV/AIDS.

O roteiro também pode fornecer subsídios para pesquisas sobre o perfil epidemiológico dos usuários, contribuindo para uma definição de um perfil mais real da epidemia do HIV/AIDS.

A limitação da compreensão dos objetivos e da importância da utilização do roteiro de entrevista também se reflete na própria organização dos serviços. Isto foi observado na pesquisa de campo, quando encontramos unidades utilizando dois instrumentos diferentes para a entrevista, o que demonstra uma indefinição e falta de padronização desse procedimento.

Um dos instrumentos utilizados era o formulário do Sistema de Informações do CTA-SI-CTA, que não estava implantado em nenhuma das unidades de saúde pesquisadas.

Os resultados do estudo também apontam para uma discussão importante, relativa à realização do aconselhamento coletivo ou de atividades de educação em saúde.

A primeira discussão está relacionada à falta de compreensão e/ou desconhecimento, pelos profissionais de saúde, do termo aconselhamento coletivo, o que pode demonstrar problemas na qualidade do treinamento específico e também da apreensão dos temas relacionados às DST/HIV/AIDS.

O fato de profissionais entenderem o aconselhamento coletivo como sendo uma espécie de pré-teste em grupo é preocupante, porque são procedimentos distintos, mas que se complementam no processo de sensibilização do usuário para as questões relativas às DST/HIV/AIDS.

Outra questão é o pouco espaço destinado à discussão de temas sobre as DST/HIV/AIDS. Nas unidades pesquisadas, este tema, no geral, seria abordado apenas uma vez durante o ano, conforme a programação de atividades educativas.

Na abordagem do tema sobre as DST/HIV/AIDS, observamos que as informações específicas sobre HIV/AIDS, são bastante limitadas, ou simplesmente não são abordadas.

Esse seria um momento importante para esclarecer o usuário sobre o significado do HIV e da AIDS, a relação com outras DSTs, esclarecer e oferecer a sorologia, além de divulgar os serviços disponíveis na Unidade de Saúde.

O Aconselhamento Coletivo é o início do processo de sensibilização do usuário para a realização da sorologia Anti-HIV. É um procedimento informativo, mas que oferece a oportunidade de acolhimento e estabelecimento de vínculo entre os usuários e os serviços de saúde (Araújo et. al.2004).

Esse processo deverá ter uma continuidade de nível mais específico no aconselhamento individual, pré-teste, e posteriormente no pós-teste, quando da entrega do resultado ao usuário.

Em relação a essas questões, cabe também discutir sobre o problema com a falta de material instrucional verificado em todas as Unidades de Saúde pesquisadas, o que limita o trabalho do profissional, além de prejudicar a qualidade das atividades coletivas desenvolvidas.

Outro ponto importante para discussão, observado nos achados da pesquisa, foi em relação à periodicidade de realização da coleta da sorologia Anti-HIV.

A coleta é um procedimento que deve ser realizado em horário oportuno para o usuário, o que seria uma importante estratégia de acesso ao teste (Travasso et. al. 2004), evitando retornos desnecessários ou mesmo a perda do usuário.

Foi observado no estudo que, além do aconselhamento, outro fator que merece maior atenção dos serviços de saúde, está relacionado ao fluxo de amostras sorológicas e a entrega do resultado do teste aos usuários.

O fluxo de envio das amostras sorológicas para a Unidade de Diagnóstico é realizado semanalmente, conforme o programado, mas o retorno dos resultados é indefinido.

Os resultados negativos estão sendo entregues ao usuário em prazo de 60 a 90 dias, e, em algumas situações, com mais de 90 dias.

Esse problema se agrava quando a amostra sorológica necessita de teste confirmatório, o que é realizado em outra unidade de diagnóstico.

A questão da entrega de resultados talvez seja um dos principais problemas de implementação dos serviços de saúde pesquisados, mas um problema cuja solução não está no âmbito da governabilidade destes serviços. A solução teria que envolver uma discussão intersetorial em vários níveis de gestão.

A situação acima exposta traz em seu bojo algumas questões que são importantes serem observadas.

A primeira está relacionada com a integralidade do atendimento (Cecílio, 2001), já que, apesar da rede de serviços estruturada para atender ao fluxo não estar permitindo a realização do processo de forma ágil e resolutiva.

Outra questão é a frustração do profissional e do próprio serviço de saúde, que desencadeou um processo de sensibilização e expectativa no usuário, em relação ao seu status sorológico.

Uma outra questão, talvez a mais importante, está na situação do próprio usuário, que, no período de espera do resultado, pode desenvolver expectativas ou mesmo reações emocionais, conforme o grau de compreensão que possui sobre HIV/AIDS.

Além da questão emocional, é preciso considerar um fator de acesso importante, o econômico (Travassos et. al. 2004), já que o usuário retorna várias vezes ao serviço em busca do resultado do exame, o que causa o desinteresse e o abandono por parte do usuário.

O problema da demora da entrega do resultado do teste Anti HIV traz conseqüências graves em relação ao controle da transmissão vertical, pois impede o início precoce do tratamento, principalmente se considerarmos que as gestantes iniciam o pré-natal tardiamente.

Os resultados da pesquisa também demonstraram outros pontos passíveis de discussão, relacionados à organização das ações de coleta e aconselhamento da sorologia para o HIV.

Um ponto importante é a indefinição ou a inexistência de um sistema mais definido de referenciamento dos usuários soropositivos. Neste sentido, encontramos dúvidas entre os profissionais, em relação ao destino desses usuários, pois não há um sistema de referência e contra-referência implantados.

A falta de um sistema de referenciamento prejudica o atendimento integral (Cecílio, 2001), já que impede a possibilidade da Unidade de Saúde continuar o acompanhamento ao usuário, auxiliando-o na adesão ao tratamento e no enfrentamento de problemas relacionados ao processo saúde-doença em HIV/AIDS.

Outro ponto a destacar é a realização da busca ativa, que, no decorrer da pesquisa de campo, só estava sendo realizada por duas unidades de saúde. A existência deste serviço é importante para garantir a integralidade das ações, evitando o abandono e a perda de usuários, no processo de assistência desencadeado na Unidade de Saúde.

Uma outra questão, esta relacionada à organização dos serviços das Unidades de Saúde, é concernente à supervisão e avaliação das ações desenvolvidas.

As pontuações baixas alcançadas pelas unidades de saúde nessa sub-dimensão indicam que a inexistência dessas estratégias de acompanhamento das ações implementadas é um nó crítico importante, que tem como consequência a continuidade de problemas no processo de implementação dos serviços de testagem e aconselhamento oferecidos à população.

A supervisão é uma estratégia importante de acompanhamento técnico, que pode auxiliar na resolução de problemas encontrados no atendimento dos serviços de saúde, e que, geralmente, é realizada por um outro nível de gestão.

É importante discutir não apenas a inexistência desse serviço, mas também a metodologia que é utilizada nos trabalhos de supervisão. Observa-se claramente uma resistência e até receio dos profissionais em relação às supervisões realizadas atualmente.

Essa resistência pode estar relacionada ao caráter fiscalizador e polialesco que é dado às estratégias de supervisão, que, no geral, objetivam apenas encontrar falhas e achar culpados.

As estratégias de avaliação também não estão sendo realizadas, nem no seu caráter mais informal, ou seja, na forma de reuniões da equipe para discutir o desenvolvimento das ações, opiniões e sugestões sobre os pontos negativos e positivos.

Esses aspectos acima demonstram a necessidade dos serviços de saúde discutirem a implantação e institucionalização de sistemas de monitoramento e avaliação, que possam influenciar no comportamento institucional, que sejam orientados para a resolução de problemas e melhoria das intervenções em saúde (MS, 2005).

## CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo geral avaliar o grau de adequação das ações de coleta e aconselhamento para HIV nas Unidades de Saúde do Município de Manaus, e estabelecer os níveis de adequação dessas ações.

Em seus objetivos específicos, pretendeu avaliar a adequação da infra-estrutura, verificar a disponibilidade e manutenção dos recursos, verificar a organização da rotina dos serviços e avaliar a realização das ações de aconselhamento de acordo com as normas e objetivos propostos.

