

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**ANA CLARISSA LUNA GOMES**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS DE HIV E SÍFILIS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

**RECIFE**

**2020**

**ANA CLARISSA LUNA GOMES**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS DE HIV E SÍFILIS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos

Coorientadora: Dr.<sup>a</sup> Aletheia Soares Sampaio

RECIFE

2020

---

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

G633a Gomes, Ana Clarissa Luna.

Avaliação da implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na estratégia saúde da família de Jaboatão dos Guararapes - PE/ Ana Clarissa Luna Gomes. — Recife: [s. n.], 2020.  
166p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos; coorientadora: Aletheia Soares Sampaio.

1. HIV. 2. Sífilis. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Avaliação em Saúde. I. Vasconcelos, Ana Lucia Ribeiro de. II. Sampaio, Aletheia Soares. III. Título.

---

CDU 616.974

**ANA CLARISSA LUNA GOMES**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS DE HIV E SÍFILIS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 13/03/2020

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr.<sup>a</sup> Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Dr.<sup>a</sup> Sydia Rosana de Araújo Oliveira  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Dr.<sup>a</sup> Maria Luiza Bezerra Menezes  
Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade de Pernambuco

## AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a todos que, de alguma forma, fizeram parte da minha trajetória durante a realização do mestrado:

Aos meus pais, Lourival e Edna, por serem a minha base, pela confiança e apoio nas minhas escolhas;

Ao meu marido, Bruno, pelo seu exemplo de homem e profissional, pelo seu amor e por me incentivar em todos os momentos;

À minha família, Paulo, Daniele, Milena, tias, tio, primos, por todo carinho;

À minha família conquistada, sogros, Ana Elizabete e Severino, e família Almeida Bandeira pelo acolhimento e momentos de alegria passados juntos;

À minha amiga-irmã, Taciana, por saber me ouvir e acreditar sempre em mim;

Aos meus amigos do colégio, faculdade e residência e todos os outros que conquistei na vida, por todos os momentos até aqui vividos;

À minha orientadora, a professora Dr.<sup>a</sup> Ana Lucia Ribeiro Vasconcelos, pelo auxílio no amadurecimento do trabalho, disponibilidade de tempo e paciência;

À minha coorientadora, professora Dr.<sup>a</sup> Aletheia Soares Sampaio, pelas inúmeras contribuições;

Aos colegas do mestrado que tiveram importante participação nos momentos de ansiedade, apreensão, satisfação e crescimento;

À Coordenação, aos professores do mestrado profissional e Secretaria Acadêmica, pelo compartilhamento do conhecimento e dedicação aos mestrandos;

Aos meus colegas de trabalho da Unidade de Saúde da Família Ladeira da Igreja, que me deram o suporte necessário nesses últimos dois anos.

GOMES, Ana Clarissa Luna. **Avaliação da implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes- PE.** 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

## RESUMO

O diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e Sífilis tem importante implicação clínica e na saúde pública. Para isso, diversas estratégias vêm sendo propostas, em especial a disponibilização de testes rápidos em serviços de saúde não especializados, como na Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do Sistema Único de Saúde, onde as pessoas estabelecem vínculos e são acompanhadas dentro de uma lógica de corresponsabilidade. A descentralização dos testes rápidos é um fenômeno complexo, onde diversas forças estão presentes, tensionando as dificuldades e as potencialidades. Este estudo teve como objetivo avaliar a implantação dos testes rápidos na Estratégia Saúde da Família em Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco, e a partir desse resultado, e da análise de situação epidemiológica das infecções pelo HIV e sífilis no referido município, elaborar um Plano de Intervenção para melhoria desse serviço. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo "análise de implantação" em seu componente 1b. Como estratégia do estudo, a pesquisa realizada foi do tipo "estudo de caso único integrado", realizado em duas etapas: a construção e validação do Modelo Lógico e das Matrizes de Análise e Julgamento da realização dos testes rápidos de HIV e sífilis na ESF de Jaboatão dos Guararapes; e a verificação do grau de implantação (estrutura e processo) e análise dos determinantes contextuais da implantação dos testes rápidos mencionados, a partir do modelo político e contingente. O Plano de Intervenção foi elaborado utilizando a ferramenta 5W3H. O Grau de Implantação do componente Estrutura foi classificado como Parcialmente Implantado (pontuação obtida 71,9%); o componente Processo foi classificado como Insatisfatório (pontuação obtida 42,8%); e a influência do Contexto no Grau de Implantação foi classificada como Favorável (pontuação obtida 81,8%). Nesta avaliação, o Processo é o que demanda maiores esforços para que a iniciativa de uso dos testes rápidos seja efetiva, principalmente no que se refere ao Aconselhamento Pré e Pós-teste. E quanto à influência do contexto, para a melhoria do Grau de Implantação dos testes rápidos, a gestão municipal deve investir na melhoria do componente Estrutural, principalmente do contexto externo.

**Palavras-chave:** HIV. Sífilis. Estratégia Saúde da Família. Teste Rápido. Avaliação em Saúde.

GOMES, Ana Clarissa Luna. **Evaluation of the implementation of the rapid HIV and syphilis tests in the Family Health Strategy in Jaboatão dos Guararapes - PE.** 2020. Dissertation (Master in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

## **ABSTRACT**

The early diagnosis of HIV and Syphilis infection has important clinical and public health implications. For this, several strategies have been proposed, especially the provision of rapid tests in non-specialized health services, such as in Primary Health Care, the gateway to the Unified Health System, where people establish bonds and are accompanied within a logic of co-responsibility. The decentralization of rapid tests is a complex phenomenon, where several forces are present, tensioning the difficulties and potentialities. This study aimed to evaluate the implementation of rapid tests in the Family Health Strategy at Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco, and from that result, and from the analysis of the epidemiological situation of HIV and syphilis infections in that municipality, to elaborate an Intervention Plan to improve this service. This is an evaluative research of the type "implantation analysis" in its component 1b. As a study strategy, the research carried out was of the type "integrated single case study", performed in two stages: the construction and validation of the Logical Model and of the Analysis and Judgment Matrices of the performance of rapid tests for HIV and syphilis in the ESF of Jaboatão dos Guararapes; and the verification of the degree of implantation (structure and process) and analysis of the contextual determinants of the implantation of rapid tests, based on the political and contingent model. The Intervention Plan was prepared using the 5W3H tool. The Degree of Implementation of the Structure component was classified as Partially Implanted (score obtained 71.9%); the Process component was classified as Unsatisfactory (score obtained 42.8%); and the influence of Context on the Degree of Implementation was classified as Favorable (score obtained 81.8%). In this evaluation, the Process is the one that demands greater efforts so that the initiative of using rapid tests is effective, mainly with regard to Pre- and Post-Test Counseling. As for the influence of the context, in order to improve the degree of implementation of rapid tests, municipal management should invest in improving the Structural component, especially in the external context.

**Key words:** HIV. Syphilis. Family Health Strategy. Rapid Test. Health Evaluation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 -</b>	Tipologia da análise de implantação.....	40
<b>Figura 2 -</b>	Área geográfica e municípios limítrofes de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco.....	44
<b>Quadro 1 -</b>	Unidades de Saúde da Família por Regional de Saúde, Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.....	44
<b>Figura 3 -</b>	Seleção dos participantes do estudo.....	45
<b>Quadro 2 -</b>	Seleção aleatória das Unidades de Saúde da Família por Regional de Saúde. Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.....	46
<b>Quadro 3 -</b>	Escore para Julgamento do Grau de Implantação (GI) dos testes rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família, em Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.....	51
<b>Quadro 4 -</b>	Escore binários para Julgamento do Grau de Implantação (GI) dos testes rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família, em Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.....	52
<b>Quadro 5 -</b>	Matriz de Informação – Indicadores utilizados para Apreciação da Estrutura das USF intencionalmente selecionadas a fim de estabelecer o Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.....	53
<b>Quadro 6 -</b>	Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis, Jaboatão dos Guararapes – PE– Componente Estrutura das USF intencionalmente selecionadas, 2019.....	55
<b>Quadro 7 -</b>	Matriz de Informação – Indicadores utilizados para avaliar o Processo nas USF intencionalmente selecionadas a fim de estabelecer o grau de implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.....	59
<b>Quadro 8 -</b>	Matriz de Análise e julgamento do Grau de Implantação do uso de testes rápido de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes – PE– Componente Processo (Aconselhamento e Testagem) nas USF intencionalmente selecionadas, 2019.....	61
<b>Quadro 9 -</b>	Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes - PE– Componente	



	Processo das USF aleatoriamente selecionadas. Planilhas de Monitoramento, julho de 2018 a junho de 2019.....	63
<b>Quadro 10 -</b>	Tercis para Classificação do Contexto dos testes rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família, em Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.....	64
<b>Quadro 11 -</b>	Escores para Julgamento do Contexto dos testes rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família, em Jaboatão dos Guararapes, 2019.....	65
<b>Quadro 12 -</b>	Matriz de Informação – Indicadores utilizados para avaliar a influência do Contexto no Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.....	66
<b>Quadro 13 -</b>	Matriz de Análise e Julgamento da implantação de testes rápidos para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE – Componente Contexto (segundo gestores de Regionais de Saúde e de Nível Central), 2019.....	68
<b>Quadro 14 -</b>	Matriz de Análise e Julgamento da implantação de testes rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes -PE – Componente Contexto (segundo gestores de USF e profissionais executores), 2019.....	70
<b>Quadro 15 -</b>	Matriz Final de Análise e Julgamento do Grau de Implantação de uso dos testes rápidos de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família em Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.....	71
<b>Quadro 16 -</b>	Modelo Lógico da utilização de Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família em Jaboatão dos Guararapes-PE.....	75
<b>Quadro 17 -</b>	Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de Testes Rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE – Componente Estrutura das USF intencionalmente selecionadas, 2019.....	88
<b>Quadro 18 -</b>	Matriz de Análise e julgamento do Grau de Implantação do uso de Testes rápidos de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes-PE – Componente Processo (Testagem e Aconselhamento) nas USF intencionalmente selecionadas, 2019.....	92
<b>Quadro 19 -</b>	Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de Testes Rápidos de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes-PE– Componente	

	Processo (Logística e Monitoramento) das USF aleatoriamente selecionadas. Julho de 2018 a junho de 2019.....	96
<b>Quadro 20-</b>	Matriz de Análise e Julgamento da implantação de Testes Rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE– Componente Contexto (segundo os gestores e profissionais executores das USF intencionalmente selecionadas), 2019.....	100
<b>Quadro 21-</b>	Matriz de Análise e Julgamento da implantação de Testes Rápidos para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes - PE– Componente Contexto (segundo os gestores do Nível Central e das Regionais de Saúde intencionalmente selecionadas), 2019.....	101
<b>Quadro 22-</b>	Matriz Final de Análise e Julgamento do Grau de Implantação de uso dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família, em Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.....	103
<b>Figura 4-</b>	Número de casos de HIV em gestantes, 2008-2018. Jaboatão dos Guararapes-PE.....	112
<b>Figura 5-</b>	Número absoluto de casos de sífilis congênita, sífilis em gestante e sífilis adquirida, por ano, no período de 2014-2018. Jaboatão dos Guararapes.....	113
<b>Quadro 23-</b>	Plano de Intervenção para o enfrentamento das dificuldades identificadas no estudo de Gomes ACL (2020), de avaliação do Grau de Implantação dos Testes Rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes - PE .....	115

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b>	Análise das Planilhas de Monitoramento de Testes Rápidos de HIV e sífilis quanto à logística dos insumos. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.....	76
<b>Tabela 2-</b>	Análise das Planilhas de Monitoramento quanto aos grupos populacionais contemplados com Testes Rápidos de HIV e sífilis. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.....	77
<b>Tabela 3-</b>	Perfil dos profissionais entrevistados, segundo categoria profissional, sexo e tipo de vínculo. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.....	78
<b>Tabela 4-</b>	Caracterização do Aconselhamento no pré e pós-testagem para HIV e sífilis nas quatro USF avaliadas. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.....	79
<b>Tabela 5-</b>	Relevância dos Testes Rápidos na visão dos profissionais entrevistados. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.....	80
<b>Tabela 6-</b>	População contemplada com Testes Rápidos nas quatro USF selecionadas. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.....	81
<b>Tabela 7-</b>	Estratégias da gestão municipal para os Testes Rápidos de HIV e sífilis. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.....	82
<b>Tabela 8-</b>	Caracterização das duas Regionais de Saúde selecionadas, quanto aos testes rápidos de HIV e sífilis na ESF de seu território. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.....	83
<b>Tabela 9-</b>	Apreciação da estrutura das Unidades de Saúde da família para realização dos Testes Rápidos, na opinião de seu Gestor. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.....	85
<b>Tabela 10-</b>	Apreciação da estrutura das Unidades de Saúde da família para realização dos Testes Rápidos, na opinião dos Profissionais executores. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.....	85
<b>Tabela 11-</b>	Comparação entre as taxas de detecção dos casos de HIV em adultos, por 100.000 habitantes, Jaboatão dos Guararapes, 2019.....	112
<b>Tabela 12-</b>	Comparação entre as taxas de detecção das gestantes com HIV, por 1.000 nascidos vivos. Jaboatão dos Guararapes, 2019.....	112
<b>Tabela 13-</b>	Comparação entre as taxas de detecção dos casos de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) sífilis em gestante e sífilis congênita (por 1.000	

nascidos vivos), Jabotão dos Guararapes, 2018..... 113

## LISTA DE ABREVIATURAS S E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
GI	Grau de Implantação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma vírus humano
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MAJ	Matriz de Análise e Julgamento
MEC	Ministério da Educação e Cultura
ML	Modelo Lógico
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PME	Pontuação Máxima Esperada
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PO	Pontuação Obtida
PSF	Programa Saúde da Família
RMR	Região Metropolitana do Recife
RS	Regional de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SK	Sarcoma de Kaposi
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TR	Teste Rápido

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
USF Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1</b>	<b>Pressupostos.....</b>	<b>18</b>
<b>1.2</b>	<b>Justificativa .....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Infecções Sexualmente Transmissíveis: um problema de saúde global.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2</b>	<b>Vírus da Imunodeficiência Humana: aspectos clínicos e epidemiológicos.....</b>	<b>23</b>
<b>3.3</b>	<b>Sífilis: aspectos clínicos e epidemiológicos.....</b>	<b>26</b>
<b>3.4</b>	<b>A importância do Teste Rápido para o diagnóstico precoce.....</b>	<b>31</b>
<b>3.5</b>	<b>Atenção Primária à Saúde como estratégia de enfrentamento das IST.....</b>	<b>34</b>
<b>3.6</b>	<b>Avaliação em Saúde: da teoria à operacionalização.....</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do Estudo.....</b>	<b>43</b>
<b>4.2</b>	<b>Área do Estudo.....</b>	<b>43</b>
<b>4.3</b>	<b>População do Estudo .....</b>	<b>45</b>
<b>4.4</b>	<b>Período do Estudo.....</b>	<b>47</b>
<b>4.5</b>	<b>Fonte e Coleta de dados.....</b>	<b>47</b>
<b>4.5.1</b>	<b>Dados Primários.....</b>	<b>47</b>
<b>4.5.2</b>	<b>Dados Secundários.....</b>	<b>47</b>
<b>4.6</b>	<b>Estratégia do Estudo.....</b>	<b>48</b>
<b>4.6.1</b>	<b>Construção e Validação do Modelo Lógico e da Matriz de Análise e Julgamento.....</b>	<b>48</b>
<b>4.6.2</b>	<b>Avaliação do Grau de Implantação.....</b>	<b>51</b>
<b>4.6.2.1</b>	<b><u>Parâmetros para Julgamento do Grau de Implantação (Estrutura e Processo).....</u></b>	<b>51</b>
<b>4.6.2.2</b>	<b><u>Apreciação da Estrutura.....</u></b>	<b>52</b>
<b>4.6.2.3</b>	<b><u>Análise do Processo.....</u></b>	<b>58</b>
<b>4.6.3</b>	<b>Influência do contexto sobre o grau de implantação.....</b>	<b>64</b>
<b>4.6.4</b>	<b>Matriz de Análise e Julgamento do uso de testes rápidos em Jaboatão dos Guararapes-PE.....</b>	<b>71</b>
<b>4.7</b>	<b>Considerações Éticas.....</b>	<b>72</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>73</b>

<b>5.1</b>	<b>Modelo Lógico (ML) da utilização de Testes Rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família.....</b>	<b>73</b>
<b>5.2</b>	<b>Análise do e-SUS AB e de outros instrumentos de gestão.....</b>	<b>73</b>
<b>5.3</b>	<b>Análise das Planilhas de Monitoramento de Testes Rápidos nas dez USF selecionadas.....</b>	<b>76</b>
<b>5.4</b>	<b>Resultados advindos da observação direta e das entrevistas nos serviços selecionados.....</b>	<b>77</b>
5.4.1	Caracterização dos Serviços de Saúde.....	77
5.4.2	Perfil dos Profissionais Entrevistados.....	77
5.4.3	Capacitação dos Profissionais Entrevistados para realizar Testes Rápidos.....	78
5.4.4	Percepção dos Profissionais Entrevistados acerca dos Testes Rápidos.....	79
5.4.5	A gestão municipal na estratégia dos Testes Rápidos de HIV e sífilis.....	81
5.4.6	A gestão das Regionais de Saúde estudadas na estratégia dos Testes Rápidos de HIV e sífilis.....	82
5.4.7	As Unidades de Saúde da Família na estratégia dos Testes Rápidos de HIV e sífilis.....	84
<b>5.5</b>	<b>Validação das Matrizes de Análise e Julgamento (MAJ) da utilização de Testes Rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes.....</b>	<b>86</b>
<b>5.6</b>	<b>Análise do Grau de Implantação (Estrutura e Processo) dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes – PE .....</b>	<b>86</b>
5.6.1	Apreciação da Estrutura.....	87
5.6.2	Análise do Processo.....	90
<b>5.7</b>	<b>Análise do Contexto.....</b>	<b>98</b>
<b>5.8</b>	<b>Avaliação da Implantação dos Testes Rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes .....</b>	<b>103</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....</b>	<b>104</b>
<b>7</b>	<b>PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>111</b>
<b>7.1</b>	<b>Diagnóstico da situação de saúde do município de Jaboatão dos Guararapes quanto à infecção pelo HIV e à sífilis.....</b>	<b>111</b>
<b>7.2</b>	<b>Plano de Intervenção, utilizando a ferramenta 5W3H, para auxiliar o processo de melhoria do programa no município de Jaboatão dos</b>	



<b>Guararapes – Pernambuco.....</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICE A - TCLE PROFISSIONAL EXECUTOR (A) DO TESTE RÁPIDO .....</b>	<b>132</b>
<b>APÊNDICE B – TCLE GESTORES.....</b>	<b>134</b>
<b>APÊNDICE C - ANÁLISE DAS PLANILHAS DE MONITORAMENTO DA REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS NA ESF .....</b>	<b>136</b>
<b>APÊNDICE D - CHECKLIST DA ESTRUTURA, INSUMOS E EQUIPAMENTOS .....</b>	<b>137</b>
<b>APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO - PROFISSIONAL EXECUTOR (A) DO TESTE RÁPIDO .....</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO - OBSERVAÇÃO DIRETA DA TESTAGEM E ACONSELHAMENTO .....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO - GESTOR (A) DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>145</b>
<b>APÊNDICE H - QUESTIONÁRIO - GESTOR(A) DA REGIONAL DE SAÚDE .....</b>	<b>147</b>
<b>APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO - GESTOR (A) MUNICIPAL DA POLÍTICA DE IST/AIDS .....</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICE J - CARTA CONVITE (VALIDAÇÃO DO ML E DAS MAJ) .....</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICE K - RESULTADO DA VALIDAÇÃO DO ML E DAS MAJ .....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA .....</b>	<b>160</b>
<b>ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>163</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Cerca de um milhão de pessoas no mundo adquirem alguma dessas infecções todos os dias, provocando custos econômicos e sociais, principalmente em países menos desenvolvidos. No Brasil, são notificados 12 milhões de casos de IST por ano (FERREIRA et al., 2016; SILVA, 2016).

O combate à epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) representa ainda um dos maiores desafios das políticas globais e nacionais de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a descoberta nos anos 1980, a epidemia infectou aproximadamente 70 milhões de pessoas no mundo, das quais cerca de 35 milhões foram a óbito. Em 2017, estimava-se que 36,7 milhões de pessoas viviam com o HIV no mundo (FEDATTO, 2017; OMS 2017).

Observa-se, entre os anos 2000 e 2014, um significativo aumento da mortalidade por HIV/AIDS no Brasil, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste. Uma das mais importantes explicações para esse cenário é o baixo número de testes diagnósticos para o HIV oferecidos, principalmente entre as populações mais vulneráveis, levando ao diagnóstico tardio, além da baixa adesão ao tratamento antirretroviral (GUIMARÃES et al., 2017).

No Estado de Pernambuco, localizado na Região Nordeste, foram notificados 13.464 casos de HIV entre os anos de 2007 e 2019. Em 2018, o coeficiente de mortalidade por AIDS do referido estado foi superior ao nacional, com 4,6 óbitos por 100.000 habitantes. No Ranking das Unidades da Federação, Pernambuco ocupa o 14º lugar, quanto às taxas de detecção, mortalidade e primeira contagem de CD4 nos primeiros cinco anos (BRASIL, 2019).

Em 2017, Jaboatão dos Guararapes, município pertencente à Pernambuco, notificou 289 casos de infecção por HIV, o que corresponde à 10,7% dos casos do Estado. De acordo com o Plano Municipal de Saúde, no ano de 2016, notificou-se 435 casos de AIDS em adultos (coeficiente de detecção – 62,9 casos por 100.000 habitantes) (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2018; PERNAMBUCO, 2018).

Dentre as IST, a sífilis se destaca por ser uma doença infecciosa e sistêmica que, quando não tratada oportunamente, pode evoluir para um quadro crônico com sequelas irreversíveis. É conhecida desde o século XV e seu agente etiológico descrito há mais de 100 anos. Porém, apesar de fácil diagnóstico e tratamento, apresenta elevada prevalência e continua como um problema de saúde importante em países desenvolvidos ou

subdesenvolvidos (BRASIL, 2016; CARVALHO; SILVA, 2017; SILVA; SOUSA; SAKA, 2017).

O Brasil vive um período de aumento dos casos de sífilis nos últimos anos. Em 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita e entre estes, 185 óbitos. A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste (BRASIL, 2017a).

O estado de Pernambuco encontra-se em evidência em relação às taxas de sífilis congênita (10,4 casos/1.000 nascidos vivos), as quais apresentam-se mais elevadas que as taxas de detecção de sífilis em gestante, demonstrando uma deficiência no diagnóstico precoce e notificação oportuna dos casos de sífilis no pré-natal (BRASIL, 2017a).

Em 2017, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o município do Jaboatão dos Guararapes notificou 142 casos confirmados de sífilis em gestantes e 132 de sífilis congênita, correspondendo a 9,6% e 7,0% do total de casos de Pernambuco, respectivamente (SINAN, 2018).

O diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e pela sífilis tem importante implicação clínica e de saúde pública. Em relação ao HIV, além de aumentar a sobrevivência, reduz a morbidade e mortalidade por AIDS e interrompe a cadeia de transmissão deste vírus. Para a sífilis, o diagnóstico e tratamento em tempo hábil permite evitar sua forma congênita, que é uma das principais causas de malformações e de óbito neonatal (PRIMEIRA et al., 2018; SOUSA; PINTO, 2016; TANNOUS et al., 2017).

Diversas estratégias que buscam a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV e sífilis foram realizadas, em especial a disponibilização, desde 2013, de testes rápidos em serviços de saúde não especializados. Recomenda-se a oferta de testagem para HIV e sífilis a todos os pacientes sexualmente ativos, em especial após exposição de risco e especialmente para as populações mais vulneráveis (BRASIL, 2018a).

Os testes rápidos (TR) são imunoenaios simples que detectam anticorpos, podem ser realizados em até 30 minutos, tem baixo custo, alta sensibilidade e especificidade e são de fácil realização e interpretação. Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade dos TR, o diagnóstico da infecção pelo HIV e sífilis foram ampliados, podendo ser realizados em ambientes laboratoriais e não laboratoriais (BRASIL, 2018a; GOMES; OLIVEIRA; FONSECA, 2015).

A testagem, além de ser oferecida pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), deve também ser ofertada pela rede de Atenção Primária à Saúde (APS), onde as

peças são acompanhadas, estabelecem vínculos, dentro de uma lógica de corresponsabilidade (ROCHA et al., 2016).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como oportunidade para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), reorganizando a APS no país e sendo a coordenadora e ordenadora do cuidado. A política brasileira de controle de IST estimula o processo de descentralização para esse nível de atenção, a fim de aumentar o acesso tanto ao diagnóstico quanto ao tratamento dessas infecções nas Unidades de Saúde da Família (USF). As USF são a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e devem fornecer acolhimento, diagnóstico e tratamento precoces, além de encaminhar o indivíduo à unidade de referência, quando necessário (SILVA et al., 2017).

Esse processo de descentralização dos TR é um fenômeno complexo, onde diversas forças estão presentes, tensionando as dificuldades e as potencialidades. Envolve não apenas a vontade pessoal de um trabalhador, mas as condições estruturais, sensibilização e qualificação, onde o mesmo se sinta corresponsável pelo processo. Além disso, a inserção do TR na rotina da ESF implica em uma reorganização do processo de trabalho da equipe e do serviço como um todo (SILVA et al., 2017; ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

É fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados e preparados para realizar uma abordagem humanizada no cuidado às pessoas com HIV e sífilis. O matriciamento das equipes de saúde é um dispositivo importante, não focado apenas na realização do procedimento ou em um único profissional, mas também no aconselhamento e de forma multiprofissional, avançando no sentido da integralidade da atenção (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010; ROCHA et al., 2016).

O aconselhamento é ferramenta essencial a fim de reduzir as angústias causadas pelas dúvidas e pela falta de informação acerca da realização do teste rápido. Deve-se estabelecer um vínculo de confiança entre o profissional e o usuário para reflexão e tomada de decisão em conjunto (SILVA et al., 2013).

Entende-se que a implantação de uma política de saúde não ocorre mecanicamente, mas depende de interesses, recursos e significados entre os sujeitos do processo, os quais podem tanto facilitar quanto dificultar a sua implementação. Após a implantação de uma política ou qualquer intervenção na área da saúde, é necessário que seja realizada a sua avaliação (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

A avaliação em saúde é um espaço de saberes e práticas constituindo-se objeto de interesse no interior da Saúde Pública. No Brasil, existe muitos programas, projetos e ações desenvolvidos no setor saúde para os quais poucas avaliações foram realizadas, não se

conhecendo sua eficiência, eficácia e efetividade (FURTADO; LINHARES; LIRA; ALBUQUERQUE, 2014; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Dentro do campo da ciência, existem vários tipos de avaliação e não há uma única definição para o termo, no entanto é consenso que se trata de um dos melhores mecanismos para responder às necessidades e subsidiar tomadas de decisão. Reunindo alguns elementos consensuais, define-se avaliar como emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, onde diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diversos, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir um julgamento e, posteriormente, traduzi-lo em ações (BROUSSELLE et al., 2011).

Diante deste cenário, levantou-se as seguintes questões: **Qual o grau de implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes e qual a influência dos fatores contextuais na variação do grau de implantação dessa intervenção?**

### **1.1 Pressupostos**

A realização dos testes rápidos de HIV e sífilis e do aconselhamento pré e pós-teste não ocorrem de forma sistemática e homogênea nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do Jaboatão dos Guararapes.

Além disso, fatores contextuais (estruturais e políticos) interferem na variação do grau de implantação. Nem todos os profissionais treinados inserem a testagem na rotina do seu processo de trabalho, dificultando a ampliação do acesso da população ao diagnóstico precoce.

Possivelmente, tais dificuldades tem contribuído para o aumento da prevalência das IST, e seu diagnóstico tardio, no município de Jaboatão dos Guararapes.

### **1.2 Justificativa**

As infecções sexualmente transmissíveis são um problema de saúde pública e, por isso, a Política de IST/AIDS deve estar inserida prioritariamente na agenda política municipal para a redução da morbidade e mortalidade por essas causas. Dentre as estratégias para o controle das epidemias de HIV e sífilis está a realização do teste rápido para o diagnóstico precoce e oportuno (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2018; SILVA, 2016).

A Atenção Primária à Saúde é o espaço ideal para a implantação e descentralização dos testes rápidos de HIV e sífilis para as Unidades de Saúde da Família e, em Jabotão dos Guararapes, é uma importante estratégia para controle dessas infecções (BRASIL, 2018b).

Para a implantação ocorrer de forma a garantir à população o acesso aos testes rápidos para diagnóstico precoce do HIV e da sífilis são necessários a reorganização do processo de trabalho e a capacitação contínua de todos os profissionais das equipes de saúde da família do município, no sentido da implantação homogênea e adequada não só da realização dos testes rápidos, mas também do aconselhamento pré e pós-teste como parte da rotina desse processo de trabalho (ROCHA et al, 2016).

Desde o ano de 2011, os TR estão disponíveis no referido município, porém apenas a partir de 2017, os profissionais de todas as USF foram sendo treinados gradativamente e a estratégia sendo inserida na rotina dessas unidades. Diante disso, é recomendado que a intervenção seja avaliada.

Levando em consideração essas questões e a necessidade de ampliar o acesso ao diagnóstico, este estudo justifica-se pela necessidade de avaliar a implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis nas Unidades de Saúde da Família do referido município, e pela escassez de estudos que avaliem esta intervenção nos serviços de APS, com a possibilidade de contribuir para o enfrentamento dessas doenças em Jabotão dos Guararapes, podendo esta iniciativa servir de modelo para outras localidades.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a implantação dos Testes Rápidos (TR) de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco.

### **2.1 Objetivos Específicos**

- a) Construir um Modelo Lógico da realização dos testes rápidos de HIV e sífilis na ESF de Jaboatão dos Guararapes;
- b) Verificar o grau de implantação da estrutura e do processo de realização dos TR para diagnóstico de HIV e sífilis na ESF de Jaboatão dos Guararapes;
- c) Analisar a influência dos fatores contextuais (estruturais e políticos) no grau de implantação dos TR para diagnóstico de HIV e sífilis na ESF de Jaboatão dos Guararapes;
- d) Elaborar, com base nos resultados deste estudo, e da análise da situação epidemiológica das infecções pelo HIV e sífilis em Jaboatão dos Guararapes, um Plano de Intervenção para melhoria deste serviço no município.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção serão explanados alguns dos aspectos relevantes da literatura sobre a temática, os quais subsidiaram a presente pesquisa.

#### 3.1 Infecções Sexualmente Transmissíveis: um problema de saúde global

O termo doença sexualmente transmissível (DST) geralmente é adotado para doenças de transmissão sexual identificadas por meio de sinais e sintomas clínicos. Já o termo infecção sexualmente transmissível (IST) é utilizado quando se tem o diagnóstico da infecção, podendo ou não haver manifestações clínicas. Apesar das duas nomenclaturas serem utilizadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que se dê preferência ao termo IST, visto que muitos desses agravos não apresentam sinais ou sintomas no seu decorrer (FERREIRA et al., 2016).

As IST são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários) e podem originar manifestações clínicas diversas. São transmitidas por contato sexual direto ou indireto e, de forma mais rara, por via parenteral/sanguínea. A transmissão de uma IST pode acontecer também da mãe para o filho (chamada de transmissão vertical) durante a gestação, parto ou amamentação (NUNES, 2015; PASSOS et al., 2017).

Oito destes microorganismos patogênicos são considerados os mais importantes, uma vez que, causam a maioria das infecções genitais. *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* e *Trichomonas vaginalis* são microorganismos que originam infecções passíveis de tratamento e cura, e por isso são conhecidas como grupo das “IST curáveis”, enquanto que os vírus da hepatite B, do herpes simplex, o HIV e o *Papiloma vírus humano* (HPV) ocasionam infecções virais incuráveis, porém seus sintomas, complicações e recorrência podem ser minimizados através de tratamento específico (NUNES, 2015).

Estes tipos de agravos impactam negativamente na saúde pública, pois são responsáveis por influenciar a qualidade de vida das pessoas, as relações pessoais, familiares e sociais. A vulnerabilidade às IST está atrelada à exposição aos riscos, principalmente, pela falta de conhecimentos, por atitudes e práticas desfavoráveis à saúde sexual (SANTOS et al., 2018a).

A vulnerabilidade e o risco podem ser muitas vezes associados aos conceitos de carências e de exclusão. A vulnerabilidade refere-se à suscetibilidade de um indivíduo que o



expõe ao adoecimento, considerando aspectos denominados: dimensões de vulnerabilidade individual (aspectos biológicos, cognitivos e atitudes dos indivíduos); de vulnerabilidade social (fatores sociais, culturais e econômicos); e de vulnerabilidade programática (recursos para proteção e qualidade de vida dos indivíduos) (ARAGÃO et al., 2016).

Em relação à IST/HIV, a vulnerabilidade é maior entre pessoas jovens, pois iniciam a vida sexual cada vez mais cedo e tem mais parceiros sexuais. É comum a presença de mais de uma IST, visto que há comprovadamente associação entre elas e o HIV (CASTRO et al., 2016). As mulheres também são mais vulneráveis a este tipo de infecção, consequência das relações de gênero, como, por exemplo, dificuldade de negociação do uso preservativo e dominação masculina presentes principalmente nas parcerias estáveis (FERREIRA et al., 2016).

É necessário fortalecer as estratégias que viabilizem a consolidação de práticas de educação sexual, ampliando o acesso à informação para todos (NASCIMENTO; CAVALCANTI; ALCHIERI, 2017). Estas informações devem ser completas e exatas, de forma que o indivíduo possa conhecer os riscos aos quais se expõe e que podem também afetar suas parcerias sexuais (CASTRO et al., 2016).

As estratégias adotadas devem considerar as questões de gênero, pois existem comportamentos específicos que exigem a elaboração de estratégias diferenciadas de prevenção. Além disso, devem considerar que o envelhecimento da população ou deficiências não significa a ausência de atividade sexual e, por isso, os idosos e pessoas com deficiência devem também ser inseridos nas ações preventivas (ARAGÃO et al., 2016; ARAÚJO et al., 2015; BRITO et al., 2016).

A fragilidade dos serviços de saúde na abordagem da parceria sexual do indivíduo com diagnóstico de IST é um dos problemas que dificultam o controle dessas doenças. Isso se dá principalmente pelo preconceito e medo de rejeição, levando à não comunicação sobre a infecção. Cabe ao profissional de saúde empoderar o sujeito sobre as consequências da parceria sexual estar fora do plano de cuidados (CAVALCANTE et al., 2017).

O desuso do preservativo também é um importante fator para o aumento de IST. Vários fatores interferem no uso da camisinha. Homens declaram-se mais adeptos do que as mulheres e aqueles com maior poder econômico e escolaridade revelam menos preocupação, principalmente quando as relações afetivas são estáveis. A adoção do preservativo está condicionada à confiabilidade nas condutas do parceiro, gerando conflitos quando estas são questionadas. Não basta o indivíduo estar ciente da necessidade de usar o preservativo, é

necessário usá-lo corretamente e em todas as relações sexuais (ARAÚJO et al., 2015; NASCIMENTO; CAVALCANTI; ALCHIERI, 2017).

### **3.2 Vírus da Imunodeficiência Humana: aspectos clínicos e epidemiológicos**

A AIDS é causada pela infecção pelo HIV, o qual “ataca” as células do sistema imunológico, infectando e destruindo, principalmente, os linfócitos T CD4+, monócitos e macrófagos. A AIDS é caracterizada pelo quadro de imunossupressão que em sua fase sintomática, expressam-se sinais e sintomas relacionados ao grau de comprometimento imunológico, podendo surgir desde sintomas de leve intensidade até síndrome consumptiva (perda de peso, astenia, queda de cabelo, queda do estado geral, dentre outros sinais e sintomas) ou doenças oportunistas. Tal situação pode ocorrer caso não seja iniciado nenhum tratamento específico, em um tempo médio de 8 a 10 anos após a infecção, com variabilidade individual (SCHECHTER; RACHID, 2008; SPEZIA; PICARELLI; SANTOS, 2015).

A transmissão do HIV ocorre quando há contato da mucosa de um indivíduo sadio com sangue ou outros fluidos genitais de um indivíduo infectado. A via sexual é a principal forma de transmissão da infecção pelo HIV. Há também a transmissão através de transfusão sanguínea, compartilhamento de agulhas e seringas, vertical e ocupacional (DANTAS et al., 2017; SPEZIA; PICARELLI; SANTOS, 2015).

As manifestações clínicas variam de acordo com a fase da infecção. A fase aguda ocorre nas primeiras semanas, quando o vírus infecta os linfócitos T CD4<sup>+</sup> e macrófagos nos tecidos linfóides das mucosas, gerando uma significativa diminuição dessas células. Nessa fase o indivíduo torna-se altamente infectante, pois sua viremia está mais elevada. Porém, na maioria dos indivíduos, expressa-se de forma assintomática ou oligossintomática, com quadro pouco expressivo clinicamente, fazendo com que a infecção passe despercebida, ou seja, confundido com uma virose inespecífica. Outros indivíduos apresentam um conjunto de manifestações clínicas, denominado Síndrome Retroviral Aguda (SRA), incluem febre, cefaléia, astenia, adenopatia, faringite, exantema, mialgia, sudorese e linfadenomegalia, podendo ocorrer o acometimento do sistema nervoso central, com meningite viral associada ou neuropatia periférica e/ou síndrome de Guillain-Barré. A SRA é autolimitada e a maior parte dos sinais e sintomas desaparece em três a quatro semanas. Nesta fase aguda, os testes imunológicos para detecção de anticorpos podem ser negativos (janela imunológica), mas o vírus pode ser detectado por métodos moleculares, que positivam mais precocemente (BRASIL, 2018a; SCHECHTER; RACHID, 2008).

Quando ocorre a disseminação do vírus, entra-se na fase crônica, com maior replicação nos linfonodos e baço. Nessa etapa pode ocorrer um aparente “silêncio clínico”, que pode durar vários anos, mas é comum observar-se linfadenopatia generalizada persistente, de mais de um centímetro de diâmetro, em mais de duas cadeias extra-inguinais. A fase sintomática mais precoce caracteriza-se por manifestações que são mais comuns em imunocomprometidos, mas que podem acontecer em indivíduos imunocompetentes, como por exemplo, herpes zoster, tuberculose ganglionar, hanseníase, infecções de vias aéreas superiores (amigdalites, sinusites, otites) ou inferiores (broquites, pneumonias) por patógenos como *Streptococcus pneumoniae* ou *Salmonella sp.* (SCHECHTER; RACHID, 2008; SPEZIA; PICARELLI; SANTOS, 2015).

Numa fase sintomática mais tardia, podem surgir sintomas de uma síndrome consumptiva (perda de peso, anemia, astenia crônica, queda de cabelo, febre intermitente, mialgias, dentre outros) e em fases mais avançadas, com a progressão da doença, podem ocorrer candidíase oral, leucoplasia pilosa, diarreia persistente, anemia grave, dentre outras manifestações que se não forem tratadas podem levar a óbito. Nesta fase podem estar presentes ainda as chamadas “infecções oportunistas” e neoplasias, consideradas como definidoras da AIDS. Entre elas, destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não Hodgkin e, em mulheres jovens, o câncer de colo uterino (BRASIL, 2018a; SCHECHTER; RACHID, 2008).

A heterossexualização e a feminização da transmissão do HIV vêm ocasionando o aumento no número de crianças infectadas pela transmissão vertical, que pode ocorrer em três momentos: intraútero, intraparto e no pós-parto, por meio do aleitamento materno. A maioria dos casos ocorre no parto e a carga viral materna é um fator de risco determinante na transmissão (LIMA et al., 2017; ZIMMERMMANN; DUARTE; SILVA, 2017).

A taxa de transmissão vertical do HIV sem qualquer intervenção se situa em torno de 20%. Com o uso combinado das intervenções, como realização do teste anti-HIV no pré-natal, permitindo a introdução de medidas profiláticas como o uso de antirretrovirais pela gestante/parturiente e pelo recém-nascido e a suspensão do aleitamento materno, pode-se reduzir a taxa de transmissão vertical para cifras menores que 1% (ZIMMERMMANN; DUARTE; SILVA 2017).

Inicialmente, o entendimento sobre a AIDS estava ligado à homossexualidade e em seguida a outras formas estigmatizadoras, como a prostituição e uso de drogas, gerando medo,

desconfiança e principalmente preconceitos em todas as camadas da sociedade (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010; GARBIN et al., 2017).

