

“Avaliação do processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no estado do Rio de Janeiro: a percepção dos usuários e profissionais de saúde”

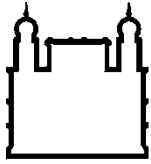
por

Paula Guidone Pereira

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Margareth Crisóstomo Portela
Segundo orientador: Prof. Dr. Mauricio Teixeira Leite de Vasconcellos*

Rio de Janeiro, julho de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Avaliação do processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no estado do Rio de Janeiro: a percepção dos usuários e profissionais de saúde”

apresentada por

Paula Guidone Pereira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ruth Khalili Friedman

Prof.^a Dr.^a Mônica Siqueira Malta

Prof.^a Dr.^a Margareth Crisóstomo Portela – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 29 de julho de 2011.

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 29 de julho de 2011.

Paula Guidone Pereira

CG/Fa

Aos meus familiares e amigos que norteiam
a minha vida. Em especial ao meu marido
Mario por todo amor, apoio, incentivo, e
ajuda; e a minha filha Maria Clara por ser a
razão de minha felicidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por mais essa conquista.

Ao meu marido Mario por toda compreensão e respeito nas horas de silêncio, reflexões e ausências ao longo desse período. Por toda a sua ajuda e pelo auxílio nas escutas, leituras e correções. Pelo incansável apoio e incentivo na realização desse sonho.

A minha filha Maria Clara, razão da minha vida, que aprendeu a dividir minha atenção com esse projeto. Por toda sua felicidade e incentivo com um sorriso, aceitando minha ausência entre uma mamada e outra.

Aos meus familiares, em especial pais, irmãs, tios e sobrinhas, por terem compreendido a minha ausência e por sempre acreditarem em mim. Principalmente aos meus pais e a Tia Cláudia que muito se esforçaram para cuidar da Maria Clara nos momentos de minha ausência.

Aos meus orientadores Margareth e Maurício pelo incentivo, carinho, respeito, confiança e paciência. Sem vocês, tenho certeza, que esta trajetória seria muito mais difícil.

Aos amigos que direta ou indiretamente me ajudaram a chegar até aqui com sorrisos, ajudas e palavras animadoras.

Aos colegas de trabalho e especialmente aos chefes de serviço que me compreenderam e me auxiliaram nas inúmeras trocas de horário de trabalho.

A todos os meus colegas de mestrado pela agradável convivência e aprendizado. Em especial agradeço a amizade de Priscilla, Henrique e Nidilaine pela troca de experiências e pelas momentos compartilhados.

À Gerência de DST/AIDS/Hepatites da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro que autorizou a realização deste trabalho, e aos colegas aconselhadores e usuários dos serviços visitados, sem a colaboração e disponibilidade de vocês esta pesquisa não seria concluída.

Por fim, agradeço a esta renomada instituição por ter me dado à oportunidade de aprender e partilhar conhecimentos com mestres tão competentes e ilustres.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	VII
LISTA DE QUADROS E FIGURAS	VIII
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	IX
RESUMO	X
ABSTRACT	XI
1. APRESENTAÇÃO	1
2. MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO	5
2.1 O CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO: UMA ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA.	5
2.2 ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE	13
2.3 AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	16
2.4 SATISFAÇÃO E PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	17
3. MÉTODOS	20
3.1 DESENHO DO ESTUDO	20
3.2 AMOSTRA.....	20
3.2.1 População de pesquisa.....	21
3.2.2 Estratificação da amostra	21
3.2.3 Tamanho da amostra e alocação do tamanho	22
3.2.4 Seleção dos turnos de aconselhamento.....	23
3.2.5 Seleção de profissionais e usuários.....	23
3.2.6 Expansão da amostra.....	23
3.2.7 Amostra efetiva.....	24
3.3 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	25
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
3.5 QUESTÕES ÉTICAS	27
4. RESULTADOS.....	29
4.1 ANÁLISES BIVARIADAS RELACIONANDO SATISFAÇÃO E PERFIL DOS USUÁRIOS E ACONSELHADORES.	29
4.2 APRESENTAÇÃO DOS ASPECTOS GERAIS E DESCRIÇÃO DA INFRA-ESTRUTURA	32
4.3 PERCEPÇÃO DO ACOLHIMENTO.....	36
4.4 DESCRIÇÃO DA RELAÇÃO USUÁRIO – PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	41
4.5 EFEITO NO COMPORTAMENTO DO USUÁRIO (OU RESOLUTIVIDADE)	44
4.6 TERRITORIALIDADE	46
4.7 INFORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO.....	49
4.8 ACESSO E DISPONIBILIDADE.....	51
5. DISCUSSÃO.....	56
5.1 QUANTO AO PERFIL DOS CTA, FRENTE ÀS QUESTÕES NORMATIVAS	56
5.2 VANTAGENS E LIMITES DO ESTUDO.	62
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES.....	72
APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS.	73
APÊNDICE 2: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.	76
ANEXOS	79
ANEXO 1: CÓPIA DO DOCUMENTO DE CIÊNCIA E APOIO A REALIZAÇÃO DA PESQUISA PELA SESDEC RJ.....	80
ANEXO 2: MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	81