No que concerne à avaliação da infra-estrutura adequada para o desenvolvimento das ações de coleta e do aconselhamento, foi possível demonstrar que esta não se constitui um problema que possa influenciar na qualidade do serviço.

As Unidades de Saúde, no geral, possuem uma boa estrutura, principalmente de laboratório, o que poderia permitir o atendimento de uma demanda maior de usuários para a sorologia Anti-HIV.

A estrutura para a realização do aconselhamento coletivo também é adequada em praticamente todas as unidades, permitindo a realização de atividades grupais que privilegiem o desenvolvimento de um processo educativo e de sensibilização do usuário para as questões relativas às DST/HIV/AIDS e para a realização do teste sorológico para o HIV.

As unidades também possuem, no geral, uma boa infra-estrutura para a realização do aconselhamento individual, pré e pós-testes, com salas que permitem a garantia do sigilo e da confidencialidade, necessários para este procedimento.

Nas sub-dimensões de Recursos e Materiais e Provisão de Insumos, verificamos problemas de implementação, principalmente no que concerne ao provimento de material instrucional e da existência e utilização dos protocolos de laboratório e do aconselhamento.

O problema da falta de material instrucional limitava o desenvolvimento de atividades educativas e de sensibilização dos usuários em relação às DST/HIV/AIDS.

Outro ponto importante verificado pelo estudo é a inexistência e a não utilização de protocolos. Apesar de, tanto as ações de coleta quanto a de aconselhamento possuírem protocolos específicos, verificamos que não há uma observância dos mesmos.

O problema maior foi verificado em relação ao aconselhamento, pois apenas duas unidades possuíam o documento com as recomendações técnicas para a realização deste procedimento.

Com isso, podemos concluir que, apesar dos treinamentos enfatizarem as diretrizes e recomendações do Ministério da Saúde, para a realização do aconselhamento, estas não estão sendo observadas pelos profissionais capacitados, causando prejuízo para a qualidade desse procedimento, fundamental para a sensibilização e compreensão de questões relativas ao HIV/AIDS.

O estudo verificou que o aconselhamento, tanto coletivo quanto individual, é a ação com maiores problemas de implementação nas Unidades de Saúde pesquisadas.

Se considerarmos as diretrizes conceituais e metodológicas da prática do aconselhamento, contidas no Manual de Aconselhamento para a Atenção Básica, podemos concluir que os serviços de saúde pesquisados não estão desenvolvendo esta prática.

O termo aconselhamento está sendo utilizado apenas para designar o ato de preenchimento de um formulário, com informações do usuário, que não terão utilidade posterior.

Essa prática estava sendo desenvolvida por profissionais treinados e não treinados, o que nos faz concluir, que está havendo a reprodução sistemática de uma prática incorreta.

O problema com a prática do aconselhamento traz questões importantes, relacionadas à qualidade das capacitações, ao perfil profissional para a realização destas ações, o compromisso profissional, as condições de trabalho, a supervisão e avaliação das ações.

Os resultados da pesquisa revelaram a inexistência de atividades de supervisão e avaliação das ações de coleta e aconselhamento. Vimos também que a prática da supervisão traz em seu bojo, uma visão fiscalizadora que não contribui para uma melhoria das ações desenvolvidas.

Essas questões nos fazem concluir que a falta de um acompanhamento técnico sistemático e do desenvolvimento de práticas avaliativas contribuem para que as ações caiam numa rotina de falta de estímulo profissional e de reprodução de práticas inconsistentes ou mesmo errôneas.

Para o acompanhamento sistemático das ações seria necessário rever as práticas e os objetivos da supervisão e verificar a necessidade de se desenvolver novas estratégias de acompanhamento e avaliação, que tenham como base critérios técnicos e

científicos, e que visem a melhoria das intervenções e dos serviços prestados à população.

Na organização da rotina de serviços das Unidades de Saúde, o maior problema observado foi a limitação do oferecimento da sorologia para o HIV e a entrega do resultado ao usuário.

A Atenção Básica, enquanto porta de entrada do sistema de saúde, possibilita o atendimento a um universo bastante amplo e diversificado de usuários, com diferentes graus de vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

Nesse sentido, a descentralização das ações de aconselhamento e testagem para o HIV para a Atenção Básica, possibilitariam a ampliação do acesso ao teste diagnóstico, ao conhecimento do status sorológico e conseqüentemente a um controle da epidemia.

Os resultados deste estudo apontam que os problemas de implementação das ações de aconselhamento e de coleta para o HIV nas Unidades Básicas de Saúde, restringem o papel da Atenção Básica no controle da epidemia, e que seria necessário discutir e refletir sobre estes problemas antes de se generalizar estas ações para um universo maior de serviços.

O estudo demonstrou que as Unidades de Saúde pesquisadas possuem um grau não satisfatório de implantação das ações, e esses níveis estão relacionados principalmente aos serviços produzidos pelas Unidades, como a organização e a oferta de serviços à população.

Verificamos ainda que as Unidades de Saúde são prejudicadas por problemas que estão fora de sua governabilidade, como a não entrega do resultado em tempo hábil e o referenciamento de usuários soropositivos.

A questão da entrega do resultado do teste Anti-HIV em tempo hábil depende de uma Unidade de referência para o diagnóstico, que possa atender a demanda de todas as unidades, cumprindo o prazo estabelecido para o retorno do resultado à Unidade coletora.

Essa é uma questão importante porque o problema afetará a credibilidade do serviço e o vínculo do usuário com o mesmo, além de prejudicar o início do tratamento e acompanhamento precoces do HIV/AIDS.

A inexistência de sistemas de referência e contra-referência para o encaminhamento de usuários soropositivos, também irá refletir diretamente na qualidade do acompanhamento e do tratamento, já que as unidades de origem perdem o

contato com o usuário encaminhado, desconhecendo se o mesmo deu continuidade aos procedimentos necessários.

As ações de saúde devem ter um encadeamento lógico e resolutivo de serviços, afim de que possa dar respostas rápidas e concretas ao usuário, contribuindo para a integralidade do atendimento.

Nesse sentido, as ações de aconselhamento e coleta para HIV devem ser implementadas de forma a estabelecer essa cadeia de serviços, onde recursos e serviços devem estar disponíveis e organizados, de forma a oferecer ao usuário o atendimento integral preconizado pelo SUS.



## **LIMITES DO ESTUDO:**

Abaixo, relacionados alguns aspectos que limitaram e/ou dificultaram o estudo:

1. Falta de estudos mais específicos sobre o perfil epidemiológico da Epidemia do HIV/AIDS, no Amazonas e no Município de Manaus;
2. Inexistência de Sistemas de Informação que permitissem verificar o quantitativo de exames de HIV realizados por cada Unidade de Saúde;
3. O Sistema de Informações do CTA (SI-CTA) não estava implantado nas Unidades de Saúde;
4. Não cumprimento do prazo de entrega dos resultados, limitando a observação do pós-teste;
5. A mudança do quadro de recursos humanos, com a saída de um grande contingente de profissionais treinados em aconselhamento;
6. Inexistência de Plano de Atividades nas Unidades de Saúde;
7. Inexistência de um plano específico que norteasse o processo de descentralização das ações de testagem e aconselhamento no Município de Manaus.

## **PRODUTO ESPERADO**

O produto esperado por este estudo é contribuir para desencadear reflexões e discussões sobre a qualidade dos serviços prestados à população nos serviços de saúde, no que concerne às atividades ligadas ao controle das DST/HIV/AIDS, ao papel da Atenção Básica no controle da epidemia do HIV/AIDS, bem como repensar as estratégias, práticas e atitudes que envolvem seu enfrentamento.

Esperamos ainda que os resultados apresentados possam auxiliar gestores e profissionais de saúde a realizarem movimento visando a melhoria das ações de saúde e consequentemente um melhor atendimento aos usuários dos serviços de saúde.

## **MODO DE DIFUSÃO DOS ACHADOS**

1. Relatório da avaliação para os gestores do programa e das unidades pesquisadas;
2. Apresentação do trabalho em eventos disponíveis, como o Simpósio Municipal de DST/AIDS;
3. Apresentação do estudo em Instituições de Ensino e Pesquisa;
4. Publicação em veículos disponíveis.