Entretanto, observou-se ao longo da epidemia, uma transição do perfil epidemiológico da HIV/AIDS no Brasil, no sentido de sua heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização. Nas últimas décadas, a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV, com crescimento da epidemia entre as mulheres, reflexo do comportamento sociossexual da população, associado a aspectos da vulnerabilidade biológica da mulher. Além disso, os maiores ritmos de crescimento da infecção ocorreram nos municípios pequenos (menos de 50 mil habitantes) e na população com menor escolaridade (DANTAS et al., 2017).

No Brasil, o grupo populacional entre 13 e 19 anos também continua apresentando taxas crescentes de incidência de HIV. Estima-se que cerca de 10 milhões de adolescentes vivem hoje com o HIV e correm o risco de desenvolver a AIDS nos próximos 3 a 15 anos (DANTAS et al., 2017; TAQUETE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017).

Atualmente a epidemia é considerada como “concentrada” com maiores prevalências nos grupos de mulheres que trabalham com sexo, usuários de álcool e outras drogas e a população prisional, muitas vezes excluídos das políticas públicas de saúde (SOUSA et al., 2017).

A qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV é muito prejudicada pelo preconceito sofrido. Por isso, na maior parte das vezes, essas pessoas não informam aos familiares, amigos e parceiros, para evitar o isolamento, solidão e exclusão social produzido pelo estereótipo negativo da doença. Está presente frequentemente ainda na vida da pessoa vivendo com o HIV/AIDS o sofrimento espiritual, principalmente pela falta de perdão e sentimento de culpa (ARAUJO et al., 2017; PINHO et al., 2017).

A introdução da terapia antirretroviral (TARV) e seu acesso universal foi o fator que mais teve impacto no prognóstico e no controle da epidemia da AIDS, e é considerada o principal avanço no combate à doença. O uso da TARV possibilita o controle da viremia, com quebra na cadeia de transmissão do vírus, consequentemente diminuição na incidência (DANTAS et al., 2017), na ocorrência de doenças oportunistas graves e do número de internações (MELO; DONALISIO; CORDEIRO, 2017; SOUSA et al., 2017).

A TARV contribuiu para que a AIDS fosse classificada como uma doença crônica, não letal e de potencial controle e, dessa forma, aumentou a sobrevivência e melhorou a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Isso reflete os investimentos realizados pelos

Programas de DST/AIDS nacional, estaduais e municipais (GEOCZE et al., 2010; MELO; DONALISIO; CORDEIRO, 2017; PRIMEIRA et al., 2018).

Os benefícios demonstrados pela TARV possibilitaram a reorganização das trajetórias sexuais, reprodutivas e afetivas (PINHO; CABRAL; BARBOSA, 2017). Porém, a baixa adesão à TARV tem sido um desafio que além de elevar o coeficiente de mortalidade, é causa de resistência aos componentes do esquema terapêutico, levando a um descontrole viral e consequente transmissão de cepas resistentes (GUIMARÃES et al., 2017).

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul verificou-se baixa/inadequada adesão em praticamente metade dos sujeitos infectados pelo HIV. Esse resultado relaciona-se aos fatos do indivíduo se sentir melhor/pior, ou sentir-se triste/deprimido (PRIMEIRA et al., 2018). As dificuldades de adesão dos pacientes à TARV são inúmeras e vão desde as complexidades inerentes ao tratamento, passando por contextos socioeconômicos desfavoráveis, aspectos psicossociais, até limitações do serviço de saúde prestado (SILVA, 2016).

Brito et al. (2006) demonstraram que a não adesão à TARV é um problema ainda mais crítico entre os indivíduos com história de tratamento psiquiátrico ou em uso de drogas lícitas ou ilícitas. Uma das dificuldades na prática clínica, na assistência às pessoas com infecção pelo HIV, consiste na problemática de oferecer a TARV aos indivíduos assintomáticos, pois estes indivíduos geralmente tendem a se perceber menos vulneráveis a futuras complicações e, portanto, terem menor motivação para cumprir o tratamento recomendado (ACÚRCIO; GUIMARÃES 1999).

Para abordar as questões que envolvem o acompanhamento de pessoas com infecção pelo HIV, a educação em saúde é fundamental para a promoção da saúde e para o desenvolvimento de uma consciência crítica, reflexiva e para a emancipação e empoderamento dos sujeitos, pois possibilita que as pessoas passem a cuidar melhor de si mesmas e dos seus entes. O conhecimento de forma correta da transmissão e prevenção de IST são fortes fatores de proteção contra a AIDS (LIMA et al., 2017; ARAUJO et al., 2017).

### **3.3 Sífilis: aspectos clínicos e epidemiológicos**

A sífilis é uma doença infectocontagiosa e sistêmica, causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria gram-negativa, de morfologia espiral. É transmitida pela via sexual, verticalmente durante o período gestacional e raramente por transfusão sanguínea. Possui períodos de atividade e latência, podendo evoluir para complicações graves em pacientes que

não trataram ou que foram tratados inadequadamente (CARVALHO; SILVA, 2017; TANNOUS et al., 2017).

O tempo médio de incubação da sífilis, que corresponde ao período assintomático da infecção até o surgimento dos primeiros sinais e sintomas é de, em média, vinte dias (TANNOUS et al., 2017). A partir do contágio, a doença é dita como recente, após dois anos da infecção considera-se a sífilis de evolução tardia (BRASIL, 2018c).

A evolução natural da doença pode levar vários anos e faz-se por três estágios: primário, secundário e terciário, muitas vezes de difícil diferenciação. Além disso, pode passar por um longo período de latência (AMARO; PIRES, 2016). As manifestações clínicas são variadas e incluem úlceras genitais, erupções cutâneas (roséola sífilítica), linfadenopatias e podem acometer os sistemas cardiovascular e neurológico (LOPES et al., 2016).

A fase primária da sífilis caracteriza-se pela presença de lesões cutâneas ou genitais, o chamado cancro duro ou protossifiloma. Esta lesão consiste em uma úlcera indolor, de fundo limpo e de bordos endurecidos, que surge geralmente no local de inoculação do *Treponema*, após uma média de 21 dias da infecção, podendo vir acompanhada de linfadenopatia regional e em geral desaparece espontaneamente em 30 a 60 dias, mesmo sem tratamento. Nos homens as localizações mais comuns são na glândula do pênis e sulco balano-prepucial e na mulher, pequenos lábios, parede vaginal ou colo uterino, o que dificulta muitas vezes o diagnóstico. As lesões também podem ser encontradas em outros sítios como região perianal, cavidade oral, bolsa escrotal (BRITO; SAMPAIO, 2004).

A fase secundária caracteriza-se por períodos de recidiva e remissão e é o período onde a infecção acomete pele, anexos, gânglios e vísceras. As manifestações secundárias surgem cerca de dois meses após o aparecimento da lesão primária e caracteriza-se principalmente pelo surgimento de um exantema maculo-papular difuso, simétrico e generalizado, podendo acometer a região palmo-plantar. Nessa fase pode surgir ainda alopecia com aspecto em clareira e linfadenopatia generalizada. O acometimento do sistema nervoso central também pode ocorrer nesta fase, cursando com cefaléia, meningismo (neurolues ou neurosífilis) (BELDA-JUNIOR, 1999; BRITO; SAMPAIO, 2004).

A coinfeção sífilis/HIV é bastante comum. As lesões/úlceras causadas pela sífilis alteram a barreira cutâneo-mucosa e facilitam a transmissão do HIV. Além disso, a ativação da resposta imune em hospedeiros infectados contribui para o aumento da replicação viral (LOPES et al., 2016). A frequência desta combinação pode estar relacionada, diretamente, à exposição aos fatores de risco associado à baixa adesão ao uso de preservativo, e a multiplicidade de parceiros sexuais (SANTOS et al., 2017).

Quanto à sífilis terciária, as manifestações clínicas mais frequentes são de caráter destrutivo, não contagiosas, localizadas em pele e mucosas, trato respiratório, digestivo, cardiovascular, ósseas, oculares ou acometimento neurológico. As lesões cutâneas mais características são a goma sífilítica, que pode acometer tecido celular subcutâneo, mucosa oral, vísceras e ossos. Lesões ósseas podem ser do tipo osteocondrites, periostites e de caráter destrutivo, que são raras, mas podem afetar ossos do crânio, clavícula, tíbia, palato e septo nasal, comprometendo a fala e a deglutição (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRITO; SAMPAIO, 2004; KALININ; PASSARELLI-NETO; PASSARELLI, 2015).

A sífilis congênita é uma doença que pode ser prevenida e tem tratamento disponível, porém a sua ocorrência é considerada como uma das principais causas de morte neonatal (TANNOUS et al., 2017). O Brasil vive um período de aumento dos casos de sífilis nos últimos anos. Em 2016 foram notificados 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita (BRASIL, 2017a).

A sífilis congênita corresponde à infecção fetal, transmitida por via transplacentária em qualquer momento da gestação, independentemente do estágio clínico da doença na gestante. Pode causar consequências graves para o feto: aborto, óbito fetal e complicações motoras, cognitivas, neurológicas, visuais e auditivas. A transmissão vertical é evitável, desde que a gestante seja precocemente diagnosticada e adequadamente tratada (SÃO PAULO, 2010).

Mais da metade dos bebês com sífilis congênita são assintomáticos ao nascer, enquanto os demais geralmente apresentam os sintomas, dentro dos primeiros meses. Quando a sífilis se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida, é chamada sífilis congênita precoce e, após os dois anos, de sífilis congênita tardia (SILVA; SOUSA, SAKA, 2017).

A sífilis congênita precoce pode apresentar-se com lesões cutaneomucosas e hepatoesplenomegalia como alguns dos principais sinais. Enquanto isso, lesões ósseas, lesões do sistema nervoso central, lesões do aparelho respiratório e rinite sanguinolenta surgem em raros casos. Na sífilis congênita tardia as lesões são irreversíveis e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, podendo envolver vários órgãos, como fronte olímpica, tíbia em sabre, surdez e retardo mental (SILVA; SOUSA, SAKA, 2017).

Apesar do compromisso de eliminação dessa epidemia por parte das políticas públicas vigentes, os casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita tem tendência ao aumento em todo o país. Além disso, existe um ressurgimento da sífilis adquirida em países desenvolvidos. No Brasil, ela é mais concentrada em homens que fazem sexo com homens, mas existe a capacidade de transmissão para mulheres em idade fértil (SARACENI et al., 2017). Apesar de

apresentar métodos de diagnósticos e tratamento simples, continua sendo um problema de saúde mundial (MACÊDO et al., 2017).

As pessoas com cancro dificilmente procuram os serviços ainda na fase inicial da infecção, por não causar dor e pelo caráter autolimitado desse estágio da doença, além disso, existe a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (ARAUJO et al., 2015). O diagnóstico é clínico e a confirmação é realizada por testes não treponêmicos e treponêmicos (LOPES et al, 2016).

O maior número de casos de sífilis nas capitais de alguns estados brasileiros pode ser atribuído às redes de saúde mais estruturadas ou à presença de profissionais de saúde mais sensibilizados para diagnóstico e notificação dos casos (SARACENI et al., 2017).

Novos testes laboratoriais e medidas de controle principalmente voltadas para o tratamento adequado, uso de preservativo, informação à população fazem parte das medidas adotadas para controle da sífilis pelas políticas de saúde (CARVALHO; SILVA, 2017). Neste sentido, o teste rápido é um teste treponêmico, considerado uma tecnologia importante, por possibilitar o acesso ao diagnóstico precoce, principalmente em locais com dificuldade para a realização de testes não treponêmicos laboratoriais (SWARTZENDRUBER et al., 2015). O controle de cura após tratamento deve ser feito por meio dos exames sorológicos, verificando a titulação dos mesmos, que geralmente demonstra queda após o terceiro mês do tratamento (KALININ; PASSARELLI NETO; PASSARELLI, 2015).

Para a prevenção da sífilis congênita, o Ministério da Saúde (MS) preconiza como rotina da assistência ao pré-natal a triagem sorológica com o teste rápido na primeira consulta e no terceiro trimestre de gestação. Embora tenha ocorrido um aumento de unidades que realizaram pelo menos um teste sorológico para sífilis, é possível observar que a proporção de gestantes que realizam os dois exames é ainda muito baixa (ARAUJO et al., 2014).

O comparecimento à unidade de saúde para agendamento, coleta de sangue e tratamento, torna-se dispendioso e compromete o controle da epidemia de sífilis. Facilitar o acesso ao diagnóstico deve ser uma prioridade, considerando que um estudo multicêntrico realizado em 24 estados brasileiros demonstrou que somente 26,9% das gestantes avaliadas haviam sido testadas para sífilis durante o pré-natal (ARAUJO et al., 2014).

O maior impacto na história da doença talvez tenha sido a introdução da penicilina no seu tratamento que, por sua eficácia, fez com que muitos pensassem que a doença estivesse controlada, resultando na diminuição do interesse por seu estudo e controle. Por outro lado, mudanças na sociedade em relação ao comportamento sexual e o uso crescente dos



medicamentos anticoncepcionais e não uso do preservativo fizeram com que o número de casos novamente aumentasse (CARVALHO; SILVA, 2017).

Em 1928 foi descoberta a penicilina, pelo bacteriologista Alexander Fleming, e usada pela primeira vez para tratar a sífilis. Houve uma importante diminuição, por consequência, das IST (SILVA; SOUSA; SAKA, 2017). Somente com a penicilina o tratamento da sífilis se tornou efetivo e amplamente utilizado, sendo ainda hoje a primeira linha terapêutica na sífilis adquirida, e o único fármaco capaz de tratar mãe e feto (o uso de outro medicamento na mãe, o conceito é caso e deve ser tratado logo após o nascimento). Existem outros antibióticos que podem ser utilizados nos casos de alergia à penicilina ou outras situações, como exemplo as tetraciclina e dos macrolídeos na sífilis primária e a doxiciclina na sífilis tardia (AMARO; PIRES, 2016).

O tratamento específico para sífilis é simples, está disponível e é de baixo custo para o serviço público (LAFETÁ et al., 2016; ANDRADE et al., 2018). A dosagem da penicilina G benzatina vai variar de acordo com a fase que o paciente se encontra e com o tipo de lesão encontrada (KALININ; PASSARELLI NETO; PASSARELLI, 2015).

Muitos profissionais das Unidades de Saúde da Família realizam o diagnóstico, prescrevem o tratamento e entregam o medicamento, porém ao invés de administrar a penicilina, encaminham os pacientes para unidades hospitalares. Apesar das reações anafiláticas serem extremamente raras, isso ocorre em virtude do medo deste evento, bem como a carência dos recursos necessários ao atendimento de tal ocorrência (ARAUJO et al., 2014).

O tratamento inadequado é considerado uma causa frequente de sífilis congênita, devido principalmente à falta de conhecimento da doença. Mesmo com a gestante sendo adequadamente tratada, há o risco de reinfecção se não houver tratamento também do parceiro, outro desafio no seguimento da gestante (SILVA; SOUSA, SAKA, 2017).

O estudo de Nunes et al realizado em 2017, no Rio Grande do Norte, apontou que os aspectos que dificultam a eficácia do tratamento da sífilis em gestante, são: difícil adesão do parceiro ao tratamento; falta temporária de penicilina G benzatina na Unidade Básica de Saúde; e interrupção do tratamento (NUNES et al., 2017).

A melhor organização dos serviços de saúde e a capacitação dos profissionais podem diminuir as falhas na prevenção e assistência aos casos de sífilis (SARACENI et al., 2017). No estudo de Araújo et al. (2014), analisando profissionais da atenção básica em Fortaleza, Ceará, o baixo percentual de unidades com profissionais capacitados em sífilis chamou a atenção (ARAUJO et al., 2014).

Em relação à sífilis congênita, o aumento da incidência resultou na intensificação de campanhas de erradicação no Brasil. Como prevenção, a melhor forma ainda é o diagnóstico precoce da infecção materna. Sabe-se que quanto mais tardio o diagnóstico, maior será a dificuldade de concluir o tratamento no tempo necessário, a fim de tentar evitar a transmissão vertical (SILVA; SOUSA, SAKA, 2017).

Fatores sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde estão associados à ocorrência de sífilis e devem ser levados em consideração na elaboração de estratégias direcionadas à prevenção e controle da sífilis (MACÊDO et al., 2017).

A prevenção da sífilis primária continua a ser a melhor forma de evitar a sífilis tardia. Portanto, a promoção de comportamentos sexuais seguros é essencial e compete aos profissionais de saúde reforçar a necessidade do uso de preservativo durante as relações sexuais e da redução de danos no que se diz respeito à troca de seringas, entre os dependentes de drogas endovenosas (AMARO; PIRES, 2016).

### **3.4 A importância do Teste Rápido para o diagnóstico precoce**

Os testes rápidos de HIV e sífilis tem sido em muitos países uma estratégia para o controle dessas epidemias. No Brasil, assumem posição de destaque nos programas de prevenção e são adotados para ampliação do acesso da população ao diagnóstico da infecção pelo HIV e sífilis (RIBEIRO; SACRAMENTO, 2014; SILVA et al., 2017).

A Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009, instituiu através do teste rápido, o diagnóstico do HIV na atenção básica, a fim de reduzir o tempo para o resultado e não demandar estrutura laboratorial. A introdução dos testes rápidos é realizada gradualmente, considerando-se a necessidade de treinamento dos profissionais (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

A criação e implementação da “Rede Cegonha”, pelo MS, através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, trouxe mudanças no atendimento à mulher no período gravídico puerperal por parte dos profissionais de saúde, como por exemplo, o fortalecimento da oferta dos testes rápidos para rastreio de HIV e sífilis nas Unidades de Atenção Básica (MACHADO et al., 2018).

A Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012, dispõe sobre a realização do aconselhamento e dos testes rápidos na atenção básica para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos na atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Em 17 de dezembro de 2013, foi publicada a Portaria nº 29, que aprova o Manual

Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV e normatiza a testagem para o HIV em território nacional (BRASIL, 2018a; ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

Os testes rápidos possuem uma metodologia simples, detectam anticorpos contra HIV e sífilis e o resultado é obtido em menos de 30 minutos, têm baixo custo, alta sensibilidade e especificidade, é de fácil realização e interpretação. Esse tipo de teste é adequado para situações de urgência, como por exemplo a prevenção da transmissão vertical do HIV por ocasião do parto, sendo utilizados para este fim, no Brasil, desde 1999 (GOMES; OLIVEIRA; FONSECA; 2015; SILVA et al., 2013;).

Um avanço importante no combate à epidemia é o tempo de espera pelo resultado do teste rápido, uma vez que havia demora na entrega dos resultados de testes com metodologias convencionais, considerando que estes são operacionalmente mais complexos, constituindo-se um obstáculo para diagnóstico e conseqüentemente o tratamento mais precoce. Em contrapartida, as vantagens proporcionadas pelo teste rápido também dependem da existência de uma estrutura adequada, recursos humanos e distribuição territorial adequada (RIBEIRO; SACRAMENTO, 2014; SILVA et al., 2017).

Mesmo não sendo necessário o padrão laboratorial, existem recomendações mínimas para a realização do Teste Rápido: os *kits* de TR devem ser armazenados em geladeiras próprias ou em sala com ar condicionado, respeitando as orientações dos fabricantes quanto à temperatura, que deve variar entre 2 °C e 30 °C; a sala não precisa ser específica para a realização do exame, mas deve assegurar privacidade e conforto ao paciente e profissional durante a testagem; disponibilização de *kits* de diferentes marcas e em quantidade suficiente, com vistas a assegurar maior resolutividade no serviço (SILVA et al., 2017).

É necessário que os profissionais de saúde ofereçam a testagem para HIV e outras IST a todos os pacientes sexualmente ativos durante as avaliações de rotina, independentemente de sintomas ou queixas. Isso permite a construção de vínculo entre profissional e paciente e favorece o diagnóstico precoce (BRASIL, 2018a).

Estudo realizado em Pelotas-RS, publicado em 2017, aponta que o motivo mais frequente para realização de teste para investigação da infecção pelo HIV é o rastreamento pré-natal, seguido de doação de sangue. A mesma pesquisa revela que a procura pelo teste de forma espontânea é mais complexa. O preconceito associado ao HIV/AIDS pode dificultar a realização da testagem por causa do medo do resultado (MESENBURG; WEHRMEISTER; SILVEIRA, 2017).

No passado, um único teste era oferecido à gestante, na primeira consulta pré-natal. Atualmente, o Ministério da Saúde recomenda a testagem no primeiro trimestre de gestação,

ou no início do pré-natal, com realização de novo exame no terceiro trimestre. Porém, os protocolos de testagem durante a gestação e a internação hospitalar nem sempre são seguidos (OLIVEIRA; SILVA; GOMES, 2018; ZIMMERMMANN; DUARTE; SILVA, 2017).

Embora tenha sido ampliada, em alguns locais a oferta de testagem ainda é concentrada no período gravídico. A não testagem precoce leva ao desconhecimento da positividade e, conseqüentemente, à não busca por tratamento. Tem sido revelador o diagnóstico tardio do HIV no Brasil, porém há esforços para ampliação da testagem para diagnóstico mais oportuno (GUIMARÃES et al., 2017; PINHO; CABRAL; BARBOSA, 2017;).

O diagnóstico precoce do HIV, por exemplo, promovido pela disponibilidade de testes rápidos na Atenção Primária à Saúde, seguido da TARV eficaz, aumenta a sobrevivência, reduz a morbidade e mortalidade pela AIDS e diminui a transmissibilidade e conseqüentemente o surgimento de novos casos (PRIMEIRA et al., 2018).

Recentemente, chegou ao Brasil o teste para detecção de anticorpos IgG contra o HIV no fluido oral (saliva), vendido em farmácia, visando facilitar o acesso ao diagnóstico. Trata-se de um tipo de teste rápido, onde são detectados anticorpos IgG contra o HIV, sendo possível coletar a amostra e obter um resultado em até 30 minutos. Além disso, sua execução, leitura e interpretação são fáceis, e o resultado pode ser analisado a olho nu. Portanto, esse teste pode ser executado em qualquer local (BRASIL, 2014).

Existe diferença na aceitação do exame para diagnóstico da sífilis quando comparado com o de HIV, tanto entre homens quanto entre mulheres, onde a maior recusa por esse último pode ocorrer pelo medo do diagnóstico reagentes. No geral, as mulheres aceitam mais que os homens em realizar os exames de sífilis e HIV (ARAUJO et al., 2015).

O espaço da Estratégia Saúde da Família, mais centrado na educação, promoção e proteção da saúde, favorece a diminuição da recusa pelo paciente em submeter-se ao teste. Além disso, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem participar na divulgação e captação de outros usuários para a realização do teste. A abordagem ao usuário positivo pode ser melhorada por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da articulação com a rede de serviços de referência (SILVA et al., 2017).

Quanto maior for a participação da população sob a forma de adesão voluntária ao teste rápido, maior será a eficácia dessa estratégia. As estratégias de campanhas para expandir o acesso a testes voluntários e aconselhamentos devem ser mais ativas e abrangentes, sem coerção (BONES; COSTA; CAZELLA, 2018; RIBEIRO; SACRAMENTO, 2014).

Os serviços costumam dar maior prioridade ao aconselhamento para HIV/AIDS em detrimento das outras IST. São muitas campanhas educativas para que as pessoas realizem o teste anti-HIV (ARAUJO et al., 2015).

O aconselhamento é entendido como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário, com a construção do vínculo profissional-paciente. No âmbito de HIV/AIDS, por exemplo, o aconselhamento está pautado sob três componentes: 1) apoio emocional; 2) apoio educativo; e 3) avaliação de riscos, na qual se faz uma reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo-se uma estratégia para a redução de riscos. Durante o aconselhamento, deve-se avaliar a vulnerabilidade e risco para essas infecções, com atenção especial para aqueles usuários em situação socialmente desfavorável (ARAUJO et al., 2015; ROCHA et al., 2016; SILVA et al., 2013).

Entretanto, a maior ênfase das capacitações são na parte técnica da realização do teste rápido, em detrimento do aconselhamento, mesmo sendo a comunicação de um resultado positivo ao paciente o fator que traz mais dificuldade no processo de implementação do TR. É necessário uma Política de Educação Permanente em Saúde que crie abordagens para além dos procedimentos técnicos da testagem, considerando os aspectos psicológicos, emocionais e sociais do indivíduo (ROCHA et al., 2016; SILVA et al., 2017).

O estudo qualitativo de Zambenedetti (2016) traz alguns problemas relatados por profissionais que dificultam a descentralização do diagnóstico através do teste rápido: não confiabilidade na sua efetividade; sobrecarga de trabalho; equipes incompletas e alta rotatividade; preocupação com a privacidade e o sigilo das informações; dificuldades no aconselhamento e na comunicação do diagnóstico.

No mesmo estudo, por outro lado, o autor elenca as potencialidades descritas pelos mesmos profissionais: sensibilidade em relação aos dados epidemiológicos; lógica de trabalho sob os princípios do SUS e da saúde da família; participação da comunidade; e capacitações/matriciamentos (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016)

Os obstáculos para a implantação do teste rápido foram identificados como sendo no âmbito da gestão pública e a sua limitação de recursos para diagnóstico e tratamento (BONES; COSTA; CAZELLA, 2018).

### **3.5 Atenção Primária à Saúde como estratégia de enfrentamento das IST**

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 80, prevalecia um modelo de saúde centralizado em ações voltadas para o controle de epidemias, com uma

concepção assistencialista e curativa (ALMEIDA et al., 2018). Com a criação do SUS, o modelo passou a ser organizado por níveis de atenção à saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção de Média e Alta Complexidade são arranjos organizativos articulados que, através de diferentes complexidades tecnológicas, pretendem garantir a continuidade e a integralidade da assistência à saúde da população (REZENDE; BARBOSA, 2015).

Com a *Declaração de Alma-Ata* em 1978, a APS assumiu função central nos sistemas de saúde, propondo um sistema de saúde integrado, com atenção primária abrangente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). No Brasil, a APS, designada como atenção básica, foi instituída e gradualmente implantada no SUS desde 1988 (CHAVES et al., 2018).

A atenção básica à saúde deve ordenar as redes de atenção à saúde e cumprir três funções essenciais: a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora do cuidado, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita (MENDES, 2012; REZENDE; BARBOSA, 2015).

A APS deve garantir a universalidade do acesso a serviços qualificados e resolutivos, acolher, escutar, vincular e corresponsabilizar o usuário no cuidado em saúde (CATANANTE et al., 2017). Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) com foco em populações de risco e, em 2006, foi instituído como Estratégia Saúde da Família (ESF) na formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (CHAVES et al., 2018).

A APS está submetida à regulação direta das Secretarias Municipais de Saúde, ou seja, sua gestão é de responsabilidade do município, no sentido de que os cuidados devem estar disponíveis o mais proximamente possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (SILVEIRA et al., 2018; ALMEIDA et al., 2018).

A ESF consolidou-se como política sanitária prioritária tornando-se modelo de provimento de acesso e cuidado em APS, com a pretensão de consolidar os atributos deste nível de atenção: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação de cuidado, nacionalmente, através das Unidades de Saúde da Família (USF) (SPERLING, 2017).

As USF são os pontos de atenção de maior capilaridade do sistema. Em 2011, 63% da população brasileira estava coberta pela ESF. De 2007 a 2017, a cobertura populacional pela ESF, variou de 48% a 64% (ALMEIDA et al., 2018). As equipes são formadas por médicos generalistas ou de família e comunidade, enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (CARVALHO et al., 2018).

A ESF possui três elementos constitutivos que buscam a reorganização do que se oferta como política de gestão e de cuidado: 1) o incremento na formação de profissionais especialistas em cuidados primários à saúde, especialmente médicos e enfermeiros de família e comunidade, em conjunto com a consolidação dos ACS; 2) a territorialização e adscrição das equipes de ESF às comunidades; e 3) a manutenção do nível de atenção como porta de entrada para um sistema nacional de saúde universal, público e gratuito, orientado pela lógica de proteção social (SPERLING, 2017).

Foi estabelecido na PNAB que cada USF deve possuir uma estrutura mínima para o trabalho, para que este possa ocorrer com mais qualidade. Os equipamentos e materiais utilizados pelos profissionais devem estar disponíveis de acordo com a ação que está sendo realizada na equipe, assim, garantindo que os trabalhadores da saúde tenham ferramentas suficientes para solucionar os problemas da população atendida (ALVARENGA et al., 2018).

Com o fortalecimento dessa política houve uma significativa expansão da capacidade instalada das USF, aumento do número de postos de trabalho e possibilidade de ampliação da força de trabalho de várias categorias de profissionais de nível superior nesse tipo de estabelecimento de saúde no âmbito do SUS (CARVALHO et al., 2018).

Um importante problema de saúde pública a ser enfrentado no SUS são as IST (SILVA, 2016). A política de controle das IST no Brasil estimula o processo de descentralização das ações para APS, a fim de aumentar o acesso à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento dessas infecções nas USF (SILVA et al., 2017).

O conceito de educação sexual e reprodutiva foi implantado no Brasil em virtude do aumento significativo das IST. Na década de 1990, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) passaram a fomentar projetos de educação sexual, com vistas ao controle da natalidade, oferta de contraceptivos e propostas de planejamento familiar (SANTOS et al., 2016).

A partir de 2011, o MS introduziu novas tecnologias diagnósticas na APS, com destaque para os testes rápidos (sífilis, HIV, entre outros), ampliando o acesso ao diagnóstico dessas doenças nesse nível de atenção em todas as regiões do país. O cuidado às pessoas com IST deve ser compartilhado de forma interdisciplinar e entre os diferentes pontos da rede de saúde (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

A justificativa para a descentralização do acompanhamento das pessoas com IST para a APS é a facilidade de acesso à assistência. Entretanto, as questões de sigilo e confidencialidade podem interferir na adesão, pois a territorialidade e compartilhamento de

informações entre os profissionais das equipes de saúde pode gerar receio de exposição e preconceitos na comunidade (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Para que esse obstáculo seja superado é necessário, além de intensificar ações de sensibilização e educação em saúde sexual e reprodutiva, rever o fato de não ser exigida especialidade para atuação dos profissionais na APS. No Brasil, por exemplo, ainda há um número baixo de médicos especialistas em Medicina da Família e Comunidade (SILVEIRA et al, 2018).

Outro problema é que grande parte dos profissionais da ESF está há pouco tempo atuando neste modelo de cuidado, sendo, portanto, trabalhadores com pouca experiência e conhecimento na área. Além disso, a precarização do trabalho é um problema central, pois interfere diretamente no vínculo do profissional com a população adstrita, prejudicando a continuidade e integralidade do cuidado (ALVARENGA et al., 2018).

Para o enfrentamento das IST de modo a melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade, o conhecimento dos profissionais precisa ser aprofundado e qualificado através de formação permanente a cerca dessa temática (MARTINS et al., 2014). É essencial também a oferta de profissionais com diferentes formações nas equipes a fim de que possam contribuir com seus saberes na complexa tarefa que é o cuidado em saúde na APS (ALVARENGA et al., 2018).

### **3.6 Avaliação em Saúde: da teoria à operacionalização**

O conceito de avaliação de programas públicos surgiu juntamente com o fenômeno do "*Welfare State*", após a segunda guerra mundial, para dar resposta aos problemas sociais (saúde, educação e direitos sociais) dos indivíduos assistidos por programas do governo, especialmente na Grã-Bretanha (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SOCHACZEWSKI; LOBATO, 2014).

No Brasil, o campo da avaliação das políticas, programas e serviços de saúde vem ganhando espaço nas instituições desde a década de 1970, com o aumento do papel do Estado como provedor dos serviços de saúde (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013). A partir disso, a avaliação tornou-se um campo profissional particular e notável utilizando novas bases conceituais e metodológicas (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Entre as razões para esse fenômeno, estão as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS; a maior complexidade do perfil epidemiológico do país



que requer a incorporação de novas tecnologias; e a exigência cada vez maior do controle de gastos em saúde (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A avaliação é resultado de um processo que Guba e Lincoln (1989) dividem em quatro períodos: a primeira geração (1910-1930), refere-se a construção e aplicação de instrumento de medidas; a segunda geração (1942), refere-se a abordagem descritiva e marca o nascimento da avaliação de programas; a terceira geração (a partir de 1967), que incluiu o julgamento como parte integrante da avaliação; e a quarta geração (década de 1980), denominada de instrumento de negociação, designada como avaliação responsiva construtivista (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Baron e Monnier (2003) descrevem a quinta geração da avaliação, que combina as anteriores ao desejo explícito de incrementar o poder dos participantes da sociedade civil, por isso denominada de "emancipadora". Esta geração de avaliação, assim como as anteriores, se compromete com a melhoria das políticas públicas, mas também propõe ajudar a sociedade a melhor compreender os próprios problemas e possibilidades de resolvê-los.

Destaca-se ainda o advento da informática e, a partir dos anos 2000, a expansão da internet, que permitiram a implementação da avaliação construída de forma coletiva entre todos os atores envolvidos (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

São muitas as definições de avaliação, como o objetivo desse estudo não é esgotar esses conceitos e nem propor um novo, será considerado como um dos mais completos o de Champagne et al. (2011):

*Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um dos seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que possa traduzir em ações.*

Também são inúmeros os objetivos de uma avaliação. Esses objetivos são de natureza variada e dicotômicos entre si. Podem ser oficiais (estratégico, formativo, somativo, transformador e fundamental), geralmente explícitos e consensuais ou oficiosos, que tem relação direta com os atores envolvidos e são mais implícitos e conflitantes (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Os objetivos da avaliação são conduzidos por quem formula a pergunta. Por isso, não são todas as vezes que os objetivos são socialmente legítimos e esperados (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Para avaliar intervenções existem dois tipos de estudos avaliativos: 1) avaliação normativa, que consiste em realizar um julgamento, comparando a tríade estrutura, o processo e os resultados da intervenção com as normas existentes, normalmente realizada por avaliadores internos; e 2) pesquisa avaliativa, que consiste em realizar o julgamento de uma intervenção utilizando métodos científicos, geralmente conduzida por um avaliador externo (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

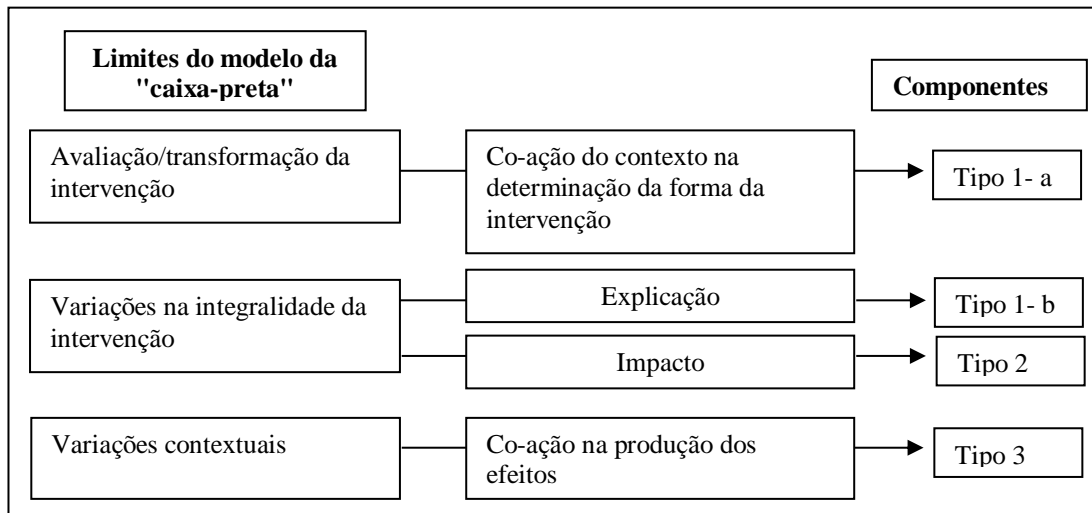
Contandriopoulos et al. (1997) classificam as pesquisas avaliativas em seis tipos: análise estratégica; análise lógica; análise da produtividade; análise do rendimento; análise dos efeitos; e análise de implantação, sendo esta última, a abordagem metodológica deste estudo. Cabe destacar que outros autores classificam a avaliação de outras formas e utilizam nomenclaturas diversas à de Contandriopoulos.

A análise de implantação avalia as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual se situa, focando em dois aspectos: a influência do grau de implantação de uma intervenção sobre seus efeitos e a influência do contexto em que está inserida a implantação sobre seus efeitos (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Nessa abordagem metodológica, o objetivo central é estabelecer em que medida a intervenção está sendo implantada conforme foi planejada (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Este tipo de pesquisa avaliativa explicita os processos causais de uma intervenção, portanto, aumenta o potencial de generalização (validade externa) das pesquisas avaliativas. É pertinente realizar esse tipo de análise quando os efeitos da introdução de uma intervenção são sensíveis às variações do contexto no qual está inserida e/ou quando é uma intervenção nova que está sendo implementada, pois identificará melhor a sua dinâmica e os fatores explicativos críticos (CHAMPAGNE et al., 2011).

A análise de implantação propõe responder a quatro grandes categorias de perguntas: avaliação das necessidades e das factibilidades da intervenção; planejamento e concepção do programa ou política; operacionalização; e aperfeiçoamento do programa ou política. Para isso, dispõe-se de algumas tipologias de análise de implantação (Figura 1) (CHAMPAGNE et al., 2011).

**Figura 1** - Tipologia da Análise de Implantação.



Fonte: Broussele et al. (2011).

A análises de tipos 1a e 1b objetivam compreender as variações na forma da intervenção. A tipo 1a visa explicar a natureza processual de transformação da intervenção, identificando as relações causais que ocasionam essa transformação a depender de um determinado contexto. A análise tipo 1b procura esclarecer a diferença entre como a intervenção foi desenhada e como está implantada (CHAMPAGNE et al., 2011).

A análise do tipo 2 faz a relação das variações da implementação de determinada intervenção com os efeitos observados e permite diferenciar os componentes das intervenções mais passíveis de facilitar a obtenção dos resultados. A do tipo 3, analisa a influência da interação (sinérgica ou antagônica) entre uma intervenção e o contexto da implantação sobre os efeitos observados (CHAMPAGNE et al., 2011).

Um dos objetivos da análise de implantação, no seu componente 1, é definir a influência dos fatores contextuais no grau de implantação da intervenção. Para isso foram construídos modelos, a partir da teoria das organizações, considerando que a implantação de uma intervenção produz mudanças organizacionais. Estes modelos podem ser agrupados em cinco perspectivas: racional; desenvolvimento organizacional; psicológico; estrutural; e político (DENIS; CHAMPANHE, 1997).

Cada modelo propõe uma definição diferente dos fatores contextuais que podem influenciar a implantação de uma intervenção e possuem limitações. Com isso, levou-se a formular um modelo político e contingente que se inspira nas abordagens política e estrutural. Segundo os autores, neste modelo o processo de implantação deve ser abordado segundo uma

perspectiva política que sofre as pressões de caráter estrutural (DENIS; CHAMPANHE, 1997).

Na perspectiva estrutural, as organizações que conseguem implantar uma intervenção e que apresentam um contexto favorável se distinguem das outras por uma série de características referentes aos atributos organizacionais; contexto organizacional; e aos atributos dos gestores. No modelo político, a implantação de intervenções é considerada como um jogo de poder organizacional, cujo resultado constitui um ajuste às pressões internas e externas (DENIS; CHAMPANHE, 1997).

A análise do contexto de implantação é fundamental para se alcançar uma compreensão mais global da intervenção, uma vez que a presença de atores, interesses diversos e o cenário político-institucional podem explicar o sucesso ou o fracasso na implantação do programa (BODSTEIN, 2002).

Para representar a teoria de um programa de saúde ou a sua operacionalização, o modelo lógico (ML) é uma ferramenta importante. A teoria do programa pode ser definida de duas formas: 1) causal, quando o seu objetivo é explicar as relações entre a intervenção, a implementação e os resultados; e 2) normativa, quando se volta a definir a imagem-objetivo da intervenção (BEZERRA; CAZARIN; ALVES et al., 2010a; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Dois tipos de ML podem contribuir com a avaliação: modelo lógico causal; e modelo lógico da intervenção. Dependendo da sua construção, os ML podem ser divididos em três variantes: 1) teórico, causal e de intervenção, conforme descritos na literatura; 2) causal e da intervenção, de acordo como constam nos documentos do programa; e 3) da intervenção operacionalizado na prática (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

O ML de uma intervenção é considerado um instrumento de gestão pois contribui para o monitoramento do desenvolver da intervenção, ao fornecer um plano claro de acompanhamento das atividades a serem desenvolvidas e dos resultados esperados. Entretanto, eles não comparam a teoria do programa com outras experiências, ou seja, o ML é a representação da realidade, mas não é a realidade em si, e não inclui efeitos além daqueles esperados (OKAMURA, 2006).