## RECOMENDAÇÕES

A seguir, relacionamos algumas recomendações que consideramos importantes a partir dos resultados do estudo e que podem servir de subsídios para que os gestores e os profissionais de saúde discutam a implementação das ações, suas limitações, dificuldades e êxitos, que possam embasar a tomada de decisão relativas a mudanças e/ou ajustes da intervenção, alvo deste estudo:

1. Discussão sobre o papel da Atenção Básica no controle da Epidemia do HIV/AIDS e demais DSTs;
2. Rever a adequação da estrutura das Unidades de Saúde para a realização da prática de aconselhamento coletiva e individual;
3. Discussão com os profissionais e demais atores envolvidos sobre as considerações éticas relacionadas à solicitação compulsória da sorologia para o HIV;
4. Discussão sobre a qualidade dos treinamentos realizados;
5. Estudo sobre a incorporação das ações de coleta e aconselhamento na rede básica e os entraves existentes;
6. Monitoramento e avaliação, sistemáticos, da prática do aconselhamento, objetivando a melhoria do serviço prestado, no sentido de incorporar as diretrizes e recomendações estabelecidas para este procedimento;
7. Sensibilização dos profissionais para a observação e utilização dos protocolos existentes, tanto para os serviços de coleta, preparo e armazenagem de amostras sorológicas, quanto para a realização do aconselhamento;
8. Discussão sobre a utilização e a importância do roteiro de entrevista pré-teste e pós-teste e padronização do mesmo;
9. Implantação de Sistema de Informação que facilite a coleta de dados das ações implementadas;
10. Discussão com os serviços de saúde e profissionais envolvidos, sobre a importância do aconselhamento coletivo para as ações de prevenção e controle das DST/HIV/AIDS;
11. Monitoramento e avaliação sistemática das ações de coleta e aconselhamento implantadas e o desenvolvimentos de estudos sobre a satisfação do usuário, como forma de medir os resultados destas ações;

12. Discussão e revisão com os atores e unidades envolvidas, do fluxo de amostras, e do tempo de entrega do resultado ao usuário;
13. Discussão intersetorial sobre o sistema de referência e contra-referência dos usuários, considerando a integralidade das ações de saúde;
14. Disponibilização sistemática de material instrucional, para a realização de atividades de educação em saúde, considerando a prevenção das DST/HIV/AIDS;
15. Suporte técnico às ações implementadas, principalmente no que concerne ao trabalho multidisciplinar.

## BIBLIOGRAFIA





1. ANDER-EGG, Ezequiel; AGUILLAR, Maria José. Avaliação de Serviços e Programas sociais. Vozes. 1994.
2. ACURCIO, Francisco de Assis; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Acessibilidade de Indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão da literatura. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1996.
3. ARAÚJO, C.L.F.; CAMARGO JR, K.R. Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e práticas. Folha Carioca. Rio de Janeiro, 2004.
4. CARVALHO, José Ricardo; JUNIOR, Ivan França; CALAZANS, Gabriela Junqueira. AIDS, vulnerabilidade e Prevenção. Mimeo. 2001.
5. CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. In Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Organização: Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos. Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO, 2001.
6. CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS Jean-Louis; Pineault, Raynald. A Avaliação da Área de Saúde: conceitos e métodos. In Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Organização Zulmira Hartz. Rio de Janeiro, 1997.
7. CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS Jean-Louis; Pineault, Raynald. A Avaliação da Área de Saúde: conceitos e métodos. In Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Organização Zulmira Hartz. Rio de Janeiro, 1997.
8. CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS Jean-Louis; Pineault, Raynald. A Avaliação da Área de Saúde: conceitos e métodos. In Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Organização Zulmira Hartz. Rio de Janeiro, 1997.
9. CRUZ, M.M; SANTOS, E.M; MONTEIRO, S & NATAL, S.N. Avaliação de Programas de Prevenção em DST/AIDS: Revendo Abordagens e Metodologias. Cadernos de Saúde Pública, 2005 (No Prelo).
10. DENIS, Jean-Louis; CHAMPAGNE, François. Análise de Implantação. Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas. Organização, Zulmira Hartz. Fiocruz. 1997.
11. DONABEDIAN, Avedis. Perspectiva da Avaliação, 1980.
12. FRANÇA-JUNIOR, Ivan. O Acesso ao Tratamento de HIV/AIDS é um Direito Humano: Aprendendo com a experiência brasileira. USP. São Paulo. 2002.
13. GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna. Uma abordagem Naturalística para a Avaliação. Introdução a Avaliação de Programas. Coletânea de Textos. 1989.

14. HARTZ, Zulmira, CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação do Programa Materno-Infantil: análise de Implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil. In Avaliação em Saúde; dos modelos conceituais à prática da implantação de Programas. Organização, Zulmira Hartz. Rio de Janeiro. Fiocruz. 1997.
15. MEDINA, M.G.; SILVA, G.A.P.; AQUINO, R.;HARTZ, Z.M.A. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. Em Avaliação em Saúde dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Organização, Zulmira Hartz e Ligia Maria da Silva. Fiocruz. 2005.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica. Brasília, 2004.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica. Brasília, 2004.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aconselhamento em DST/HIV/AIDS: Diretrizes e Procedimentos Básicos. Brasília, 1999.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. LEI 8080/90. Lei Orgânica da Saúde, 10.09.90.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Implantação e Implementação de Programas e Projetos de Prevenção ao HIV/AIDS no Local de Trabalho. Brasília. 2003.
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica. 2005.
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria No. 59. Fluxograma para Detecção de Anticorpos Anti-HIV. Brasília, 2003.
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aconselhamento em DST/HIV/AIDS: Diretrizes e Procedimentos Básicos. Brasília, 1999.
24. Ministério da Saúde. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização. Brasília. 2005.
25. MINISTÉRIOS DA SAÚDE. Atenção Básica ao HIV/AIDS, Hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Brasília. 2006.
26. NEMES, Maria Inês Baptistella. Avaliação em Saúde: Questões para os Programas de DST/AIDS no Brasil. ABIA. Rio de Janeiro, 2001.
27. OLIVEIRA, Maria Auxiliadora. Tecnociência, Ativismo e a Política do Tratamento de AIDS. Rio de Janeiro, 1989.
28. OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; SANTOS, Elizabeth Moreira; MELLO, José Manoel Carvalho. AIDS, Ativismo e regulação de ensaios clínicos no Brasil: o Protocolo 029. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 17, 2001.

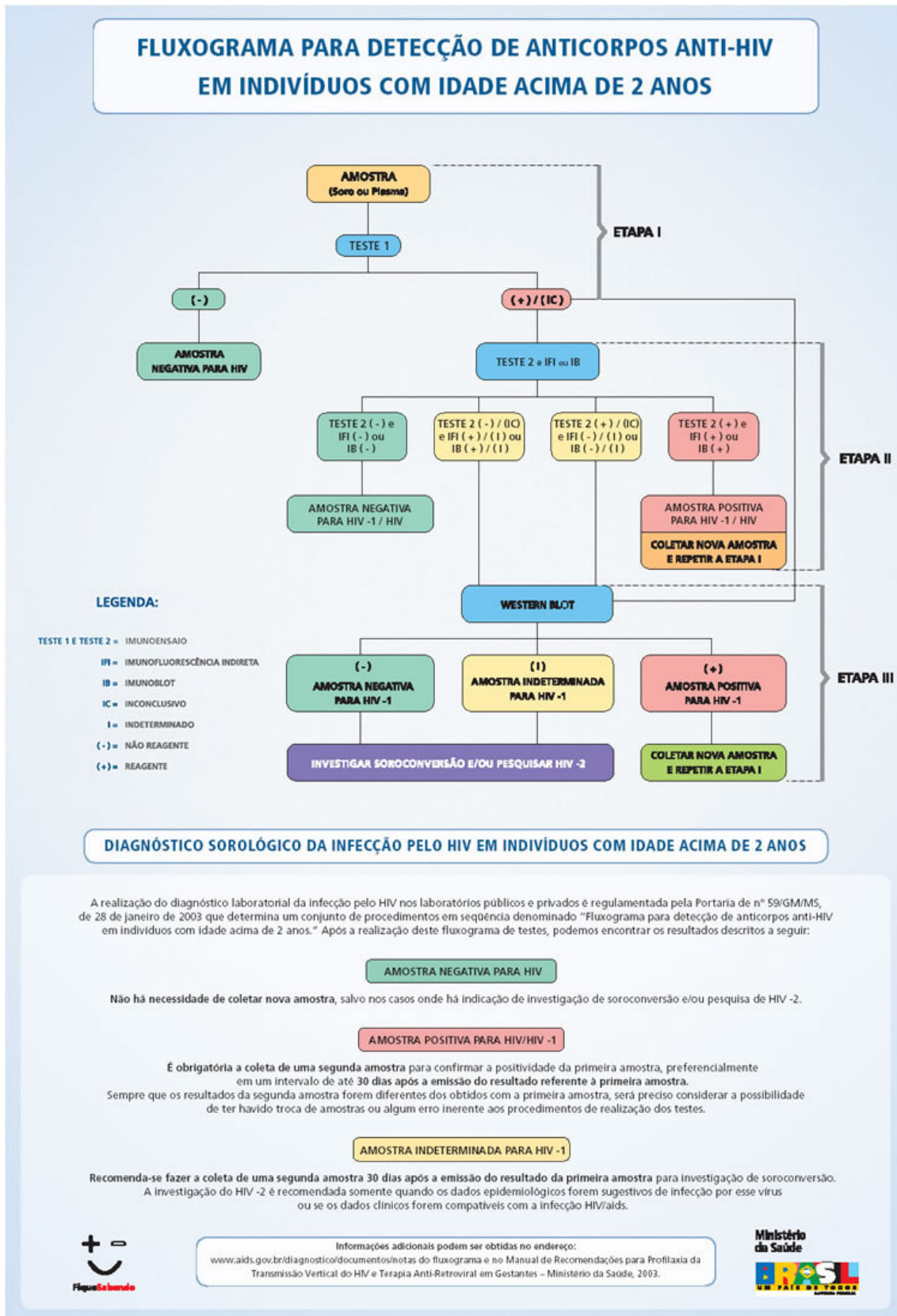
29. PAIVA, Vera; PUPO, Ligia Rivero; BARBOZA, Renato. O direito à prevenção e os desafios da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 40. 2006.
30. PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Organização: Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos. Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO, 2001.
31. SZWARCOWALD, Célia Landmann; BASTOS, Francisco Inácio; ESTEVES, Maria Ângela Pires; ANDRADE, Carla L. Tavares. A Disseminação da Epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: Uma análise especial. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 16, 2000.
32. SZWARCOWALD, Célia Landmann; CASTILHO, Euclides Ayres. O Estudo de 2000: Desigualdades Socioeconômicas do Comportamento Sexual de risco para as Infecções Sexualmente Transmissíveis. Rio de Janeiro. 2000.
33. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Plano Interinstitucional de Controle e Prevenção das DST/AIDS no Amazonas. 1999.
34. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Implantação de Assistência e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis na Rede Básica de Saúde no Município de Manaus. Manaus/Am. 1996.
35. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Programa Municipal DST/AIDS: Plano de Ação e Metas. 2002.
36. SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L. Avaliação em Saúde, Limites e Perspectivas. *Cadernos de S NEMES*, Maria Inês Baptistella. Avaliação em Saúde: Questões para os Programas de DST/AIDS no Brasil. ABIA. Rio de Janeiro, 2001.
37. SILVA-JUNIOR, Aluisio Gomes. Lógicas de Programas de ações de Saúde. Curso de Auto NEMES, Maria Inês Baptistella. Avaliação em Saúde: Questões para os Programas de DST/AIDS no Brasil. ABIA. Rio de Janeiro, 2001.
38. SABROZA, Paulo Chagastelles. Concepção de saúde e doença. In *Curso de Especialização em avaliação de programas de controle de processos endêmicos, com ênfase em DST/AIV/AIDS*. Dimensão técnico-operacional: unidade didático-pedagógica: modelo lógico do programa. Organizado por Elizabeth Moreira dos Santos e Sonia Natal. Rio de Janeiro. ABRASCO. 2005.
39. SZWARCOWALD, Célia Landmann; BASTOS, Francisco Inácio. AIDS e Pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 16. 2000.
40. TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20, 2004.

# ANEXOS

## I – Cartão de referência e contra-referência e cartão de convocação do usuário

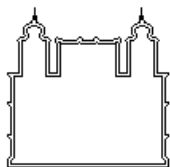
 <p>Sistema Único de Saúde Prefeitura Municipal de Manaus Secretaria Municipal de Saúde</p>	 <p>Sistema Único de Saúde Prefeitura Municipal de Manaus Secretaria Municipal de Saúde</p>
<b>PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS</b> CARTÃO DE CONVOCAÇÃO CENTRO DE SAÚDE: _____ REGISTRO: _____ DATA: ____/____/____ MÉDICO / ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____ DATA DA CONSULTA DO CONTATO: _____ NÚMERO DE CONTATO: _____	<b>CARTÃO DE CONVOCAÇÃO</b> CENTRO DE SAÚDE: _____ DATA DE COMPARECIMENTO: _____ CID: _____ REG. CASO INDICÊ: _____ PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____ ENDEREÇO: _____ HORÁRIO DE ATENDIMENTO: _____
 <p>Sistema Único de Saúde Prefeitura Municipal de Manaus Secretaria Municipal de Saúde</p>	 <p>Sistema Único de Saúde Prefeitura Municipal de Manaus Secretaria Municipal de Saúde</p>
<b>CARTÃO DE REFERÊNCIA</b> CENTRO DE SAÚDE: _____ NOME: _____ REGISTRO: _____ CID: _____ COMPARECER AO: _____ ENDEREÇO: _____ HORÁRIO: _____ PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____ <b>NÃO SE ESQUEÇA DE COMPARECER AO LOCAL ACIMA ESCRITO PARA COMPLETAR SEU TRATAMENTO. VOCÊ É RESPONSÁVEL PELA SUA SAÚDE.</b>	<b>CARTÃO DE CONTRA REFERÊNCIA</b> DE: _____ PARA: _____ NOME: _____ REGISTRO: _____ CID: _____ TRATAMENTO REALIZADO: _____ CASO NEGATIVO, JUSTIFIQUE: _____ <b>VOCÊ É IMPORTANTE!</b> <b>RETORNE AO CENTRO DE SAÚDE PARA INFORMAR AO MÉDICO SOBRE O TRATAMENTO.</b>