A construção de um ML é importante para que sejam identificados os componentes a serem desenvolvidos, suas dimensões e os indicadores que forneçam resultados aos objetivos propostos. Estabelecer critérios, indicadores e parâmetros é fundamental para realizar um julgamento sobre o objeto de avaliação. Esses devem estar dispostos em matrizes para auxiliar a análise e interpretação das informações (ALVES et al., 2010a; OKAMURA, 2006).

No campo da avaliação, matrizes expressam a lógica causal de uma intervenção, sintetizando-se em formas de juízo de valor. O modelo teórico da avaliação é constituído por matrizes integradas, uma delas é a matriz de julgamento ou matriz final da avaliação, que expressam valores para que uma intervenção seja considerada "bem-sucedida", "adequada" ou "malsucedida" (ALVES et al., 2010a).

O Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão com base no monitoramento e avaliação de processos e resultados, como objetivo de aprimorar a qualidade da atenção à saúde. A institucionalização da avaliação no campo da saúde traz grande contribuição para os serviços de saúde, visto que permite identificar problemas e direcionar as ações, subsidiando o processo de tomada de decisão (ALVES et al., 2010b).

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção serão descritas as etapas da pesquisa necessárias para o alcance dos objetivos propostos, considerando o desenho do estudo, área, população, período, fonte e coleta de dados e estratégia de estudo.

### 4.1 Desenho do Estudo

O estudo constituiu-se de uma pesquisa avaliativa do tipo "análise de implantação" em seu componente 1b, que objetiva explicar as diferenças entre a intervenção planejada e a que foi implantada. A análise de implantação consiste em estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implementação, delimitando os fatores que facilitam ou comprometem essa implementação (CHAMPAGNE et al., 2011).

Em virtude das limitações metodológicas deste componente da análise de implantação, foi utilizado o tipo 1b modificado, compreendendo que outros elementos podem propiciar a explicação da intervenção e seu contexto.

Foi utilizada como estratégia, a pesquisa do tipo "estudo de caso único integrado", a fim de propor uma investigação do fenômeno em profundidade e no seu contexto de vida real. Nesse estudo, um único caso possuiu subunidades integradas de análise. Considerou-se caso o município de Jaboatão dos Guararapes (LOPES, 2014; YIN, 2010).

No estudo de caso, o pesquisador trabalha sobre um número muito pequeno de unidades de análise. A potência explicativa, segundo Denis e Champagne (1997), se dá pela profundidade na análise do caso e não da quantidade de unidades e se apoia na coerência da estrutura dos seus componentes e nas variações no tempo.

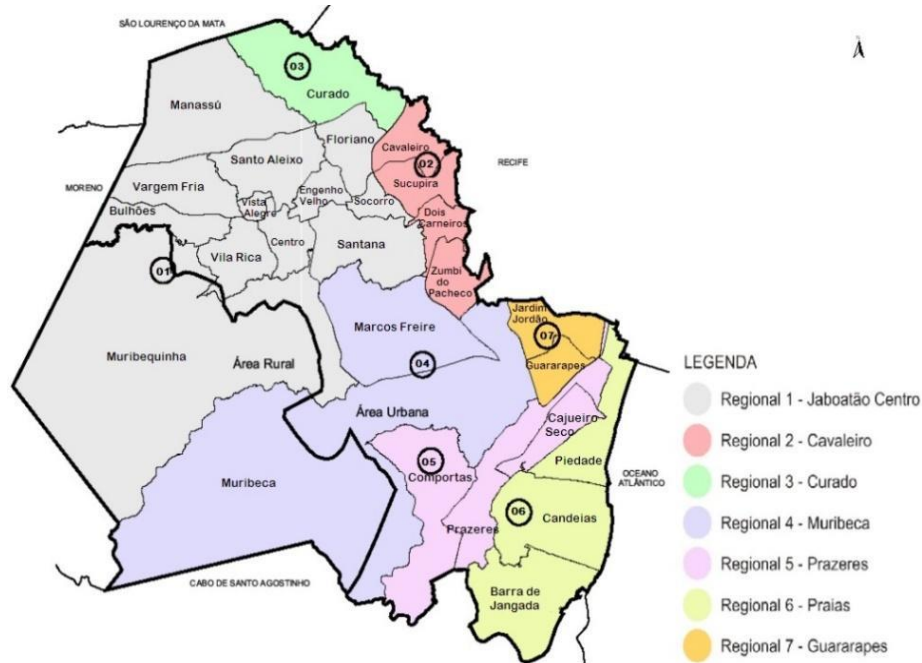
### 4.2 Área do Estudo

O estudo foi realizado em Jaboatão do Guararapes (Figura 2). O município está situado no litoral do Estado de Pernambuco, Região Nordeste do país. Faz parte da Região Metropolitana do Recife (RMR) e possui cerca de 691.125 habitantes, sendo o segundo município mais populoso do Estado (BRASIL, 2018b; IBGE, 2011).

O território do município é de 257,3 km<sup>2</sup>, sendo 23,6 km<sup>2</sup> compondo a zona urbana e os 233,7 km<sup>2</sup> restantes formando a zona rural (IBGE, 2011). Jaboatão dos Guararapes faz limite ao norte com os municípios de Recife e São Lourenço da Mata; ao sul com Cabo de

Santo Agostinho; a oeste com Moreno e São Lourenço da Mata; e a leste com o Oceano Atlântico (Companhia de Pesquisa de Recursos Minerais, 2019).

**Figura 2** - Área geográfica e municípios limítrofes de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco.



Fonte: Jaboatão dos Guararapes (2019).

O município está dividido em 31 bairros e para organização do setor saúde agrupam-se em sete Regionais de Saúde (RS). Possui 104 Equipes de Saúde da Família, com 50,92% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família, conforme a distribuição do Quadro 1. (BRASIL, 2018b). As razões para a escolha desse município estão no item 1.2 (Justificativa).

**Quadro 1** - Unidades de Saúde da Família por Regional de Saúde, Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

REGIONAL DE SAÚDE	LOCALIZAÇÃO	NÚMERO DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA
I	CENTRO	21
II	CAVALEIRO	20
III	CURADO	08
IV	MURIBECA	09
V	PRAZERES	19
VI	PRAIAS	17
VII	GUARARAPES	10
<b>TOTAL</b>		<b>104</b>

Fonte: Jaboatão dos Guararapes (2019).

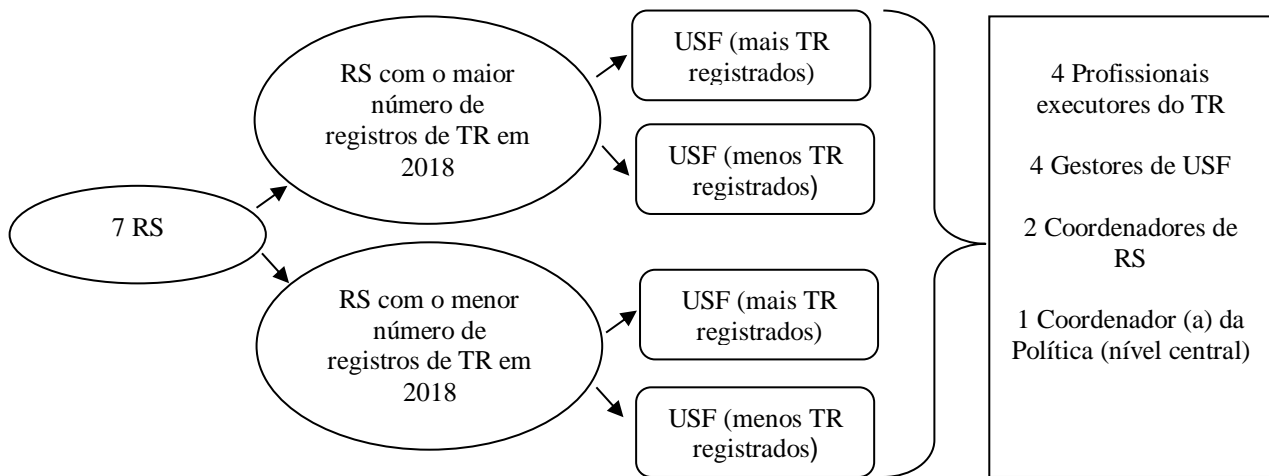
### 4.3 População do Estudo

A população do estudo foram os profissionais de nível superior (enfermeiros, médicos e dentistas) das Unidades de Saúde da Família (USF), incluindo os executores dos testes rápidos e o gestores das unidades; os coordenadores das regionais de saúde; e o(a) coordenador(a) da política de IST/AIDS no nível central (Secretaria Municipal de Saúde).

Para a seleção das subunidades de análise, foi realizado um levantamento do número de registros de TR das 104 equipes de saúde da família no período de janeiro a dezembro de 2018, através do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

Inicialmente foram selecionadas duas regionais de saúde (as que registraram o maior e o menor número de TR no período). A partir daí, foram intencionalmente escolhidas duas USF de cada regional selecionada, as USF com mais e menos registros de TR (diferente de zero) realizados em 2018, totalizando quatro USF a serem analisadas (Figura 3).

**Figura 3** - Seleção dos participantes do estudo.



Fonte: Autora

Nota: RS: Regional de Saúde; TR: Testes Rápidos; USF: Unidade de Saúde da Família

Foram utilizados como critérios de inclusão: as equipes que possuíam pelo menos um profissional de nível superior treinado para a realização dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e sífilis; o (a) profissional deveria estar em atividade no período da pesquisa e realizar TR há pelo menos 3 meses na mesma USF; e aceitar participar da pesquisa.



Como critério de exclusão foram considerados os seguintes aspectos: USF que não estavam realizando o teste rápido em sua rotina; USF com profissionais treinados, mas que no período do estudo estavam afastados das suas atividades; a USF na qual a pesquisadora está lotada; e as que recusassem participar da pesquisa.

Os coordenadores das regionais de saúde ou da política de IST/AIDS (nível central) que estivessem afastados por motivo de férias, a aplicação do questionário poderia ser agendada mediante o retorno. Se não fosse possível esse reagendamento ou houvesse recusa em participar da pesquisa, seria localizado outro participante-chave (com função semelhante) para substituição, como o (a) coordenador (a) da Vigilância Epidemiológica ou da Vigilância em Saúde.

Para a análise das Planilhas de Monitoramento de realização dos testes rápidos para HIV e sífilis realizados na ESF no ano de 2018 foi calculada uma amostra aleatória simples de USF, excluindo aquelas que foram as subunidades da análise de implantação, a USF na qual a pesquisadora principal está vinculada e as que não tinham pelo menos o registro de um TR realizado no e-SUS AB no referido ano.

O quantitativo de unidades selecionadas foi conforme o que segue no Quadro 2: uma USF das regionais de saúde do município cujo o número de USF seja menor que 10% do total das USF que fazem TR (Regional III, IV e VII), e duas USF das demais regionais de saúde (I,II, V, VI), totalizando assim 11 USF.

**Quadro 2** - Seleção aleatória das Unidades de Saúde da Família por Regional de Saúde. Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.

RS	NÚMERO DE USF	%	NÚMERO DE USF SELECIONADAS
I	21	20,19	2
II	20	19,23	2
III	08	7,69	1
IV	09	8,85	1
V	19	18,26	2
VI	17	16,34	2
VII	10	9,61	1
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>11</b>

Fonte: Autora

Legenda: RS: Regional de Saúde; USF: Unidades de Saúde da Família.

Para manter o sigilo, as USF foram denominadas conforme o que se segue: USF1, USF2, USF3, etc. para as 11 unidades aleatoriamente selecionadas para a análise das planilhas de monitoramento dos TR; USF-A, USF-B, USF-C e USF-D para as selecionadas intencionalmente como participantes da avaliação; P1, P2, P3 e P4 para os profissionais

executores dos TR; GU1, GU2, GU3 e GU4 para os gestores das unidades; G1, G2 e G3 para os gestores das regionais e do nível central.

#### **4.4 Período do Estudo**

A coleta dos dados primários foi realizada no período entre junho e setembro de 2019. Os dados secundários foram coletados no mesmo período, considerando dados e informações existentes entre janeiro de 2018 e junho de 2019.

#### **4.5 Fonte e coleta dos dados**

Para a coleta de dados, foram utilizadas fontes primárias e secundárias conforme descrito nos itens 4.5.1 e 4.5.2.

##### **4.5.1 Dados Primários**

Foi utilizada como fonte primária, o banco de dados resultante da aplicação de questionários semiestruturados aos participantes da pesquisa (APÊNDICES E, G, H e I); da observação direta das testagens e do aconselhamento pré-teste e pós-teste nas USF selecionadas para o estudo (APÊNDICE F); e os formulários relacionados à estrutura, insumos e equipamentos aplicados aos profissionais de saúde, gestores das unidades, coordenadores das regionais de saúde e coordenador(a) da política de IST/AIDS no nível central (APÊNDICES C e D). Durante o processo de avaliação, em nenhum momento houve interferência por parte da pesquisadora.

Um teste piloto com os instrumentos supracitados foi realizado com profissionais das USF e das regionais de saúde não participantes da pesquisa, no qual observou-se se todas as perguntas foram respondidas adequadamente e se ocorreram dificuldades de entendimento das questões, sendo realizados os ajustes necessários.

##### **4.5.2 Dados Secundários**

Como fonte de dados secundários, foram utilizados dados do e-SUS AB para análise dos relatórios de produção das equipes de saúde da família (número de TR de HIV e sífilis

realizados em 2018) e planilha de monitoramento de realização dos testes rápidos nas USF (amostra aleatória abaixo especificada).

Para subsidiar a construção do modelo lógico (ML) foram utilizados documentos oficiais relacionados à política de IST/AIDS, especificamente no que se refere aos TR para HIV e sífilis. E, a partir do ML foram elaboradas as matrizes de análise e julgamento, cujos itens foram validados conforme o que será descrito no item 4.6.1.

Dados do SINAN e do boletim epidemiológico, do último ano disponível (2018), foram utilizados para contextualizar no Plano de Intervenção, que foi apresentado aos gestores para a melhoria deste serviço no município, a situação das infecções pelo HIV e sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE.

#### **4.6 Estratégia do Estudo**

A pesquisa foi realizada em duas etapas. Inicialmente foram construídos e validados o modelo lógico (ML) da utilização de testes rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família e as Matrizes de Análise e Julgamento (MAJ) dessa implantação. Os resultados dessa validação estão disponíveis no Apêndice K. A segunda etapa consistiu na análise do Grau de Implantação (GI) da Estrutura e do Processo e na análise dos Determinantes Contextuais do GI dos TR para HIV e sífilis, a partir do modelo político e contingente de análise de implantação das intervenções (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

##### **4.6.1 Construção e Validação do Modelo Lógico e das Matrizes de Análise e Julgamento**

Essa etapa da pesquisa está relacionada à observação do que seria o "modelo ideal", modelo teórico idealizado, ou ainda a "imagem-objetivo" do objeto a ser avaliado. Essa observação deve ser feita antes mesmo que se indague sobre a efetividade e eficiência da intervenção (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Para construção do Modelo Lógico da utilização de TR de HIV e sífilis na ESF, foi realizada, inicialmente, uma análise dos documentos abaixo listados:

- a) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, 2018 (BRASIL, 2018a);
- b) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2018 (BRASIL, 2018c);

- c) Nota Técnica N° 217/2011-D-DST-AIDS-HV/SVS/MS. Informações sobre temperatura de armazenamento e transporte dos kits de testes rápidos para o HIV e sífilis (BRASIL, 2011b);
- d) Nota Técnica conjunta N° 391/2012/SAS/SVS/MS. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e aconselhamento em DST/AIDS da Rede Cegonha, 2012 (BRASIL, 2012a);
- e) Portaria N° 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de teste rápido, na atenção básica, para detecção de HIV e sífilis, assim como teste rápido para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2012b);
- f) Como prevenir a transmissão vertical de HIV e sífilis no seu município. Guia para gestores, 2019;
- g) Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e sífilis e aconselhamento em DST/AIDS na Atenção Básica para gestantes, 2013;
- h) Fluxograma de mesa para diagnóstico de sífilis em mulheres no pré-natal, parto e puerpério, 2019.
- i) Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa, 2007 (BRASIL, 2007).

O Modelo Lógico (ML) da utilização de testes rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família, desta avaliação encontra-se no Quadro 16 (item 5.1).

Em seguida e com base no ML, foram estabelecidos critérios, indicadores e parâmetros para definir o Grau de Implantação (Matrizes de Informação disponibilizadas a seguir), que fizeram parte das Matrizes de Análise e Julgamento (MAJ), que foram utilizadas nesta avaliação (ALVES et al., 2010a). As MAJ encontram-se nos Quadros 17 a 22 (itens 5.6 a 58).

Os resultados do estudo metodológico de validação do ML da intervenção e das MAJ, realizado a partir da opinião de cinco *stakeholders* (atores interessados nesta avaliação), que serão denominados “juízes”. A escolha dos juízes foi realizada a partir de critérios previamente definidos: ser servidor do município de Jaboatão dos Guararapes-PE; estar envolvido com a estratégia de acesso ao diagnóstico de HIV e sífilis e tratamento dos casos identificados a partir da estratégia de uso dos testes rápidos; atuar em áreas distintas na mencionada estratégia de acesso ao diagnóstico e tratamento de HIV e sífilis. Participaram

como juízes: um médico e um enfermeiro com atuação na ESF; um enfermeiro sanitарista da área hospitalar; um coordenador do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); e um profissional especialista em saúde pública com atuação também na área acadêmica.

O número mínimo de juízes para o processo de validação foi determinado mediante a seguinte fórmula:  $n = Z\alpha^2 \cdot P \cdot (1-P) / d^2$ . Onde:  $Z\alpha$  = valor tabelado correspondente ao nível de confiança (95%);  $P$  = proporção de concordância entre os juízes (85%);  $d$  = diferença de proporção aceitável entre os juízes, ou seja, o erro máximo admissível (15%). Recomenda-se, com base nos resultados de “P” e “d”, que a amostra final do processo de validação seja ampliada até 20 juízes, e que, dependendo do total considerado, conte com pelo menos três juízes de cada critério pré-estabelecido adotado (PASQUALI, 2017).

Foram validados o ML com 21 itens; a MAJ-Componente Estrutura com 21 itens; a MAJ-Componente Processo (USF intencionalmente selecionadas) com 27 itens; a MAJ-Componente Processo (USF aleatoriamente selecionadas) com 6 itens; a MAJ – Contexto Interno com 6 itens; e a MAJ – Contexto Externo com 16 itens.

Os itens do ML da intervenção e das MAJ foram pontuados/analísados utilizando a Escala Likert (PASQUALI, 2009; POLIT; HUNGLER, 2011), com as opções: Concordância (a) concordo totalmente (dois pontos), (b) concordo (um ponto); e Discordância (c) discordo (menos um ponto), (d) discordo totalmente (menos dois pontos).

A congruência de opinião dos juízes em relação à pontuação atribuída aos indicadores do ML da intervenção e das MAJ, item a item, foi verificada utilizando o Índice de Validade de Conteúdo em Nível de Item (Item-level Content Validity Index – I-CVI). O valor do I-CVI para cada item é a proporção de juízes que o pontuou de forma positiva “Concordância”. Em seguida, foi calculada a média da proporção (ou nível) de "Concordância" pelo total de juízes e de itens avaliados. Foi considerado aprovado na validação o item que obteve  $I-CVI \geq 0,80$ . Em seguida, foi utilizado o teste Binominal, através do valor p da proporção (rejeitando-se a  $H_0$  se o  $p \leq 0,8$ ), para selecionar os itens que deveriam ser revisados/modificados (itens validados ao nível de significância  $\leq 0,05$ ) (PASQUALI, 2017).

Foi verificado o Índice de Validade de Conteúdo em Nível de Escala (Scale-level Content Validity Index – S-CVI) que corresponde à média aritmética da proporção dos itens que receberam avaliação de "concordância" pelos juízes. Foi considerado aprovado na validação o S-CVI  $\geq 0,90$  (PASQUALI, 2017).

#### 4.6.2 Avaliação do Grau de Implantação

A apreciação da estrutura e a análise do processo determinaram o Grau de Implantação (GI) dos testes rápidos de HIV e sífilis na ESF do município.

##### 4.6.2.1 Parâmetros para Julgamento do Grau de Implantação (Estrutura e Processo)

Para a análise e Julgamento do Grau de Implantação (GI) dos testes rápidos de HIV e sífilis na ESF de Jaboatão, tanto na análise das dimensões unitárias dos serviços, quanto na dimensão global desses, realizou-se a soma dos indicadores da pontuação observada (PO) em relação a pontuação máxima esperada (PME) dos componentes Estrutura (E) e Processo (P), calculando-se a implantação através das seguintes fórmulas:

a) Dimensão Unitária (DU):

$$GI (DU) = \frac{\sum PO (E) + \sum PO (P)}{\sum PME (E) + \sum PME (P)} * 100$$

b) Dimensão Global (DG):

$$GI (DG) = \frac{\sum PO DU (1) + \sum PO DU (2) + \sum PO DU (3) + \sum PO DU (4) / 4}{\sum PME (1) + \sum PME (2) + \sum PME (3) + \sum PME (4) / 4} * 100$$

Posteriormente, com base no estudo de Pereira et al. (2013), consideraram-se os seguintes escores para determinar a implantação:



**Quadro 3** - Escores para Julgamento do Grau de Implantação (GI) dos testes rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família, em Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

ESCORES	GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
≥ 80%	Implantado	
79 a 60%	Parcialmente Implantado	
59 a 40%	Insatisfatório	
< 40%	Não Implantado	




Fonte: Autora

E, para alguns indicadores provenientes da “Observação Direta” e das “Entrevistas”, com apenas duas ou três possibilidades de resposta, foram adotados, respectivamente, os seguintes Escores para Julgamento do Grau de Implantação (GI) dos testes rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família, em Jaboatão dos Guararapes-PE.

**Quadro 4-** Escores binários para Julgamento do Grau de Implantação (GI) dos testes rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família, em Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

ESCORES	GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
Sim = 1 (100%)	Implantado	
Não = 0	Não implantado	

OU

ESCORES	GRAU DE IMPLANTAÇÃO	
Sim = 2 (100%)	Implantado	
Em parte = 1 (50%)	Insatisfatório	
Não = 0	Não implantado	

Fonte: Autora

#### 4.6.2.2 Apreciação da Estrutura

A estrutura pode corresponder à estrutura física das unidades de saúde e a estrutura organizacional do serviço (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994). Segundo Donabidian (1988), a estrutura representa as características estáveis como os recursos materiais, humanos e organizacionais. A avaliação da estrutura ocorre através da comparação dos recursos e da organização da intervenção com critérios e normas pré-definidas, com o objetivo de entender em que medida os recursos são empregados para atingir os resultados esperados (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997).

Em relação à realização dos TR de HIV e sífilis na ESF, este estudo avaliou estrutura física, os equipamentos e insumos, os recursos humanos, e a normatização existente.

Demonstra-se no Quadro 5 a seguir, a Matriz de Informação para classificação do Grau de Implantação dos testes rápido de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família em Jaboatão dos Guararapes-PE – Componente Estrutura das USF selecionadas, com as respectivas fontes de dados, forma de cálculo dos indicadores utilizados, pontuação adotada e Relevância considerada para cada indicador. E, no Quadro 6, tem-se a Matriz de Análise e Julgamento do referido componente.

**Quadro 5 - Matriz de Informação – Indicadores utilizados para **Apreciação da Estrutura** das USF intencionalmente selecionadas a fim de estabelecer o Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.**

Continua

<b>Indicador (Relevância*)</b>	<b>Fonte de dados</b>	<b>Cálculo do Indicador</b>	<b>Pontuação adotada</b>
<b>Recursos Humanos</b>			
Nº de profissionais por categoria de nível superior (médico, enfermeiro e dentista) capacitado e executando TR na USF ( <b>RRR</b> )	Entrevista	Nº de profissionais por categoria de nível superior (médico, enfermeiro e dentista) capacitado e executando a TR na USF / total de profissionais de nível superior	≥ 80% (Implantada) 79 a 60% (Parcialmente Implantada) 59 a 40% (Insatisfatória) < 40% (Não Implantada)
<b>Material Permanente</b>			
Nº de USF com sala disponível para a testagem ( <b>RR</b> )	Observação direta	Nº de USF com sala disponível no momento para a testagem / total de USF avaliadas	≥ 80% (Implantada) 79 a 60% (Parcialmente Implantada) 59 a 40% (Insatisfatória) < 40% (Não Implantada)
Nº de gestores de USF que refere existir ambiente que garante sigilo para aconselhamento e testagem ( <b>R</b> )	Entrevista	Nº de gestores de USF que refere existir ambiente que garante sigilo para aconselhamento e testagem / total de gestores de USF	
Nº de USF com ambiente que garante o sigilo para o aconselhamento e testagem ( <b>RRR</b> )	Observação direta	Nº de USF com ambiente que garante o sigilo para aconselhamento e testagem / total de USF avaliadas	
Nº de USF com sala de espera para os usuários que aguardam aconselhamento/testagem ( <b>RR</b> )		Nº de USF com sala de espera para os usuários que aguardam aconselhamento/testagem / total de USF avaliadas	
Nº de USF com ambiente adequado para armazenar os Kits de TR ( <b>RRR</b> )		Nº de USF com ambiente adequado para armazenar os Kits de TR / total de USF avaliadas	
Nº de USF que possui mesa ou superfície lisa (plana) disponível no momento da testagem ( <b>RR</b> )		Nº de USF que possui mesa ou superfície lisa disponível no momento da testagem / total de USF avaliadas	
Nº de USF com computador para registro no e-SUS AB ( <b>RR</b> )		Nº de USF com computador para registro no e-SUS AB / total de USF avaliadas	
<b>Insumos (Administrativos)</b>			
Nº de USF com livro de registro de TR ( <b>RR</b> )	Observação direta	Nº de USF com livro de registro de TR / total de USF avaliadas	≥ 80% (Implantada) 79 a 60% (Parcialmente Implantada) 59 a 40% (Insatisfatória) < 40% (Não Implantada)
Nº de USF com ficha de registro de TR ( <b>RR</b> )		Nº de USF com ficha de registro de TR / total de USF avaliadas	
Nº de USF com ficha laudo de TR ( <b>RRR</b> )		Nº de USF com ficha laudo de TR / total de USF avaliadas	



**Quadro 5** - Matriz de Informação – Indicadores utilizados para **Apreciação da Estrutura** das USF intencionalmente selecionadas a fim de estabelecer o Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis. Jaboaão dos Guararapes-PE, 2019.

(Continuação)

<b>Indicador (Relevância*)</b>	<b>Fonte de dados</b>	<b>Cálculo do Indicador</b>	<b>Pontuação adotada</b>
<b>Insumos (Testagem)</b>			
Nº de USF com Kit Teste HIV ( <b>RRR</b> )	Observação direta	Nº de USF com Kit Teste HIV / total de USF avaliadas	≥ 80% (Implantada) 79 a 60% (Parcialmente Implantada) 59 a 40% (Insatisfatória) < 40% (Não Implantada)
Nº de USF com Kit Teste HIV (contrateste) ( <b>RRR</b> )		Nº de USF com Kit Teste HIV (contrateste) / total de USF avaliadas	
Nº de USF com Kit Sífilis ( <b>RRR</b> )		Nº de USF com Kit Sífilis / total de USF avaliadas	
Nº de USF que possuía álcool a 70% no momento da testagem ( <b>RR</b> )		Nº de USF que possuía álcool a 70% no momento da testagem / total de USF avaliadas	
Nº de USF que possuía algodão no momento da testagem ( <b>RR</b> )		Nº de USF que possuía algodão no momento da testagem / total de USF avaliadas	
Nº de USF que possuía cronômetro no momento da testagem ( <b>R</b> )		Nº de USF que possuía cronômetro no momento da testagem / total de USF avaliadas	
Nº de USF que possuía recipiente para descarte de perfuro-cortantes no momento da testagem ( <b>RR</b> )		Nº de USF que possuía recipiente para descarte de perfuro-cortantes no momento da testagem / total de USF avaliadas	
Nº de USF que possuía lixeira (lixo comum) no momento da testagem ( <b>RR</b> )		Nº de USF que possuía lixeira (lixo comum) no momento da testagem / total de USF avaliadas	
Nº de USF que possuía lixeira (lixo contaminado) no momento da testagem ( <b>RR</b> )		Nº de USF que possuía lixeira (lixo contaminado) no momento da testagem / total de USF avaliadas	
<b>Equipamentos de Proteção Individual</b>			
Nº de profissionais que possuía luvas de procedimento no momento da testagem ( <b>RRR</b> )	Observação direta	Nº de profissionais que possuía luvas de procedimento no momento da testagem / total de profissionais executores	≥ 80% (Implantada) 79 a 60% (Parcialmente Implantada) 59 a 40% (Insatisfatória) < 40% (Não Implantada)
Nº de profissionais que possuía óculos de proteção no momento da testagem ( <b>RRR</b> )		Nº de profissionais que possuía óculos de proteção no momento da testagem / total de profissionais executores	
Nº de profissionais que possuía jaleco no momento da testagem ( <b>RRR</b> )		Nº de profissionais que possuía jaleco no momento da testagem / total de profissionais executores	

Fonte: Autora

Nota: \* Relevância: R: Pouco relevante; RR: Relevante; RRR: Muito relevante. TR: Testes Rápidos; USF: Unidades de Saúde da Família.

**Quadro 6-** Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis, Jabotão dos Guararapes – PE– Componente **Estrutura** das USF intencionalmente selecionadas, 2019.

Continua

Componente	Indicador	PME por USF	USF que mais realizou TR, na RS com maior registro de testagem.		USF que mais realizou TR, na RS com menor registro de testagem		USF que menos realizou TR, na RS com menor registro de testagem		USF que menos realizou TR, na RS com maior registro de testagem		GERAL		
			USF A		USF B		USF C		USF D		PME	PO	GI
			PO	GI	PO	GI	PO	GI	PO	GI			
<b>Recursos Humanos</b>	Nº de profissionais por categoria de nível superior (médico, enfermeiro e dentista) capacitado e executando a TR na USF	3									12		
<b>Material Permanente</b>	Nº de USF com sala disponível para a testagem	1									4		
	Nº de gestores de USF que refere existir ambiente que garante sigilo durante o aconselhamento e testagem	1									4		
	Nº de USF com ambiente que garante o sigilo durante o aconselhamento e testagem	1									4		
	Nº de USF com ambiente adequado para armazenar os Kits de TR	1									4		
	Nº de USF com sala de espera para a testagem	1									4		
	Nº de USF que possui mesa ou superfície lisa disponível para a testagem	1									4		
	Nº de USF com computador para registro no e-SUS AB	1									4		

**Quadro 6-** Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis, Jabotão dos Guararapes – PE– Componente **Estrutura** das USF intencionalmente selecionadas, 2019.

(Continuação)

Componente	Indicador	PME por USF	USF A		USF B		USF C		USF D		GERAL		
			PO	GI	PO	GI	PO	GI	PO	GI	PME	PO	GI
<b>Insumos (testagem)</b>	Nº de USF com Kit Teste HIV	1									4		
	Nº de USF com Kit Teste HIV (contrateste)	1									4		
	Nº de USF com Kit Sífilis	1									4		
	Nº de USF que possuía álcool a 70% no momento da testagem	1									4		
	Nº de USF que possuía algodão no momento da testagem	1									4		
	Nº de USF que possuía recipiente para descarte de perfuro-cortantes no momento da testagem	1									4		
	Nº de USF que possuía lixeira (lixo comum) no momento da testagem	1									4		
	Nº de USF que possuía lixeira (lixo contaminado) no momento da testagem	1									4		
<b>Insumos administrativos</b>	Nº de USF com livro de registro de TR	1									4		
	Nº de USF com ficha de registro de TR	1									4		
	Nº de USF com ficha laudo de TR	1									4		
<b>Equipamentos de proteção individual</b>	Nº de profissionais que possuía luvas de procedimento no momento da testagem	1									4		

**Quadro 6-** Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis, Jabotão dos Guararapes – PE– Componente **Estrutura** das USF intencionalmente selecionadas, 2019.

(Continuação)

Componente	Indicador	PME por USF	USF A		USF B		USF C		USF D		GERAL		
			PO	GI	PO	GI	PO	GI	PO	GI	PME	PO	GI
<b>Equipamentos de proteção individual</b>	Nº de profissionais que possuía óculos de proteção no momento da testagem	1									4		
	Nº de profissionais que possuía jaleco no momento da testagem	1									4		
<b>∑ Componente Estrutura</b>		<b>24</b>									<b>96</b>		

Fonte: Autora.

Nota: PME: Pontuação Máxima Esperada; PO: Pontuação Obtida; GI :Grau de Implantação; USF: Unidades de Saúde da Família; TR: Testes Rápidos.

#### 4.6.2.3 Análise do Processo

O processo corresponde tanto ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação profissionais e pacientes, quanto aos processos de gestão da rede (DONABIDIAN, 1988; VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994). Segundo Contrandiopoulos et al. (1997), a avaliação do processo consiste em saber em que medida os serviços são adequados para alcançar os resultados esperados, por meio de comparação entre a intervenção e os critérios e normas pré-determinadas.

Em relação à realização dos TR de HIV e sífilis na ESF de Jaboatão dos Guararapes-PE, este estudo avaliou como ocorre o processo da realização destes testes nas USF, a rotina do serviço e o processo de trabalho dos profissionais.

Demonstra-se no Quadro 7 a seguir, a Matriz de Informação para classificação do Grau de Implantação dos testes rápido de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família em Jaboatão dos Guararapes-PE – Componente Processo das USF selecionadas, com as respectivas fontes de dados, forma de cálculo dos indicadores utilizados, pontuação adotada e Relevância considerada para cada indicador.

No Quadro 8, tem-se a Matriz de Análise e Julgamento componente Processo (Testagem e Aconselhamento) e no Quadro 9, a Matriz de Análise e Julgamento componente Processo (Logística e Monitoramento).

**Quadro 7 -** Matriz de Informação – Indicadores utilizados para avaliar o **Processo** nas USF intencionalmente selecionadas a fim de estabelecer o Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.

Continua

<b>Indicador (Relevância*)</b>	<b>Fonte de dados</b>	<b>Cálculo do Indicador</b>	<b>Pontuação adotada</b>
<b>Realização de Aconselhamento</b>			
Nº de profissionais que relatam realizar Aconselhamento em IST "sempre" (RRR)	Entrevista	-	Sim=2 (Implantada) Em parte = 1 (Insatisfatória) Não=Zero (Não implantada)
Nº de profissionais executores que reconhecem a importância do Aconselhamento (RRR)			
Nº de profissionais que relatam realizar Aconselhamento pré e pós-testagem (RRR)			
<b>Aconselhamento - Avaliação do Risco</b>			
O profissional identifica o conhecimento do usuário sobre IST/AIDS (RR)	Observação direta	-	Sim=2 (Implantada) Em parte = 1 (Insatisfatória) Não=Zero (Não implantada)
O profissional investiga motivo da procura pela testagem (RRR)			
O profissional investiga histórico de IST (RRR)			
O profissional identifica as condições de vulnerabilidade (RRR)			
O Profissional investiga parcerias sexuais (RR)			
O profissional investiga práticas preventivas adotadas pelo usuário (RR)			
O profissional discute as implicações dos resultados na vida do usuário (RR)			
<b>Aconselhamento - Orientação sobre prevenção</b>			
O profissional informa sobre sigilo e confidencialidade (RR)	Observação direta	-	Sim=2 (Implantada) Em parte = 1 (Insatisfatória) Não=Zero (Não implantada)
O profissional oferece orientações sobre medidas preventivas (RR)			
O profissional informa sobre a disponibilização dos insumos de prevenção (preservativo) (RR)			
O profissional explica o processo de testagem (RRR)			
O profissional explica o que é janela imunológica (RR)			
<b>Aconselhamento - Orientação pós-testagem</b>			
O profissional explica o significado do resultado (RRR)	Observação direta	-	Sim=2 (Implantada) Em parte = 1 (Insatisfatória) Não=Zero (Não implantada)
O profissional reforça informações sobre medidas preventivas (RR)			
A profissional agenda nova coleta (em caso de possível janela imunológica) (RR)			
O profissional esclarece dúvidas (RRR)			

**Quadro 7 - Matriz de Informação – Indicadores utilizados para avaliar o Processo nas USF intencionalmente selecionadas a fim de estabelecer o Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.**

(Continuação)

<b>Indicador (Relevância*)</b>	<b>Fonte de dados</b>	<b>Cálculo do Indicador</b>	<b>Pontuação adotada</b>
<b>Testagem</b>			
Nº de profissionais que refere que os TR são realizados diariamente na sua USF ( <b>RR</b> )	Entrevista	Nº de profissionais que refere que os TR são realizados diariamente na sua USF / total de profissionais executores	≥ 80% (Implantada) 79 a 60% (Parcialmente Implantada) 59 a 40% (Insatisfatória) < 40% (Não Implantada)
Nº de profissionais que refere que os TR são realizados por demanda espontânea na sua USF ( <b>RRR</b> )		Nº de profissionais que refere que os TR são realizados por demanda espontânea na sua USF / total de profissionais executores	
Nº de profissionais que refere realizar os registros do TR após a testagem ( <b>RR</b> )		Nº de profissionais que refere realizar os registros do TR após a testagem / total de profissionais executores	
Nº de grupos populacionais prioritários contemplados com TR ( <b>RRR</b> )	Planilha de monitoramento e Entrevista	Nº de grupos populacionais prioritários contemplados com TR / grupos prioritários	
<b>Logística e Monitoramento</b>			
Nº de meses com preenchimento completo da planilha de monitoramento ( <b>RR</b> )	Planilha de monitoramento	Nº de meses com preenchimento completo / total de meses	≥ 80% (Implantada) 79 a 60% (Parcialmente Implantada) 59 a 40% (Insatisfatória) < 40% (Não Implantada)
Nº de meses sem estoque zerado ( <b>RRR</b> )		Nº de meses com estoque zerado / total de meses	
Nº de meses que recebeu TR ( <b>RR</b> )		Nº de meses que recebeu TR / total de meses	
Nº de meses com pedido realizado ( <b>RRR</b> )		Nº de meses com pedido realizado / total de meses	
Nº de categorias profissionais (nível superior) que preenchem a planilha de monitoramento ( <b>RR</b> )	Entrevista	Nº de categorias profissionais (nível superior) que preenchem a planilha de monitoramento / total de categorias	
Nº de gestores de USF que conhece número de TR realizado mensalmente na sua USF ( <b>RR</b> )		Nº de gestores de USF que conhece número de TR realizado mensalmente na sua USF / total de gestores de USF	
Nº de gestores de USF que refere estoque suficiente para a demanda ( <b>RRR</b> )		Nº de gestores de USF que refere estoque suficiente para a demanda / total de gestores de USF	
Nº de gestores de USF que conhece a periodicidade de recebimento dos kits de testagem ( <b>RR</b> )		Nº de gestores de USF que conhece a periodicidade de recebimento dos kits de testagem / total de gestores de USF	
Nº de gestores de USF que refere perda de kits por estar fora da validade ( <b>RR</b> )		Nº de gestores de USF que refere perda de kits por estar fora da validade / total de gestores de USF	

Fonte: Autora. Nota: \* Relevância: R: Pouco relevante; RR: Relevante; RRR: Muito relevante; IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis; USF: Unidades de Saúde da Família; TR: Testes Rápidos

**Quadro 8** - Matriz de Análise e julgamento do Grau de Implantação do uso de testes rápido de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes – PE– Componente **Processo (Aconselhamento e Testagem)** nas USF intencionalmente selecionadas, 2019. Continua

Componente	Indicador	PME por USF	USF A		USF B		USF C		USF D		GERAL		
			PO	GI	PO	GI	PO	GI	PO	GI	PME	PO	GI
Realização do Aconselhamento	Nº de profissionais que relatam realizar Aconselhamento em IST "sempre"	1									4		
	Nº de profissionais que relatam realizar Aconselhamento pré e pós-testagem	1									4		
	Nº de profissionais executores que reconhecem a importância do Aconselhamento	1									4		
<b>∑ Realização do Aconselhamento</b>		<b>3</b>									<b>12</b>		
Avaliação de Risco	O profissional identifica o conhecimento do usuário sobre IST/AIDS	2									8		
	O profissional investiga motivo da procura pela testagem	2									8		
	O profissional investiga histórico de IST	2									8		
	O profissional identifica as condições de vulnerabilidade	2									8		
	O Profissional investiga parcerias sexuais	2									8		
	O profissional investiga práticas preventivas adotadas pelo usuário	2									8		
	O profissional discute as implicações dos resultados na vida do usuário	2									8		
<b>∑ Avaliação de Risco</b>		<b>14</b>									<b>56</b>		
Orientação sobre prevenção	O profissional informa sobre sigilo e confidencialidade	2									8		
	O profissional oferece orientações sobre medidas preventivas	2									8		
	O profissional informa sobre a disponibilização dos insumos de prevenção (preservativo)	2									8		
	O profissional explica o processo de testagem	2									8		
	O profissional explica o que é janela imunológica	2									8		
Orientação pós-testagem	O profissional explica o significado do resultado	2									8		
	O profissional reforça informações sobre medidas preventivas	2									8		
	A profissional agenda nova coleta (em caso de possível janela imunológica)	2									8		
	O profissional esclarece dúvidas	2									8		
<b>∑ Orientações ao paciente</b>		<b>18</b>									<b>72</b>		



**Quadro 8** - Matriz de Análise e julgamento do Grau de Implantação do uso de testes rápido de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes – PE– Componente **Processo (Aconselhamento e Testagem)** nas USF intencionalmente selecionadas, 2019.