## II – Fluxograma para detecção de anticorpos do vírus HIV





### III – Entrevista com o Coordenador do Programa



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



### ENTREVISTA COM O GESTOR DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Nome da Unidade: -----

Formação Profissional: -----

Tempo de Exercício na Função: -----

Data da Entrevista: -----

01. Qual a modalidade de atenção da Unidade.

Unidade Básica de Saúde

Policlínica

Unidade Básica de Saúde/Pronto Atendimento – UBS/PA

02. A Unidade desenvolve ações de aconselhamento e testagem para HIV.

Sim  Não

03. Se sim, há quanto tempo.

Menos de 06 meses  06 meses a 01 ano  2 anos ou mais

04. Como se deu a implantação das atividades de Aconselhamento e coleta para HIV.

Foi elaborado um projeto de implantação

Através de reunião entre Coordenação e Unidades

Através de ordem de serviço

Outros. Especificar: -----

05. O processo de implantação foi:

Padrão para todas as unidades

De acordo com a modalidade de atendimento

Outros. Especificar: -----

06. Foram estabelecidas metas para as ações de aconselhamento e testagem para HIV.

Sim  Não

07. Se sim, quais metas:

-----

08. Foram definidas formas de monitoramento das ações.

Sim  Não

09. Se sim, quais: -----

-----

10. A Unidade realizou alterações na rotina para inserção dessas ações.

Sim  Não

11. Se sim, quais alterações: -----

-----

12. Houve necessidade de adequação da estrutura física.

Sim  Não

11. Se sim, que adequações: -----

-----

13. Foi feito um redimensionamento do tempo e ou do número de atendimento para a inserção das ações.

Sim                     Não

12 Se sim, como foi redimensionado: \_\_\_\_\_

14. Que sistema é utilizado para o registro de informações da coleta e aconselhamento;

Livro de Registro

Sistema Informatizado

Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

15. A coleta do teste é feita:

Diariamente em horário integral

Diariamente em horário parcial

Agendado

Outros. Especificar: -----

16. O transporte para as amostras e do resultado.

É próprio da Unidade

É externo

Outros: Especificar: -----

17. Qual a periodicidade de envio das amostras para diagnóstico.

Semanal     Mensal     Indefinido

18. Qual a periodicidade de retorno dos resultados para a UBS.

Semanal     Mensal     Indefinido

19. A provisão de insumos para coleta do teste é feita:

Através de programação sistemática

Ao término dos insumos

É Indefinida

Outros. Especificar: -----

20. A provisão de preservativos é feita:

Através de programação sistemática

Ao término do insumo

É indefinida

Outros. Especificar: -----

21. A unidade definiu um fluxo para a realização do aconselhamento e coleta para HIV.

Sim                     Não

22. Se sim, como ficou definido: \_\_\_\_\_

23. A unidade realiza atividade de aconselhamento coletivo.

Sim                     Não

24. Se não, por que.

Não possui espaço apropriado para a atividade

Leva tempo e prejudica os demais atendimentos

Os profissionais não se dispõem a realizar por achar que é uma atribuição a mais

Outros. Especificar: -----

25. Se sim, é realizado porque profissional.

Todos os treinados     Médico     Enfermeiro     Assistente Social

Psicólogo     Outros. Especificar: -----

26. Quem realiza o aconselhamento individual.

Por todos os profissionais treinados

- Médico       Enfermeiro       Assistente social  
 Psicólogo       Outros. Especificar: -----

27. Como está sendo desenvolvido o aconselhamento individual.

- Está inserido na rotina de todos os profissionais treinados  
 É realizado apenas quando da realização do teste para HIV  
 Outros. Especificar: -----

28. O Teste para HIV é oferecido para todos os usuários atendidos pela Unidade.

- Sim       Não

29. Se não. Por que.

- A prioridade são as gestantes  
 Fica a critério do profissional  
 Outro. Especificar. \_\_\_\_\_

30. Como é feita a divulgação do teste entre os usuários:

- Através de aconselhamento coletivo  
 Consulta Individual  
 Atividades de Educação em Saúde  
 Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

31. A unidade realiza atividade de busca ativa.

- Sim       Não

32. Se não, por que.

- Não tem transporte disponível  
 Não há pessoal disponível  
 Outros. Especificar: -----

33. A unidade recebe supervisão periódica para as atividades de aconselhamento e testagem.

- Sim       Não

34. A Unidade realiza atividade interna de avaliação das ações de aconselhamento e testagem para HIV.

- Sim       Não

24 Se não, por que.

- Não é possível reunir a equipe interdisciplinar  
 Geralmente os profissionais não comparecem  
 Não há incentivo para esta atividade  
 Outros. Especificar: -----

35. Se sim, que estratégias são utilizadas: \_\_\_\_\_

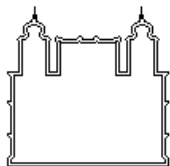
36. São realizadas atividades de avaliação das ações pela coordenação do programa.

- Sim       Não

37. Se sim, que estratégias são utilizadas.

- Reuniões com os gestores das Unidades  
 Reunião ampliada com Coordenação, gestores locais e os profissionais de saúde  
 Outros: Especificar: \_\_\_\_\_

#### IV – Entrevista com os diretores das Unidades de Saúde



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



#### ENTREVISTA COM O GESTOR DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Nome da Unidade: -----

Formação Profissional: -----

Tempo de Exercício na Função: -----

Data da Entrevista: -----

38. Qual a modalidade de atenção da Unidade.

Unidade Básica de Saúde

Policlínica

Unidade Básica de Saúde/Pronto Atendimento – UBS/PA

39. A Unidade desenvolve ações de aconselhamento e testagem para HIV.

Sim  Não

40. Se sim, há quanto tempo.

Menos de 06 meses  06 meses a 01 ano  2 anos ou mais

41. Como se deu a implantação das atividades de Aconselhamento e coleta para HIV.

Foi elaborado um projeto de implantação

Através de reunião entre Coordenação e Unidades

Através de ordem de serviço

Outros. Especificar: -----

42. O processo de implantação foi:

Padrão para todas as unidades

De acordo com a modalidade de atendimento

Outros. Especificar: -----

43. Foram estabelecidas metas para as ações de aconselhamento e testagem para HIV.

Sim  Não

44. Se sim, quais metas:

-----

45. Foram definidas formas de monitoramento das ações.

Sim  Não

46. Se sim, quais: -----

-----

47. A Unidade realizou alterações na rotina para inserção dessas ações.

Sim  Não

48. Se sim, quais alterações: -----

-----

49. Houve necessidade de adequação da estrutura física.

Sim  Não

11. Se sim, que adequações: \_\_\_\_\_

50. Foi feito um redimensionamento do tempo e/ou do número de atendimento para a inserção das ações.

Sim             Não

12 Se sim, como foi redimensionado: \_\_\_\_\_

51. Que sistema é utilizado para o registro de informações da coleta e aconselhamento;

Livro de Registro

Sistema Informatizado

Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

52. A coleta do teste é feita:

Diariamente em horário integral

Diariamente em horário parcial

Agendado

Outros. Especificar: -----

53. O transporte para as amostras e o resultado.

É próprio da Unidade

É externo

Outros: Especificar: -----

54. Qual a periodicidade de envio das amostras para diagnóstico.

Semanal     Mensal     Indefinido

55. Qual a periodicidade de retorno dos resultados para a UBS.

Semanal     Mensal     Indefinido

56. A provisão de insumos para coleta do teste é feita:

Através de programação sistemática

Ao término dos insumos

É Indefinida

Outros. Especificar: -----

57. A provisão de preservativos é feita:

Através de programação sistemática

Ao término do insumo

É indefinida

Outros. Especificar: -----

58. A unidade definiu um fluxo para a realização do aconselhamento e coleta para HIV.

Sim             Não

59. Se sim, como ficou definido: \_\_\_\_\_

60. A unidade realiza atividade de aconselhamento coletivo.

Sim             Não

61. Se não, por que.

Não possui espaço apropriado para a atividade

Leva tempo e prejudica os demais atendimentos

Os profissionais não se dispõem a realizar por achar que é uma atribuição a mais

Outros. Especificar: -----

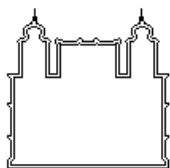
62. Se sim, é realizado por qual profissional.

Todos os treinados     Médico     Enfermeiro     Assistente Social

Psicólogo     Outros. Especificar: -----

63. Quem realiza o aconselhamento individual.  
 Todos os profissionais treinados  
 Médico       Enfermeiro       Assistente social  
 Psicólogo       Outros. Especificar: -----
64. Como está sendo desenvolvido o aconselhamento individual.  
 Está inserido na rotina de todos os profissionais treinados  
 É realizado apenas quando da realização do teste para HIV  
 Outros. Especificar: -----
65. O Teste para HIV é oferecido para todos os usuários atendidos pela Unidade.  
 Sim       Não
66. Se não. Por que.  
 A prioridade são as gestantes  
 Fica a critério do profissional  
 Outro. Especificar: \_\_\_\_\_
67. Como é feita a divulgação do teste entre os usuários:  
 Através de aconselhamento coletivo  
 Consulta Individual  
 Atividades de Educação em Saúde  
 Outros. Especificar: \_\_\_\_\_
68. A unidade realiza atividade de busca ativa.  
 Sim       Não
69. Se não, por que.  
 Não tem transporte disponível  
 Não há pessoal disponível  
 Outros. Especificar: -----
70. A unidade recebe supervisão periódica para as atividades de aconselhamento e testagem.  
 Sim       Não
71. A Unidade realiza atividade interna de avaliação das ações de aconselhamento e testagem para HIV.  
 Sim       Não
72. Se não, por que.  
 Não é possível reunir a equipe interdisciplinar  
 Geralmente os profissionais não comparecem  
 Não há incentivo para esta atividade  
 Outros. Especificar: -----
72. Se sim, que estratégias são utilizadas: \_\_\_\_\_
73. São realizadas atividades de avaliação das ações pela coordenação do programa.  
 Sim       Não
74. Se sim, que estratégias são utilizadas.  
 Reuniões com os gestores das Unidades  
 Reunião ampliada com Coordenação, gestores locais e os profissionais de saúde  
 Outros: Especificar: \_\_\_\_\_