(Continuação)

Componente	Indicador	PME por USF	USF A		USF B		USF C		USF D		GERAL		
			PO	GI	PO	GI	PO	GI	PO	GI	PME	PO	GI
Testagem	Nº de profissionais que refere que os TR são realizados diariamente na sua USF	1									4		
	Nº de profissionais que refere que os TR são realizados por demanda espontânea na sua USF	1									4		
	Nº de profissionais que refere realizar os registros do TR após a testagem	1									4		
<b>∑ Testagem</b>		<b>3</b>									<b>12</b>		
Logística e Monitoramento	Nº de gestores que conhece o quantitativo de TR utilizados mensalmente na sua USF	1									4		
	Nº de gestores de USF que refere estoque suficiente para a demanda	1									4		
	Nº de gestores de USF que conhece a periodicidade de recebimento dos kits de testagem	1									4		
	Nº de gestores de USF que refere perda de kits por estar fora da validade	1									4		
<b>∑ Logística e Monitoramento</b>		<b>4</b>									<b>16</b>		
<b>∑ Processo nas USF</b>		<b>42</b>									<b>168</b>		

Fonte: Autora

Nota: PME: Pontuação Máxima Esperada; PO: Pontuação Observada; GI: Grau de Implantação; TR: Testes Rápidos; USF: Unidades de Saúde da Família; IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis.

**Quadro 9** - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes - PE- Componente **Processo** das USF aleatoriamente selecionadas. Planilhas de Monitoramento, julho de 2018 a junho de 2019.

Indicador	PME	USF 1		USF 2		USF 3		USF 4		USF 5		USF 6		USF 7		USF 8		USF 9		USF 10		GERAL		
		PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	MA-PO N (%)	GI	
Nº de grupos populacionais* prioritários contemplados com TR	7																							
Nº de meses com preenchimento completo da planilha de monitoramento	12																							
Nº de meses sem estoque zerado	12																							
Nº de meses que recebeu TR	12																							
Nº de meses com pedido realizado	12																							
Nº de categorias profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e dentista) que preenchem a planilha de monitoramento	3																							
<b>∑ Processo</b>	<b>58</b>																							

Fonte: Autora

Nota: PME: Pontuação Máxima Esperada; PO: Pontuação Observada, GI :Grau de Implantação; MA-PO: Média Aritmética da Pontuação Observada nas USF selecionadas. TR: Testes Rápidos. \*Gestantes; parturientes; aborto/curetagem; acidente ocupacional; pessoa com tuberculose; pessoa com IST; outras situações.

#### 4.6.3 Influência do contexto sobre o grau de implantação

A análise do contexto foi realizada em duas etapas. Na primeira, foi construída a MAJ do Contexto, utilizando o modelo político e contingente proposto por Denis e Champagne (1997), que se inspira nas abordagens política e estrutural. Nessa análise, ao considerar que os fatores ligados à implantação de uma intervenção dependem de interesses particulares dos atores influentes na organização, além das questões estruturais envolvidas, buscou-se verificar a influência dos referidos contextos no GI dos TR de HIV e sífilis na ESF de Jaboatão dos Guararapes. Foram considerados como atores os profissionais que executam a testagem, os coordenadores das RS participantes e o (a) coordenador (a) da política municipal de IST/AIDS. Na segunda etapa, foram feitas: (i) a comparação do total de pontos observados (PO) em relação à pontuação máxima esperada (PME), em cada uma das abordagens desse modelo (política e estrutural), usando a fórmula a seguir:

$$\text{Contexto} = \frac{\sum \text{PO (categoria de análise)}}{\sum \text{PME (categoria de análise)}} * 100$$

(ii) a influência do contexto à implantação dos TR de HIV e sífilis na ESF, em Jaboatão dos Guararapes-PE, estabelecendo-se pontos de corte em tercís com base no estudo de Vieira-da-Silva et al. (2007), e sua respectiva classificação a partir do julgamento dos critérios elencados em cada categoria de análise (atributos organizacionais, dos gestores e do ambiente). Desta forma, a classificação do contexto foi graduada em “favorável”, “pouco favorável” ou “ não favorável” (Quadro 10); e no caso de alguns indicadores binários, provenientes da “Observação Direta” e das “Entrevistas”, em “favorável” ou “ não favorável” (Quadro 11).

**Quadro 10** - Tercís para Classificação do Contexto dos testes rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família, em Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.

TERCIS	CLASSIFICAÇÃO DO CONTEXTO	
>66,6%	Favorável	
≤ 66,6% a > 33,3%	Pouco favorável	
≤ 33,3%	Não favorável	

Fonte: A autora

**Quadro 11** - Escores para Julgamento do Contexto dos testes rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família, em Jaboatão dos Guararapes, 2019.

ESCORES	CLASSIFICAÇÃO DO CONTEXTO	
Sim = 1 (100%)	Favorável	
Não = 0	Não favorável	

Fonte: Autora

Demonstra-se no Quadro 12 a seguir, a Matriz de Informação dos indicadores utilizados para avaliar a influência do Contexto no GI do uso de TR para diagnóstico de HIV e Sífilis na ESF no município avaliado, com as respectivas fontes de dados, forma de cálculo dos indicadores utilizados, pontuação adotada e Relevância considerada para cada indicador. E, nos Quadros 13 e 14, tem-se a Matriz de Análise e Julgamento do referido componente.

**Quadro 12** - Matriz de Informação – Indicadores utilizados para avaliar a influência do **Contexto** no Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

Continua

<b>Indicador (Relevância*)</b>	<b>Fonte de dados</b>	<b>Cálculo do Indicador</b>	<b>Pontuação adotada</b>
<b>ESTRUTURAL</b>			
<b>Atributos Organizacionais</b>			
Existência de protocolo municipal da política de prevenção, diagnóstico e assistência aos portadores de IST/AIDS com adequações à realidade do município ( <b>RRR</b> )		-	Sim=1(Implantada) Não=Zero (Não Implantada)
Existência de sanitarista nas Regionais de Saúde ( <b>RR</b> )			
Nº de gestores das RS avaliadas que relatam realização de treinamentos contínuos sobre TR para os profissionais ( <b>R</b> )	Entrevista	Nº de gestores das RS avaliadas que relata realização de treinamentos contínuos sobre TR para os profissionais / total de gestores das RS entrevistados	>66,6% (Favorável) ≤ 66,6% a > 33,3% (Pouco favorável) ≤ 33,3%(Não favorável)
Nº de gestores das RS avaliadas que refere não ter tido dificuldade no recebimento de TR ( <b>R</b> )		Nº de gestores de RS que refere não ter tido dificuldade no recebimento de TR / total de gestores das RS entrevistados	
Nº de gestores das RS avaliadas que refere receber quantidade de Kits de TR suficiente para atender a demanda ( <b>R</b> )		Nº de gestores de RS que refere receber quantidade de Kits de TR suficiente para atender a demanda/ total de gestores das RS entrevistados	
Nº de gestores das RS avaliadas que relata receber das USF as informações dos TR de forma regular e sistemático ( <b>RR</b> )		Nº de gestores de RS que relata receber das USF as informações dos TR de forma regular e sistemático / total de gestores das RS entrevistados	
Nº de gestores das RS avaliadas que relata existir monitoramento dos TR na sua regional ( <b>RR</b> )		Nº de gestores de RS que relata existir monitoramento dos TR na sua regional / total de gestores das RS entrevistados	
Nº de profissionais que refere existência de acesso do usuário a rede de referência em IST ( <b>RRR</b> )		Nº de profissionais que refere existência de acesso do usuário a rede de referência em IST / total de profissionais executores	
Nº de profissionais que refere existência de contra referência dos casos encaminhados ( <b>RR</b> )		Nº de profissionais que refere existência de contra referência dos casos encaminhados / total de profissionais executores	
Nº de profissionais que refere existência de acesso do usuário à exames complementares ( <b>RRR</b> )		Nº de profissionais que refere existência de acesso do usuário à exames complementares / total de profissionais executores	
Nº de profissionais que refere que os resultados dos exames complementares são disponibilizados em tempo oportuno ( <b>RRR</b> )		Nº de profissionais que refere que os resultados dos exames complementares são disponibilizados em tempo oportuno / total de profissionais executores	

**Quadro 12** - Matriz de Informação – Indicadores utilizados para avaliar a influência do **Contexto** no Grau de Implantação do uso de testes rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019. (Continuação)

<b>Indicador (Relevância*)</b>	<b>Fonte de dados</b>	<b>Cálculo do Indicador</b>	<b>Pontuação adotada</b>
<b>Atributos dos gestores</b>			
Gestor da Política Municipal de HIV e Sífilis com especialização em Saúde Coletiva/Saúde Pública ( <b>RR</b> )	Entrevista	-	Sim=1 (Implantada) Não=Zero (Não Implantada)
Gestores de Regional de Saúde com especialização em Saúde Coletiva/Saúde Pública ( <b>RR</b> )			
<b>Atributos do Ambiente</b>			
Nº de USF na RS do G2, que realiza testes rápidos de HIV e Sífilis ( <b>RRR</b> )	Entrevista	Nº de USF na RS do G2, que realiza testes rápidos de HIV e Sífilis /total de USF na RS de G2	>66,6% (Favorável)
Nº de USF na RS do G3, que realiza testes rápidos de HIV e Sífilis ( <b>RRR</b> )		Nº de USF na RS do G3, que realiza testes rápidos de HIV e Sífilis /total de USF na RS de G3	≤ 66,6% a > 33,3% (Pouco favorável) ≤ 33,3%(Não favorável)
<b>POLÍTICO</b>			
<b>Atores</b>			
Realização de discussões sobre o enfrentamento do HIV e da Sífilis ( <b>RRR</b> )	Entrevista	-	Sim=1 (Implantada) Não=Zero (Não Implantada)
Nº de gestores de RS que relata não haver resistência dos profissionais em realizar TR ( <b>RR</b> )		Nº de gestores de RS que relata não haver resistência dos profissionais em realizar TR / total de gestores de RS	>66,6% (Favorável)
Nº de profissionais executores que reconhecem a realização dos TR como sua atribuição ( <b>RR</b> )		Nº de profissionais executores que reconhecem a realização dos TR como sua atribuição / total de profissionais	≤ 66,6% a > 33,3% (Pouco favorável)
Nº de profissionais (gestores e executores) que relatam os testes rápidos como sendo "extremamente importante" ( <b>RR</b> )		Nº de profissionais (gestores e executores) que relatam os testes rápidos como sendo "extremamente importante" / total de profissionais	≤ 33,3%(Não favorável)
<b>Estratégias</b>			
Elaboração de boletins epidemiológicos em IST ( <b>RR</b> )	Entrevista	-	Sim=1 (Implantada) Não=Zero (Não Implantada)
Investimentos municipais em divulgação para a população e para profissionais ( <b>RRR</b> )			
Capacitação para os profissionais da Estratégia Saúde da Família ( <b>RRR</b> )			
Destinação de recursos municipais para implementação dos TR ( <b>RR</b> )			

Fonte: Autora. Nota: \* Relevância: R: Pouco relevante; RR: Relevante; RRR: Muito relevante; G2 e G3: Gestores de Regionais de Saúde; IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis; TR: Testes Rápidos; RS: Regionais de Saúde; USF: Unidades de Saúde da Família.

**Quadro 13 - Matriz de Análise e Julgamento da implantação de testes rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes - PE- Componente Contexto (segundo gestores de Regionais de Saúde e de Nível Central), 2019.**

Continua

Componente	Atributos	Indicador	Gestor de nível central		Gestor da RS que mais registrou TR		Gestor da RS que menos registrou TR		GERAL		
			G1		G2		G3		PME	PO	GI
			PO	GI	PO	GI	PO	GI			
Estrutural	Organizacionais	Existência de protocolo municipal da política de prevenção, diagnóstico e assistência aos portadores de IST/AIDS com adequações à realidade do município			-	-	-	-	1		
		Existência de sanitarista nas Regionais de Saúde			-	-	-	-	7		
		Nº de gestores de RS que relata realização de treinamentos contínuos sobre TR para os profissionais	-	-					2		
		Nº de gestores de RS que refere não ter tido dificuldade no recebimento de TR	-	-					2		
		Nº de gestores de RS que refere receber quantidade de Kits de TR suficiente para atender a demanda	-	-					2		
		Nº de gestores de RS que relata receber das USF as informações dos TR de forma regular e sistemático	-	-					2		
		Nº de gestores de RS que relata existir monitoramento dos TR na sua regional	-	-					2		
	Gestores	Gestor da Política Municipal de HIV e Sífilis com especialização em Saúde Coletiva/Saúde Pública			-	-	-	-	1		
		Gestores de Regional de Saúde com especialização em Saúde Coletiva/Saúde Pública	-	-					2		
	Ambiente	Nº de USF na RS do G2, que realiza testes rápidos de HIV e Sífilis (RS possui no total 19 USF)	-	-			-	-	19		
Nº de USF na RS do G3, que realiza testes rápidos de HIV e Sífilis (RS possui no total 8 USF)		-	-	-	-			8			

**Quadro 13 - Matriz de Análise e Julgamento da implantação de testes rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes - PE- Componente Contexto (segundo gestores de Regionais de Saúde e de Nível Central), 2019.** (Continuação)

Componente	Atributos	Indicador	Gestor de nível central		Gestor da RS que mais registrou TR		Gestor da RS que menos registrou TR		GERAL		
			G1		G2		G3		PME	PO	GI
			PO	GI	PO	GI	PO	GI			
<b>∑ Estrutural</b>								<b>48</b>			
Político	Estratégia	Destinação de recursos municipais para implementação dos TR			-	-	-	-	1		
		Capacitação para os profissionais da Estratégia Saúde da Família			-	-	-	-	1		
		Investimentos municipais em divulgação para a população e para profissionais			-	-	-	-	1		
		Elaboração de boletins epidemiológicos em IST			-	-	-	-	1		
	Atores	Realização de discussões sobre o enfrentamento do HIV e da Sífilis			-	-	-	-	1		
		Nº de gestores de RS que relata não haver resistência dos profissionais em realizar TR	-	-					2		
<b>∑ Político</b>								<b>7</b>			
<b>∑ Contexto</b>								<b>55</b>			

Fonte: Autora

Nota: PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; G1 = Gestor da Política de IST; G2 e G3 = Gestores de Regionais de Saúde; IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis; TR: Testes Rápidos; RS: Regionais de Saúde; USF: Unidades de Saúde da Família.



**Quadro 14 -** Matriz de Análise e Julgamento da implantação de testes rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes - PE– Componente **Contexto (segundo gestores de USF e profissionais executores)**, 2019.

Componente	Atributos	Indicador	PME	USF que mais realizou TR, na RS com maior registro de testagem.		USF que mais realizou TR, na RS com menor registro de testagem		USF que menos realizou TR, na RS com menor registro de testagem		USF que menos realizou TR, na RS com maior registro de testagem		GERAL		
				USF A		USF B		USF C		USF D		PME	PO	GI
				PO	GI	PO	GI	PO	GI	PO	GI			
Estrutural	Organizacionais	Nº de profissionais que refere existência de acesso do usuário a rede de referência em IST	1									4		
		Nº de profissionais que refere existência de contra referência dos casos encaminhados	1									4		
		Nº de profissionais que refere existência de acesso do usuário à exames complementares	1									4		
		Nº de profissionais que refere que os resultados dos exames complementares são disponibilizados em tempo oportuno	1									4		
<b>∑ Estrutural</b>			<b>4</b>								<b>16</b>			
Político	Atores	Nº de profissionais executores que reconhecem a realização dos TR como sua atribuição	1									4		
		Nº de profissionais (gestores e executores) que relatam os testes rápidos como sendo "extremamente importante"	2									8		
<b>∑ Político</b>			<b>3</b>								<b>12</b>			
<b>∑ Contexto</b>			<b>7</b>								<b>28</b>			

Fonte: Autora

Nota: PME: Pontuação Máxima Esperada; PO: Pontuação Observada; GI: Grau de Implantação; G1: Gestor da Política de IST; G2 e G3: Gestores de Regionais de Saúde; TR: Testes Rápidos; IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis.

#### 4.6.4 Matriz de Análise e Julgamento do uso de Testes Rápidos em Jaboatão dos Guararapes-PE

Apresenta-se no Quadro 15, a Matriz Final de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de testes rápido para diagnóstico de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família em Jaboatão dos Guararapes – PE.

**Quadro 15** - Matriz Final de Análise e Julgamento do Grau de Implantação de uso dos testes rápidos de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família em Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.

Testes Rápidos para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes	Componentes da Avaliação	Pontuação		Grau de Implantação e Classificação do Contexto
		Máxima Esperada N (100%)	Observada N (%)	
	Apreciação da Estrutura	96		
	Avaliação do Processo	226		
	<b>Grau de Implantação</b>	<b>322</b>		
	Influência do Contexto Interno	28		
	Influência do Contexto Externo	55		
	<b>Influência do Contexto</b>	<b>83</b>		

Fonte: Autora

#### 4.7 Considerações Éticas

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas do Instituto Aggeu Magalhães e foi realizado em consonância com os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013), tendo sido aprovado em 10/06/2019 (Parecer nº 3.381.553 / CAAE: 10119319.1.0000.5190 – Anexo 2).

A Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes para utilização dos dados secundários encontra-se no Anexo 1. Os entrevistados (profissionais e gestores) participaram voluntariamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A e B).

Diante das questões que foram levantadas nesse estudo, houve riscos de causar constrangimento aos participantes das entrevistas. Dessa forma, os devidos cuidados éticos foram tomados para sua minimização, como: as entrevistas foram realizadas em local reservado, a comunicação dos objetivos do estudo e da natureza da participação de cada um dos entrevistados, assegurando que qualquer dado que pudesse identificá-lo foi omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material foi armazenado em local seguro, garantindo, desta forma, o sigilo das informações. Todos os participantes terão acesso aos resultados da avaliação, por ocasião da apresentação do Plano de Intervenção para melhoria deste serviço no município (quarto objetivo específico deste estudo).

Como principal benefício deste estudo, ao seu término, os resultados serão disponibilizados para a Secretaria de Saúde do município participante, para a melhoria da Política Municipal de IST/AIDS, bem como serão divulgados por meio de artigos científicos, congressos e outros fóruns científicos, para que possam ser utilizados amplamente na melhoria desta política e/ou replicados em outras localidades.

## 5 RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados do presente estudo.

### 5.1 Modelo Lógico da utilização de Testes Rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes - PE

O presente Modelo Lógico (Quadro 16), conforme anteriormente mencionado, foi elaborado após análise documental e devidamente validado por cinco juízes (participantes-chave) envolvidos com a estratégia de acesso ao diagnóstico de HIV e sífilis e tratamento dos casos identificados a partir da estratégia de uso dos testes rápidos, em Jaboatão dos Guararapes-PE. Como pode ser observado no Quadro 1 dos “Resultados da Validação” (Apêndice K), todos os 21 itens do ML foram aprovados na validação (Coeficiente de Validade I-CVI  $\geq 0,80$ ), e nenhum item necessitou ser revisado/modificado (todos os itens obtiveram nível de significância  $\leq 0,05$ ). E no Quadro 7, onde apresenta-se a proporção de “concordância” dos juízes com os respectivos S-CVI, pode-se constatar que o ML foi aprovado com S-CVI = 0,98 (Coeficiente de Validade S-CVI  $\geq 0,90$ ).

### 5.2 Análise do e-SUS AB e de outros instrumentos de gestão

Segundo dados obtidos no e-SUS AB, o uso de TR de HIV e sífilis, no período de janeiro a dezembro de 2018, em Jaboatão dos Guararapes totalizou 9.067 TR (4.567 de TR-HIV e 4.500 de TR-sífilis), ocorrendo essa produção de uso conforme o que se segue: 16,4% das USF (17/104) não possuíam registro de uso de TR nesse período; 35,6% (37/104) registraram o uso de 1 a 50 TR; 19,2% (20/104) registraram o uso de 51 a 100 TR; e 28,8% (30/104) registraram o uso de mais de 100 TR nesse período, atestando, portanto, desempenhos distintos entre as USF. Essa realidade está mais bem demonstrada no item 5.3.

Os valores descritos acima são significativamente menores do que os observados nas planilhas mensais consolidadas e enviadas pela Coordenação Municipal de IST à Secretaria Estadual de Saúde, nas quais no período entre julho de 2018 e junho de 2019 estavam registrados 31.583 TR de HIV e 28.139 TR de sífilis. Os profissionais das USF entrevistados referiram como prováveis motivos para essa ocorrência: falta de conhecimento da forma correta de digitação dessa produção no e-SUS AB, não digitação da informação no e-SUS AB

em tempo oportuno, problemas relacionados aos computadores (furtados ou quebrados), e à falha ou falta de conectividade com a internet.

**Quadro 16 - Modelo Lógico da utilização de Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família em Jaboatão dos Guararapes-PE.**

<b>Identificação do Problema:</b> Em Jaboatão dos Guararapes-PE a taxa de detecção dos casos de HIV em adultos, de 22,4 por 100.000 habitantes (SINAN até 30/06/2018), foi maior 167% que a nacional, 203% que a da Região Nordeste, e 109% que a de Pernambuco; e a taxa de detecção dos casos de sífilis em gestantes, de 35,9 por 100.000 habitantes (SINAN, 2018), foi maior 68% que a nacional, 99% que a da Região Nordeste e 62% que a de Pernambuco. A fim de mudar o referido cenário, os testes rápidos de HIV e sífilis foram disponibilizados nas Unidades de Saúde da Família para ampliar acesso ao diagnóstico e atenção oportuna e adequada dos casos.				
<b>Estrutura</b>	<b>Atividades</b>	<b>Produtos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Impacto</b>
Investimentos Financeiros Municipais	Divulgação dos TR, para a população e para os profissionais, com investimentos financeiros municipais	% de atividades de divulgação dos TR, para a população e para os profissionais, realizadas com investimentos financeiros municipais.	Melhoria da qualidade da atenção às gestantes, puérperas, portadores de HIV e sífilis nas USF.	Diminuição da incidência (HIV e Sífilis adquirida, congênita e na gestante)
Protocolos e diretrizes	Construção de protocolo municipal da política de prevenção, diagnóstico e assistência aos portadores de IST/AIDS	Protocolo municipal da política de prevenção, diagnóstico e assistência aos portadores de IST/AIDS construído, com adequações à realidade do município.	Usuários testados (reagentes e não reagentes) com estratégias de redução de risco.	
	Formação de Grupo Técnico para discussões sobre o enfrentamento do HIV e da sífilis	Nº de encontros para discussões do enfrentamento do HIV e da Sífilis		
Recursos Humanos, Físicos e Materiais	Capacitação dos profissionais em Aconselhamento e Testagem	Nº de profissionais, por categoria, capacitados em Aconselhamento e Testagem, executando os TR na USF.	Usuários reagentes (HIV e Sífilis) com estratégias de tratamento estabelecidas.	Diminuição da prevalência (HIV e Sífilis adquirida, congênita e na gestante)
	Disponibilização de ambiente adequado na USF para armazenamento dos Kits de TR	Nº de USF com ambiente adequado para armazenar os Kits de TR		
	Disponibilização de ambiente na USF que garante o sigilo para o Aconselhamento e Testagem	Nº de USF com ambiente que garante o sigilo para o Aconselhamento e Testagem		
	Disponibilização de Kits para TR (HIV e sífilis) na USF	Nº de USF com Kit para TR (HIV e sífilis)		
	Disponibilização de EPI na USF, para os profissionais executores de TR	Nº de USF com EPI disponíveis no momento da testagem para os profissionais executores de TR		
	Realização de TR de HIV e sífilis em todos os grupos prioritários (*), nas USF	Nº de USF que realiza testes rápidos de HIV e Sífilis Nº de grupos populacionais prioritários contemplados com TR		
	Realização de Aconselhamento no pré e pós testagem	Nº de profissionais que realizam Aconselhamento pré e pós-testagem		
	Realização de TR por demanda espontânea	Nº de USF que realiza TR por demanda espontânea		
Sistemas de Referência e de Apoio	Disponibilização de referência em IST para encaminhamento dos casos	Existência de serviço de referência em IST para encaminhamento dos casos	Diminuição da morbidade por AIDS e Sífilis (Adquirida e Congênita)	Diminuição da mortalidade por AIDS e Sífilis Congênita
	Disponibilização de referência laboratorial para garantia de acesso à exames complementares	Existência de serviço laboratorial para garantia de acesso aos exames complementares		
	Disponibilização dos resultados dos exames complementares em tempo oportuno	Nº de exames complementares disponibilizados em tempo oportuno.		

Fonte: Autora. Legenda: HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana, TR: Teste Rápido, USF: Unidade de Saúde da Família, EPI: Equipamento de Proteção Individual.

(\*) Grupos prioritários: Gestantes/Puérperas (aborto, natimorto, feto vivo); Casos de tuberculose (TB), IST (incluindo os parceiros) e acidente ocupacional.

### 5.3 Análise das Planilhas de Monitoramento de Testes Rápidos nas dez USF selecionadas

A Planilha de Monitoramento é um instrumento de gestão e deve ser preenchida mensalmente por todas as unidades de saúde. A partir do envio dessas planilhas da USF para a Regional de Saúde, e destas para a Coordenação da Política de IST/AIDS, a gestão municipal monitora a testagem. Das 11 USF selecionadas, aleatoriamente, conforme previsto, uma foi excluída da amostra por não ter sido possível fazer o resgate das planilhas de monitoramento. AS USF participantes estão denominadas neste estudo USF1 a USF10 (Tabela 1).

Conforme pode ser observado, no período de 12 meses, apenas cinco das 10 USF comprovaram ter feito o preenchimento completo da planilha por um período igual ou acima de sete meses (USF 3, 6, 7, 8 e 10). Nenhuma completou a planilha nos 12 meses (média de preenchimento = 5,7 meses).

Apenas duas USF registraram estoque zerado de TR (USF 7 e 9). Em ambas isso ocorreu em apenas um mês. Segundo o registro, a USF 9 nunca recebeu TR. E em três das USF (USF 2, 4 e 5) há registro de recebimento de TR em apenas um mês, porém em nenhuma dessas USF houve registro de estoque zerado.

A USF que apresentou preenchimento completo em maior número de meses (USF 6), também é a que registra maior número de meses com recebimento de TR e a que registra maior número de meses com pedido realizado. Apenas a USF 4 não tem registro de pedido de TR nos 12 meses. A média de recebimento de TR foi 2,5 meses e de pedido realizado foi 5,4 meses.

**Tabela 1** - Análise das Planilhas de Monitoramento de Testes Rápidos de HIV e sífilis quanto à logística dos insumos. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

Logística dos TR	Unidade Saúde da Família										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Média
Número de meses com preenchimento completo da planilha	6	3	8	2	2	11	8	7	1	9	5,7
Número de meses com estoque zerado	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	0,2
Número de meses que recebeu TR	4	1	2	1	1	6	3	3	-	4	2,5
Número de meses com pedido realizado	6	2	8	-	3	9	9	7	2	8	5,4

Fonte: Autora.

Nota: TR: testes rápidos.

Das 10 USF pesquisadas, nove registraram TR realizados em gestantes, cinco em pacientes com tuberculose e 10 registraram TR em outras situações, não especificadas. Todas as planilhas enviadas por essas USF no período estudado foram preenchidas por enfermeiros.

Os dados de 6 USF são consolidados mensalmente por um sanitarista; e em 4 USF de Regionais de Saúde que não possuem esse profissional, as planilhas são enviadas para o nível central sem análise prévia (Tabela 2).

**Tabela 2** - Análise das Planilhas de Monitoramento quanto aos grupos populacionais contemplados com Testes Rápidos de HIV e sífilis. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

<b>Registro de oferta de TR por grupo populacional</b>	<b>Número de USF*</b>	<b>%</b>
Parturientes	-	-
Gestantes	9	90
Aborto/Curetagem	-	-
Pacientes com Tuberculose	5	50
Acidente Ocupacional	-	-
Pessoas com IST*		
Outras situações (não especificadas)	10	100
<b>Profissional responsável pelo preenchimento</b>		
Enfermeiro (a)	10	100
Médico (a)	-	-
Dentista	-	-
<b>Existência do profissional sanitarista na Regional de Saúde</b>		
Sim	6	60
Não	4	40

Fonte: Autora.

Nota: \*Não há na planilha essa opção (optou-se em colocar para chamar atenção para sua importância); TR: Testes Rápidos; USF: Unidades de Saúde da Família; IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis.

#### **5.4 Resultados advindos da observação direta e das entrevistas nos serviços selecionados**

A seguir, serão apresentados os resultados advindos da observação direta e das entrevistas nos serviços selecionados nesta pesquisa.

##### **5.4.1 Caracterização dos Serviços de Saúde**

Das sete instituições selecionadas, quatro eram Unidades de Saúde da Família (USF), duas eram Regionais de Saúde (RS) e uma era a Coordenação da Política de IST/AIDS. Todos os serviços encontram-se nas zonas urbana e periurbana e pertencem a gestão pública municipal.

##### **5.4.2 Perfil dos Profissionais Entrevistados**

Foram analisadas onze entrevistas de profissionais de nível superior, com idades entre 27 e 52 anos (média 37 anos), de várias categorias profissionais (enfermeiros, médicos,



dentistas entre outras categorias, conforme demonstrado na Tabela 3). Em uma das USF o mesmo profissional exercia a função de gestor da unidade, sendo por esta razão entrevistado como gestor e como executor do TR, totalizando assim, dez profissionais entrevistados. Destes, 80% são do sexo feminino e 20% do masculino. Em relação ao tipo de vínculo, 60% eram servidores efetivos, 20% contratos temporários e 20% cargos comissionados.

**Tabela 3** - Perfil dos profissionais entrevistados, segundo categoria profissional, sexo e tipo de vínculo. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

Categoria profissional	N (%)	Sexo		Tipo de vínculo		
		Masculino	Feminino	Servidor efetivo	Contrato Temporário	Cargo comissionado
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Enfermeiros	4 (40)	1 (10)	3 (30)	4 (40)	-	-
Médicos	2 (20)	1 (10)	1 (10)	-	2 (20)	-
Dentistas	1 (10)	-	1 (10)	1 (10)	-	-
Nutricionistas	1 (10)	-	1 (10)	1 (10)	-	-
Gestão Hospitalar/Recursos Humanos	2 (20)	-	2 (20)	-	-	2 (20)
<b>Total</b>	10(100)	2 (20)	8 (80)	6 (60)	2 (20)	2 (20)

Fonte: Autora.

Quando questionados acerca do tempo de graduação (em anos), o menor tempo declarado foi um ano e o maior 30 anos. A média do tempo de formação foi 10 anos. Quanto a ter realizado especialização, em Saúde da Família e/ou Saúde coletiva, 60% havia realizado pelo menos uma dessas pós-graduações. Em relação ao tempo de atuação no atual serviço, três meses foi o menor tempo informado e nove anos o maior (média 22 meses). Todos cumpriam a jornada de trabalho de 40 horas semanais. Dos profissionais executores do TR, apenas um sabia o ano de implantação da testagem no seu atual serviço (2017).

#### 5.4.3 Capacitação dos Profissionais Entrevistados para realizar Testes Rápidos

Dos 10 profissionais entrevistados, seis foram capacitados para a realização dos testes rápidos de HIV e sífilis, todavia, apenas quatro desses, todos enfermeiros, atuavam como executores do TR. Apenas um profissional dos seis capacitados referiu ter participado de mais de uma capacitação.

A primeira capacitação foi realizada entre os anos de 2016 e 2017, na modalidade presencial, oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes. Dentre os profissionais executores dos TR, dois foram capacitados em 2016 e dois em 2017, e todos

declararam que realizar os testes rápidos faz parte de suas atribuições na USF que integram. Quanto ao conteúdo teórico-prático, 75% o consideraram suficiente para a testagem, embora relatando a necessidade de receber outros treinamentos.

Considerando que o Aconselhamento é inerente ao processo de pré e pós testagem para HIV e sífilis, foi questionado se os profissionais se sentiam aptos a realizar essa abordagem, e 75% responderam que necessitavam de mais capacitação – dos quatro profissionais executores dos TR, três disseram ter entregue pelo menos um resultado reagente para HIV e/ou sífilis, e destes, dois sentiram dificuldade em informar ao usuário o resultado. Nenhum deles referiu dificuldade em dar seguimento ao tratamento do usuário diagnosticado com uma dessas infecções.

Conforme pode ser visto na Tabela 4, todos os quatro profissionais executores dos TR reconhecem a importância do aconselhamento, todavia apenas dois desses profissionais relataram o realizar "sempre" e os outros disseram que realizam "quase sempre". Em relação ao momento do aconselhamento, dois referiram que realizam no momento pré-teste e os demais disseram que o fazem tanto no pré-teste quanto no pós-teste. Todos os executores de TR disseram que não havia, em suas unidades, protocolo de Aconselhamento em IST.

**Tabela 4** - Caracterização do Aconselhamento no pré e pós-testagem para HIV e sífilis nas quatro USF intencionalmente selecionadas. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

Características	Número de USF	%
<b>Realiza Aconselhamento</b>		
Sempre	2	50%
Quase sempre	2	50%
Às vezes	-	-
Quase nunca	-	-
Nunca	-	-
<b>Momento do Aconselhamento</b>		
Pré-teste	2	50%
Pós-teste	-	-
Ambos	2	50%
<b>Processo de trabalho</b>		
Reconhece a importância do Aconselhamento	4	100%
Existência de protocolo sobre Aconselhamento	-	-

Fonte: Autora.

Nota: USF: Unidades de Saúde da Família.

#### 5.4.4 Percepção dos Profissionais Entrevistados acerca dos Testes Rápidos

Quando inquiridos sobre a importância dos TR no diagnóstico de HIV e sífilis, nove dos dez entrevistados consideram os testes "extremamente importantes", e o outro referiu ser

"importante" (Tabela 5). Justificam suas respostas na relevância dessa estratégia no diagnóstico precoce dessas infecções que tem grande impacto na sociedade, na oportunidade do tratamento e na redução da cadeia de transmissão (em destaque a transmissão vertical e a reinfecção).

**Tabela 5** - Relevância dos Testes Rápidos na visão dos profissionais entrevistados. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

<b>Classificação</b>	<b>Número de Profissionais</b>	<b>%</b>
Extremamente importante	9	90
Importante	1	10
Pouco importante	-	-
Indiferente	-	-
Não é importante	-	-
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fonte: Autora

Outra questão levantada foi a confiabilidade dos TR na percepção dos profissionais que executam os testes. Em uma escala de zero a 10, três dos quatro profissionais executores atribuíram 8 e o outro profissional 10. Dentre as justificativas para a não confiabilidade total nos TR tem-se:

"Seria bom um teste que identificasse (a positividade ou negatividade) de forma que não necessitasse de exames complementares". P2

"Confio quando repito o teste e ainda solicito exames complementares. Prefiro não fechar diagnóstico com teste rápido". P3

Mesmo sem a total confiabilidade nos TR de HIV e sífilis, foi unânime entre todos os profissionais entrevistados, seja executor ou gestor, que os referidos testes devem ser oferecidos a todas as pessoas sexualmente ativas.

Tem-se na Tabela 6, a descrição da população que é contemplada para diagnóstico com TR nas quatro USF estudadas, podendo-se observar que em todas, os TR são ofertados às gestantes e nos casos de acidente ocupacional. Em três USF os TR também são ofertados às parturientes, aos pacientes com tuberculose e em situação de aborto/curetagem. Uma USF contempla com TR outras populações (usuários com solicitação médica, sem especificar o motivo da solicitação).

**Tabela 6.** População contemplada com testes rápidos nas quatro USF intencionalmente selecionadas. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

<b>População</b>	<b>USF A</b>	<b>USF B</b>	<b>USF C</b>	<b>USF D</b>
Parturientes	Sim	Sim	Sim	Não
Gestantes	Sim	Sim	Sim	Sim
Aborto/curetagem	Não	Sim	Sim	Sim
Tuberculose	Não	Sim	Sim	Sim
Acidentes Ocupacionais	Sim	Sim	Sim	Sim
Pacientes com IST*	-	-	-	-
Outras populações	Não	Não	Sim	Não

Fonte: Autora.

Nota: USF: Unidade Saúde da Família; IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis. \* Não há na planilha essa opção (optou-se em colocar para chamar atenção para sua importância).

#### 5.4.5 A gestão municipal na estratégia dos Testes Rápidos de HIV e sífilis

De acordo com a coordenação da política de IST/AIDS (G1) são realizadas discussões frequentes sobre o enfrentamento do HIV e da sífilis, em forma de Grupo Técnico (GT), com a participação de profissionais do Centro de Testagem e Aconselhamento, representantes das políticas de Saúde da Mulher e Saúde da Criança, Sistemas de Informação, Maternidade e profissionais da rede assistencial (médico, enfermeiro e dentista).

Segundo o G1, é também realizada divulgação da estratégia dos TR para a população através de impressos (cartazes), e pontualmente, na mídia (rádios locais). Para os profissionais da rede assistencial, a divulgação se dá nas capacitações e por meio dos boletins epidemiológicos sobre IST/AIDS.

Até o período da coleta de dados, segundo esse gestor, não havia: (i) destinação de recursos próprios para ampliação da cobertura dos testes rápidos; (ii) um protocolo municipal acerca da política de prevenção, diagnóstico e assistência aos portadores de IST/AIDS, com adequações à realidade do município e peculiaridades da rede de saúde (Tabela 7).

**Tabela 7.** Estratégias da gestão municipal para os Testes Rápidos de HIV e sífilis. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

<b>Tipo de estratégia</b>	<b>Existência da estratégia</b>
Realização de discussões	Sim
Destinação de recursos municipais	Não
Existência de protocolo municipal	Não
Investimento em divulgação	Sim
Elaboração de boletins epidemiológicos	Sim
Capacitações para os profissionais da rede	Sim

Fonte: Autora.

Quando inquirido se existia algum tipo de dificuldade no recebimento dos Kits diagnósticos, o G1 apontou que a descontinuidade ocorreu apenas por problemas na empresa de transporte do município (terceirizada) e de maneira pontual. Solicitando-se para, numa escala de zero a 10, apontar o quanto a estratégia dos TR seria prioridade no momento para a gestão municipal; e quanto a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica para a realização dos TR, suas respostas foram, respectivamente, 8 e 6.

Ainda na percepção de G1, acerca das potencialidades e dificuldades para a efetiva implantação dos TR na ESF em Jaboatão dos Guararapes, o mesmo apontou como potencialidades que a rede de atenção básica foi 100% capacitada, tanto para a testagem quanto para o registro da informação; e que o número de testes é suficiente para suprir a demanda dos serviços. Como dificuldade, o G1 destaca a resistência dos profissionais para execução dessa tarefa.