## V – Entrevista com os profissionais



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



### ENTREVISTA COM PROFISSIONAL

Nome da Unidade: -----

Formação Profissional: -----

Tempo de Atuação na UBS: -----

Carga Horária: -----

No. de Usuários que atende: -----

Data: -----

01. Você fez algum treinamento direcionado às ações de Aconselhamento e/ou Coleta para HIV.

Sim ( ) Não ( )

02. Se sim, especifique.

Aconselhamento ( ) Coleta ( )

03. Existe fluxo de atendimento definido para estas ações.

Sim ( ) Não ( )

04. Se sim, como funciona.

---

#### NO CASO DO PROFISSIONAL REALIZAR COLETA:

05. A coleta é realizada por qual profissional.

Bioquímico ( ) Técnico de laboratório ( ) Outros ( )

Especificar: -----

06. Qual é o horário de realização da coleta.

( ) Diário/integral ( ) Diário/Parcial ( ) Agendado

Especificar: -----

07. Qual a periodicidade para envio das amostras para diagnóstico.

( ) Semanal ( ) Mensal ( ) Indefinida

08. Há insumos disponíveis para a coleta.

( ) Sim ( ) Não

09. Se não. Por que.

( ) Os insumos não são suficientes para atender à demanda

( ) Não existe uma programação sistemática de reposição dos insumos

( ) Outros. Especificar: -----

10. Foi definido um fluxo entre as Unidades Coletoras e a Unidade de Diagnóstico.

( ) Sim ( ) Não

11. Se sim, como ficou definido o fluxo: \_\_\_\_\_

---

12. A Unidade possui os protocolos para preparo, armazenagem e transporte de amostras sorológicas para HIV.

( ) Sim ( ) Não

13. Se não, por que: \_\_\_\_\_

---

14. Você considera a estrutura do laboratório para coleta da sorologia para HIV.  
( ) Adequada ( ) Inadequada

(Ir para perguntas de 38 a 42)

NO CASO DO PROFISSIONAL FAZER ACONSELHAMENTO:

15. Você realiza aconselhamento coletivo.

( ) Sim ( ) Não

16. Se não, por que.

( ) Acha que não é atribuição sua

( ) Não fez treinamento para esta atividade

( ) Prejudicaria a consulta individual

( ) Outros. Especificar: -----

17. Você realiza aconselhamento individual.

( ) Sim ( ) Não

18. Se sim, de que forma.

( ) O aconselhamento é incorporado à rotina, independente do teste

( ) O aconselhamento é realizado apenas quando da realização do teste

19. Caso seja incorporado à rotina, como realiza: \_\_\_\_\_

---

20. Se não, por que.

( ) Acha que não é atribuição sua.

( ) Não se acha seguro o suficiente para fazê-lo

( ) Não dá tempo para fazer durante a consulta

( ) Outros: Especificar: -----

21. Se sim. Você preenche o roteiro de entrevista pré-teste.

( ) Sim ( ) Não

22. Se não, por que.

( ) Acha que não é necessário preencher

( ) Leva muito tempo e causa demora na consulta

( ) Outros Especificar: -----

23. Você acha importante o roteiro de entrevista pré-teste.

( ) Sim ( ) Não

24. Se sim, por que: \_\_\_\_\_

---

25. Se não, por que: \_\_\_\_\_

---

26. Você possui o protocolo de aconselhamento pré e pós-teste.

( ) Sim ( ) Não

27. Se não, por que.

( ) Não acha necessário tê-lo, porque não tem dúvidas

( ) Tem na Unidade, mas não tem acesso

( ) A Unidade não possui o protocolo

( ) Outros. Especificar: -----

28. Você faz entrega do resultado do teste de HIV.

( ) Sim ( ) Não



29. Se não, por que.  
 Acha que não é atribuição sua  
 Não se sente seguro o suficiente para fazê-lo  
 Prefere não entregar  
 Outros. Especificar: -----  
-----

30. Se sim, que tipo de resultado.  
 Positivo  Negativo  Os dois  
31. Caso entregue só o negativo, por que.  
 Acha que entregar o positivo não é atribuição sua  
 Não se sente seguro o suficiente para entregar um resultado positivo  
 Outros. Especificar: -----  
-----

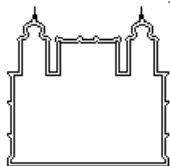
32. Qual o prazo agendado com o usuário para a entrega do exame.  
 30 dias  40 dias  Outros. Especificar: -----  
33. O resultado do teste está sendo entregue no prazo agendado com o usuários.  
 Sim  Não  
34. Se não, em que prazo está sendo entregue.  
 45 Dias  
 60 Dias  
 90 Dias ou mais  
35. Como é feito o referenciamento de usuários soropositivos para tratamento.  
 Encaminhamento com consulta agendada  
 Apenas encaminhado  
 Outro. Especificar: -----  
-----

36. A Unidade tem algum sistema de controle e/ou acompanhamento dos usuários soropositivos  
 Sim  Não  
37. Se sim, como é feito: \_\_\_\_\_  
-----

38. São realizadas supervisões técnicas do aconselhamento e coleta para HIV pela Coordenação do Programa.  
 Sim  Não  
39. A Unidade realiza avaliação das ações de aconselhamento e coleta para HIV.  
 Sim  Não  
40. Se sim, qual a periodicidade.  
 Semestral  
 Anual  
 Outros. Especificar: -----  
-----

41. Que estratégias de avaliação são utilizadas.  
 Reuniões com a equipe interdisciplinar  
 Oficinas  
 Outros. Especificar: \_\_\_\_\_  
42. Se não, por que.  
 Não há interesse por parte do gestor.  
 Não é possível reunir a equipe interdisciplinar  
 Não há interesse da equipe interdisciplinar  
 Outros. Especificar: -----  
-----

## VI – Observação do aconselhamento coletivo



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

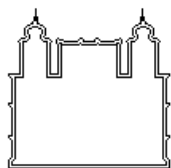


### OBSERVAÇÃO DO ACONSELHAMENTO COLETIVO (SALA DE ESPERA)

<b>ACOLHIMENTO</b>		3	2	1
01	Acolhida aos usuários			
02	Apresentação do profissional			
03	Receptividade por parte do usuário			
04	Interação com o usuário			
05	Linguagem Adequada			
06	Domínio das Informações			
07	Capacidade de ouvir e esclarecer dúvidas			
08	Troca de experiências			
09	Dinâmica			
10	Utilização de material informativo			
<b>CONTEÚDO DO ACONSELHAMENTO</b>				
01	Informa caráter sigiloso e confidencial das informações			
02	Troca informações sobre DST/HIV/AIDS, transmissão, tratamento e prevenção e situação de risco sexual e de uso de drogas			
03	Identifica barreiras: dificuldade ou desconhecimento de como usar o preservativo, negociação de práticas seguras com o parceiro de acordo com o perfil do usuário			
04	Explica o uso correto do preservativo			
05	Explora hábitos e comportamentos de risco: uso de drogas, bebida alcoólica e compartilhamento de seringas			
06	Aborda noções de redução de danos			
07	Informa sobre a disponibilização de insumos de prevenção no serviço			
08	Estimula a realização do teste e do aconselhamento pré e pós-teste			
09	Informa sobre o fluxo de atendimento da testagem e aconselhamento			
<b>ÉTICA NA ATIVIDADE</b>				
01	Respeito ao nível de conhecimento e opiniões do usuário			
02	Uso de juízo de valor			
03	Preconceito em relação a práticas e comportamentos de risco			
04	Discriminação em relação a gênero, orientação sexual, uso de drogas, múltiplas parcerias, etc.			