#### 5.4.6 A gestão das Regionais de Saúde estudadas na estratégia dos Testes Rápidos de HIV e sífilis

Conforme pode ser observado na Tabela 8, segundo os dois coordenadores de regionais entrevistados, denominados G2 e G3, todas as USF sob sua coordenação realizam TR na sua rotina; e há na sede de suas regionais, profissionais responsáveis pelo monitoramento da estratégia, seja usando as planilhas de monitoramento própria do município estudado, e/ou através dos registros do e-SUS e de dados levantado durante as visitas técnicas. Responderam ainda, que não havia dificuldade no recebimento dos kits de testagem e que a quantidade recebida era suficiente para suprir a demanda das USF. Todavia, o G2 e o G3 discordaram em alguns questionamentos. O G2, gestor da RS com mais registros de TR e com

monitoramento por profissional de nível superior (sanitarista), fez as seguintes afirmações: não haver treinamentos contínuos para os profissionais; haver resistência de alguns profissionais para realizar os TR; e que os profissionais não enviavam as informações sobre as testagens de forma sistemática e regular. O G3, gestor da RS com menos registros e com o monitoramento por profissional de nível técnico, afirmou: que havia treinamentos contínuos, na modalidade presencial; que não havia resistência dos profissionais para realizar os TR; e que os profissionais enviavam as informações regularmente.

Destaca-se ainda, que ao serem questionados sobre a resistência dos profissionais das USF em realizar TR, tanto o G2 quanto o G3, direcionaram suas respostas como se essa fosse uma atribuição, exclusiva, dos profissionais da enfermagem (técnicos e enfermeiros).

**Tabela 8** - Caracterização das duas Regionais de Saúde intencionalmente selecionadas, quanto aos testes rápidos de HIV e sífilis na ESF de seu território. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

<b>Características</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>
Número de Unidade Saúde da Família (USF)	19	8
Número de USF que realizam Testes Rápidos (TR)	19	8
Profissional responsável pela logística dos TR na RS	Sanitarista	Técnica de Enfermagem
Dificuldade no recebimento dos TR	Não	Não
Quantidade de Kits de TR suficiente para atender a demanda	Sim	Sim
Realização de treinamentos contínuos para os profissionais	Não	Sim
Monitoramento da testagem nas USF pela RS	Sim	Sim
Resistência dos profissionais para realizar os TR	Sim	Não
Envio das informações sobre os TR de forma regular e sistemática da USF para sua RS	Não	Sim

Fonte: Autora

Solicitou-se ao G2 e ao G3 que classificassem, segundo sua percepção, em uma escala de zero a 10, o monitoramento da estratégia dos TR nas USF de sua regional, e ambos responderam 8, e justificaram assim sua resposta:

"Existem USF que não devolvem a informação, não enviam a planilha. E a carga-horária de trabalho da sanitaria não é suficiente". G2

"Existe um fluxo, de cobranças e fortalecimento, do nível central para a regional. Não tem sanitaria na regional, por isso é mais difícil o monitoramento". G3

#### 5.4.7 As Unidades de Saúde da Família na estratégia dos Testes Rápidos de HIV e sífilis

Tem-se nas Tabela 9 e 10, os resultados relativos à apreciação da estrutura das USF para a realização dos testes rápidos, respectivamente na opinião de seus gestores (GU1 a GU4) e dos profissionais executores da testagem (P1 a P4).

Na opinião dos gestores (Tabela 9), todos afirmaram que as suas USF possuíam espaço físico que garante o sigilo para a realização dos testes rápidos. E, quanto ao número de profissionais capacitados para atender à demanda do serviço, em duas das quatro unidades avaliadas havia apenas um profissional.

Com relação à demanda de realização dos TR, dois gestores informaram que são realizados por mês de 1 a 10 TR e os outros dois não sabiam responder. Três dos quatro gestores afirmaram que o recebimento dos kits era mensal, que o estoque era suficiente para atender à demanda, e que já havia ocorrido perda de kits em decorrência da perda de validade. Apenas um gestor respondeu que existia um protocolo de testagem na unidade, mas não o localizou. Quanto à procura dos testes rápidos pela população dos seus territórios de atuação, em uma escala de zero a 10 as respostas dos gestores variaram entre 1 e 8 (média 5,5), tendo pontuado 1 (GU4), 5 (GU1), 8 (GU2) e 8 (GU3). Nas falas dos que deram as menores pontuações, tem-se as seguintes justificativas:

"Má informação e falta de divulgação na mídia". GU1

"Falta de divulgação, desinformação e falta de educação da população". GU4

Na opinião dos executores (Tabela 10), quanto ao local de realização dos TR, três referiram que eles são realizados no consultório de enfermagem. Na outra USF a testagem (inclusive o aconselhamento) ocorre na sala de coleta de exames. Todos os profissionais relataram realizar os registros de testagem utilizando pelo menos um desses meios: prontuário do paciente, livro de registro, planilha de produção e e-SUS. Destaca-se que um desses profissionais percebeu, durante a entrevista, que inseria incorretamente a realização de TR no e-SUS, causando, conseqüentemente, subestimação de sua produção.

De acordo com todos os profissionais executores, não há nas USF protocolo municipal sobre a política de prevenção, diagnóstico e assistência aos portadores de IST/AIDS usando TR, o que existe são os fluxogramas que norteiam o encaminhamento dos casos reagentes.

Quanto à periodicidade da oferta de TR para a população, as USF A, C e D realizam uma vez por semana e a USF B oferta os TR diariamente. A USF B e D realizam TR por

demanda espontânea dos usuários, a USF C realiza por agendamento e a USF A utiliza as duas formas de organização da oferta.

Nas quatro USF todos os usuários têm acesso à rede de referência, porém a contra referência foi referida por apenas uma delas. Também foi relatado que 100% dos usuários tem acesso à exames complementares, coletados na própria USF, mas os resultados não são disponibilizados pelo laboratório municipal em tempo oportuno.

**Tabela 9** - Apreciação da estrutura das Unidades de Saúde da família para realização dos Testes Rápidos, na opinião de seu Gestor. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

Características	Número de USF*	%
<b>Existência de espaço físico que garanta o sigilo</b>		
Sim	4	100
Não	0	
<b>Profissionais capacitados</b>		
Um	2	50
Um a dois	0	
Mais de dois	1	25
Não sabe informar	1	
<b>Número de testes realizados (por mês)</b>		
Um à dez	2	50
Onze à vinte	0	
Mais de vinte	0	
Não sabe informar	2	50
<b>Estoque suficiente para a demanda</b>		
Sim	3	75
Não	1	25
<b>Periodicidade de recebimento dos Kits de testagem</b>		
Semanal	0	
Mensal	3	75
Outra periodicidade	0	
Não sabe informar	1	25
<b>Protocolo de testagem na unidade</b>		
Sim	1	25
Não	3	75
Não sabe informar	0	
<b>Perda de Kits fora da validade</b>		
Sim	1	25
Não	0	
Não sabe informar	3	75

Fonte: a autora

Nota:\* Unidade de Saúde da Família. \*\* Testes Rápidos.

**Tabela 10** - Apreciação da estrutura das Unidades de Saúde da família para realização dos Testes Rápidos, na opinião dos Profissionais executores. Jaboatão dos Guararapes - PE, 2019.

Características	Número de USF*	%
<b>Há protocolo de TR** na USF</b>		
Sim	0	
Não	3	75
Não sabe informar	1	25
<b>Periodicidade da oferta de TR</b>		
Diária	1	25
Semanal	3	75
Quinzenal	0	
Apenas em campanhas	0	
<b>Oferta de TR por demanda espontânea</b>		
Sim	3	75
Não	1	25
<b>Realização do registro dos TR</b>		
Sim	4	100
Não	0	
<b>Acesso à rede de referência</b>		
Sim	4	100
Não	0	
<b>Existência de contra referência</b>		
Sim	1	25
Não	3	75
<b>Acesso a exames complementares</b>		
Sim	4	100
Não	0	
<b>Exames complementares em tempo oportuno</b>		
Sim	0	
Não	4	100

Fonte: a autora

Nota: \* Unidade de Saúde da Família. \*\* Testes Rápidos



### **5.5 Validação das Matrizes de Análise e Julgamento (MAJ) da utilização de Testes Rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes - PE**

As Matrizes de Análise e Julgamento (Quadros 17 a 21), como já foi referido, foram validadas por cinco juízes envolvidos com a estratégia de acesso ao diagnóstico de HIV e sífilis e tratamento dos casos identificados a partir da estratégia de uso dos testes rápidos, em Jaboatão dos Guararapes-PE. E, como pode ser observado no Apêndice K (Resultados da Validação), todos os itens das MAJ foram aprovados (Coeficiente de Validade I-CVI  $\geq 0,80$ ), e nenhum item necessitou ser revisado/modificado (todos os itens obtiveram nível de significância  $\leq 0,05$ ).

Detalhando-se os resultados obtidos tem-se: o I-CVI da MAJ-Componente Estrutura, com 21 itens, obteve na validação média 0,96 (Quadro 2 do Apêndice K); o I-CVI da MAJ-Componente Processo “USF intencionalmente selecionadas”, com 27 itens, obteve na validação média 1,00 (Quadro 3 do Apêndice K); o I-CVI da MAJ-Componente Processo “USF aleatoriamente selecionadas” com 6 itens, obteve na validação média 1,00 (Quadro 4 do Apêndice K); o I-CVI da MAJ-Contexto Interno, com 6 itens, obteve na validação média 1,00 (Quadro 5 do Apêndice K); e o I-CVI da MAJ-Contexto Externo, com 16 itens, também obteve na validação média 1,00 (Quadro 6 do Apêndice K).

No Quadro 7 do Apêndice K, onde apresenta-se a proporção de “concordância” dos juízes com os respectivos S-CVI, pode-se constatar que todas as MAJ supracitadas foram aprovadas (Coeficiente de Validade S-CVI  $\geq 0,90$ ). Em detalhes tem-se: a MAJ-Componente Estrutura foi aprovada com S-CVI = 0,96; a MAJ-Componente Processo foi aprovada com S-CVI = 1,00; e a MAJ-Contexto foi também aprovada com S-CVI = 1,00.

### **5.6 Análise do Grau de Implantação (Estrutura e Processo) dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes – PE**

A análise do Grau de Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes – PE será descrita seguir, considerando os componentes Estrutura e Processo.

### 5.6.1 Apreciação da Estrutura

O Grau de Implantação do uso de TR de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE, componente estrutural, encontra-se no Quadro 17 a seguir.

Como pode ser observado no Quadro 17, no Global o GI desse componente foi classificado como “Parcialmente Implantado”. É importante observar que dos 22 indicadores selecionados<sup>(\*)</sup> para avaliar este componente, três de altíssima relevância “Profissionais por categoria (nível superior) capacitados e executando a TR na USF”, “existência de ambiente que garanta o sigilo durante o processo de Aconselhamento e testagem” e a “existência de ambiente adequado para armazenamento dos Kits de TR” foram considerados no Global, respectivamente, “Não implantado (todas as USF com esta classificação)”; “Insatisfatório” (USF A e B, com classificação Não implantado) e “Não implantado” (todas as USF com esta classificação”).

<sup>(\*)</sup> O indicador “Nº de USF com kit para diagnóstico do HIV (1º e 2º teste, de metodologia diferente)” (Quadro 2 do Apêndice K-Resultados da Validação, com 21 indicadores “itens”) foi desmembrado para análise do GI-Estrutura em “Nº de USF com Kit Teste HIV” e “Nº de USF com Kit Teste HIV (contrateste)”.

De três indicadores selecionados, que possibilitam o monitoramento da estratégia de uso dos TR na USF, dois deles (“existência de Livro de Registro” e “existência de Ficha de Registro”) foram classificados como “Insatisfatório”, obtendo no primeiro indicador classificação “Não implantado” as USF A e C; e no segundo indicador as USF C e D. O outro indicador que também possibilita o monitoramento da estratégia “existência de Ficha Laudo” obteve, no Global, a classificação “Parcialmente Implantado”. Observando-se este indicador, por dimensão unitária, evidencia-se a classificação “Não implantado” na USF C.

O GI dos insumos necessários ao processo de testagem “existência no momento da testagem de álcool a 70% e de recipiente para descarte de material perfuro cortante”, obtiveram classificação “Parcialmente Implantado”. Este resultado foi influenciado pelas condições de implantação da USF C (situação de “Não implantação” nos dois insumos referidos).

Os demais indicadores contemplados para avaliação deste componente obtiveram classificação “Implantado”. O indicador “Nº de USF que possuía cronômetro no momento da testagem” foi desconsiderado pela sua pouca relevância, visto que os profissionais monitoravam o tempo de leitura dos testes utilizando seus relógios de pulso ou telefones celulares.

**Quadro 17** - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de Testes Rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE – Componente **Estrutura** das USF intencionalmente selecionadas, 2019.

Continua

Componente	Indicador	PME	USF que mais realizou TR, na RS com maior registro de testagem.	USF que mais realizou TR, na RS com menor registro de testagem	USF que menos realizou TR, na RS com menor registro de testagem	USF que menos realizou TR, na RS com maior registro de testagem	GERAL						
			USF A		USF B		USF C		USF D		PME	PO N (%)	GI
			PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI			
<b>Recursos Humanos</b>	Nº de profissionais por categoria de nível superior (médico, enfermeiro e dentista) capacitado e executando a TR na USF	3	1 (33,3)	Não Implantado	1 (33,3)	Não Implantado	1 (33,3)	Não Implantado	1 (33,3)	Não Implantado	12	4 (33,3)	Não Implantado
<b>Material Permanente</b>	Nº de USF com sala disponível para a testagem (TR para o HIV e Sífilis)	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
	Nº de gestores de USF que refere existir ambiente que garante sigilo para Aconselhamento/Testagem/Revelação do diagnóstico	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
	Nº de USF com ambiente que garante o sigilo durante o Aconselhamento/Testagem/Rev.diagn.	1	0	Não Implantado	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	2 (50)	Insatisfatório
	Nº de USF com ambiente adequado para armazenar os Kits de TR	1	0	Não Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	4	0	Não Implantado
	Nº de USF com sala de espera para os que aguardam fazer o TR	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
	Nº de USF que possui mesa ou superfície lisa disponível para a testagem	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
	Nº de USF com computador para registro no e-SUS AB	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
<b>Insumos testagem</b>	Nº de USF com Kit Teste HIV	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
	Nº de USF com Kit Teste HIV (contrateste)	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	4 (100)	Implantado

**Quadro 17** - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de Testes Rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE – Componente **Estrutura** das USF intencionalmente selecionadas, 2019. (Continuação)

Componente	Indicador	PME	USF A		USF B		USF C		USF D		GERAL		
			PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PME	PO N (%)	GI
<b>Insumos testagem</b>	Nº de USF com Kit Teste Sífilis	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
	Nº de USF que possuía álcool a 70%, no momento da testagem	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	4	3 (75)	Parcialmente Implantado
	Nº de USF que possuía algodão, no momento da testagem	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1	Implantado	1 (100)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
	Nº de USF que possuía recipiente para descarte de perfuro-cortantes, no momento da testagem	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	4	3 (75%)	Parcialmente Implantado
	Nº de USF que possuía lixeira (lixo comum), no momento da testagem	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
	Nº de USF que possuía lixeira (lixo contaminado), no momento da testagem	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
<b>Insumos administrativos</b>	Nº de USF com livro de registro de TR	1	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	4	2 (50)	Insatisfatório
	Nº de USF com ficha de registro de TR	1	1 (100%)	Implantado	1 (100%)	Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	4	2 (50)	Insatisfatório
	Nº de USF com ficha laudo de TR	1	1 (100%)	Implantado	1 (100%)	Implantado	0	Não Implantado	1 (100%)	Implantado	4	3 (75)	Parcialmente Implantado
<b>Equipamento de Proteção Individual</b>	Nº de profissionais que possuía luvas de procedimento, no momento da testagem	1	1 (100%)	Implantado	1 (100%)	Implantado	1 (100%)	Implantado	1 (100%)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
	Nº de USF que possuía óculos de proteção, no momento da testagem	1	0	Não Implantado	0	Não Implantado	1 (100%)	Implantado	0	Não Implantado	4	1 (25)	Não Implantado
	Nº de profissionais que possuía jaleco, no momento da testagem	1	1 (100%)	Implantado	1 (100%)	Implantado	1 (100%)	Implantado	1 (100%)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
<b>Σ Componente Estrutura</b>		24	18 (75)	Parcialmente Implantado	19 (79,2)	Parcialmente Implantado	16 (66,7)	Parcialmente Implantado	19 (79,2)	Parcialmente Implantado	96	70 (72,9)	Parcialmente Implantado

Fonte: Autora

Legenda: USF: Unidade de Saúde da Família; TR: Testes Rápidos; RS: Regional de Saúde; PO: Pontuação Obtida; GI: Grau de Implantação; PME: Pontuação Máxima Esperada.

### 5.6.2 Análise do Processo

A análise do “Processo de Testagem e Aconselhamento” nas USF intencionalmente selecionadas<sup>(\*)</sup> para avaliar o grau de implantação do uso dos testes rápidos para diagnóstico de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família em Jaboatão dos Guararapes-PE (Quadro 18), obteve 42,8% da pontuação máxima esperada (PME) sendo classificado como “Insatisfatório”.

<sup>(\*)</sup> O indicador “Nº de grupos populacionais prioritários contemplados com TR” (Quadro 3 do Apêndice K-Resultados da Validação, com 27 indicadores “itens”) não foi incluído na análise do GI-Processo de Testagem e Aconselhamento nas USF intencionalmente selecionadas (Quadro 18), em virtude de esta análise já ter sido contemplada no item 5.4.4 (Tabela 9).

É importante notar que contribuíram decisivamente para o baixo desempenho acima referido, dois componentes muito relevantes durante o processo de aconselhamento, a “avaliação de risco” dos usuários para as IST, que obteve classificação “Insatisfatória” com 44,7% da PME; e as “orientações ao paciente” que obteve apenas 30,5% da PME sendo classificada como “Não Implantada”.

Observando-se o desempenho desses componentes por indicador, constata-se que dos sete que integram o componente “avaliação de risco” seis obtiveram a classificação “Insatisfatório” e um “Não Implantado”; e sete dos nove indicadores que compõem o componente “orientações ao paciente” obtiveram a classificação “Não Implantado”, tendo três destes obtido “zero pontos” (informação sobre: a disponibilização dos insumos de prevenção; o que é “janela imunológica”; e agendamento de nova coleta em caso de possível “janela imunológica”).

Os demais componentes utilizados para analisar o “Processo de Testagem e Aconselhamento” nas USF intencionalmente selecionadas, embora tenham obtido classificação “Parcialmente Implantado”, ao analisar esses componentes, por indicador, evidenciou-se que os mais relevantes são os de maior fragilidade nas USF avaliadas, ou seja: (i) no componente “realização de aconselhamento” obtiveram classificação “Insatisfatório” o número de profissionais que relatam realizar “sempre” aconselhamento em casos de IST; e o número de profissionais que relatam realizar aconselhamento pré e pós-testagem. (ii) no componente “testagem”, dos três indicadores dois (o número de profissionais que disseram que os TR são realizados “diariamente” na USF; e o número de profissionais que refere que na sua USF os TR são realizados por demanda espontânea) obtiveram, respectivamente, classificação “Não Implantado” e “Parcialmente Implantado”. E por fim, (iii) no componente

“Logística e Monitoramento”, dos quatro indicadores utilizados nesta avaliação, os dois que possibilitam observar a existência de fragilidade nas USF avaliadas obtiveram classificação “Insatisfatório”, ou seja, o número de gestores que conhece o quantitativo de TR utilizados mensalmente na sua USF; e o número de gestores de USF que conhece a periodicidade de recebimento dos kits de testagem.

O componente “Logística e Monitoramento” também foi analisado a partir da “Planilha de Monitoramento” de dez USF escolhidas aleatoriamente (Quadro 19). O grau de implantação evidenciado por meio desta avaliação, utilizando a “média aritmética da pontuação observada (MA-PO)” nas USF selecionadas, foi no Global classificado como “Insatisfatório”, com 49,6% da PME.

Pode-se constatar que em três dos seis indicadores contemplados na “Planilha de Monitoramento”, a classificação obtida foi “Não Implantada” e nos outros três “Insatisfatório”. Esta análise corrobora com a classificação “Insatisfatório” evidenciada por meio dos dois indicadores do componente “Logística e Monitoramento” da avaliação nas USF intencionalmente selecionadas, demonstrada no Quadro 18.

**Quadro 18** - Matriz de Análise e julgamento do Grau de Implantação do uso de Testes rápidos de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes-PE – Componente **Processo (Testagem e Aconselhamento)** nas USF intencionalmente selecionadas, 2019.

Continua

Componente	Indicador	PME	USF que mais realizou TR, na RS com maior registro de testagem.		USF que mais realizou TR, na RS com menor registro de testagem		USF que menos realizou TR, na RS com menor registro de testagem		USF que menos realizou TR, na RS com maior registro de testagem		GERAL		
			USF A		USF B		USF C		USF D		PME	PO N (%)	GI
			PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI			
Realização de Aconselhamento	Nº de profissionais que relatam realizar "sempre" o aconselhamento em casos de IST	1	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	4	2 (50)	Insatisfatório
	Nº de profissionais que relatam realizar aconselhamento pré e pós-testagem	1	1 (100)	Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	4	2 (50)	Insatisfatório
	Nº de profissionais executores que reconhecem a importância do Aconselhamento	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
<b>Σ Realização de Aconselhamento</b>		<b>3</b>	<b>2 (75)</b>	<b>Parcialmente Implantado</b>	<b>2 (75)</b>	<b>Parcialmente Implantado</b>	<b>1 (33,3)</b>	<b>Não Implantado</b>	<b>3 (100)</b>	<b>Implantado</b>	<b>12</b>	<b>8 (66,7)</b>	<b>Parcialmente Implantado</b>
Avaliação de Risco	O profissional investiga motivo da procura pela testagem	2	2 (100)	Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	2 (100)	Implantado	8	4 (50)	Insatisfatório
	O profissional identifica o conhecimento do usuário sobre IST/AIDS	2	1 (50)	Insatisfatório	0	Não Implantado	0	Não Implantado	2 (100)	Implantado	8	3 (37,5)	Insatisfatório
	O profissional investiga histórico de IST	2	1 (50)	Insatisfatório	2 (100)	Implantado	0	Não Implantado	1 (50)	Insatisfatório	8	4 (50)	Insatisfatório
	O profissional identifica as condições de vulnerabilidade	2	1 (50)	Insatisfatório	0	Não Implantado	0	Não Implantado	1 (50)	Insatisfatório	8	2 (25)	Não Implantado

**Quadro 18 - Matriz de Análise e julgamento do Grau de Implantação do uso de Testes rápidos de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes-PE – Componente **Processo** (Testagem e Aconselhamento) nas USF intencionalmente selecionadas, 2019.** (Continuação)

Componente	Indicador	PME	USF A		USF B		USF C		USF D		GERAL		
			PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PME	PO N (%)	GI
Avaliação de Risco	O Profissional investiga parcerias sexuais	2	2 (100)	Implantado	1 (50)	Insatisfatório	0	Não Implantado	2 (100)	Implantado	8	3 (37,5)	Insatisfatório
	O profissional investiga práticas preventivas adotadas pelo usuário	2	2 (100)	Implantado	2 (100)	Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	8	4 (50)	Insatisfatório
	O profissional discute as implicações dos resultados na vida do usuário	2	1 (50)	Insatisfatório	0	Não Implantado	0	Não Implantado	2 (100)	Implantado	8	3 (37,5)	Insatisfatório
<b>Σ Avaliação de Risco</b>		14	10 (71,4)	Parcialmente Implantado	5 (35,7)	Não Implantado	0	Não Implantado	10 (71,4)	Parcialmente Implantado	56	25 (44,7)	Insatisfatório
Orientação sobre prevenção	O profissional informa sobre sigilo e confidencialidade	2	2 (100)	Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	8	2 (25)	Não Implantado
	O profissional oferece orientações sobre medidas preventivas	2	0	Não Implantado	2 (100)	Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	8	2 (25)	Não Implantado
	O profissional informa sobre a disponibilização dos insumos de prevenção (preservativo e etc.)	2	0	Não Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	8	0	Não Implantado
	O profissional explica o processo de testagem	2	2 (100)	Implantado	2 (100)	Implantado	2 (100)	Implantado	2 (100)	Implantado	8	2 (100)	Implantado
	O profissional explica o que é “janela imunológica”	2	0	Não Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	8	0	Não Implantado
Orientação pós-testagem	O profissional explica o significado do resultado	2	2 (100)	Implantado	0	Não Implantado	2 (100)	Implantado	2 (100)	Implantado	8	6 (75)	Parcialmente Implantada
	O profissional reforça informações sobre medidas preventivas	2	0	Não Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	2 (100)	Implantado	8	2 (25)	Não Implantado



**Quadro 18 - Matriz de Análise e julgamento do Grau de Implantação do uso de Testes rápidos de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes-PE – Componente **Processo (Testagem e Aconselhamento)** nas USF intencionalmente selecionadas, 2019.** (Continuação)

Componente	Indicador	PME	USF A		USF B		USF C		USF D		GERAL		
			PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PME	PO N (%)	GI
Orientação pós-testagem	A profissional agenda nova coleta (em caso de possível “janela imunológica”)	2	0	Não Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	8	0	Não Implantado
	O profissional esclarece dúvidas	2	0	Não Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	2 (100)	Implantado	8	2 (25)	Não Implantado
<b>∑ Orientações ao paciente</b>		18	6 (33,3)	Não Implantado	4 (22,2)	Não Implantado	4 (22,2)	Não Implantado	8 (44,4)	Insatisfatório	72	22 (30,5)	Não Implantado
Testagem	Nº de profissionais que refere que os TR são realizados “diariamente” na sua USF	1	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	0	Não Implantado	0	Não Implantado	4	1 (25)	Não Implantado
	Nº de profissionais que refere que na sua USF os TR são realizados por demanda espontânea	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	4	3 (75)	Parcialmente Implantado
	Nº de profissionais que refere realizar os registros do TR após a testagem	1	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	4 (100)	Implantado
<b>∑ Testagem</b>		3	2 (66,7)	Parcialmente Implantado	3 (100)	Implantado	1 (33,3)	Não Implantado	2 (66,7)	Parcialmente Implantado	12	8 (66,7)	Parcialmente Implantado
Logística e Monitoramento	Nº de gestores que conhece o quantitativo de TR utilizados mensalmente na sua USF	1	0	Não Implantado	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	2 (50)	Insatisfatório
	Nº de gestores de USF que refere estoque suficiente para a demanda	1	1 (100)	Implantado	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	3 (75)	Parcialmente Implantado
	Nº de gestores de USF que conhece a periodicidade de recebimento dos kits de testagem	1	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	0	Não Implantado	4	2 (50)	Insatisfatório

**Quadro 18** - Matriz de Análise e julgamento do Grau de Implantação do uso de Testes rápidos de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes-PE – Componente **Processo (Testagem e Aconselhamento)** nas USF intencionalmente selecionadas, 2019. (Continuação)

Componente	Indicador	PME	USF A		USF B		USF C		USF D		GERAL		
			PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PME	PO N (%)	GI
Logística e Monitoramento	Nº de USF que não teve perda de kits por estar fora da validade	1	0	Não Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	1 (100)	Implantado	4	3 (75)	Parcialmente Implantado
<b>∑ Logística e Monitoramento</b>		4	1 (25)	Não Implantado	2 (50)	Insatisfatório	4 (100)	Implantado	3 (75)	Parcialmente Implantado	16	10 (62,5)	Parcialmente Implantado
<b>∑ Processo nas USF</b>		42	21 (50)	Insatisfatório	16 (38,1)	Não Implantado	10 (23,8)	Não Implantado	25 (59,5)	Insatisfatório	168	72 (42,8)	Insatisfatório

Fonte: Autora

Legenda: USF: Unidade de Saúde da Família; TR: Testes Rápidos; RS: Regional de Saúde; PO: Pontuação Obtida; GI: Grau de Implantação; PME: Pontuação Máxima Esperada; IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis.

**Quadro 19-** Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de Testes Rápidos de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes-PE – Componente **Processo (Logística e Monitoramento)** das USF aleatoriamente selecionadas. Julho de 2018 a junho de 2019.

Continua

Indicador	PME	USF 1		USF 2		USF 3		USF 4		USF 5		USF 6		USF 7		USF 8		USF 9		USF 10		GERAL	
		PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	MA-PO N (%)	GI
Nº de grupos populacionais prioritários* contemplados com TR	7	2 (28,5)	Não Implantado	3 (42,8)	Insatisfatório	3 (42,8)	Insatisfatório	2 (28,5)	Não Implantado	3 (42,8)	Insatisfatório	2 (28,5)	Não Implantado	3 (42,8)	Insatisfatório	2 (28,5)	Não Implantado	1 (14,3)	Não Implantado	3 (42,8)	Insatisfatório	2,4 (34,3)	Não Implantado
Nº de meses com preenchimento completo da planilha de monitoramento	12	6 (50)	Insatisfatório	3 (25,0)	Não Implantado	8 (66,7)	Parcialmente Implantado	2 (16,7)	Não Implantado	2 (16,7)	Não Implantado	11 (91,7)	Implantado	8 (66,7)	Parcialmente Implantado	7 (58,3)	Insatisfatório	1 (8,3)	Não Implantado	9 (75,0)	Parcialmente Implantado	5,7 (47,5)	Insatisfatório
Nº de meses sem estoque zerado de TR	12	12 (100)	Implantado	12 (100)	Implantado	12 (100)	Implantado	12 (100)	Implantado	12 (100)	Implantado	12 (100)	Implantado	11 (91,7)	Implantado	12 (100)	Implantado	11 (91,7)	Implantado	12 (100)	Implantado	11,8 (98,3)	Implantado
Nº de meses que recebeu TR	12	4 (33,3)	Não Implantado	1 (8,3)	Não Implantado	2 (16,7)	Não Implantado	1 (8,3)	Não Implantado	1 (8,3)	Não Implantado	6 (50)	Insatisfatório	3 (25,0)	Não Implantado	3 (25,0)	Não Implantado	0	Não Implantado	4 (33,3)	Não Implantado	2,5 (20,8)	Não Implantado
Nº de meses com pedido de TR realizado	12	6 (50)	Insatisfatório	2 (16,7)	Não Implantado	8 (66,7)	Parcialmente Implantado	0	Não Implantado	3 (25,0)	Não Implantado	9 (75,0)	Parcialmente Implantado	9 (75,0)	Parcialmente Implantado	7 (58,3)	Insatisfatório	2 (16,7)	Não Implantado	8 (66,7)	Parcialmente Implantado	5,4 (45,0)	Insatisfatório

**Quadro 19-** Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de Testes Rápidos de HIV e Sífilis. Jaboatão dos Guararapes-PE – Componente **Processo (Logística e Monitoramento)** das USF aleatoriamente selecionadas. Julho de 2018 a junho de 2019.

(Continuação)

Indicador	PME	USF 1		USF 2		USF 3		USF 4		USF 5		USF 6		USF 7		USF 8		USF 9		USF 10		GERAL	
		PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	PO N (%)	GI	MA-PO N (%)	GI
Nº de categorias profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e dentista) que preenchem a planilha de monitoramento	3	1 (33,3)	Não Implantado	1 (33,3)	Não Implantado	1 (33,3)	Não Implantado	1 (33,3)	Não Implantado	1 (33,3)	Não Implantado	1 (33,3)	Não Implantado	1 (33,3)	Não Implantado	1 (33,3)	Não Implantado	1 (33,3)	Não Implantado	1 (33,3)	Não Implantado	1,0 (33,3)	Não Implantado
<b>∑ Logística e Monitoramento</b>	58	31 (53,4)	Insatisfatório	22 (37,9)	Não Implantado	34 (58,6)	Insatisfatório	18 (31,0)	Não Implantado	22 (37,9)	Não Implantado	41 (70,7)	Parcialmente Implantado	35 (60,3)	Parcialmente Implantado	32 (55,2)	Insatisfatório	16 (27,6)	Não Implantado	37 (63,8)	Parcialmente Implantado	28,8 (49,6)	Insatisfatório

Fonte: Autora.

Nota: PME :Pontuação Máxima Esperada; PO: Pontuação Observada; GI :Grau de Implantação; MA-PO :Média Aritmética da Pontuação Observada nas USF selecionadas; TR: Testes Rápidos.

## 5.7 Análise do Contexto

As análises da influência dos fatores contextuais (estrutural e político) no GI dos TR de HIV e sífilis na ESF de Jaboatão dos Guararapes-PE estão dispostas no Quadro 20 (opinião dos gestores e profissionais executores dos TR, das USF intencionalmente selecionadas – contexto interno); e no Quadro 21 (opinião dos gestores, do Nível Central e das Regionais de Saúde intencionalmente selecionadas – contexto externo<sup>(\*)</sup>).

(\*) O indicador “Nº de USF na RS que realiza testes rápidos de HIV e Sífilis” (Quadro 6 do Apêndice K-Resultados da Validação, com 16 indicadores “itens”) foi desmembrado para análise da influência do Contexto-Externo no GI dos TR (HIV e sífilis) na ESF de Jaboatão dos Guararapes em: “Nº de USF na RS do G2, que realiza testes rápidos de HIV e Sífilis” e “Nº de USF na RS do G3, que realiza testes rápidos de HIV e Sífilis”.

Considerando a totalidade dos indicadores, tanto a influência do contexto interno quanto do externo foi classificada como "favorável" à implantação dos TR de HIV e sífilis na ESF do município avaliado, obtendo o primeiro 71,4% da PME e o segundo 81,8% da PME.

Observando-se os indicadores do “contexto interno” (Quadro 20), constata-se que dois dos quatro que compõem o “componente estrutural” influenciaram negativamente (a “inexistência” de contra referência dos casos encaminhados e a “não disponibilização” dos resultados de exames complementares em tempo oportuno), sendo responsáveis pela classificação “Pouco Favorável” atribuída a este componente. Os outros dois indicadores, que formam o “componente político”, obtiveram classificação “Favorável”, influenciando positivamente o resultado da influência atribuída ao “contexto interno” no GI dos TR na ESF de Jaboatão dos Guararapes-PE.

No que se refere a influência do “contexto externo” (Quadro 21) no GI dos TR, tanto o componente estrutural quanto o político foram classificados como “Favoráveis”, na implantação dos TR de HIV e sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE, obtendo o “componente estrutural” 83,3% da PME e o “componente político” 71,4% da PME.

Embora no global o “contexto externo” tenha sido classificado como "favorável" à implantação dos TR de HIV e sífilis na ESF de Jaboatão dos Guararapes-PE, é importante notar que dos oito indicadores avaliados segundo a opinião do gestor de nível central, dois considerados de alta relevância foram considerados “Não favoráveis”, e um foi considerado “Pouco favorável”. Esses dois indicadores são: a “inexistência” de protocolo municipal da política de prevenção, diagnóstico e assistência aos portadores de IST/AIDS com adequações à realidade do município; e a “inexistência” de recursos municipais para implementação dos

TR. O indicador considerado “Pouco favorável” refere-se à “inexistência” de sanitarista em algumas Regionais de Saúde do município.

Na opinião dos gestores das duas regionais de saúde selecionadas para participar desta avaliação, houve divergência de opinião em dois dos sete indicadores utilizados (a realização de treinamentos sobre TR, de forma contínua, para os profissionais; e o recebimento das informações dos TR, de forma regular e sistemática, das USF de sua regional); e um indicador foi classificado como “Não favorável” (o fato desses dois gestores não possuírem especialização em saúde coletiva/saúde pública).

**Quadro 20 - Matriz de Análise e Julgamento da implantação de Testes Rápidos de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE- Componente Contexto interno (segundo os gestores e profissionais executores das USF intencionalmente selecionadas), 2019.**

Componente	Indicador	PME	USF que mais realizou TR, na RS com maior registro de testagem.		USF que mais realizou TR, na RS com menor registro de testagem		USF que menos realizou TR, na RS com menor registro de testagem		USF que menos realizou TR, na RS com maior registro de testagem		GERAL		
			USF A		USF B		USF C		USF D		PME	PO	GI
			PO	GI	PO	GI	PO	GI	PO	GI			
Estrutural	Nº de profissionais que refere existência de acesso do usuário a rede de referência em IST	1	1 (100)	Favorável	1 (100)	Favorável	1 (100)	Favorável	1 (100)	Favorável	4	4 (100)	Favorável
	Nº de profissionais que refere existência de contra referência dos casos encaminhados	1	0	Não favorável	0	Não favorável	1 (100)	Favorável	0	Não favorável	4	1 (25)	Não favorável
	Nº de profissionais que refere existência de acesso do usuário à exames complementares	1	1 (100)	Favorável	1 (100)	Favorável	1 (100)	Favorável	1 (100)	Favorável	4	4 (100)	Favorável
	Nº de profissionais que refere que os resultados dos exames complementares são disponibilizados em tempo oportuno	1	0	Não favorável	0	Não favorável	0	Não favorável	0	Não favorável	4	0	Não favorável
$\Sigma$ Estrutural		4	2 (50)	Pouco favorável	2 (50)	Pouco favorável	3 (75)	Favorável	2 (50)	Pouco favorável	16	9 (56,2)	Pouco favorável
Político	Nº de profissionais executores que reconhecem a realização dos TR como sua atribuição	1	1 (100)	Favorável	1 (100)	Favorável	1 (100)	Favorável	1 (100)	Favorável	4	4 (100)	Favorável
	Nº de profissionais (gestores e executores) que relatam os testes rápidos como sendo "extremamente importante"	2	2 (100)	Favorável	2 (100)	Favorável	2 (100)	Favorável	1 (50)	Pouco favorável	8	7 (87,5)	Favorável
$\Sigma$ Político		3	3 (100)	Favorável	3 (100)	Favorável	3 (100)	Favorável	2 (66,7)	Favorável	12	11 (91,6)	Favorável
$\Sigma$ Contexto		7	5 (71,4)	Favorável	5 (71,4)	Favorável	6 (85,7)	Favorável	4 (57,1)	Pouco favorável	28	20 (71,4)	Favorável

Fonte: Autora.

Nota: PME :Pontuação Máxima Esperada; PO :Pontuação Observada; GI :Grau de Implantação; USF: Unidade de saúde da Família; TR: Testes Rápidos; IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis.

**Quadro 21** – Matriz de Análise e Julgamento da implantação de Testes Rápidos para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes - PE– Componente Contexto externo (segundo os gestores do Nível Central e das Regionais de Saúde intencionalmente selecionadas), 2019.

Continua

Componente	Indicador	PME	Gestor de nível central		Gestor da RS que mais registrou TR		Gestor da RS que menos registrou TR		GERAL	
			G1		G2		G3		PO	GI
			PO	GI	PO	GI	PO	GI		
Estrutural	Existência de protocolo municipal da política de prevenção, diagnóstico e assistência aos portadores de IST/AIDS com adequações à realidade do município	1	0	Não favorável					0	Não favorável
	Existência de sanitarista nas Regionais de Saúde	7	4 (57,1)	Pouco favorável					4 (57,1)	Pouco favorável
	Gestor da Política Municipal de HIV e Sífilis com especialização em Saúde Coletiva/Saúde Pública	1	1 (100)	Favorável					1 (100)	Favorável
	Nº de gestores de RS que relata realização de treinamentos contínuos sobre TR para os profissionais	2			0	Não favorável	1 (100)	Favorável	1 (50)	Pouco favorável
	Nº de gestores de RS que refere não ter tido dificuldade no recebimento de TR	2			1 (100)	Favorável	1 (100)	Favorável	2 (100)	Favorável
	Nº de gestores de RS que refere receber quantidade de Kits de TR suficiente para atender a demanda	2			1 (100)	Favorável	1 (100)	Favorável	2 (100)	Favorável
	Nº de gestores de RS que relata receber das USF as informações dos TR, de forma regular e sistemática	2			0	Não favorável	1 (100)	Favorável	1 (50)	Pouco favorável
	Nº de gestores de RS que relata existir monitoramento dos TR na sua regional	2			1 (100)	Favorável	1 (100)	Favorável	2 (100)	Favorável
	Gestores de Regional de Saúde com especialização em Saúde Coletiva/Saúde Pública	2			0	Não favorável	0	Não favorável	0	Não favorável
	Nº de USF na RS do G2, que realiza testes rápidos de HIV e Sífilis	19			19 (100)	Favorável			19 (100)	Favorável
	Nº de USF na RS do G3, que realiza testes rápidos de HIV e Sífilis	8					8 (100)	Favorável	8 (100)	Favorável
		<b>∑ Estrutural</b>	48							40 (83,3)



**Quadro 21** – Matriz de Análise e Julgamento da implantação de Testes Rápidos para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes - PE– Componente Contexto externo (segundo os gestores do Nível Central e das Regionais de Saúde intencionalmente selecionadas), 2019. (Continuação)

Componente	Indicador	PME	Gestor de nível central		Gestor da RS que mais registrou TR		Gestor da RS que menos registrou TR		GERAL		
			G1		G2		G3		PO	GI	
			PO	GI	PO	GI	PO	GI			
Político	Destinação de recursos municipais para implementação dos TR	1	0	Não favorável					0	Não favorável	
	Capacitação para os profissionais da Estratégia Saúde da Família	1	1 (100)	Favorável					1 (100)	Favorável	
	Investimentos municipais em divulgação para a população e para profissionais	1	1 (100)	Favorável					1 (100)	Favorável	
	Elaboração de boletins epidemiológicos em IST	1	1 (100)	Favorável					1 (100)	Favorável	
	Realização de discussões sobre o enfrentamento do HIV e da Sífilis	1	1 (100)	Favorável					1 (100)	Favorável	
	Nº de gestores de RS que relata não haver resistência dos profissionais em realizar TR	2			0	Não favorável	1 (100)	Favorável	1 (50)	Pouco favorável	
	<b>∑ Político</b>	7						5 (71,4)	Favorável		
									<b>∑ Contexto</b>	45 (81,8)	Favorável

Fonte: Autora.

Nota: PME = Pontuação Máxima Esperada; PO = Pontuação Observada; GI = Grau de Implantação; G1 = Gestor da Política de IST; G2 e G3 = Gestores de Regionais de Saúde; IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis; TR: Testes Rápidos; RS: Regionais de Saúde; USF: Unidades de Saúde da Família.

## 5.8 Avaliação da Implantação dos Testes Rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes

A Matriz Final de Análise e Julgamento do Grau de Implantação do uso de Testes Rápidos para diagnóstico de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família em Jaboatão dos Guararapes-PE, encontra-se no Quadro 22, no qual pode-se observar que: na “Apreciação da Estrutura” o GI foi classificado como "Parcialmente Implantado" (PO = 72,9% da PME) e na “Avaliação do Processo” o GI obteve classificação "Insatisfatório" (PO = 44,6% da PME), resultando na classificação "Insatisfatória" do Grau de Implantação (Estrutura e Processo) do uso dos testes rápidos na ESF em Jaboatão dos Guararapes-PE, com 52,7% da PME. E, na “influência do Contexto (interno e externo)” o Grau de Implantação foi classificado como “Favorável”, com 78,3% da PME.

**Quadro 22** - Matriz Final de Análise e Julgamento do Grau de Implantação de uso dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família, em Jaboatão dos Guararapes-PE, 2019.

Testes Rápidos para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes	Componentes da Avaliação	Pontuação		Grau de Implantação e Classificação do Contexto
		Máxima Esperada N(100%)	Observada N(%)	
	Apreciação da Estrutura	96	70 (72,9%)	Parcialmente implantado
	Avaliação Processo	226	100,8 (44,6%)	Insatisfatório
	<b>Grau de Implantação</b>	<b>322</b>	<b>169,8 (52,7%)</b>	<b>Insatisfatório</b>
	Influência do Contexto Interno	28	20 (71,4%)	Favorável
	Influência do Contexto Externo	55	45 (81,8%)	Favorável
	<b>Influência do Contexto</b>	<b>83</b>	<b>65 (78,3%)</b>	<b>Favorável</b>

Fonte: Autora

Legenda: HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana; N: Número absoluto.

Com base nestes resultados, e na análise da situação epidemiológica das infecções pelo HIV e sífilis em Jaboatão dos Guararapes, foi elaborado uma proposta de intervenção “Plano de Intervenção” utilizando a ferramenta 5W3H (maiores informações no item 7 a seguir), que foi apresentada aos *stakeholders* (gestores, gerentes e profissionais de saúde interessados no diagnóstico/tratamento e vigilância das IST e ampliação da testagem da sífilis e do HIV na ESF) para melhoria desse serviços no município.

## 6 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Em Jabotão dos Guararapes a incorporação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Primária à Saúde, em 2011, teve papel crucial no expressivo aumento de casos dessas IST diagnosticadas e notificadas. O MS reconhece, desde 2014, que a ampliação do acesso da população aos testes rápidos de HIV e sífilis pelo SUS, principalmente na ESF, é determinante para o aumento do diagnóstico e da notificação dos casos dessas infecções no Brasil (BRASIL, 2014b).

Com relação aos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) utilizados para monitorar essa estratégia de ampliação do diagnóstico e notificação dos casos em Jabotão dos Guararapes, este estudo detectou grande discrepância entre as informações do e-SUS AB e aquelas fornecidas pelos profissionais nas planilhas de monitoramento instituída pela política de controle do HIV e sífilis do município. Todavia, apesar das planilhas de monitoramento terem registrado maior número de TR realizados, a qualidade da informação fornecida (média baixa de completude) faz com que sejam subutilizadas para pedidos e controle de estoque de insumos necessários. Os prováveis motivos, trazidos pelos profissionais executores, para a ocorrência dessa falha foram: a sobrecarga de trabalho que impede que o registro seja feito no tempo oportuno e a falha na estrutura das unidades no que se refere à informatização. A existência de fragilidades no SIS da atenção primária no âmbito municipal, evidenciada neste estudo, impedem que as informações geradas retratem fidedignamente a realidade, e apontam para a necessidade de mais treinamentos para a sensibilização da importância e utilização desses sistemas de informação; e para a necessidade de investimentos para sua viabilização.

Batista (2016), em seu estudo sobre a implantação e utilização de sistema informatizado de logística para a utilização de testes rápidos, também aponta dentre as principais dificuldades na utilização desse sistema na rotina das unidades executoras de TR, a falta de internet, a falta de equipamento de informática e do número limitado de funcionários. E Damásio (2018), conclui que o e-SUS AB trouxe importantes mudanças para o processo de trabalho da ESF, mas que precisa ser mais bem ajustado às diferentes realidades, e que para isso os gestores precisam ouvir os profissionais. Silva et al. (2018) evidenciaram que, na percepção de alguns profissionais, a implantação de instrumentos para registro do processo de trabalho, como é o caso do e-SUS AB, gera uma sobrecarga de trabalho, e que isso fragiliza a utilização dos mesmos, gerando a subutilização desses instrumentos.

Segundo o MS, o e-SUS AB, desenvolvido para atender os processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde, pode ser utilizado por todos profissionais que atuam nesta área

(BRASIL, 2017b), uma vez que proporciona a informatização do registro dos atendimentos e, conseqüentemente, subsidia a melhoria na aplicação do dinheiro público na área da saúde (BRASIL, 2014c). Ou seja, os SIS possibilitam, através das informações geradas, o planejamento e a tomada de decisão, pois permitem a análise da realidade dos principais problemas de saúde da população (CASSARO, 2011).

Os resultados do presente estudo corroboram com a conclusão feita por Batista (2016), quando afirma que, quando cada unidade executora de testes rápidos preenche mensalmente as informações de estoque e uso dos referidos testes e a gestão municipal consolida e envia de forma ascendente aos estados e união, cumpre o seu papel no módulo de capilaridade do sistema. E, desta forma, garante o suprimento dos insumos e a continuidade do fornecimento, já que 100% dos testes rápidos utilizados na rede pública de saúde são distribuídos pelo Ministério da Saúde e necessitam desse fluxo de prestação de contas.

O presente estudo também observou que todas as planilhas de monitoramento avaliadas tinham sido preenchidas por enfermeiros, mesmo não sendo uma atribuição exclusiva/privativa desta categoria profissional. E que todos os profissionais denominados como “executores de testes rápidos” eram enfermeiros. Um estudo realizado com enfermeiros da ESF em Minas Gerais, traz no relato desses profissionais o acúmulo de funções administrativas e assistenciais, gerando sobrecarga de trabalho e insatisfação. Os autores desse estudo destacam a importância do comprometimento e do trabalho em equipe na ESF a fim de promover qualidade da assistência prestada (XAVIER-GOMES et al., 2015).

Farah et al. (2016) afirma que o fato do profissional enfermeiro ser o mais cobrado pela gestão, no que se refere às atividades administrativas, pode vir da influência da teoria burocrática presente na realidade da maioria dos serviços de enfermagem, que contribui para organização do trabalho e do serviço de saúde como um todo, bem como a cultura enraizada de que o enfermeiro gerencia as USF. E Franco (2013) enfatiza que no contexto do cuidado integral, a atividade de gestão faz parte das práticas de cuidado, ou seja, o cuidar e o gerir não são atividades excludentes, mas sim complementares e deve ser realizada por todos os profissionais da equipe de saúde.

Quanto aos grupos populacionais contemplados com os TR, este estudo evidenciou por meio da análise das planilhas de monitoramento, que os grupos contemplados foram as gestantes e os usuários com tuberculose. Não há registro de testes rápidos realizados pós aborto/curetagem, e pós acidente ocupacional. Não há na referida planilha a opção “Pessoas com IST”, sendo contemplada a opção “Outras situações (não especificadas)” que não permite conclusão alguma. Este fato contraria o que recomenda o Ministério da Saúde do Brasil, que é

a oferta de testagem para HIV e demais IST a todos os indivíduos sexualmente ativos, em especial após exposição de risco (BRASIL, 2018a). A não realização de TR na ESF no pós-aborto e/ou curetagem pode estar relacionada ao fato de que, nesses casos, as mulheres procuram os serviços de emergência ou especializados. Contudo, a equipe deve estar atenta àqueles casos onde os TR não foram realizados, visto que, segundo a Organização Mundial da Saúde (2011), cerca de 25% dos casos de sífilis em gestante não tratadas ou tratadas inadequadamente, resultam em aborto espontâneo ou natimortos.

A realização dos TR em gestantes, realizadas neste estudo por nove das dez USF analisadas, pode ter por explicação a estratégia de ampliação do diagnóstico e tratamento das gestantes com HIV e/ou sífilis para evitar a transmissão vertical. Cerda et al. (2015) referem que a realização dos testes rápidos durante o pré-natal é uma das estratégias para se alcançar o nível ideal de cuidado para a redução da transmissão vertical dessas infecções. E a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima que, para se alcançar esse nível ideal, o percentual de testagem durante o pré-natal teria que atingir, em algumas regiões do Brasil, mais que 95% das gestantes (BRASIL, 2014d). Por outro lado, Araújo (2018) afirma que, apesar das gestantes serem o grupo populacional mais beneficiado com os testes rápidos, por serem exames preconizados na assistência ao pré-natal, ainda há problemas em relação ao cumprimento das recomendações do MS, principalmente na repetição da testagem no terceiro trimestre de gestação.

Com relação à realização de TR em portadores de tuberculose, este estudo evidenciou que cinco das dez USF analisadas o realizavam. O MS preconiza que, em virtude da importância da detecção precoce da coinfeção TB/HIV para adoção de medidas terapêuticas adequadas, no mínimo 70% dos indivíduos diagnosticados com tuberculose sejam testados para HIV (BRASIL, 2011a). Estudo realizado em um município do sul do Brasil obteve resultados superiores aos 70% preconizados, e associa esse resultado satisfatório à disponibilidade de testes rápidos na rede de saúde e sua descentralização (LIMA et al., 2016).

Os gestores das USF entrevistados relataram pouca procura da população geral pelos TR, relacionando esse fato à falta de divulgação e por falta de informação/educação da população. Zakabi (2018), também não observou no seu estudo cartazes informativos sobre a testagem nas USF. Ressaltando a importância do incentivo da testagem a partir de divulgação mais enfática, Zambenedetti (2016) evidenciou aumento da procura do diagnóstico por TR quando houve ampliação da divulgação na comunidade por ele estudada, em Porto Alegre.

Quanto ao perfil dos profissionais entrevistados neste estudo, 80% são do sexo feminino, 60% eram servidores efetivos e 60% possuía especialização em Saúde da Família

e/ou Saúde Coletiva. Todos eles com carga-horária de trabalho de 40 horas semanais. Este estudo também observou que não havia a presença de sanitarista em todas as Regionais de Saúde analisadas (contexto "Pouco Favorável). Segundo Ferreira (2018), é necessário buscar a equidade na formação e distribuição dos sanitaristas, considerando que essa condição reduz as desigualdades da força de trabalho no SUS e melhora a qualidade da prestação de serviços à população.

A não realização de TR diariamente e em demanda espontânea na maioria das USF avaliadas pode estar associada ao pequeno número de TR realizados mensalmente nessas USF. Isto pode ser um fator que dificulta o acesso da população aos TR. Rocha et al. (2018), conclui com seu estudo sobre a descentralização dos TR para HIV em Porto Alegre, que há uma necessidade de adequação da rotina das equipes e ampliação do número de profissionais para atendimento da demanda espontânea, não apenas para a testagem, mas também para o aconselhamento, afim de alcançar a atenção integral.

No que se refere à confiabilidade dos profissionais executores nos TR, três deles referiram não confiar totalmente nessa estratégia e que sempre optam por exames complementares para concluir o diagnóstico. Portanto, mesmo que haja garantia do acesso a esses exames (contexto "Favorável"), conforme evidenciado neste estudo, a não confiabilidade dos profissionais em seus resultados, e a não disponibilização oportuna dos resultados de exames para confirmação do diagnóstico, também evidenciado neste estudo (contexto "Não Favorável"), dificulta o tratamento precoce e a continuidade do cuidado (contexto "Não Favorável"). Essa conduta contraria a Portaria nº 151/2009, que enfatiza a não necessidade de exames complementares além do TR para o diagnóstico da infecção pelo HIV (BRASIL, 2009). Zambenedetti (2016), encontrou no seu estudo relatos de desconfiança quanto à efetividade dos TR de HIV, onde os profissionais postergavam o início do tratamento na espera de resultados de exames laboratoriais. Portanto, ratifica-se a necessidade de treinamentos de atualizações e reciclagem, ou seja, educação continuada para os profissionais envolvidos na testagem do HIV e sífilis com TR.

No presente estudo, a Estrutura das USF para a realização dos TR foi classificada como "Parcialmente Implantada" em todas as unidades avaliadas. Um dos indicadores avaliados, evidenciado através da observação direta, que influenciou negativamente este GI foi a inexistência de ambiente para garantia do sigilo durante o processo de Aconselhamento / Testagem / Revelação do diagnóstico, em duas das quatro USF avaliadas. Para Rocha et al (2018), a falta de um espaço específico para a realização do teste com aconselhamento pré e pós-teste pode dificultar o processo de sigilo e anonimato, com prejuízos das informações

transmitidas pelo aconselhamento, que buscam aumentar o “auto-cuidado” e, conseqüentemente, reduzir a transmissão das IST. Esta questão, pode, inclusive, inibir a procura pelo teste nas USF.

Outro indicador muito relevante que obteve no presente estudo resultado “desfavorável”, nas quatro USF avaliadas, foi a inexistência de ambiente adequado para armazenamento dos TR. Em todas elas, os kits ficavam guardados nos consultórios ou na sala de coleta, onde o ar condicionado permanecia ligado apenas no horário de funcionamento das USF (8 horas por dia). Segundo a Nota Técnica n ° 217 de 2011, do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do MS, as orientações sobre a temperatura adequada para armazenamento dos TR seguem as recomendações dos fabricantes, que orientam que os kits devem permanecer em temperatura de até 30 graus Celsius. Nos locais onde essa temperatura possa ser ultrapassada, ou onde a temperatura não possa ser monitorada, recomenda-se a refrigeração (BRASIL, 2011b). Sabe-se que em Jabotão dos Guararapes o clima é tropical, com temperatura quente e seca, e que em algumas ocasiões podem ultrapassar a temperatura máxima recomendada e inutilizar os kits (CLIMATE DATA, 2020).

Quanto aos insumos para a testagem, apenas uma USF não possuía todos os itens necessários para a realização dos TR. Nessa USF, durante a “observação direta” foi evidenciado que o executor não tinha disponível na sala álcool à 70% e recipiente para descarte perfuro cortante. A ausência desses materiais inviabiliza a assepsia da digital do usuário, a higienização da superfície e o descarte adequado da lanceta utilizada para a punção. Com isso, aumenta-se a probabilidade de contaminação e acidentes com risco biológico (BRASIL, 2010).

Foi possível observar que dos componentes que integram a presente avaliação, o Processo (GI “Insatisfatório”) é o que demanda maiores esforços para que a iniciativa de uso dos testes rápidos seja efetiva, principalmente no que se refere ao “aconselhamento”. Apesar de todos os profissionais executores reconhecerem a importância dessa abordagem, apenas metade deles realiza-o “sempre” e nos momentos de “pré e pós-testagem”. Santos et al. (2018b) conclui no seu estudo, realizado em Porto Alegre, que o aconselhamento pré-teste é realizado com mais frequência e qualidade; e que o pós-teste deve ser potencializado, visto que na maioria das vezes é realizado apenas quando o resultado é reagente.

Neste estudo, durante a “observação direta” do processo de aconselhamento nas USF selecionadas, a “avaliação de risco” e “as orientações aos pacientes” obtiveram, respectivamente, GI "Insatisfatório" e "Não implantado". Essa fragilidade é reforçada no relato da maioria dos profissionais executores entrevistados sobre a necessidade de receberem

capacitações sobre Aconselhamento em IST. Ocorrência semelhante foi evidenciada por Santos et al. (2018b) em seu estudo, onde os profissionais relataram ter passado por treinamentos, mas não se sentiam totalmente preparados para realizar essa abordagem.

Metade dos profissionais executores dos testes para HIV relataram dificuldade em informar um resultado reagente ao paciente. Esse achado corrobora com os de Zakabi (2018), que traz na fala dos profissionais as mesmas dificuldades em lidar com esse tema por envolver aspectos emocionais difíceis e por demandar tempo e espaço por vezes inexistentes na rotina do profissional.

Na avaliação de risco, nenhum dos profissionais identificou as condições de vulnerabilidade do usuário e nem explicou sobre “janela imunológica”. Com isso, evidencia-se que o aconselhamento não está sendo realizado conforme o preconizado pelo MS, que recomenda que durante o processo de aconselhamento suas três dimensões sejam abordadas, e uma delas é a avaliação do risco, onde se proporciona um espaço de reflexão sobre exposições a situações de risco para a infecção pelo HIV e outras IST (BRASIL, 2017c).

Nas orientações sobre prevenção, nenhum dos profissionais executores de TR deste estudo informou ao paciente sobre a disponibilização de preservativos nas unidades de saúde. Os insumos de prevenção devem estar disponíveis livremente na recepção dos serviços para que qualquer usuário tenha acesso, sem julgamentos (BEZERRA et al., 2018). Ademais, segundo Previati et al. (2018), independente do resultado do TR, o profissional deve incentivar o uso do preservativo.

A limitação de tempo para execução do presente estudo impediu que fosse ampliada a “observação direta” da rotina do aconselhamento e da testagem, contemplando diferentes dias da semana em uma mesma USF, a fim de identificar os fatores determinantes para o baixo desempenho do componente “Processo” detectado nesta avaliação, com conseqüente fortalecimento da análise do processo de trabalho e da proposta para melhoria desse serviço na ESF de Jaboatão dos Guararapes-PE no Plano de Intervenção apresentado (item 7 a seguir).

Quanto à influência do contexto interno, o componente Estrutural foi classificado como "Pouco Favorável", visto que os usuários têm acesso à rede de referência em IST, porém a contra referência para a ESF não ocorre. Magnabosco et al. (2018) constataram em Ribeirão Preto o mesmo cenário de contra referência insatisfatória, e reforçaram a necessidade de que os processos de referência e contra referência sejam formalizados com registro das informações e compartilhamento delas, para que seja garantido o fluxo da informação e a continuidade do cuidado.



A influência do contexto interno no uso dos TR na ESF, no componente Político, obteve classificação “Favorável” em virtude de todos os profissionais executores terem reconhecido a realização dos TR como sua atribuição; e no fato de a maioria, somados aos gestores das USF avaliadas, relatarem ser os TR “extremamente importante”. Essa constatação é oposta ao que Lopes (2014) traz no seu estudo de implantação de TR em Fortaleza, onde foi observado que os TR não estavam sendo percebidos como uma atribuição de toda a equipe, apesar da maioria também considerar os TR extremamente importantes.

A influência do contexto externo foi classificada como “Favorável”, nos componentes Estrutural e Político, apesar dos indicadores “a inexistência de Protocolo Municipal” e a “não destinação de recursos municipais”, terem influenciado negativamente a implementação dos TR em Jaboatão dos Guararapes-PE. Em relação a isso, Monteiro & Brigeiro (2019) concluíram em seu estudo, que a disponibilidade de TR é indissociável de sua aplicação prática, ou seja, apenas a oferta não é capaz por si só de superar os problemas relacionados à sua implementação, faz-se necessário investimentos na estrutura dos serviços públicos, na formação dos profissionais, e na luta política por direitos e enfrentamento do estigma. As conclusões desses autores podem estar dentre as razões de, nesta avaliação, o GI dos Componentes “Estrutura e Processo” ter obtido classificação “Insatisfatória” apesar da influência “Favorável” do contexto. Além disso, o presente estudo evidenciou que, para que o contexto possibilite a melhoria do Grau de Implantação dos TR nas USF, os gestores municipais devem investir na melhoria dos indicadores do contexto interno e externo, principalmente os do componente Estrutural.

Como toda pesquisa avaliativa não está isenta de vieses, tendo em vista o julgamento de valor ser modificado de acordo com a leitura e a experiência de cada participante da pesquisa e da análise feita por cada pesquisador, ainda que embasado em normativas e estudos anteriores, é oportuno afirmar que o presente estudo não pretendeu ser fim, mas início de uma construção, que deve se apoiar em futuras pesquisas relativas ao tema, tão relevante como é o das infecções sexualmente transmissíveis e avaliação de serviços e programas destinados ao seu controle.

## **7 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Partindo-se dos resultados encontrados neste estudo que avalia a utilização de testes rápidos para melhoria do diagnóstico de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Jaboatão dos Guararapes-PE; e da análise da situação epidemiológica das infecções pelo HIV e sífilis no referido município; foi elaborada esta proposta que chamaremos “Plano de Intervenção”, visando trazer uma devolutiva para os serviços da ESF, com o objetivo de auxiliar no processo de melhorias dos pontos mais críticos evidenciados. Este Plano de Intervenção foi elaborado utilizando a ferramenta 5W3H, conforme se demonstra no subitem 7.2.

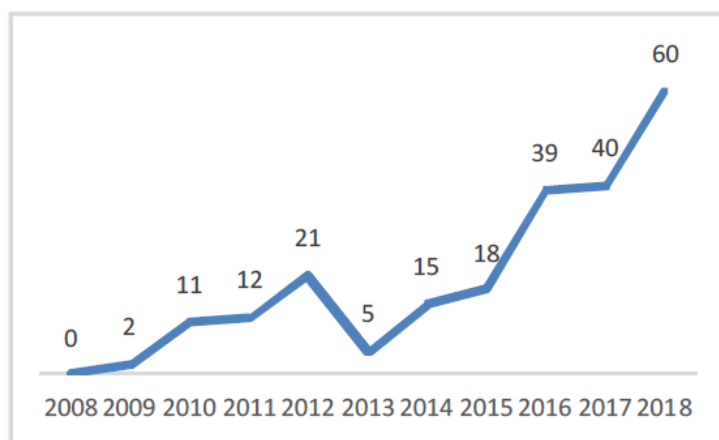
### **7.1 Diagnóstico da situação de saúde do município de Jaboatão dos Guararapes quanto à infecção pelo HIV e à sífilis**

Segundo o Boletim Epidemiológico das Infecções Sexualmente transmissíveis elaborado pela Vigilância em Saúde de Jaboatão dos Guararapes, em 2018, houve 353 casos notificados de HIV em adultos e, de todas as faixas etárias, a mais acometida foi a de 20-39 anos (62,9%). Já o número de óbitos por AIDS nesse mesmo ano foi 57. Prazeres, bairro de grande densidade populacional, localizado na regional V, foi o que notificou o maior número de casos de HIV em adultos, em 2018. Segundo informações do referido boletim, isso deve ter ocorrido, pela intensificação da testagem no Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA localizado neste bairro (JABOATÃO DOS GUARARAPES, 2019)

Em gestantes (Figura 4) também houve um expressivo aumento de casos de HIV notificados, passando de 15 casos em 2014 para 60 em 2018 (aumento de 300,0%).

Fazendo-se uma observação comparativa das taxas de detecção dos casos de HIV notificados no SINAN até 30/06/2018, por 100.000 habitantes (população de 2016), pode-se observar na Tabela 11, que no Brasil foi 8,4; no Nordeste (NE) 7,4; em Pernambuco (PE) 10,7 e em Jaboatão dos Guararapes 22,4. Ou seja, maior 166,7% que a nacional; 202,7% que a do NE e 109,3% que a de PE.

E, fazendo-se o mesmo com relação aos casos de gestantes com infecção pelo HIV, as taxas de detecção dos casos notificados no SINAN até 30/06/2018, por 1.000 nascidos vivos (em 2016), foram: 1,6 no Brasil; 1,2 no Nordeste; 1,9 em Pernambuco e 3,2 em Jaboatão dos Guararapes (Tabela 12). Ou seja, maior 100% que a nacional; 166,7% que a do NE e 68,4% que a de PE.

**Figura 4.** Número de casos de HIV em gestantes, 2008-2018. Jaboatão dos Guararapes -PE.

Fonte: SINAN/GVE/SVS - SMS Jaboatão dos Guararapes.

**Tabela 11** - Comparação entre as taxas de detecção dos casos de HIV em adultos, por 100.000 habitantes, Jaboatão dos Guararapes, 2019.

	Nº casos	Taxa de detecção *
<b>Brasil</b>	17.248	8,4
<b>Nordeste</b>	4.197	7,4
<b>Pernambuco</b>	1.010	10,7
<b>Jaboatão dos Guararapes</b>	<b>155</b>	<b>22,4</b>

**Tabela 12** - Comparação entre as taxas de detecção das gestantes com HIV, por 1.000 nascidos vivos. Jaboatão dos Guararapes, 2019.

	Nº casos	Taxa de detecção*
<b>Brasil</b>	4.515	1,6
<b>Nordeste</b>	990	1,2
<b>Pernambuco</b>	250	1,9
<b>Jaboatão dos Guararapes</b>	<b>26</b>	<b>3,2</b>

Fontes: SINAN/GVE/SVS - SMS Jaboatão. MS/SVS/Depto de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/AIDS e das Hepatites Virais. MS/SE/DATASUS, Informações Demográficas e Estatísticas Vitais. \* até 30/06/2018

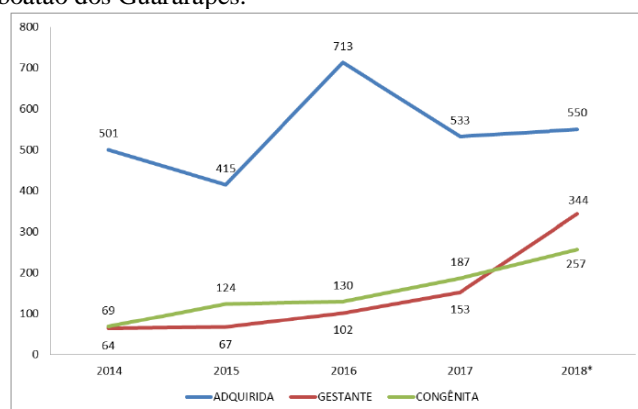
Fontes: SINAN/GVE/SVS - SMS Jaboatão. MS/SVS/Depto de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/AIDS e das Hepatites Virais. MS/SE/DATASUS, Informações Demográficas e Estatísticas Vitais. \* até 30/06/2018

Quanto à Sífilis, semelhante ao que foi observado em relação ao HIV, houve um incremento significativo no número de notificações de sífilis em gestantes (aumento de 437,5% – de 64 casos em 2014 para 344 em 2018) e de sífilis congênita (aumento de 272,5% – de 69 casos em 2014 para 257 em 2018). Em relação à sífilis adquirida o incremento observado foi de 9,8% – de 501 casos em 2014 para 550 em 2018 (Figura 5).

E, comparando-se as taxas de detecção dos casos notificados no SINAN em 2018, de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes - população 2016), de sífilis em gestantes e de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos - em 2017), tem-se respectivamente: no Brasil 75,8; 21,4 e 9,0; no Nordeste: 46,9; 18,0 e 9,6; em Pernambuco: 79,6; 22,1 e 14,3; e em Jaboatão dos Guararapes: 57,3; 35,9 e 26,8 (Tabela 13). Ou seja, em Jaboatão dos Guararapes as referidas

taxas de detecção dos casos notificados no SINAN foram: de sífilis adquirida 24,4% menor que a nacional; 22,2% maior que a do NE; e 28,0% menor que a de PE. De sífilis em gestantes 67,8% maior que a nacional; 99,4% maior que a do NE; e 62,4% maior que a de PE. E a de sífilis congênita 197,8% maior que a nacional; 179,2% maior que a do NE; e 87,4% maior que a de PE.

**Figura 5** - Número absoluto de casos de sífilis congênita, sífilis em gestante e sífilis adquirida, por ano, no período de 2014-2018. Jaboatão dos Guararapes.



Fonte: SINAN/GVE/SVS - SMS Jaboatão dos Guararapes.

**Tabela 13** - Comparação entre as taxas de detecção dos casos de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) sífilis em gestante e sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), Jaboatão dos Guararapes, 2018.

	Nº de casos Sífilis adquirida	Taxa de Sífilis adquirida	Nº casos de Sífilis em gestante	Taxa de Sífilis em gestante	Nº casos de Sífilis congênita	Taxa de Sífilis congênita
<b>Brasil</b>	158.151	75,8	62.599	21,4	26.219	9,0
<b>Nordeste</b>	26.644	46,9	14.705	18,0	7.877	9,6
<b>Pernambuco</b>	7.556	79,6	3.002	22,1	1.941	14,3
<b>Jaboatão dos Guararapes</b>	<b>550</b>	<b>57,3</b>	<b>344</b>	<b>35,9</b>	<b>257</b>	<b>26,8</b>

Fontes: SINAN/GVE/SVS - SMS Jaboatão. MS/SVS/Deptº de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/AIDS e das Hepatites Virais. MS/SE/DATASUS, Informações Demográficas e Estatísticas Vitais.

## 7.2 Plano de Intervenção, utilizando a ferramenta 5W3H, para auxiliar o processo de melhoria do programa no município de Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco

O 5W3H é uma ferramenta que utiliza oito perguntas (What, Why, Where, When, Who, How, How Much e How Measure) que possibilitam identificar através das respostas as

ações, onde e quando devem ocorrer, as responsabilidades de quem irá executar, como devem ser executadas e os custos que acarretam (ROSSATO, 1996).

Este Plano de Intervenção foi apresentado pela residente Luana Marques Avelino Cavalcanti e discutido com os *stakeholders* (gestores, gerentes e profissionais de saúde interessados no diagnóstico/tratamento e vigilância das IST e ampliação da testagem da HIV e sífilis na ESF do município), em reunião no dia 19 de fevereiro de 2020. Os resultados dessa reunião, com as considerações relativas a viabilidade das propostas apresentadas, as estratégias para as ações de implantação/implementação das intervenções discutidas e assumidas, com estabelecimento de metas a curto, médio e longo prazo serão deflagradas, e apresentadas a outros atores (possíveis colaboradores, identificados e convidados a participar da força-tarefa de ampliação do uso dos testes rápidos). Os resultados dessa reunião serão apresentados pela mencionada residente como trabalho de conclusão do curso de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família da Secretaria de Saúde de Jaboatão dos Guararapes-PE, para a obtenção do título de Especialista em Saúde da família.

Desta forma, os resultados desta pesquisa fizeram emergir os pontos mais críticos da implantação dos TR para HIV e sífilis no município de Jaboatão dos Guararapes, embasando este Plano de Intervenção cuja execução já foi iniciada no referido município, visando trazer estratégias de melhorias para o serviço e sua população. Ademais, permitiu uma reflexão sobre as principais dificuldades relacionadas a essa temática, junto aos profissionais e gestores envolvidos na testagem, gerando desta forma benefícios. Dentre esses benefícios podem ser citados, a curto prazo: aumento da oferta de testagem; capacitação dos profissionais e gestores; maior confiabilidade nos TR; e educação em saúde para a população local. E a longo prazo: redução na transmissão das IST e suas taxas de incidência.

**Quadro 23** - Plano de Intervenção para o enfrentamento das dificuldades identificadas no estudo de Gomes ACL (2020), de avaliação do Grau de Implantação dos Testes Rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes-PE.

Continua

<b>1º PROBLEMA ENCONTRADO (Componente Estrutura): a utilização dos testes rápidos de HIV e sífilis não tem ocorrido de forma sistemática e homogênea nas unidades de saúde da ESF de Jaboatão dos Guararapes-PE.</b>							
<b>Por quê? do problema</b>	<b>O quê? etapas (metas)</b>	<b>Onde? local</b>	<b>Quando? tempo necessário</b>	<b>Quem? atores envolvidos</b>	<b>Como? atividades requeridas</b>	<b>Quanto? recursos necessários</b>	<b>Como medir? meta</b>
<p>Os testes rápidos não foram incorporados na rotina de todos os profissionais da ESF, havendo a necessidade de reorganizar o Processo de Trabalho para que eles sejam incorporados, com a participação direta ou indireta de todos os profissionais.</p> <p>Embora tenham sido capacitados médicos, dentistas e enfermeiros, os gestores entrevistados responderam como se fosse atribuição exclusiva dos profissionais de enfermagem realizar os testes.</p>	<p><b>I.</b> Ao final do 1º mês realizar reuniões para definir estratégias de incorporação dos testes rápidos no Processo de Trabalho de todas as USF municipais, com participação de todos os profissionais.</p> <p><b>II.</b> Ao final do 3º mês dar início às atividades de reorganização do Processo de Trabalho para a incorporação dos TR na rotina da USF.</p>	<p><b>I.</b> A ser definido pelos <i>stakeholders</i></p> <p><b>II.</b> Nas USF municipais.</p>	Três meses	<p>Gestores (Nível Central e Regionais) /Gerentes e Profissionais de Saúde das USF municipais envolvidos com o diagnóstico de sífilis e HIV utilizando testes rápidos.</p>	<p><b>I.</b> Reuniões entre os atores envolvidos.</p> <p><b>II.</b> Reuniões entre Profissionais de Saúde da USF.</p>	Sem custo.	<p><b>I.</b> 2 reuniões (1 a cada 15 dias)</p> <p><b>II.</b> 4 reuniões (1 a cada 15 dias)</p>

**Quadro 23** - Plano de Intervenção para o enfrentamento das dificuldades identificadas no estudo de Gomes ACL (2020), de avaliação do Grau de Implantação dos Testes Rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes-PE. (Continuação)

**2º PROBLEMA ENCONTRADO (Componente Processo): Nem todas as USF avaliadas utilizam os TR para diagnóstico de sífilis e HIV nos grupos populacionais prioritários, sendo as gestantes maior grupo contemplado. E nem todas as USF avaliadas realizam os TR por demanda espontânea.**

Por quê? do problema	O quê? etapas (metas)	Onde? local	Quando? tempo necessário	Quem? atores envolvidos	Como? atividades requeridas	Quanto? recursos necessários	Como medir? meta
Pouca divulgação sobre a disponibilidade dos testes rápidos para todos os grupos populacionais.	<p><b>III.</b> Ao final do 1º mês definir a estratégia para incentivar outros grupos populacionais a realizarem os testes rápidos para sífilis e HIV, levando em consideração a peculiaridade de cada regional.</p> <p><b>IV.</b> Ao final do 1º mês dar início as discussões sobre a viabilidade da elaboração de uma cartilha/folder/cartazes e/ou outra forma de divulgação da sífilis e do HIV na mídia local).</p> <p><b>V.</b> Ao final do 3º mês dar início as atividades para sensibilizar/incentivar outros grupos populacionais ao diagnóstico da sífilis e do HIV com TR.</p>	<b>III, IV e V.</b> A ser definido pelos <i>stakeholders</i>	Três meses	Gestores/Gerentes (Nível Central e Regionais) e Profissionais de Saúde envolvidos com o diagnóstico de sífilis e HIV utilizando testes rápidos nas unidades da ESF.	<b>III, IV e V.</b> Reuniões entre os atores envolvidos.	Para pôr em prática a decisão dos atores envolvidos (elaboração de cartilha/ folder/ cartazes e/ou divulgação da sífilis e do HIV na mídia local).	<b>III, IV e V.</b> 6 reuniões (1 a cada 15 dias)

**Quadro 23** - Plano de Intervenção para o enfrentamento das dificuldades identificadas no estudo de Gomes ACL (2020), de avaliação do Grau de Implantação dos Testes Rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes-PE. (Continuação)

<b>3º PROBLEMA ENCONTRADO (Componente Processo): o aconselhamento pré e pós-teste não vem sendo realizado conforme preconiza o Ministério da Saúde.</b>							
<b>Por quê? do problema</b>	<b>O quê? etapas (metas)</b>	<b>Onde? local</b>	<b>Quando? tempo necessário</b>	<b>Quem? atores envolvidos</b>	<b>Como? atividades requeridas</b>	<b>Quanto? recursos necessários</b>	<b>Como medir? meta</b>
Falta de conhecimento e/ou habilidade para realizar o aconselhamento em IST/ HIV/AIDS e/ou para lidar com os usuários que, após o recebimento do resultado positivo ao teste rápido, se “descompensem emocionalmente”.	<p><b>VI.</b> Ao final do 1º mês definir as estratégias para fortalecimento do processo de aconselhamentos pré e pós teste rápido nas USF municipais.</p> <p><b>VII.</b> Ao final do 2º mês discutir a viabilidade e definir o quantitativo de encontros para sensibilização /capacitação dos profissionais de saúde que farão o aconselhamento (segundo acordo firmado de implementação do Processo de Trabalho em cada USF).</p> <p><b>VIII.</b> Ao final do 3º mês discutir/ analisar a viabilidade de contratar/alocar pelo menos um psicólogo em cada Regional de Saúde, para acompanhar os usuários pós revelação do diagnóstico, principalmente de HIV/AIDS.</p>	A ser definido pelos <i>Stakeholders</i>	<b>VI, VII e VIII</b> três meses	Gestores / Gerentes (Nível Central e Regionais) e Profissionais de Saúde do NASF, do CTA e da ESF envolvidos nas USF com o diagnóstico de sífilis e HIV com TR.	<p><b>VI.</b> Reuniões entre os atores envolvidos.</p> <p><b>VII.</b> Momentos para a sensibilização / capacitação dos profissionais das USF e NASF para aconselhamento pré e pós TR.</p> <p><b>VIII</b> Contratação e alocação dos psicólogos na ESF.</p>	<p><b>VI e VII.</b> Para a sensibilização/capacitação dos profissionais (segundo acordo firmado de implementação do Processo de Trabalho em cada USF).</p> <p><b>VIII.</b> Para pagar os psicólogos contratados.</p>	<p><b>VI.</b> 2 reuniões realizadas ao final do 1º mês (1 a cada 15 dias)</p> <p><b>VII.</b> 14 capacitações realizadas (2 por Regional de Saúde) ao final do 1º ano</p> <p><b>VIII.</b> Sete Psicólogos contratados, ao final do 1º ano.</p>



**Quadro 23** - Plano de Intervenção para o enfrentamento das dificuldades identificadas no estudo de Gomes ACL (2020), de avaliação do Grau de Implantação dos Testes Rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes-PE. (Continuação)

**4º PROBLEMA ENCONTRADO (Componente Estrutura): Inexistência nas USF avaliadas de: (a) ambiente que garantam o sigilo durante o processo de aconselhamento, realização da testagem/revelação do diagnóstico; e (b) ambiente que garanta adequado armazenamento dos Kits de TR.**

Por quê? do problema	O quê? etapas (metas)	Onde? local	Quando? tempo necessário	Quem? atores envolvidos	Como? atividades requeridas	Quanto? recursos necessários	Como medir? meta
<p>Falta de priorização, por desconhecimento da complexidade inerente ao processo de aconselhamento, testagem / revelação do diagnóstico de uma IST, especialmente o HIV.</p> <p>Desconhecimento das recomendações para adequado armazenamento dos Kits de TR</p>	<p><b>IX.</b> Ao final do 1º mês definir as estratégias para solucionar a “inexistência” de ambiente que garantam o sigilo durante o processo de aconselhamento/testagem/revelação do diagnóstico; e de ambiente que garanta adequado armazenamento dos Kits de TR</p>	<p>Nas USF municipais</p>	<p>Um mês</p>	<p>Gerentes e Profissionais de Saúde das USF municipais envolvidos com o diagnóstico de sífilis e HIV utilizando testes rápidos.</p>	<p>Reuniões entre os atores envolvidos.</p>	<p>A definir.</p>	<p>Ambiente que garantam o sigilo durante o processo de aconselhamento /testagem /revelação do diagnóstico; e que garanta o adequado armazenamento dos Kits de TR, definido e viabilizado nas USF do município ao final do 1º mês.</p>

**Quadro 23** - Plano de Intervenção para o enfrentamento das dificuldades identificadas no estudo de Gomes ACL (2020), de avaliação do Grau de Implantação dos Testes Rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes-PE. (Continuação)

<b>5º PROBLEMA ENCONTRADO (Componente Estrutura): Inexistência de Protocolo Municipal com as diretrizes e estratégias da política de ampliação do diagnóstico de sífilis e HIV em Jaboatão dos Guararapes.</b>							
<b>Por quê? do problema</b>	<b>O quê? etapas (metas)</b>	<b>Onde? local</b>	<b>Quando? tempo necessário</b>	<b>Quem? atores envolvidos</b>	<b>Como? atividades requeridas</b>	<b>Quanto? recursos necessários</b>	<b>Como medir? meta</b>
A estratégia de uso dos TR foi implantada em Jaboatão dos Guararapes, em cumprimento as resoluções do Ministério da Saúde, sem que as peculiaridades do município com as correspondentes adequações fossem amplamente discutidas.	<p><b>X.</b> Ao final do 1º mês discutir sobre a elaboração do Protocolo Municipal com as diretrizes e estratégias da política de ampliação do diagnóstico de sífilis e HIV em Jaboatão dos Guararapes.</p> <p><b>XI.</b> Ao final do 3º mês constituir um GT responsável pela elaboração do referido Protocolo Municipal, com prazo para ser finalizado ao final do 6º mês.</p>	A ser definido pelos <i>Stakeholders</i>	6º meses.	Gestores/ Gerentes (Nível Central e Regionais) e Profissionais de Saúde envolvidos com o diagnóstico de sífilis e HIV utilizando testes rápidos nas unidades da ESF.	<b>X. e XI</b> Discussão/ Elaboração e divulgação do referido Protocolo Municipal.	Para a impressão de alguns exemplares do Protocolo Municipal.	<b>X. e XI</b> Protocolo Municipal com as diretrizes e estratégias da política de ampliação do diagnóstico de sífilis e HIV em Jaboatão dos Guararapes discutido/elaborado e distribuído na ESF, ao final do 6º mês.