FONTE: Manual de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica

## VII – Observação do aconselhamento individual



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



### OBSERVAÇÃO DO ACONSELHAMENTO INDIVIDUAL

Unidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

<b>ACOLHIMENTO</b>		3	2	1
01	Acolhida do usuário			
02	Interação ( Troca de informações com o usuários)			
03	Linguagem adequada			
04	Capacidade de ouvir e esclarecer dúvidas			
05	Domínio das informações prestadas			
06	Introduz o aconselhamento no atendimento de rotina			
<b>CONTEÚDO: ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE</b>				
01	Reafirma caráter confidencial e o sigilo das informações			
02	Troca informações sobre DST/HIV/AIDS: Formas de transmissão, prevenção e tratamento			
03	Aborda a relação do HIV com a gravidez: Transmissão vertical, riscos, tratamento.			
04	Aborda hábitos, comportamentos que possibilitem fazer uma avaliação de risco			
05	Desenvolve junto com o usuário estratégias possíveis de prevenção ou redução de danos			
06	Troca informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste e o impacto na vida do usuário			
07	Considera as possíveis reações emocionais durante a espera do resultado e a necessidade de adotar práticas preventivas			
08	Reforça necessidade de tratamento dos parceiros sexuais			
09	Enfatiza a relação entre DST e HIV/AIDS			
10	Explora apoio emocional disponíveis			
11	Disponibiliza preservativos no atendimento			
12	Explica o uso correto do preservativo			
<b>ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE</b>				
01	Reafirma caráter sigiloso e confidencial das informações			
<b>RESULTADO NEGATIVO</b>				
01	Lembra que um resultado negativo não significa imunidade			
02	Lembra o significado do resultado: ou não está infectada ou está no período de janela imunológica			
03	Verificar necessidade de retestagem			
04	Reforça adesão ao preservativo e não compartilhamento de seringas			
05	Define um plano viável de redução de riscos considerando questões de gênero, vulnerabilidade para o HIV, uso de drogas, planejamento familiar			
<b>RESULTADO POSITIVO</b>				
01	Permiti ao usuário tempo para assimilar o diagnóstico e expressar seus sentimentos, prestando apoio emocional necessário			

02	Discuti o resultado positivo, ressaltando a possibilidade de tratamento e qualidade de vida			
03	Reforça necessidade do uso do preservativo e o não compartilhamento de seringas: redução de risco de reinfecção e transmissão para os outros			
04	Reforça necessidade de o resultado ser comunicado aos parceiros sexuais e deles realizarem o teste			
05	Defini um plano viável de redução de riscos considerando questões de gênero, vulnerabilidade para o HIV, uso de drogas, planejamento familiar			
06	Referencia o usuário para os serviços de assistência necessários: Unidade de tratamento, grupos de apoio.			
07	Agenda retorno			
<b>RESULTADO INDETERMINADO</b>				
01	Lembra que deve ser coletada uma nova amostra após 30 dias da emissão do resultado			
02	Reforça adoção de práticas seguras para redução de riscos de infecção pelo HIV e outras DST			
03	Considera possíveis reações emocionais que venham ocorrer durante mais um período de espera.			

FONTE: Manual de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica

**VIII – Check list de insumos**

**CHECK LIST DE INSUMOS**

**UNIDADE:** \_\_\_\_\_

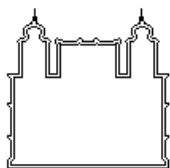
**Data:** \_\_\_\_\_

<b>No.</b>	<b>MATERIAL PARA COLETA</b>	<b>SIM</b>	<b>INS.</b>	<b>NÃO</b>
01	Adaptador para agulhas e tubos de coleta a vácuo;			
02	Agulhas para coleta a vácuo, 25x8 (21G) ou 25x7 (22G);			
03	Tubos para coleta a vácuo, sem anticoagulante de 10ml ou 3ml;			
04	Garrote ou torniquete			
05	Algodão;			
06	Álcool a 70%;			
07	Pinça de aço inoxidável serrilhada;			
08	Caneta;			
09	Luvas;			
10	Máscara;			
11	Bata longa de mangas compridas;			
12	Suporte para tubos de ensaio;			
13	Detergente líquido;			
14	Recipiente para descartar material utilizado;			
15	Cesto de lixo;			
16	Pia;			
17	Mesa de Apoio;			
18	Cadeira;			
19	Sala.			
<b>No.</b>	<b>MAT. PARA PREPARO/ARMAZENAGEM</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>INS.</b>
01	Criotubo com capacidade para 2ml com tampa rosqueável;			
02	Pipeta Pasteur ou pipeta automática de 0,5 a 1,0ml;			
03	Ponteiras plásticas			
04	Palito de madeira			
05	Compressas de gaze;			
06	Etiquetas;			
07	Caneta;			
08	Fita adesiva transparente;			
09	Fita gomada;			
10	Envelope;			
11	Estante para tubos;			
12	Centrífuga;			
13	Geladeira;			
14	Freezer;			
15	Bata de manga longa			
16	Máscara;			
17	Luvas descartáveis;			
18	Recipiente de boca larga, com paredes rígidas e tampa, contendo hipoclorito de sódio a 2%;			

19	Saco plástico			
20	Gelo reciclável ou comum			
21	Pia;			
22	Protocolo para Coleta, Preparo e Armazenagem			
<b>No.</b>	<b>ACONSELHAMENTO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>INS.</b>
01	Manual das Diretrizes do Aconselhamento			
02	Roteiro para Entrevista Pré e Pós-Teste			
03	Preservativos			
<b>No.</b>	<b>MATERIAL INSTRUCIONAL</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>INS.</b>
01	Folder			
02	Algum Seriado			
03	Vídeos			
04	Televisão			
05	Fitas Educativas			
<b>No.</b>	<b>INFRA-ESTRUTURA</b>	<b>ADQ.</b>	<b>INAD.</b>	<b>INEX.</b>
01	Sala para Aconselhamento Coletivo			
02	Sala para Aconselhamento Individual			
03	Laboratório			
04	Transporte para Busca Ativa			

<b>No.</b>	<b>PROFISSIONAL</b>	<b>EXISTENTE</b>	<b>TREINADOS</b>	<b>REALIZANDO</b>
01	Médico			
02	Enfermeiro			
03	Assistente Social			
04	Psicólogo			
05	Bioquímico			
06	Técnico de Patologia			
07				

## **IX – Termo de Consentimento livre e esclarecido**



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



### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa Avaliação da Implementação das Ações de Aconselhamento e Testagem para HIV em Unidades Básicas do Município de Manaus.

Este estudo tem por objetivo verificar como as ações de Aconselhamento e Testagem para HIV estão sendo desenvolvidas pelas Unidades de Saúde, se existem recursos necessários, se os serviços estão sendo prestados conforme os critérios e normas estabelecidas, e se os usuários estão satisfeitos com os mesmos.

A coleta de dados será feita através da observação direta da estrutura, do aconselhamento coletivo e individual e de entrevistas individuais com os gestores, profissionais e usuários da Unidade.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória, podendo se abster de responder a perguntas que julgue possam vir a prejudicá-lo, como também lhe é reservado o direito de, a qualquer momento desistir de participar, não havendo nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador e com a Unidade de Saúde.

A sua participação consistirá em fornecer informações sobre as atividades desenvolvidas pela Unidade de Saúde, sendo sua opinião importante para a realização de uma avaliação realista e criteriosa, que visa acima de tudo, auxiliar a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Na divulgação dos dados, não haverá nenhum risco de sua

identificação, pois estes dados não estarão relacionados ao desempenho ou à opinião individual dos sujeitos, mas do desempenho da Unidade de Saúde como um todo.

Caso concorde em participar, você receberá uma cópia deste Termo, onde consta o telefone do pesquisador, para que você possa tirar dúvidas sobre o Projeto e sua participação.