**Quadro 23** - Plano de Intervenção para o enfrentamento das dificuldades identificadas no estudo de Gomes ACL (2020), de avaliação do Grau de Implantação dos Testes Rápidos de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes-PE. (Continuação)

<b>6º PROBLEMA ENCONTRADO (Componente Estrutura): Os registros encontrados no Sistema de Informação e-SUS AB são significativamente menores do que os observados nas Planilhas de Monitoramento, utilizadas para monitorar o uso dos testes rápidos nas USF do município. E, nas referidas Planilhas de Monitoramento, há incompletude dos dados registrados (média de meses = 5,7 com preenchimento completo) e não há a opção de registro de testagem para pessoas com IST.</b>							
<b>Por quê? do problema</b>	<b>O quê? etapas (metas)</b>	<b>Onde? local</b>	<b>Quando? tempo necessário</b>	<b>Quem? atores envolvidos</b>	<b>Como? atividades requeridas</b>	<b>Quanto? recursos necessários</b>	<b>Como medir? meta</b>
<p>Desconhecimento da forma correta de registro das informações no e-SUS AB; e/ou digitação das informações em tempo inoportuno; e/ou problemas relacionados aos computadores; e/ou problema de conectividade.</p> <p>Falta de definição e/ou prioridade quanto ao responsável nas USF pelo registro das informações nas Planilhas de Monitoramento.</p>	<p><b>XII</b> Ao final do 1º mês definir estratégias para solucionar os problemas encontrados no Sistema de Informação e-SUS AB e nas Planilhas de Monitoramento.</p> <p><b>XIII.</b> Ao final do 3º mês, elaborar as instruções para registro no e-SUS AB e nas Planilhas de Monitoramento. Aspectos a serem discutidos: <i>(a)</i> os impactos negativos trazidos para o município devido à subnotificação dos dados, análise rotineira e uso das informações geradas para a melhoria do serviço; <i>(b)</i> as medidas que serão adotadas para pôr em prática as estratégias acordadas entre os Atores envolvidos para solução do problema; e <i>(c)</i> inclusão das “pessoas com IST”.</p> <p><b>XIV.</b> Ao final do 3º mês enviar as mencionadas instruções, para que sejam incluídas no Protocolo Municipal de diretrizes e estratégias da política de ampliação do diagnóstico de sífilis e HIV.</p>	<p>A ser definido pelos <i>Stakeholders</i></p>	<p>3 meses</p>	<p>Gestores/Gerentes (Nível Central e Regionais) e Profissionais de Saúde envolvidos com o diagnóstico de sífilis e HIV utilizando testes rápidos nas unidades da ESF.</p>	<p><b>XII, XIII e XIV</b> Reuniões entre os Atores envolvidos.</p> <p><b>XIII. (d)</b> Incluir na Planilha de Monitoramento “pessoas com IST” e quando a opção assinalada for “outras situações” que esta seja especificada.</p>	<p>A definir.</p>	<p><b>XII, XIII e XIV</b> Instruções para registro no e- SUS AB e nas Planilhas de Monitoramento discutidas/elaboradas e enviadas, ao final do 6º mês, para que sejam incluídas no Protocolo Municipal de diretrizes e estratégias da política de ampliação do diagnóstico de sífilis e HIV.</p> <p>Ter contemplado ao final do 3º mês, na Planilha de Monitoramento, as opções “pessoas com IST” e nas “outras situações” espaço para especificar o caso.</p>

Fonte: Autora.

## REFERÊNCIAS

- ACURCIO, A. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 73-84, 1999.
- ALMEIDA, E.R. *et al.* Política nacional de atenção básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica.** 42:e180, 2018.
- AMARO, H.J.F; PIRES, A.M. Sífilis terciária: neurosífilis parenquimatosa. Mudanças – **Rev. Psicol. Saúde**, 24 (1) 15-8, Jan.-Jun., 2016.
- ALVARENGA, E.C. *et al.* Condições de trabalho de equipes de saúde da família do Pará. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.** | Belém, 10(1), 58-72, jan. - abr., 2018.
- ALVES, C. K. A. *et al.* Interpretação e análise das Informações: O Uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. *In:* SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em saúde:** bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro. MedBook, 2010a. p. 89-107.
- ALVES, C. K. A. *et al.* Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 10 (1): 145-156, nov., 2010b.
- ANDRADE, A.L.M.B; *et al.* Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Rev. Paul. Pediatr. Epub.** July 26, 2018.
- ARAGAO, J.S. *et al.* Vulnerabilidade associada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 21(10): 3143-3152, Oct. 2016.
- ARAÚJO, E.C.; MONTE, P.C.B.; HABER, A.N.C.A. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude.**; 9(1):33- jan-mar, 2018.
- ARAÚJO, M.A.L. *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis atendidas em unidade primária de saúde no Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, 23(4), 347-53, 2015.
- ARAÚJO, M.A.L. *et al.* Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cad. Saúde Colet.**, 22 (3): 300-6 Rio de Janeiro, 2014.
- ARAÚJO, L. F. *et al.* Concepções psicossociais acerca do conhecimento sobre a AIDS das pessoas que vivem com o HIV. **Acta colomb. psicol.** 26(2), 219-30, 2017.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, 81 (2): 111-26. 2006.
- BARON, G.; MONNIER, E. Une approche plural et participative. **Informations sociales**, Paris, 110: 120-29, 2003.

BATISTA, C. J. **Avaliação da distribuição e do fluxo logístico dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV após 10 anos de oferta no Sistema Único de Saúde pelo Ministério da Saúde**. 2016. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

BELDA-JUNIOR, W. Sífilis adquirida e sífilis congênita. *In*: BELDA-JUNIOR, W. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 9-31.

BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. *In*: SAMICO, Isabella *et al.* **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap. 6, p. 65-78.

BEZERRA, E. de J. *et al.* Planejamento reprodutivo na estratégia saúde da família: estudo qualitativo sobre a dinâmica do atendimento e os desafios do programa. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, 22 (2): 99-108, maio/ago. 2018.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 7(3): 401-12, 2002.

BONES, A.A.N.S.; COSTA, M.R.; CAZELLA, S.C. A educação para o enfrentamento da epidemia do HIV. **Interface** (Botucatu), 22(Supl. 1):1457-69, 2018.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE HIV E AIDS [DA] SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, n. especial, 2019.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO SÍFILIS 2017 [DA] SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde; Volume 48Nº 36, 2017a.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota técnica conjunta Nº391/2012/SAS/SVS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual da Oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, p. 59, 13 jun. 2013.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 412 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Técnica: **Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica, Jabotão dos Guararapes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 4p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 248 p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Orientações para utilização de teste rápido DPP HIV com amostra de fluido oral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 17p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação em saúde para a atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes Nacionais de Implantação da Estratégia e-SUS AB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. **Portaria SVS/MS nº 151, de 14 de outubro de 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 217 de 01 de agosto de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **HIV: Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 98p. 2010.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. 123 p

BRITO, A.M.; SZWARCOWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. Fatores associados à interrupção de tratamento anti- retroviral em adultos com AIDS. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. **Rev. Assoc Med Bras**, 52(2): 86-92, 2006.

BRITO J.A; SAMPAIO A.S. Sífilis. In: MELO H.R.L. *et al.* **Condutas em doenças infecciosas**. Rio de Janeiro: Editora Medica Científica Ltda (MEDSI), cap. 33. p. 361-6, 2004.

BRITO, N.M.I. *et al.* Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e aids: conhecimentos e percepção de risco. **BCS Health Sci.**, 41(3):140-45, 2016.

BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R. dos; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, 37 (98): 372-87, set. 2013.

CARVALHO, M.N. *et al.* Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, 23(1):295-302, 2018.

CARVALHO, P.M.; SILVA, H.C.G. Carga de doença por sífilis gestacional em Santa Catarina no ano de 2014. **Arq. Catarin Med.**, 46(4):02-16, out-dez 2017.

CASSARO, A.C. **Sistemas de Informações para tomada de decisões**. 4º ed. São Paulo (SP): Cengage Learning; 2011.

CASTRO, E.L. *et al.* O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 21 (6): 1975-84, June 2016.

CATANANTE, G.V. *et al.* Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. **Ciênc. Saúde Colet.**, 22(12): 3965-3974, 2017.

CAVALCANTE, E.G.F. *et al.* Dificuldades e facilidades para notificação de parceiros sexuais com infecções sexualmente transmissíveis. **Rev. Rene**, 18(2): 250-6, mar-abr 2017.

CERDA, R. *et al.* Pré-natal transmission of syphilis and human immunodeficiency virus in Brazil: achieving regional targets for elimination. **Open Forum Infect Dis**; 2 (2): ofv073, 2015.

CHAMPAGNE, F. *et al.* **A análise de implantação**. IN: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z.M.A., organizadores. Avaliação, conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-38.

CHAVES, L.P. *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**; 34(2):e00201515, 2018.

CLIMATE DATA. **Dados climáticos para as cidades mundiais**. Clima Jaboaão dos Guararapes. Disponível em: <https://pt.climate.org/search/?q=jaboat%C3%A3o+dos+guararapes>. Acesso em: 17/02/2020.

- CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, Z.M.A (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro:Fiocruz, 1997. cap. 2. p. 29-47.
- COMPAINHA DE PESQUISA DE RECURSOS MINERAIS. Serviço geológico do Brasil. CPRM, 2019. Disponível em: <http://www.cprm.gov.br/publique/?tpl=home>
- DAMÁSIO, A.S; WEIMER, S.C.; ROSA, M.C. Evolução do sistema de informação em saúde para atenção básica. **Rev Elet Estácio Saúde** - 7 (1):81-8, 2018.
- DANTAS, C.C. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos em um centro de saúde da região litorânea do estado de Rio de Janeiro, Brasil, 2010 - 2011. **Arq. Catarin Med.**, 46(1): 22-32 ,jan-mar 2017.
- DENIS, J.; CHAMPANHE, F. **Análise da implantação.** In: Hartz, Z. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro. Fiocruz; 1997. p. 49-88.
- DONABIDIAN, A. **The quality of care. How can it be assessed?** JAMA, Chicago, 260: 1743-48, set. 1988.
- DUBOIS, C-A; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. **Histórico da Avaliação.** In: BROUSSELLE, Astrid et al (Org.). Avaliação: Conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. cap. 1. p. 19-39.
- FARAH, B.F. *et al.* Percepções de enfermeiras sobre supervisão em enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Rev Rene.**; 17(6):804-11, nov-dez 2016.
- FEDATTO, M.S. Epidemia da AIDS e a Sociedade Moçambicana de Medicamentos: análise da cooperação brasileira. **Ciênc. Saúde Colet.**, 22(7): 2295-304, 2017.
- FERREIRA, C.O. *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários de um centro de testagem e aconselhamento da Bahia. **Rev. baiana saúde pública**, 40 (2): 388-409, abr./jun. 2016.
- FERREIRA, J.S.; FILGUEIRAS, A.R.B.; CAZOLA, L.H.O. Equidade na distribuição de sanitaristas formados para atuar no SUS. **Rev. Aten. Saúde**, 16(56): 63-69, 2018.
- FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. de; NAVARRO, L. M. **Avaliação em Saúde: Conceitos básicos para a prática nas instituições.** In: SAMICO, Isabella et al (Org.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap. 1. p. 1-13.
- FORMOZO, GA; OLIVEIRA, DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev. Bras. Enferm.**, 63( 2 ): 230-237, Apr 2010.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde.** São Paulo: HUCITEC, 2013.



FURTADO, JP; VIEIRA-DA-SILVA, LG. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, 30(12): 2643-55, Dec 2014.

GARBIN, C.A.S. *et al.* O estigma de usuários do sistema público de saúde brasileiro em relação a indivíduos HIV positivo. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, 29(1):12-16, 2017.

GEOCZE, L. *et al.* Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev. de Saúde Públ.**, 44(4): 743-9, 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção primária à saúde**. In: GIOVANELLA, L. *et al.* Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-543.

GUIMARÃES, M.D.C. *et al.* Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação? **Rev. Bras. Epidemiol.**, 20( Suppl 1): 182-90, May 2017.

GOMES, D.M; OLIVEIRA, M.I.C; FONSECA, S.C. Avaliação da testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, 15(4): 413-23, Dec 2015.

HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (2): 331-6, 2004.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes 2018-2021**. Jaboatão dos Guararapes, 2018. p. 103.

JABOATÃO DOS GUARARAPES. Superintendência de Vigilância em Saúde . Gerência de Vigilância Epidemiológica. Sistemas de Informação em Saúde. **Boletim Epidemiológico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2018**. Jaboatão dos Guararapes, 2019.

KALININ, H.; PASSARELLI NETO, A.; PASSARELLI, D.H.C. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. **Odonto**; 23(45-6): 65-76, 2015.

LAFETÁ, K.R.G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. Bras. Epidemiol.**; Mar, 2016.

LIMA, A.C.M.A.C.L. *et al.* Transmissão vertical do HIV: reflexões para a promoção da saúde e cuidado de enfermagem. **Av Enferm.**, 35(2):181-9, 2017.

LIMA, L.M. *et al.* Avaliação do acompanhamento e desfecho de casos de tuberculose em município do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**; 37(1):e51467 mar. 2016.

LINHARES, P.H.A; LIRA, G.V; ALBUQUERQUE, I.M.N. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. **Saúde debate**, 38( spe ): 195-208, Oct 2014.

- LOPES, A.C.M.U. **Avaliação da implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV 1 natal em Fortaleza.** 2014. 73f. Dissertação (mestrado) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2014.
- LOPES, L. *et al.* Sífilis: prevalência num hospital de Lisboa. **Acta MedPort**, 29(1):52-5, Jan - 2016.
- MACÊDO, V.C. *et al.* Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Publ.** 51:78; 2017.
- MACHADO, I. *et al.* Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras? **Revista saúde e pesquisa**, 11 (2): 249-55, maio/agosto 2018.
- MAGNABOSCO, G.T. *et al.* Assistência ao HIV/aids: análise da integração de ações e serviços de saúde. **Esc. Anna Nery**; 22(4): 1-7, 2018.
- MARTINS, K.M.C. *et al.* Ação educativa para agentes comunitários de saúde na prevenção e controle da sífilis. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 27(3): 422-27, jul./set., 2014.
- MELO, E.A.; MAKSUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Rev Panam Salud Publica**, 42:e15, 2018.
- MELO, M.C.; DONALISIO, M.R.; CORDEIRO, R.C. Sobrevida de pacientes com AIDS e coinfeção pelo bacilo da tuberculose nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, 22(11):3781-92, 2017.
- MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p.
- MESENBURG, M.A.; WEHRMEISTER, F.C.; SILVEIRA, M.F. Teste de HIV solicitado e espontâneo: um estudo de base populacional com mulheres de uma cidade do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 33(10):e00074415, 2017.
- MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Prevenção do HIV/Aids em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil: hiatos entre a política global atual e as respostas locais. **Interface (Botucatu)**.23: e180410; 2019.
- NASCIMENTO, E.; CAVALCANTI, M.A.F.; ALCHIERI, J.C. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. **Revista de Salud Pública**, vol. 19, no. 1, 39-44, 2017.
- NUNES, J.T. *et al.* Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. **Rev Enferm UFPE online.**, Recife, 11(12):4875-84, dec., 2017.
- NUNES, M.S. **Caracterização de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* em utentes de unidades de rastreio de Infecção pelo VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis.** 2015. 113f. Dissertação (mestrado) - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2015.

OKAMURA, M. **Avaliação da implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no estado do Amazonas**. Dissertação (mestrado). Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

OLIVEIRA, M.I; SILVA, K.S.; GOMES, D.M. Fatores associados à submissão ao teste rápido anti-HIV na assistência ao parto. **Ciênc. Saúde Colet.**, 23(2):575-84, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems**. Geneva: World Organization; 2011.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**. 43(Spe):992-9, 2009.

PASQUALI, L. **Análise dos itens. Validade dos testes**. Em: Pasquali, L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. 1ª ed. Digital. Petrópolis, RJ: Vozes; 2017.

PASSOS, T.S. *et al.* Educação em saúde para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis em comunidades quilombolas. **Rev. Enferm. UFPE online**;11(10):3965 out, 2017.

PEREIRA, C. C. B. *et al.* Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Pernambuco. **Rev. Bras Saúde Mater. Infant.**, Recife, 3(1): p.39-49, mar. 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Programa Estadual de IST/AIDS. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018**. Pernambuco: Secretaria de Saúde do Estado; Ano 8, 2018.

PINHO, A.A.; CABRAL, C.S.; BARBOSA, R.M. Diferenças e similaridades entre mulheres que vivem e não vivem com HIV: aportes do estudo GENIH para a atenção à saúde sexual e reprodutiva. **Cad. Saúde Pública**, 33(12):e00057916, 2017.

PINHO, C.M. *et al.* Religiosidade prejudicada e sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev Gaúcha Enferm.**, 38(2):e67712, 2017.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREVIATI, S.M.; VIEIRA, D.M.; BARBIERI, M. A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. **J Health Biol Sci**. Jan-Mar; 7(1):75-81, 2018.

PRIMEIRA, M.R. *et al.* Avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas v com HIV. **Revista saúde e pesquisa**, 11 (2): 307-14, maio/agosto 2018.

REZENDE, E.M.A; BARBOSA, N.B. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. **Rev. APS.**; 18(2): 220-32. abr/jun, 2015.

RIBEIRO, F.B.; SACRAMENTO, O. A despistagem do VIH/sida: saúde pública e motivações dos utentes do teste rápido no Nordeste de Portugal. **Saúde Soc. São Paulo**, 23 (2): .510-22, 2014.

ROCHA, K.B. *et al.* Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. **Saúde debate**, 40(109): 22-33. June 2016.

ROCHA, K.B. *et al.* Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids. **Ciências Psicológicas**; 12 (1): 67 - 78, 2018.

ROSSATO, I.F. **Uma metodologia para análise e solução de problemas**. Florianópolis: UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado) em Engenharia de Produção.

SANTOS, C.M.A. *et al.* Conhecimentos, atitudes e prática de homens sobre infecções sexualmente transmissíveis. **Rev. Cogitare Enferm.**, 23(1): e54101, 2018a.

SANTOS, O.P. *et al.* Hepatites B, C e sífilis: prevalência e características associadas à coinfeção entre soropositivos. **Rev. Cogitare Enferm.** (22)3: e51693, 2017.

SANTOS, R.B. *et al.* Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. **RECIIS – Rev Eletron ComunInflinov Saúde**; 10(3), jul.- set. 2016.

SANTOS, R.R.C. *et al.* Percepção dos Profissionais para Implantação do Teste Rápido para HIV e Sífilis na Rede Cegonha. **Rev. Psico e Saúde**, 10 (3): 17-29, set./dez. 2018b.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. **Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita**. São Paulo; 2010.

SARACENI, V. *et al.* Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**; 41:e44. 2017.

SCHECHTER M; RACHID M. **Manual de HIV/AIDS. manifestações clínicas**. Parte I. 9ª Edição. Livraria e Editora Revinter; Rio de Janeiro; 2008, p: 3-10.

SILVA, H.C.G; SOUSA, T.O.; SAKA, T.M. Incidência de sífilis congênita no estado de Santa Catarina no ano de 2012. **Arq. Catarin Med.**, 46(2), 15-25, abr-jun 2017.

SILVA, N.E.K. Imaginário social sobre o SUS e vulnerabilidade de homens ao acesso a diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. **RECIIS – Rev Eletron ComunInflinov Saúde**, 10(1), 1-12, jan.-mar. 2016.

SILVA, P.S.C. *et al.* Aconselhamento sobre o teste rápido anti-HIV em parturientes. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 16(2): 278-87, Jun. 2013.

SILVA, T.S. *et al.* Cartografia da implementação do teste rápido anti-HIV na Estratégia Saúde da Família: perspectiva de enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, 21 (4): 1-8, 2017.

SILVA, T.I.M. *et al.* Difusão da inovação tecnológica e-SUS AB: aceitação ou rejeição? **Rev. Cogitare Enferm.** (23)3: e55911, 2018.

SILVEIRA, B.N. *et al.* A produção científica brasileira sobre o impacto da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Acta Medica - Ligas Acadêmicas** | ISSN: 0 103-5037 | 39 (1): 235 - 46 2018.

SINAN. Ministério da Saúde/SVS - **Sistema de Informação de Agravos de Notificação** - SINAN Net [citado 28 nov 2018].

SOCHACZEWSKI, J.; LOBATO, L. V. Desenvolvimento da proteção social e transformações no Welfare State pós-industrial. **Uniabeu**, Belford Roxo, 7(15): 289-304, 2014.

SOUSA, A.I.A.; PINTO, J.V.L. Carga viral comunitária do HIV no Brasil, 2007 - 2011: potencial impacto da terapia antirretroviral (HAART) na redução de novas infecções. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 19(3): 582-93, Sep 2016.

SOUSA, K.A.A. *et al.* Factors associated with HIV prevalence in a prison population. **Rev Esc Enferm USP**, 51:e03274, 2017.

SPERLING, S. Estratégia de Saúde da Família: a melhor aposta para um sistema de saúde orientado para a proteção de pessoas e conquistas civilizatórias. **RECIIS – Rev Eletror ComunInflnovSaúde.**; 11(4): 1-7, out-dez 2017.

SPEZIA, L.P.; PICARELLI, M.E.A.; SANTOS, A.B.R. Avaliação da AIDS e da ocorrência de doenças oportunistas e sexualmente transmissíveis em pacientes infectados pelo HIV residentes na região de Indaiatuba, SP. **J Health Sci Inst.**, 33(4):303-8, 2015.

SWARTZENDRUBER, A. *et al.* Introduction of rapid syphilis testing in antenatal care: A systematic review of the impact on HIV and syphilis testing uptake and coverage. **Int J Gynaecol Obstet.** Apr 29 - 2015.

TANNOUS, L.S.D. *et al.* Comparação entre os índices de sífilis na gestação e sífilis congênita na região de Catanduva-SP. **CuidArte, Enferm**; 11(2):187-92, jul-dez.2017.

TAQUETTE, S.R.; RODRIGUES, A.O.; BORTOLOTTI, L.R. Percepção de pacientes com AIDS diagnosticada na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós-teste HIV realizado. **Ciênc. Saúde Colet.**, 22(1):23-30, 2017.

VASCONCELOS, C.M.R. *et al.* Validation of an educational tool on health yeating for school children. **Rev. Nutr.**, Campinas, 31 (5): 479-88, out. 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, jan/mar, 1994.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):.355-370, fev. 2007.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 110 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Health Observatory (GHO)** data. 2017. [citado 27 nov 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/gho/hiv/en/>

XAVIER-GOMES, L.M. *et al.* Prática gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **trab. educ. saúde**, 13 (3): 695-707, septiembre-noviembre 2015.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZAKABI, D.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; TEIXEIRA, R.R. Encontros e conversas durante a testagem anti-HIV na Atenção Primária em São Paulo. **Essentia** (Sobral), vol 19, número 1, p. 63-75, 2018.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis**, 26(3): 785-806, Sep 2016.

ZIMMERMMANN, J.B., DUARTE, A.M.B.R.D.; SILVA, A.C. Avaliação temporal da frequência da infecção do HIV em gestantes. **ClinBiomed Res.**, 37(3): 198-202, 2017.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO(TCLE)  
PROFISSIONAL EXECUTOR (A) DO TESTE RÁPIDO**

Convidamos o(a) senhor(a) para participar da pesquisa "**AValiação DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE HIV E SÍFILIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**", sob a responsabilidade da pesquisadora **Ana Clarissa Luna Gomes**, aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ).

Essa pesquisa pretende avaliar a implantação dos testes rápidos para HIV e sífilis nas Unidades de Saúde da Família. Esta pesquisa pretende refletir sobre a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família do município, com a possibilidade de contribuir no enfrentamento dessas epidemias em Jaboatão dos Guararapes.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. O (a) senhor (a) ou você poderá se recusar a responder quaisquer perguntas assim o desejar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento, informando a pesquisadora, sem prejuízo a ambas as partes.

**A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através do preenchimento de um questionário sobre o processo de realização da testagem rápida e da observação da pesquisadora no momento da realização do procedimento.**

O risco relacionado à sua participação é de constrangimento perante alguma pergunta ou no processo de observação. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram. Inclusive, garantimos que os questionários não serão identificados por nome, apenas por número e sua identidade será resguardada, bem como os resultados serão divulgados apenas para fins científicos sem expor a sua identidade a público sob hipótese alguma.

Como benefício, haverá a possibilidade da melhoria da estrutura, da organização e do processo de trabalho para a realização do diagnóstico de HIV e sífilis através dos testes rápidos no município.

Todas as informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade do participante a todo momento.

Em caso de dúvidas em relação às questões éticas da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz/PE (**CEP-Fiocruz/PE**), pois esse defende os interesses dos participantes

da pesquisa, em sua integridade e dignidade, e contribui no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Endereço: Rua Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife/PE. **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br, **Fone:** (81)2101-2639.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui esclarecido e entendi as explicações recebidas e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário (a) desse estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra, à pesquisadora.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ana Clarissa Luna Gomes

Pesquisadora responsável - Mestranda

**Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:**

**Pesquisadora:** Ana Clarissa Luna Gomes

**E-mail:** anaclarissaluna@gmail.com

**Telefone:** (81) 99689-8275

**Endereço:** Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.



## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) GESTORES**

Convidamos o(a) senhor(a) para participar da pesquisa "**AValiação da Implantação dos Testes Rápidos para Diagnóstico de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família em Jaboatão dos Guararapes - PE**", sob a responsabilidade da pesquisadora **Ana Clarissa Luna Gomes**, aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ).

Essa pesquisa pretende avaliar a implantação dos testes rápidos para HIV e sífilis nas Unidades de Saúde da Família. Esta pesquisa pretende refletir sobre a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família do município com a possibilidade de contribuir no enfrentamento dessas epidemias em Jaboatão dos Guararapes.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. O (a) senhor (a) ou você poderá se recusar a responder quaisquer perguntas se assim o desejar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento, informando a pesquisadora, sem prejuízo a ambas as partes.

**A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através do preenchimento de um questionário e/ou formulário em relação à gestão do processo de trabalho, da estrutura, dos insumos e equipamentos necessários para diagnóstico de HIV e sífilis com a utilização de testes rápidos.**

O risco relacionado à sua participação é de constrangimento perante alguma pergunta ou no processo de observação. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram. Inclusive, garantimos que os questionários não serão identificados por nome, apenas por número e sua identidade será resguardada, bem como os resultados serão divulgados apenas para fins científicos sem expor a sua identidade a público sob hipótese alguma.

Como benefício, haverá a possibilidade da melhoria da estrutura, da organização e do processo de trabalho para a realização do diagnóstico de HIV e sífilis através dos testes rápidos.

Todas as informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico, mantendo-se confidencialidade do participante a todo momento.

Em caso de dúvidas em relação às questões éticas da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz/PE (**CEP-Fiocruz/PE**), pois esse defende os interesses dos participantes

da pesquisa, em sua integridade e dignidade, e contribui no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Endereço: Rua Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife/PE. **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br, **Fone:** (81)2101-2639.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui esclarecido e entendi as explicações recebidas e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário (a) desse estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra, a pesquisadora.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Ana Clarissa Luna Gomes  
Pesquisadora responsável - Mestranda

**Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:**

**Pesquisadora:** Ana Clarissa Luna Gomes

**E-mail:** anaclarissaluna@gmail.com

**Telefone:** (81) 99689-8275

## APÊNDICE C - ANÁLISE DAS PLANILHAS DE MONITORAMENTO DA REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS NA ESF

Pesquisa: **AValiação da Implantação dos Testes Rápidos para Diagnóstico de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes - PE**

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

Regional: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde da Família (marcar com X): ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 ) ( 6 ) ( 7 ) ( 8 ) ( 9 ) ( 10 ) ( 11 )

Ano	Mês	Insumos (1ª Parte)				Processo ( 2ª Parte)							
		Preenchimento	Estoque atual de TR	Recebeu TR no mês	Pedido realizado	Preenchimento	Número de TR realizados por grupo						
							1	2	3	4	5	6	
2018	Julho												
	Agosto												
	Setembro												
	Outubro												
	Novembro												
	Dezembro												
2019	Janeiro												
	Fevereiro												
	Março												
	Abril												
	Maiο												
	Junho												

Preenchimento: 1 - preenchida 2 - não preenchida 3 - parcialmente preenchida  
 Estoque atual de TR zerado: 1 - Sim 2- Não 9 - Ignorado  
 Recebeu TR no mês: 1 - Sim 2- Não 9 - Ignorado  
 Pedido realizado: 1 - Sim 2- Não 9 - Ignorado  
 Grupos: 1 - Parturientes 2 - Gestantes 3- Aborto/Curetagem 4- Tuberculose 5 -Acidente Ocupacional 6 - Outros

## APÊNDICE D - CHECK LIST DA ESTRUTURA, INSUMOS E EQUIPAMENTOS

Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE HIV E SÍFILIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

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

- Marcar 0 (zero) quando não houver
- Marcar o quantitativo de acordo com o local
- Marcar X para ignorado

Para a realização dos testes rápidos de HIV e Sífilis		Unidade A	Unidade B	Unidade C	Unidade D
<b>1. Estrutura</b>	Ambiente adequado para armazenamento dos kits (ar-condicionado sempre ligado/geladeira)				
	Sala de Espera				
	Sala reservada no momento para a testagem				
	Superfície lisa/mesa				
	<b>∑ Estrutura</b>				
	<b>∑ Estrutura</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>2. Insumos</b>	Kit completo Teste HIV				
	Kit completo Teste HIV (contrateste)				
	Kit completo Sífilis				
	Álcool 70%				
	Algodão				
	Cronômetro				
	Recipiente para descarte (perfuro-cortantes)				
	Lixeira (lixo comum)				
	Lixeira (lixo contaminado)				
	<b>∑ Insumos</b>				
	<b>∑ Insumos</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
<b>3. EPI*</b>	Luvas de procedimento				
	Óculos de proteção				
	Jaleco				
	<b>∑ EPI</b>				
	<b>∑ EPI</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>4. Insumos administrativos</b>	Livro de registro				
	Ficha de registro (USF)				
	Ficha Laudo				
	Computador para registro no e-SUS				
	<b>∑ Insumos Administrativos</b>				
	<b>∑ Insumos Administrativos</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
	<b>∑ itens 1,2,3 e 4</b>				
	<b>∑ itens 1,2,3 e 4</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

Legenda:  
\* Equipamentos de Proteção Individual

## **APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS EXECUTORES DOS TESTES RÁPIDOS**

Pesquisa: **AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE HIV E SÍFILIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

### **I. Identificação do instrumento**

USF: (A) (B) (C) (D) (marque com X)      Data: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

### **II. Identificação do profissional de saúde**

1. Sexo ( 1 ) Masculino ( 2 ) Feminino
2. Idade (em anos) \_\_\_\_\_
3. Formação acadêmica (graduação): \_\_\_\_\_
4. Tempo de graduado (em anos): \_\_\_\_\_
5. Possui especialização: ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
6. Se sim, em: ( 1 ) Saúde Coletiva/Saúde Pública ( 2 ) Saúde da Família  
Outra ( 3 ) Se outra, especifique: \_\_\_\_\_
7. Tempo de atuação nessa unidade (meses): \_\_\_\_\_
8. Carga Horária semanal nesse serviço de saúde (em horas): \_\_\_\_\_
9. Tipo de vínculo empregatício: ( 1 ) Servidor efetivo ( 2 ) Contrato ( 3 ) Cargo Comissionado

### **III. Informações acerca da capacitação e implantação dos Testes Rápidos (TR)**

10. Quando os TR foram implantados na sua unidade (mês e ano)? \_\_\_\_\_  
( ) Não sabe/não lembra
11. Você foi capacitado em TR de: ( 1 ) Sífilis ( 2 ) HIV ( 3 ) Ambos
12. Em qual ano foi realizada sua primeira capacitação para TR: \_\_\_\_\_
13. A capacitação foi: ( 1 ) presencial ( 2 ) à distância ( 3 ) Ambos
14. Quem ofereceu a capacitação? ( 1 ) SMS ( 2 ) SES ( 3 ) MS ( 4 ) Outro  
Se outro, especifique \_\_\_\_\_
15. Foi capacitado mais de uma vez? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
16. Considera que o conteúdo teórico das capacitações foram suficientes para realizar o TR?  
( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Em parte.
17. Considera que o conteúdo prático das capacitações foram suficientes para realizar o TR?  
( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Em parte
18. Sente necessidade de outros treinamentos? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

### **IV. Dados acerca dos Teste Rápidos de HIV e Sífilis**

19. Existe um protocolo no município para a realização dos TR? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Não sei  
Se sim, existe o protocolo na unidade de saúde? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
20. Neste serviço, os TR são ofertados:  
Parturientes ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Gestantes ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

Aborto/curetagem ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
 Tuberculose ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
 Acidente Ocupacional( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
 Outros ( 1 ) Sim ( 2 ) Não Se outros, especifique:\_\_\_\_\_

21. Quando é realizado?  
 ( 1 ) Uma vez na semana ( 2 ) Duas vezes na semana ( 3 ) Uma vez no mês ( 4 ) Apenas em Campanhas  
 ( 5 ) Outra periodicidade. Se outra, especifique:\_\_\_\_\_
22. Como são ofertados os testes rápidos? ( 1 ) agendamento ( 2 ) demanda espontânea
23. O testes são realizados: ( 1 ) No consultório médico ( 2 ) No consultório de enfermagem  
 ( 3 ) Em outro ambiente. Especifique\_\_\_\_\_
25. São realizados registros dos TR? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
 Se sim, onde:  
 Prontuário do paciente ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
 Livro de registro ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
 Planilha de produção/ monitoramento da realização dos TR( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
 e- SUS ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
26. O usuário tem acesso a rede de referência para HIV/AIDS quando encaminhado?  
 ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Em parte
27. Existe a contra-referência desse usuário encaminhado para o serviço de referência para HIV/AIDS?  
 ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Em parte
28. O usuário tem acesso à exames laboratoriais complementares (HIV e sífilis) através da rede municipal?  
 ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Em parte
29. O resultados desses exames são recebidos em tempo oportuno?  
 ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

#### IV. Dados acerca do Aconselhamento

30. Durante a realização do TR, você realiza aconselhamento?  
 ( 1 ) Sempre ( 2 ) Quase sempre ( 3 ) Às vezes ( 4 ) Quase Nunca ( 5 ) Nunca  
 Se quase nunca ou nunca, por que?\_\_\_\_\_
31. O aconselhamento é realizado em que momento? ( 1 ) No pré-teste ( 2 ) No pós-teste ( 3 ) Ambos
32. Sente-se apto a realizar o aconselhamento? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
 Se não, quais as suas maiores dificuldades?\_\_\_\_\_
- 
33. Existe um protocolo no município para aconselhamento? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Não sei  
 Se sim, existe o protocolo na unidade de saúde? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
34. Acha necessário a realização do aconselhamento? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Não sei
35. Sente necessidade de mais capacitações em aconselhamento? ( 1 ) Sim ( 1 ) Não

#### V. Dados acerca da percepção do profissional

36. Você já entregou um resultado positivo de sífilis/HIV para algum paciente?(Se não, passar para questão 39)  
 ( 1 ) Sífilis ( 2 ) HIV ( 3 ) Ambos ( 4 ) Não
37. Sentiu dificuldade em entregar um resultado positivo de sífilis/HIV?  
 ( 1 ) Sim, Sífilis ( 2 ) Sim, HIV ( 3 ) Sim, Ambos ( 4 ) Não, Ambos
38. Tem dificuldade de dar seguimento ao tratamento do paciente positivo para HIV/ sífilis?  
 ( 1 ) Apenas HIV ( 2 ) Apenas Sífilis ( 3 ) Ambos ( 4 ) Não tem dificuldade  
 Se existe dificuldade, qual? \_\_\_\_\_
-

39. Acredita fazer parte da suas atribuições a realização dos TR? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) em parte.

Se "não" ou "em parte", justifique: \_\_\_\_\_

40. Você acha que os TR para HIV/Sífilis são:

( 1 ) Extremamente importante

( 2 ) Importante

( 3 ) Pouco importante

( 4 ) Indiferente

( 5 ) Não é importante

41. Na sua percepção, numa escala de 0 a 10 classifique quanto à confiabilidade dos TR (marcar X na opção):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

42. Justifique:

---

---

---

## APÊNDICE F - OBSERVAÇÃO DIRETA - TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

Pesquisa: **AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE HIV E SÍFILIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

### I. Identificação do instrumento

USF: (A) (B) (C) (D) (marque com X)

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

Observador: \_\_\_\_\_

### II. Identificação do profissional

**Profissional que realiza a testagem:** ( 1 ) médico ( 2 ) enfermeiro ( 3 ) dentista ( 4 ) Outros  
Se outros, especifique: \_\_\_\_\_

**Tempo que realiza testagem:** ( 1 ) 0~2 anos ( 2 ) 2~5 anos ( 3 ) mais que cinco anos

**Profissional que realiza o aconselhamento:** ( 1 ) médico ( 2 ) enfermeiro ( 3 ) dentista ( 4 ) Outros  
Se outros, especifique: \_\_\_\_\_

**Tempo que realiza testagem:** ( 1 ) 0~2 anos ( 2 ) 2~5 anos ( 3 ) mais que cinco anos

### III. Aconselhamento pré-teste

**Tipo de aconselhamento:** ( 1 ) Individual ( 2 ) Coletivo ( 3 ) Não realizou aconselhamento  
(Se não realizou aconselhamento, passar para o item IV. Testagem)

**Tempo de duração da sessão de aconselhamento:** início \_\_\_\_\_ h final \_\_\_\_\_ h

Atitudes	Verificação (pontuação atribuída)			Observação
	Sim (2)	Em parte (1)	Não (0)	
<b>Avaliação de Risco</b>				
Identifica o conhecimento do usuário sobre IST/AIDS				
Investiga motivo da procura pela testagem				
Investiga histórico de IST				
Identifica situações de risco				
Identifica as condições de vulnerabilidade				
Investiga parcerias sexuais				
Investiga práticas preventivas adotadas pelo usuário				
Discute as implicações dos resultados possíveis na vida do usuário				
<b>∑ Avaliação de Risco</b>				
<b>∑ Avaliação de Risco</b>	<b>16</b>			
<b>Orientações sobre prevenção</b>				
Informa sobre sigilo e confidencialidade				
Oferece orientações sobre medidas preventivas				
Informa sobre a disponibilização de insumos de prevenção (preservativo vaginal e peniano)				
Explica o processo de testagem				
Explica o que é janela imunológica				
<b>∑ Orientações sobre prevenção</b>				
<b>∑ Orientações sobre prevenção</b>	<b>10</b>			



<b>Orientações para gestante (caso na observação a usuária seja gestante)</b>				
Oferece informações completas sobre o HIV na gestação e o risco de transmissão ao bebê: Na gestação (2 pontos) No parto (2 pontos) Aleitamento materno (2 pontos)				
Discute as implicações de um resultado positivo para o bebê				
Explica sobre a importância da realização da testagem do parceiro				
<b>∑ Orientações para gestante</b>				
<b>∑ Orientações para gestante</b>	<b>10</b>			
<b>∑ Aconselhamento pré-teste</b>				
<b>∑ Aconselhamento pré-teste</b>	<b>36</b>			

#### IV. Testagem

Tempo de duração da testagem: início \_\_\_\_\_ h final \_\_\_\_\_ h

Etapas da testagem	Procedimento	Verificação (pontuação atribuída)			
		Sim (2)	Em parte (1)	Não (0)	Observação
<b>1. Preparo da sala e dos materiais</b>	Conferir se o material necessário está disponível				
	Verificação do prazo de validade dos Kits				
	Garantir que sala para a testagem seja segura e sigilosa				
	Organizar material em superfície lisa e limpa				
	Utilizar EPI (luva, jaleco e óculos e proteção)				
	Lavar as mãos				
	<b>∑ Preparo da sala e dos materiais</b>	<b>12</b>			
<b>2. Execução da testagem</b>	Identificação dispositivo do teste				
	Orientar usuário quanto ao procedimento				
	Realizar antissepsia do dedo com algodão embebido em álcool 70%				
	Coletar amostras de sangue em polpa de dedo indicador, médio ou anular				
	Descartar lanceta em recipiente adequado				
	Leitura do teste no tempo correto (a depender da marca)				
	<b>∑ Execução da testagem</b>	<b>14</b>			
<b>3. Organização da sala e dos materiais pós-testagem</b>	Descartar adequadamente os dispositivos utilizados				
	Organizar a sala				
	Armazenar os kits em local adequado				
	<b>∑ Organização da sala e dos materiais pós-testagem</b>	<b>06</b>			

		<b>pós-testagem</b>			
<b>4. Registros</b>	Emitir laudo do resultado				
	Registrar resultados na ficha (da unidade)				
	Registrar procedimento no e-SUS				
		$\Sigma$ Registros			
		$\Sigma$ Registros	<b>04</b>		
		$\Sigma$ Etapas da testagem			
		$\Sigma$ Etapas da testagem	<b>36</b>		

#### V. Aconselhamento pós-teste

**Tipo de aconselhamento: ( 1 ) Individual ( 2 ) Coletivo( 3 ) Não realizou aconselhamento**

(Se não realizou aconselhamento, passar para o item VI. Interação profissional-usuário/ conduta profissional)

**Tempo de duração da sessão de aconselhamento:** início \_\_\_\_\_ h final \_\_\_\_\_ h

Aconselhamento pós-teste	Atitudes	Verificação (pontuação atribuída)			Observação
		Sim (2)	Em parte (1)	Não (0)	
<b>Pós-teste negativo</b>	Explica o significado do resultado				
	Reforça informações sobre medidas preventivas				
	Agenda nova coleta (em caso de janela imunológica)				
	Esclarece dúvidas				
	$\Sigma$ Pós-teste negativo	<b>8</b>			
<b>Pós-teste positivo</b>	Reforça sigilo e confidencialidade				
	Discute o significado do resultado				
	Discute os benefícios e riscos de compartilhar as informações com seu parceiro				
	Discute as implicações familiares, sociais e pessoais do resultado				
	Informa sobre rede de apoio				
	Orienta sobre tratamento				
	Explica a importância da adesão ao tratamento				
	Oferece informações sobre práticas sexuais mais seguras				
	Solicita VDRL (no caso da sífilis)				
	Encaminha usuário para serviço de referência (no caso do HIV)				
	$\Sigma$ Pós-teste positivo	<b>20</b>			
$\Sigma$ Aconselhamento pós-teste	<b>28</b>				

**VI. Interação profissional-usuário/ conduta profissional**

Interação profissional-usuário/ conduta profissional	Verificação (pontuação atribuída)			
	Sim (2)	Em parte (1)	Não (0)	Observação
Estabelece vínculo de confiança				
Estimula o usuário a conversar				
Sabe ouvir				
Não uso de juízo de valor				
Utiliza linguagem acessível				
Maneja situações emocionais difíceis				
Esclarece dúvidas				
Utiliza adequadamente o tempo disponível				
Disponibiliza-se para novos atendimentos				
Dá tempo suficiente para o usuário assimilar o resultado				
Notifica os casos positivos (SINAN): HIV (2 pontos) Sífilis (2 pontos) Não houve positivos durante a observação: recalcular pontos sem o item.				
<b>∑ Interação profissional-usuário/ conduta profissional</b>				
<b>∑ Interação profissional-usuário/ conduta profissional</b>	<b>24</b>			

## APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO GESTOR DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisa: **AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE HIV E SÍFILIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

### I. Identificação do instrumento

USF: (A) (B) (C) (D) (marque com X)

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

Entrevistador: \_\_\_\_\_

### II. Identificação do gestor

1. Sexo ( 1 ) Masculino ( 2 ) Feminino
2. Idade (em anos) \_\_\_\_\_
3. Formação acadêmica (graduação): \_\_\_\_\_
4. Tempo de graduado (em anos): \_\_\_\_\_
5. Possui especialização: ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
6. Se sim, em: ( 1 ) Saúde Coletiva/Saúde Pública ( 2 ) Saúde da Família  
Outra( 3 ) Se outra, especifique: \_\_\_\_\_
7. Tempo de atuação nessa unidade (meses): \_\_\_\_\_
8. Carga Horária semanal nesse serviço de saúde (em horas): \_\_\_\_\_
9. Você foi capacitado para realização de TR? ( 1 ) Sífilis ( 2 ) HIV ( 3 ) Para ambos ( 4 ) Não foi capacitado
10. Tipo de vínculo empregatício: ( 1 ) Servidor efetivo ( 2 ) Contrato ( 3 ) Cargo Comissionado

### III. Dados acerca do Teste Rápido de Sífilis e HIV

11. A unidade realiza o Teste Rápido para ( 1 ) Sífilis ( 2 ) HIV ( 3 ) Ambos ( ) Não sabe
12. A unidade tem estrutura física adequada para a realização dos TR? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Em parte.  
Se "não" ou "em parte", o que deixa a desejar? \_\_\_\_\_
13. Número de profissionais capacitados para realizar TR na unidade \_\_\_\_\_ ( ) Não sabe
14. Categoria dos profissionais capacitados em TR na unidade  
( 1 ) Enfermeiro ( 2 ) Médico ( 3 ) Dentista ( 4 ) Outros ( ) Não sabe  
Se outros, especifique: \_\_\_\_\_
15. O TR é realizado: ( 1 ) No consultório médico ( 2 ) No consultório de enfermagem  
( 3 ) Em outro ambiente. Qual? \_\_\_\_\_
16. Onde são armazenados os kits de TR na unidade? \_\_\_\_\_ ( ) Não sabe  
Se geladeira, é exclusiva para os kits? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Se sala ou consultório, é climatizado? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
17. São realizados quantos TR em média mensalmente? HIV \_\_\_\_\_ Sífilis \_\_\_\_\_ ( ) Não sabe
18. A unidade recebe com que frequência os kits de TR? ( 1 ) Semanal ( 2 ) Mensal ( 3 ) Outra periodicidade.  
Se outra periodicidade, especifique: \_\_\_\_\_
19. O estoque tem sido suficiente para suprir a demanda? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( ) Não sabe
20. Alguma vez faltou Kit de TR na unidade? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( ) Não sabe
21. No caso de demanda inesperada, você utiliza recursos alternativos para a obtenção dos TR?  
( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( ) Não sabe  
Se sim, especifique \_\_\_\_\_
22. Alguma vez venceu kits de TR na unidade? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( ) Não sabe
23. Qual destino leva os kits vencidos? \_\_\_\_\_ ( ) Não sabe
24. No serviço, existe algum protocolo para realização dos TR? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Não sabe
25. O serviço realiza controle de estoque em:

- Computador ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Livro de registro ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Planilhas ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Outros, especifique: \_\_\_\_\_  
( ) Não sabe

#### IV. Dados a cerca da percepção do Gestor da Unidade

26. Você acha a realização do TR para sífilis e HIV na USF:

- ( 1 ) Extremamente importante  
( 2 ) Importante  
( 3 ) Pouco importante  
( 4 ) Indiferente  
( 5 ) Não é importante

Justifique.

---

---

---

---

27. Na sua percepção o teste deve ser oferecido a :

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

28. Na sua percepção, numa escala de 0 a 10 classifique quanto à procura dos TR pela população (marcar X na opção):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

29. Justifique

---

---

---

---

## APÊNDICE H - QUESTIONÁRIO GESTOR DA REGIONAL DE SAÚDE

Pesquisa: **AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE HIV E SÍFILIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

### I. Identificação do instrumento

Gestor ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) (marque com X)

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

Entrevistador: \_\_\_\_\_

### II. Identificação do gestor

1. Sexo ( 1 ) Masculino ( 2 ) Feminino
2. Idade (em anos) \_\_\_\_\_
3. Formação acadêmica (graduação): \_\_\_\_\_
4. Tempo de graduado (em anos): \_\_\_\_\_
5. Possui especialização: ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
6. Se sim, em: ( 1 ) Saúde Coletiva/Saúde Pública ( 2 ) Saúde da Família  
Outra ( 3 ) Se outra, especifique: \_\_\_\_\_
7. Tempo de atuação nessa regional de saúde (em meses): \_\_\_\_\_
8. Carga Horária semanal nesse serviço de saúde (em horas): \_\_\_\_\_
9. Você é capacitado para realização de TR? ( 1 ) Sífilis ( 2 ) HIV ( 3 ) Para ambos ( 4 ) Não foi capacitado
10. Tipo de vínculo empregatício: ( 1 ) Servidor efetivo ( 2 ) Contrato ( 3 ) Cargo Comissionado

### III. Caracterização da Regional de Saúde quanto a realização dos Testes Rápidos

11. Existem quantos equipamentos de saúde na Regional? \_\_\_\_\_
12. Quantas são Unidade de Saúde da Família (USF)? \_\_\_\_\_
13. Quantas USF da Regional realizam TR? \_\_\_\_\_
14. Existe na regional um profissional responsável pelos TR? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Se sim, qual a formação acadêmica? \_\_\_\_\_
15. Existe dificuldade no recebimento dos TR na regional? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Se sim, qual? \_\_\_\_\_
16. A quantidade de TR recebida mensalmente é suficiente para atender a demanda das USFs?  
( 1 ) Sim ( 2 ) Não
17. Percebe resistência dos profissionais para a realização dos TR? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Se sim, de qual (is) categoria (s) profissionais? \_\_\_\_\_
18. Algum profissional (nível superior) da regional se nega ou negou a realizar TR?  
( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Se sim, por qual motivo? \_\_\_\_\_
19. São realizados treinamentos contínuos para a realização dos TR? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Se sim, qual a modalidade? \_\_\_\_\_ à distância ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
presencial ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
20. A regional de saúde monitora a realização dos TR nas USF através de:  
Planilha de monitoramento ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
e-SUS ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Visitas técnicas ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Outro ( 1 ) Sim ( 2 ) Não Se outro, especifique \_\_\_\_\_
21. Os profissionais enviam as informações sobre a realização dos TR nas USF de forma sistemática e regular?  
( 1 ) Sim ( 2 ) Não

### IV. Percepção do Gestor a cerca dos Testes Rápidos

22. Na sua percepção os TR devem ser oferecidos a :

Todas as pessoas sexualmente ativas ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

Pessoas com mais de 50 anos ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

Somente para gestantes ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

Somente para população mais vulnerável ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

Outros ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

Se outros, especifique: \_\_\_\_\_

23. Você acha a realização do TR para sífilis e HIV na USF:

( 1 ) Extremamente importante

( 2 ) Importante

( 3 ) Pouco importante

( 4 ) Indiferente

( 5 ) Não é importante

Justifique.

---

---

---

---

24. Na sua percepção, numa escala de 0 a 10 classifique o monitoramento da sua regional de saúde quanto aos TR realizados nas USF (marcar X na opção):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO GESTOR MUNICIPAL DA POLÍTICA DE IST/AIDS

Pesquisa: **AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE HIV E SÍFILIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

### I. Identificação do instrumento

Gestor ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) (marque com X)

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

Entrevistador: \_\_\_\_\_

### II. Identificação do gestor

1. Sexo ( 1 ) Masculino ( 2 ) Feminino
2. Idade (em anos) \_\_\_\_\_
3. Formação acadêmica (graduação): \_\_\_\_\_
4. Tempo de graduado (em anos): \_\_\_\_\_
5. Possui especialização: ( 1 ) Sim ( 2 ) Não
6. Se sim, em: ( 1 ) Saúde Coletiva/Saúde Pública ( 2 ) Saúde da Família  
Outra ( 3 ) Se outra, especifique: \_\_\_\_\_
7. Tempo de atuação nessa função (em meses): \_\_\_\_\_
8. Carga Horária semanal nesse serviço de saúde (em horas): \_\_\_\_\_
9. Você é capacitado para realização de Teste Rápido? ( ) Sífilis ( ) HIV ( 3 ) Para ambos ( 4 ) Não foi capacitado
10. Tipo de vínculo empregatício: ( 1 ) Servidor efetivo ( 2 ) Contrato ( 3 ) Cargo Comissionado

### III. Caracterização da Gestão Municipal quanto a realização dos Testes Rápidos (TR)

11. São realizadas discussões sobre o enfrentamento da sífilis e do HIV no nível central?  
( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Se sim, quem participa? \_\_\_\_\_
12. Na sua opinião, em uma escala de 0 a 10, quanto a estratégia dos TR está sendo prioridade para a gestão municipal (marque X):  
  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Existe um protocolo municipal da realização dos TR ?( 1 ) Sim ( 2 ) Não
14. São destinados recursos municipais para a ampliação da cobertura dos TR na ESF?  
( 1 ) Sim ( 2 ) Não
15. Há investimento para a divulgação dos TR para a população?( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Se sim, qual (is) meio (s)? \_\_\_\_\_
16. Nos boletins epidemiológicos, se dá algum destaque à realização do diagnóstico das IST por TR  
( 1 ) Sim ( 2 ) Não
17. São oferecidas capacitações em TR para os profissionais? ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Se sim, quem promove? \_\_\_\_\_
18. Existe alguma dificuldade no recebimento dos kits de diagnóstico do HIV e Sífilis:  
( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Se sim, qual(is) :  
Governo Federal não enviou ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Governo Estadual não enviou ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Empresa de transportes não entregou ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
Os kits vieram danificados ( 1 ) Sim ( 2 ) Não



O prazo de vencimento era inferior a 60 dias ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

Outros, especifique: \_\_\_\_\_

#### IV. Percepção do Gestor a cerca dos Testes Rápidos

19. Na sua percepção o teste deve ser oferecido a :

Todas as pessoas sexualmente ativas ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

Pessoas com mais de 50 anos ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

Somente para gestantes ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

Somente para população mais vulnerável ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

Outros( 1 ) Sim ( 2 ) Não. Se outros, especifique: \_\_\_\_\_

20. Quais dificuldades e potencialidades você aponta para a efetiva implantação dos TR na Estratégia Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes?

---

---

---

21. Você acha a realização do TR para sífilis e HIV na USF:

( 1 ) Extremamente importante

( 2 ) Importante

( 3 ) Pouco importante

( 4 ) Indiferente

( 5 ) Não é importante

Justifique.

---

---

---

22. Na sua percepção, numa escala de 0 a 10 classifique a integração Vigilância e Atenção Básica no que se refere à realização dos TR na ESF do município (marcar X na opção):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## APÊNDICE J - PROCESSO DE VALIDAÇÃO

**Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE HIV E SÍFILIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**

<b>CARTA CONVITE</b>	Juiz N° ____*
----------------------	---------------

\* Este número seguirá a ordem de recebimento das respostas ao “Modelo Lógico” e as “Matrizes de Análise e Julgamento”, a seguir, sendo esta atribuição exclusiva da pesquisadora responsável Ana Clarissa Luna Gomes, a fim de manter em sigilo tanto as informações de identidade dos Juízes, abaixo especificadas, quanto as respostas para validação dos instrumentos acima mencionados. Ou seja, por ocasião da divulgação dos resultados apenas esse número será usado. Esta ficha será arquivada, sigilosamente, pela pesquisadora supracitada.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Prezado (a) doutor (a), mestre e/ou especialista,

Cumprimentando cordialmente, venho convidar-lhe a participar, voluntariamente, do processo de validação do “Modelo Lógico (ML) da intervenção e das Matrizes de Informação (MI) para Análise e Julgamento do grau de implantação da utilização de Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Estratégia Saúde da Família em Jaboatão dos Guararapes-PE”. O ML e as MI a seguir (“Matriz de Informação – Indicadores utilizados para Apreciação da Estrutura; Indicadores utilizados para Avaliação do Processo; e Indicadores utilizados para Avaliação da influência do Contexto no grau de implantação do uso de testes rápido de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes - PE”), serão utilizados na pesquisa intitulada “Avaliação da implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Estratégia de Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes-PE”, que tem como objetivo geral: avaliar a implantação dos referidos testes no município mencionado. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Instituto Aggeu Magalhães em 10/06/2019 (Parecer N°3.381.553 CAAE: 10119319.1.0000.5190).

Agradeço desde já a sua participação no engrandecimento desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Ana Clarissa Luna Gomes

**1 Nome do Juiz:** \_\_\_\_\_

**2 Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**3 Título de especialista em Saúde Pública/ Saúde Coletiva/Saúde da Família:**

1|  Não

2|  Sim. Especificar \_\_\_\_\_

3|  Outra(s) pós-graduação? Especificar \_\_\_\_\_

## APÊNDICE K - RESULTADO DA VALIDAÇÃO

Os resultados apresentados a seguir, são referentes as opiniões dos juízes no processo de validação do Modelo Lógico (ML) e das Matrizes de Análise e Julgamento (MAJ).

**Quadro 1** - Proporção de concordância dos juízes e os respectivos índices de validade de conteúdo em nível de item (I-CVI) da Validação do **Modelo Lógico** (Indicadores de Produto, de Resultado e de Impacto) do grau de implantação do uso de teste rápido para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE, 2020.

Continua

Itens	Discordância		Concordância			I-CVI	Valor p (*)
	Total	Parcial	Parcial	Total	∑ (%)		
% de atividades de divulgação dos TR para a população e profissionais de saúde, realizadas com investimentos financeiros municipais.			3	2	5 (100)	1	0,00939 (**)
Protocolo Municipal de diretrizes e estratégias da política de ampliação do diagnóstico de sífilis e HIV construído com adequações à realidade do município.				5	5 (100)	1	0,00939 (**)
Grupo Técnico formado para discussões sobre o enfrentamento da epidemia do HIV e da Sífilis em Jaboatão dos Guararapes.			2	3	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais da ESF capacitados em aconselhamento e uso dos TR (HIV e sífilis), por categoria de nível superior, para executar essas atividades em sua USF.			2	3	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF com ambiente adequado para armazenamento dos Kits de TR.			1	4	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF com ambiente que garanta o sigilo durante o processo de aconselhamento/testagem/revelação do diagnóstico.		1	2	2	4 (80)	0,8	0,0352 (**)
Nº de USF com Kits completos para execução dos TR (HIV e sífilis).	1			4	4 (80)	0,8	0,0352 (**)
Nº de USF com EPI para os profissionais executores dos TR (HIV e sífilis).				5	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de grupos populacionais prioritários (*) assistidos na USF, contemplados com TR (HIV e sífilis). (*) Grupos prioritários: Gestantes/Puérperas (aborto, natimorto, feto vivo); Pessoas com Tuberculose; Pessoas com Infecção Sexualmente Transmissível (incluindo os parceiros); e casos de Acidente Ocupacional.			1	4	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais executores dos TR (HIV e sífilis) na USF, que realizam aconselhamento pré e pós testagem.			1	4	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF que realiza TR (HIV e sífilis) por demanda espontânea.				5	5 (100)	1	0,00939 (**)

**Quadro 1** - Proporção de concordância dos juízes e os respectivos índices de validade de conteúdo em nível de item (I-CVI) da Validação do **Modelo Lógico** (Indicadores de Produto, de Resultado e de Impacto) do grau de implantação do uso de teste rápido para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE, 2020.

(Continuação)

Itens	Discordância		Concordância			I-CVI	Valor p (*)
	Total	Parcial	Parcial	Total	∑ (%)		
Nº de USF com serviço de referência para encaminhamento dos casos diagnosticados com Infecção Sexualmente Transmissível.			1	4	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF com referência laboratorial para garantia de acesso à exames complementares para confirmação do diagnóstico.				5	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de resultados dos exames complementares realizados para confirmação do diagnóstico, disponibilizados em tempo oportuno.			3	2	5 (100)	1	0,00939 (**)
Melhoria da qualidade da atenção aos usuários da USF, especialmente aos grupos populacionais prioritários.				5	5 (100)	1	0,00939 (**)
Usuários testados para o HIV e sífilis, com estratégias para redução de risco às IST.			2	3	5 (100)	1	0,00939 (**)
Usuários reagentes (HIV e/ou sífilis) com estratégias de tratamento estabelecidas.			1	4	5 (100)	1	0,00939 (**)
Diminuição da morbidade por HIV e sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE.				5	5 (100)	1	0,00939 (**)
Diminuição da incidência do HIV e sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE.			2	3	5 (100)	1	0,00939 (**)
Diminuição da prevalência do HIV e sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE.			2	3	5 (100)	1	0,00939 (**)
Diminuição da mortalidade por HIV e sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE.			1	4	5 (100)	1	0,00939 (**)
<b>Média = 0,98</b>							

**Fonte:** Autora.

**Nota:** Coeficiente de Validade I-CVI  $\geq 0,80$ . (\*) **Teste Binominal**, através do valor p da proporção, rejeitando-se a  $H_0$  se o  $p \leq 0,8$ . (\*\*) **Itens Validados** ao nível de significância  $\leq 0,05$ . **Média** =  $\sum$  de pontos de concordância (= 103) dividido pelo N° de juízes (=5) e esse resultado dividido pelo N° de itens avaliados (= 21).

**Quadro 2** - Proporção de concordância dos juízes e os respectivos índices de validade de conteúdo em nível de item (I-CVI) da Validação da **Matriz de Análise e Julgamento** do grau de implantação do uso de teste rápido para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE- Componente **Estrutura** das USF intencionalmente selecionadas, 2020.

Itens	Discordância		Concordância			I-CVI	Valor p (*)
	Total	Parcial	Parcial	Total	∑ (%)		
Nº de profissionais, por categoria de nível superior, capacitados e executando os TR em sua USF.			3	2	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF com sala disponível para a realização dos TR.	1		2	2	4 (80)	0,80	0,0352 (**)
Nº de gestores de USF que refere existir ambiente que garanta o sigilo durante o processo de aconselhamento/testagem/revelação do diagnóstico.			4	1	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF com ambiente que garanta o sigilo durante o processo de aconselhamento/testagem/revelação do diagnóstico.			1	4	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF com ambiente adequado para armazenamento dos Kits de TR.			1	4	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF com sala de espera para os usuários que aguardam o aconselhamento/testagem.		1	3	1	4 (80)	0,8	0,0352 (**)
Nº de USF que possui mesa ou superfície lisa (plana) disponível para a testagem.			4	1	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF com computador para registro dos TR realizados no e-SUS AB.			3	2	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF com Kit para diagnóstico do HIV (1º e 2º teste, de metodologia diferente).	1			4	4 (80)	0,8	0,0352 (**)
Nº de USF com Kit para diagnóstico da sífilis	1			4	4 (80)	0,8	0,0352 (**)
Nº de USF que possuía álcool a 70%, (na testagem)			2	3	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF que possuía algodão (na testagem)			3	2	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF que possuía recipiente para descarte de perfuro-cortantes, no momento da testagem.			2	3	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF que possuía lixeira para lixo comum, no momento da testagem.			2	3	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF que possuía lixeira para lixo contaminado, no momento da testagem.			1	4	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF com livro para registro dos TR.			2	3	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF com ficha para registro dos TR.			2	3	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF com ficha laudo para registro dos TR.				5	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais que possuía luvas de procedimento, no momento da testagem.				5	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais que possuía óculos de proteção, no momento da testagem.			1	4	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais que possuía jaleco, no momento da testagem.			1	4	5 (100)	1	0,00939 (**)
<b>Média = 0,96</b>							

**Fonte: Autores.**

**Nota: Coeficiente de Validade I-CVI  $\geq 0,80$ .** (\*) **Teste Binominal**, através do valor p da proporção, rejeitando-se a  $H_0$  se o  $p \leq 0,8$ . (\*\*) **Itens Validados** ao nível de significância  $\leq 0,05$ . **Média** =  $\sum$  de pontos de concordância (= 101) dividido pelo Nº de juízes (=5) e esse resultado dividido pelo Nº de itens avaliados (= 21).

**Quadro 3** - Proporção de concordância dos juízes e os respectivos índices de validade de conteúdo em nível de item (I-CVI) da Validação da **Matriz de Análise e Julgamento** do grau de implantação do uso de teste rápido para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE- Componente **Processo** das USF intencionalmente selecionadas, 2020.

**Continua**

Itens	Discordância		Concordância			I-CVI	Valor p (*)
	Total	Parcial	Parcial	Total	∑ (%)		
Nº de profissionais que relatam realizar "sempre" o Aconselhamento em casos de IST			2	3	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais que relatam realizar Aconselhamento pré e pós-testagem				5	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais executores que reconhecem a importância do Aconselhamento				5	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional investiga motivo da procura pela testagem			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional identifica o conhecimento do usuário sobre IST/AIDS				5	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional investiga histórico de IST			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional identifica as condições de vulnerabilidade			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
O Profissional investiga parcerias sexuais				5	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional investiga práticas preventivas adotadas pelo usuário			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional discute as implicações dos resultados na vida do usuário			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional informa sobre sigilo e confidencialidade				5	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional oferece orientações sobre medidas preventivas			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional informa sobre a disponibilização dos insumos de prevenção (preservativos)				5	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional explica o processo de testagem			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional explica o que é "janela imunológica"			3	2	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional explica o significado do resultado				5	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional reforça informações sobre medidas preventivas			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
A profissional agenda nova coleta (em caso de possível "janela imunológica")			2	3	5(100)	1	0,00939 (**)
O profissional esclarece dúvidas			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais que refere que os TR são realizados "diariamente" na sua USF				5	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais que refere que na sua USF os TR são realizados por demanda espontânea			2	3	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais que refere realizar os registros do TR após a testagem			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de grupos populacionais prioritários contemplados com TR			3	2	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de gestores que conhece o quantitativo de TR utilizados mensalmente na sua USF				5	5(100)	1	0,00939 (**)

**Quadro 3** - Proporção de concordância dos juízes e os respectivos índices de validade de conteúdo em nível de item (I-CVI) da Validação da **Matriz de Análise e Julgamento** do grau de implantação do uso de teste rápido para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE– Componente **Processo** das USF intencionalmente selecionadas, 2020.

(Continuação)

Itens	Discordância		Concordância			I-CVI	Valor p (*)
	Total	Parcial	Parcial	Total	∑ (%)		
Nº de gestores de USF que refere estoque suficiente para a demanda			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de gestores de USF que conhece a periodicidade de recebimento dos kits de testagem			2	3	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF que não teve perda de kits por estar fora da validade			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
<b>Média = 1</b>							

**Fonte:** Autores.

**Nota:** Coeficiente de Validade I-CVI  $\geq 0,80$ . (\*) **Teste Binominal**, através do valor p da proporção, rejeitando-se a  $H_0$  se o  $p \leq 0,8$ . (\*\*) **Itens Validados** ao nível de significância  $\leq 0,05$ . **Média** =  $\sum$  de pontos de concordância (= 135) dividido pelo Nº de juízes (=5) e esse resultado dividido pelo Nº de itens avaliados (= 27).

**Quadro 4** - Proporção de concordância dos juízes e os respectivos índices de validade de conteúdo em nível de item (I-CVI) da Validação da **Matriz de Análise e Julgamento** do grau de implantação do uso de teste rápido para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE– Componente **Processo** das USF aleatoriamente selecionadas, 2020.

Itens	Discordância		Concordância			I-CVI	Valor p (*)
	Total	Parcial	Parcial	Total	∑ (%)		
Nº de grupos populacionais prioritários contemplados com TR			3	2	5 (100)	1	0,00939 (**)
No de meses com preenchimento completo da planilha de monitoramento				5	5 (100)	1	0,00939 (**)
No de meses sem estoque zerado			2	3	5 (100)	1	0,00939 (**)
No de meses que recebeu TR			1	4	5 (100)	1	0,00939 (**)
No de meses com pedido realizado			1	4	5 (100)	1	0,00939 (**)
Nº de categorias profissionais (nível superior) que preenchem a planilha de monitoramento			2	3	5 (100)	1	0,00939 (**)
<b>Média = 1</b>							

**Fonte:** Autores.

**Nota:** Coeficiente de Validade I-CVI  $\geq 0,80$ . (\*) **Teste Binominal**, através do valor p da proporção, rejeitando-se a  $H_0$  se o  $p \leq 0,8$ . (\*\*) **Itens Validados** ao nível de significância  $\leq 0,05$ . **Média** =  $\sum$  de pontos de concordância (= 30) dividido pelo Nº de juízes (=5) e esse resultado dividido pelo Nº de itens avaliados (= 6).

**Quadro 5** - Proporção de concordância dos juízes e os respectivos índices de validade de conteúdo em nível de item (I-CVI) da Validação da **Matriz de Análise e Julgamento** do grau de implantação do uso de teste rápido para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE– Componente **Contexto interno** das USF intencionalmente selecionadas, 2020.

Itens	Discordância		Concordância			I-CVI	Valor p (*)
	Total	Parcial	Parcial	Total	∑ (%)		
Nº de profissionais que refere existência de acesso do usuário a rede de referência em IST				5	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais que refere existência de contra referência dos casos encaminhados			2	3	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais que refere existência de acesso do usuário à exames complementares			2	3	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais que refere que os resultados dos exames complementares são disponibilizados em tempo oportuno				5	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais executores que reconhecem a realização dos TR como sua atribuição			3	2	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de profissionais (gestores e executores) que relatam os testes rápidos como sendo "extremamente importante"			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
<b>Média = 1</b>							

**Fonte:** Autores.

**Nota:** Coeficiente de Validade I-CVI  $\geq 0,80$ . (\*) **Teste Binominal**, através do valor p da proporção, rejeitando-se a H0 se o  $p \leq 0,8$ . (\*\*) **Itens Validados** ao nível de significância  $\leq 0,05$ . **Média** =  $\sum$  de pontos de concordância (= 30) dividido pelo Nº de juízes (=5) e esse resultado dividido pelo Nº de itens avaliados (= 6).

**Quadro 6** - Proporção de concordância dos juízes e os respectivos índices de validade de conteúdo em nível de item (I-CVI) da Validação da **Matriz de Análise e Julgamento** do grau de implantação do uso de teste rápido para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE– Componente **Contexto externo** das USF intencionalmente selecionadas, 2020.

Itens	Discordância		Concordância			I-CVI	Valor p (*)
	Total	Parcial	Parcial	Total	∑ (%)		
Existência de protocolo municipal da política de prevenção, diagnóstico e assistência aos portadores de IST/AIDS com adequações à realidade do município.			2	3	5(100)	1	0,00939 (**)
Existência de sanitarista nas Regionais de Saúde.			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
Gestor da Política Municipal de HIV e Sífilis com especialização em Saúde Coletiva/Saúde Pública.			2	3	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de gestores de RS que relata realização de treinamentos contínuos sobre TR para os profissionais.			2	3	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de gestores de RS que refere não ter tido dificuldade no recebimento de TR.			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de gestores de RS que refere receber quantidade de Kits de TR suficiente para atender a demanda.			2	3	5(100)	1	0,00939 (**)

**Continua**



**Quadro 6** - Proporção de concordância dos juízes e os respectivos índices de validade de conteúdo em nível de item (I-CVI) da Validação da **Matriz de Análise e Julgamento** do grau de implantação do uso de teste rápido para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE- Componente **Contexto externo** das USF intencionalmente selecionadas, 2020.

(Continuação)

Itens	Discordância		Concordância			I-CVI	Valor p (*)
	Total	Parcial	Parcial	Total	∑ (%)		
Nº de gestores de RS que relata receber das USF as informações dos TR, de forma regular e sistemática.			2	3	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de gestores de RS que relata existir monitoramento dos TR na sua regional.			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
Gestores de Regional de Saúde com especialização em Saúde Coletiva/Saúde Pública.			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de USF na RS que realiza testes rápidos de HIV e Sífilis			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
Destinação de recursos municipais para implementação dos TR			2	3	5(100)	1	0,00939 (**)
Capacitação para os profissionais da Estratégia Saúde da Família				5	5(100)	1	0,00939 (**)
Investimentos municipais em divulgação para a população e para profissionais				5	5(100)	1	0,00939 (**)
Elaboração de boletins epidemiológicos em IST			2	3	5(100)	1	0,00939 (**)
Realização de discussões sobre o enfrentamento do HIV e da Sífilis				5	5(100)	1	0,00939 (**)
Nº de gestores de RS que relata não haver resistência dos profissionais em realizar TR			1	4	5(100)	1	0,00939 (**)
<b>Média=1</b>							

**Fonte:** Autores.

**Nota:** Coeficiente de Validade I-CVI  $\geq 0,80$ . (\*) **Teste Binominal**, através do valor p da proporção, rejeitando-se a H0 se o p  $\leq 0,8$ . (\*\*) **Itens Validados** ao nível de significância  $\leq 0,05$ . **Média** =  $\sum$  de pontos de concordância (= 80) dividido pelo Nº de juízes (=5) e esse resultado dividido pelo Nº de itens avaliados (= 16).

Quadro 7 - Proporção de concordância dos juízes e os respectivos índices de validade de conteúdo em nível de escala (S-CVI) da Validação do Modelo Lógico e das Matrizes de Análise e Julgamento (Indicadores de Produto, de Resultado e de Impacto) do grau de implantação do uso de teste rápido para diagnóstico de HIV e Sífilis em Jaboatão dos Guararapes-PE, 2020.

Juízes	Discordância		Concordância			S-CVI/AVE	
	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	$\Sigma$ (%)		
ML	1		1	20	21 (100,0)	1	
	2		9	12	21 (100,0)	1	
	3		1	20	21 (100,0)	1	
	4	1	1	10	9	19 (90,5)	0,90
	5			3	18	21 (100,0)	1
<b>S-CVI 4,90/5 = 0,98</b>							
MAJ - Estrutura	1		5	16	21 (100,0)	1	
	2		12	9	21 (100,0)	1	
	3		7	14	21 (100,0)	1	
	4	3	1	4	13	17 (80,9)	0,81
	5			9	12	21 (100,0)	1
<b>S-CVI 4,81/5 = 0,96</b>							
MAJ - Processo	1		0	32	32(100)	1	
	2		18	14	32(100)	1	
	3		10	22	32(100)	1	
	4		4	28	32(100)	1	
	5			0	32	32(100)	1
<b>S-CVI 5/5 = 1</b>							
MAJ - Contexto	1		0	22	22(100)	1	
	2		10	12	22(100)	1	
	3		14	8	22(100)	1	
	4		4	18	22(100)	1	
	5			0	22	22(100)	1
<b>S-CVI 5/5 = 1</b>							

Fonte: Autora.

Nota: Coeficiente de Validade = S-CVI  $\geq$  0,90

## ANEXO A

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GABINETE

Anuência nº 07/2019

Jaboatão dos Guararapes, 08 de março de 2019.

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **ANA CLARISSA LUNA GOMES**, discente do Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ), a realizar a pesquisa intitulada "**AValiação DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE HIV E SÍFILIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**".

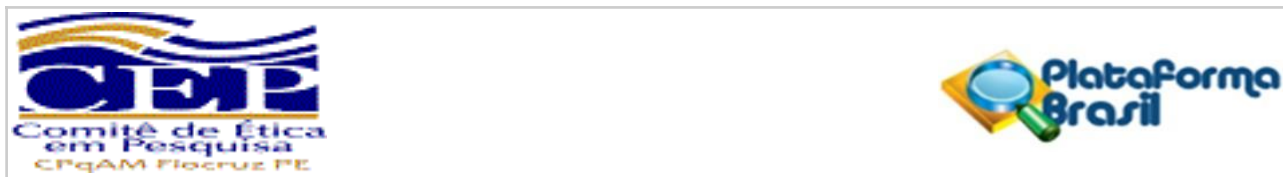
Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos. Assim, devem manter o sigilo dos dados e garantir que não haverá qualquer prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, bem como não haverá nenhuma despesa para o Município que seja decorrente da participação da pesquisa.

Antes de iniciar a coleta de dados, o pesquisador deve apresentar à Instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP e, no caso de não cumprimento dos itens acima, haverá a liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Ana Maria Albuquerque  
Secretária Executiva de  
Atenção a Saúde - PMJG  
Mat. 4.0911230.1

  
Carlos Fernando Ferrreira da Silva Filho  
Secretário Municipal de Saúde

## ANEXO B

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE HIV E SÍFILIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE.

**Pesquisador:** Ana Clarissa Luna Gomes

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10119319.1.0000.5190

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.381.553

**Apresentação do Projeto:**

O estudo constitui-se de uma pesquisa avaliativa do tipo "análise de implantação". Será utilizada como estratégia, a pesquisa do tipo "estudo de caso único integrado", a fim de propor uma investigação do fenômeno em profundidade e no seu contexto de vida real.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar a implantação dos Testes Rápidos (TRs) para o diagnóstico de HIV e sífilis na Estratégia Saúde da Família (ESF), em Jaboatão dos Guararapes.

Objetivo Secundário:

Construir um Modelo Lógico do diagnóstico de HIV e sífilis utilizando testes rápidos; Avaliar o grau de implantação da estrutura e do processo para o diagnóstico de HIV e Sífilis

usando TRs na ESF de Jaboatão dos Guararapes; Analisar a influência dos fatores contextuais (políticos, estruturais e de processo) na variação do grau de implantação dos TRs para HIV e Sífilis, na ESF de Jaboatão dos Guararapes. Elaborar, com base nos resultados deste estudo, um Plano de Intervenção para melhoria deste serviço no município.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Todos os riscos e benefícios estão de acordo com a resolução da 466/12

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Todas as pendências foram reparadas e os documentos foram reajustados

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A carta de anuência da instituição foi anexada

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto de pesquisa está de acordo com as exigências da resolução 466/12.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisa ser feita a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa.

#### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1313789.pdf	24/05/2019 10:30:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.pdf	24/05/2019 10:29:30	Ana Clarissa Luna Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	24/05/2019 10:14:46	Ana Clarissa Luna Gomes	Aceito
Outros	CARTA DE RESPOSTA AS PENDENCIAS. docx	24/05/2019 09:58:49	Ana Clarissa Luna Gomes	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	24/05/2019 09:34:29	Ana Clarissa Luna Gomes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	24/05/2019 09:32:11	Ana Clarissa Luna Gomes	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	13/03/2019 12:53:55	Ana Clarissa Luna Gomes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodecompromisso.pdf	13/03/2019 12:53:37	Ana Clarissa Luna Gomes	Aceito

Continuação do Parecer: 3.381.553

Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	13/03/2019 12:53:18	Ana Clarissa Luna Gomes	Aceito
----------------	------------------	------------------------	----------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 10 de Junho de 2019.

---

Assinado por:

**Maria Almerice Lopes da Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/n°**Bairro:** Cidade Universitária**CEP:** 50.670-420**UF:** PE**Município:** RECIFE**Telefone:** (81) 2101-2639**FAX:** (81) 2101-2639**E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br