Manaus \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

NOME

---

ASSINATURA

Nome do Pesquisador: Fernanda Oliveira de Sousa

Fone Comercial: 3671-3788 (Vespertino)



# X – Formulário de atendimento do SI-CTA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE DST E AIDS  
 UNIDADE DE SAÚDE \_\_\_\_\_  
 CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

NÚMERO DA REQUISIÇÃO

Ministério da Saúde

## FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI - CTA

Tipo de Orientação:  Coletiva  Individual  Nenhuma  Indiv. e Coletiva  
 Orientadores: \_\_\_\_\_ Data do Atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masc.  Fem.  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Zona:  Urbana  Rural  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Data do Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gestante  Sim  Não Idade da Gestação: \_\_\_\_\_

Vai Fazer a Coleta sangue:  Sim  Não.  
 Primeiro Teste Neste CTA:  Sim  Não.  
 1ª Amostra:  Sim  Não  
 Motivo da Repetição:  conferir resultado anterior  
 Nº da Requisição Anterior na primeira amostra: \_\_\_\_\_

Motivo da Procura

- Exposição à situação de risco
- Encaminhamento de serviço de saúde
- Encaminhamento do banco de sangue
- Encaminhamento de clínicas de recuperação
- Sintomas relacionados ao HIV/AIDS
- Admissão em emprego / Forças Armadas
- Conhecimento do status sorológico
- Exame pré-natal
- Conferir resultados
- Janela imunológica
- DST
- Prevenção
- Outros

Encaminhamento (Pré-teste)

- Nenhum
- Repetir / inconclusivo
- Repetir / Janela Imunológica
- Repetir / 2ª amostra
- Ambulatório
- Psicólogo
- Tratamento de DST
- Outros

Escolaridade (em anos de estudos concluídos)

- Nenhum
- 1 a 4
- 4 a 7
- 8 a 11
- 12 a mais
99. Não informado

Situação Profissional

- Autônomo
- Desempregado
- Empregado
- Estudante
- Do Lar
- Aposentado
99. Não informado

Estado Civil

- Casado(a) Amigado(a)
- Solteiro(a)
- Separado(a)
- Viuvo(a)
99. Não informado

Origem de Clientela

- Material de divulgação
- Amigos / Usuários
- Jornais / Rádio / Televisão
- Banco de sangue
- Serviço / Profissional de saúde
- Serviço de informação telefônica
- Outros
99. Não informado

Tipo de Exposição (marque até 2 opções)

- Relação Sexual
- Transfusão de sangue
- UDI
- Hemofílicos
- Ocupacional
- Transmissão vertical
- Não possui risco
- Outros
99. Não informado

Compartilhamento de seringas com outros usuários de drogas no último mês

- Sim
- Não
- Não Lembra
98. Não se aplica
99. Não informado

Nº de Parceiros sexuais no último ano

- Nenhum
- 01
- 02 a 04
- 05 a 10
- 11 a 50
- 51 a 100
- Mais de 100
99. Não informado

Tipo de Parceiros

- Homens
- Mulheres
- Homens e Mulheres
98. Não se aplica
99. Não informado

Uso de preservativo

- Sempre
- Nunca
- Às vezes
98. Não se aplica
99. Não informado

Com parceiro fixo

Com parceiro não fixo



**MOTIVO DE NÃO USAR PRESERVATIVO**

1. Não Gostar	12. Não tinha consciência
2. Não acreditar	13. Não tem condições de comprar
3. Não saber usar	14. Não tem tempo / lesão
4. Parceiro não aceita	15. Desejo de ter filho
5. Não dispunha no momento	16. Tamanho do preserv. Pequeno
6. Confia no parceiro	17. Tamanho do preserv. Grande
7. Uso de drogas / Álcool	18. Estupro / Violência
8. Não consegue negociar	19. Outros
9. Achou que o outro não tinha	98. Não se aplica
10. Acha que não vai pegar	99. Não informado
11. Negociou não usar o preservativo	

COM PARCEIRO FIXO

COM PARCEIRO NÃO FIXO

**RISCO DO PARCEIRO FIXO**

1. Relação extra-conjugal	8. Passado Sexual
2. Homo / Bissexualidade	9. Não atribui risco
3. Transfundido	10. DST *
4. UDI	11. Não sabe
5. Uso de drogas	12. Outros
6. Portador do HIV	98. Não se aplica
7. Desconfia de relação Extra-conjugal	99. Não informado

**Pegou DST no Último Ano**

1. Sim

2. Não

Especificar: \_\_\_\_\_

**Em qual desses casos você se enquadra Recorte Populacional**

1. População em geral
2. Populações confinadas
3. Caminhoneiros
4. Trabalhadores do sexo
5. Homens que fazem sexo com homens
6. Usuários de drogas injetáveis (UDI)
7. Usuários de drogas (exceto injetáveis)
8. Pessoas vivendo com HIV / AIDS
9. Portadores de DST
10. Hemofílicos e Politransfundido
11. Profissionais de saúde
12. Travestis

**Uso de preservativo na última relação**

1. Sempre	COM PARCEIRO FIXO
2. Nunca	COM PARCEIRO NÃO FIXO
3. Às vezes	
98. Não se aplica	
99. Não informado	

Resultados

Amostra		
<b>Elisa 1°</b> 1. Não reagente 2. Reagente 3. Inconclusivo 4. Ignorado	<b>HIV - confirmado</b> 1. Não reagente 2. Reagente 3. Indeterminado 4. Ignorado	<b>Elisa 2°</b> 1. Não reagente 2. Reagente 3. Indeterminado 4. Ignorado

**Encaminhamento (Pós-teste) (marque com X até 02 opções)**

1. Nenhum	7. Tratamento de DST
2. Repetir / inconclusivo	8. Outros
3. Repetir / Janela	
4. Repetir / 2ª Coleta	
5. Ambulatório	
6. Psicólogo	

VDRL	Tipo	Hepatite "B"
1. Não reagente	<input type="checkbox"/> Doença Ativa	1. Não reagente
2. Reagente	<input type="checkbox"/> Cicatriz Sorológica	2. Reagente
3. Indeterminado		3. Indeterminado
4. Ignorado		4. Ignorado

**OUTROS ENCAMINHAMENTOS**

---



---



---



---

Data de Entrega \_\_\_\_\_

Responsável \_\_\_\_\_

Formulário de CTA



# XI – Roteiro de entrevista Pré-teste e Pós-teste

SUS - MS - DST - AIDS		COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE DST E AIDS CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO - CTA	
I - IDENTIFICAÇÃO		Pré-Teste	
1 - Nome:			AMS
2 - Filiação:			
3 - Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Local:	
4 - Procedência:			
5 - Sexo: M ( ) F ( )	6 - Estado Civil:		
7 - Endereço:			
8 - Ponto de Referência:			
9 - Telefone:	10 - Religião:		
11 - Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Alfabetizado ( ) E. F. ( ) E. M. ( ) Superior			
12 - Atividade Ocupacional:			
13 - Renda Familiar: ( ) até 1 S. M. ( ) de 2 a 3 S. M. ( ) de 4 a 6 S. M. ( ) de 7 a 9 S. M. ( ) + de 10 S. M. ( ) Desempregado			
II - SITUAÇÃO FAMILIAR			
1 - Nº de filhos: Maiores <input type="text"/>		Menores <input type="text"/>	
2 - Casa: Própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Outros ( ) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Mista ( ) Outros ( )			
3 - Outras pessoas residentes na casa:		4 - Quantas pessoas trabalham na casa:	
III - DADOS RELATIVOS AO TESTE			
1 - Origem do paciente: ( ) Gestante ( ) Paciente com DST ( ) Indicações Médica (sintomas relacionados a Aids) ( ) Espontânea ( ) Outros:			
2 - Já fez o teste antes: ( ) não ( ) sim - onde: quantas vezes: quando:			
3 - Antecedentes Patológicos: ( ) Hepatite ( ) Hanseníase ( ) Pneumonia ( ) Tuberculose ( ) Transplante Renal ( ) Doenças Hepática por alcoolismo ( ) Hemofilia ou história de transfusão a partir de 1980 ( ) Malária ( ) Leishmaniose quando: onde: ( ) Outros			
IV - DADOS COMPORTAMENTAIS			
1 - Categoria de exposição: ( ) Tatuagem ( ) Uso de drogas injetáveis ( ) Aborto marcado por instrumentos ( ) Outros:			
2 - Outras categorias de exposição ( ) Drogas inaladas: ( ) Drogas fumadas: ( ) Uso de álcool/frequência:			
V - HÁBITOS SEXUAIS			
1 - Início de atividade sexual:			
2 - Orientação sexual: ( ) Homossexual ( ) Bissexual ( ) Heterossexual			
3 - Tipo de Relação Sexual: ( ) Sexo Oral ( ) Sexo Vaginal ( ) Sexo Anal			
4 - Quantidade de Parceiros até o Momento: <input type="text"/> Fixo <input type="text"/> Eventuais			
5 - Quantidade de Parceiros nos Últimos 06 Meses: <input type="text"/> Fixo <input type="text"/> Eventuais			