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – NÚMERO MÉDIO DE ATENDIMENTOS POR MÊS E TURNO DE FUNCIONAMENTO, SEGUNDO OS CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO.	21
TABELA 2 – ALOCAÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA DE TURNOS E TAMANHO DA AMOSTRA DE USUÁRIOS.	22
TABELA 3 - TAMANHO PREVISTO E REALIZADO DAS AMOSTRAS DE TURNOS, USUÁRIOS E PROFISSIONAIS	265
TABELA 4. GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. ANÁLISES BIVARIADAS RELACIONANDO SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO E VARIÁVEIS EXPLICATIVAS POTENCIAIS.....	30
TABELA 5. GRAU DE SATISFAÇÃO DOS ACONSELHADORES COM OS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. ANÁLISES BIVARIADAS RELACIONANDO SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO E VARIÁVEIS EXPLICATIVAS POTENCIAIS.....	32
TABELA 6. GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO À INFRA-ESTRUTURA.....	34
TABELA 7. GRAU DE SATISFAÇÃO DOS ACONSELHADORES DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO À INFRA-ESTRUTURA.....	35
TABELA 8. GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO AO ACOLHIMENTO.....	37
TABELA 9. A PERCEÇÃO DOS ACONSELHADORES DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO AO ACOLHIMENTO.....	40
TABELA 10. A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO SOBRE SUA RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	42
TABELA 11. A PERCEÇÃO DOS ACONSELHADORES DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO SOBRE A RELAÇÃO USUÁRIOS-PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	43
TABELA 12. A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO AO EFEITO NO COMPORTAMENTO DO INDIVÍDUO E RESOLUTIVIDADE.....	44
TABELA 13. A PERCEÇÃO DOS ACONSELHADORES DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO AO EFEITO NO COMPORTAMENTO DO INDIVÍDUO E RESOLUTIVIDADE.	46
TABELA 14. A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO À TERRITORIALIDADE.....	47
TABELA 15. A PERCEÇÃO DOS ACONSELHADORES DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO À TERRITORIALIDADE.....	48
TABELA 16. A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO À INFORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO.....	49
TABELA 17. A PERCEÇÃO DOS ACONSELHADORES DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO À INFORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO.....	50
TABELA 18. A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO AO ACESSO E DISPONIBILIDADE.	53
TABELA 19. A PERCEÇÃO DOS ACONSELHADORES DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇÃO AO ACESSO E DISPONIBILIDADE.	55

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1 – ESTRUTURA ANALÍTICA, INDICADORES ESPECÍFICOS E PERGUNTAS RELACIONADAS.	26
FIGURA 1: NÚMERO DE VEZES QUE O USUÁRIO UTILIZOU O SERVIÇO DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	33
FIGURA 2: TEMPO DE SERVIÇO DO ACONSELHADOR NOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	33
FIGURA 3: MOTIVOS DOS USUÁRIOS E ACONSELHADORES DOS CTA DO RIO DE JANEIRO ACHAREM O ACONSELHAMENTO COLETIVO IMPORTANTE.....	36
FIGURA 4: TEMPO DE ESPERA REFERIDO PELOS USUÁRIOS PARA SER ATENDIDO NOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	38
FIGURA 5: TEMPO PREVISTO PARA ENTREGA DO RESULTADO DO EXAME DE HIV NOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	38
FIGURA 6 – DURAÇÃO DO ATENDIMENTO SEGUNDO OS USUÁRIOS E TEMPO EM MÉDIA DO ACONSELHAMENTO SEGUNDO OS ACONSELHADORES DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.	41
FIGURA 7 – PERCEPÇÃO SOBRE OS ACONSELHADORES SEGUNDO OS USUÁRIOS DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	42
FIGURA 8 – VISÃO DO ACONSELHADOR SOBRE O ACONSELHAMENTO NOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	44
FIGURA 9 – COMPORTAMENTO DE RISCO CONSIDERADO PELOS USUÁRIOS DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	45
FIGURA 10 – MOTIVO PARA NÃO MUDAR O COMPORTAMENTO DE RISCO ENTRE USUÁRIOS DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	45
FIGURA 11 – MOTIVO DO ACONSELHAMENTO SER FACILITADOR DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO, SEGUNDO OS ACONSELHADORES DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.	46
FIGURA 12 – MOTIVO DA QUALIDADE DO FLUXO DE ENCAMINHAMENTO SER REGULAR OU RUIM, SEGUNDO OS ACONSELHADORES DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.	48
FIGURA 13 – ENCAMINHAMENTO NECESSÁRIO E REALIZADO NOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	49
FIGURA 14 – ATITUDE DOS USUÁRIOS DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO SE NÃO FOSSEM BEM ATENDIDOS.	50
FIGURA 15 – QUEIXA QUE O ACONSELHADOR JÁ RECEBEU DOS USUÁRIOS NOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.	51
FIGURA 16 – SERVIÇO QUE OS USUÁRIOS DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO JÁ UTILIZARAM E ACHAM A METODOLOGIA SIMILAR.	51
FIGURA 17 – TEMPO DE TRÂNSITO ENTRE A RESIDÊNCIA E O SERVIÇO, REFERIDO PELOS USUÁRIOS DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	52
FIGURA 18 – MOTIVO REFERIDO PELOS USUÁRIOS DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO PARA INDICAR OS SERVIÇOS PARA OUTRAS PESSOAS.....	53
FIGURA 19: SERVIÇO QUE O ACONSELHADOR CONHECE COM METODOLOGIA SIMILAR A UTILIZADA NOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	54
FIGURA 20: MOTIVO DE INDICAÇÃO DO SERVIÇO PELOS USUÁRIOS, SEGUNDO OS ACONSELHADORES DOS CTA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	54

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AC	Aconselhamento Coletivo
AI	Aconselhamento Individual
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
APAC	Autorizações de Procedimentos de Alto Custo/ Complexidade
AZT	Zidovudina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAS	Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico em DST/AIDS
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GTISP	Grupo de Trabalho em Informação em Saúde e População
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
SAS	Statistical Analysis System
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SICLOM	Sistema de Controle e Logística de Medicamentos
SI-CTA	Sistema de Informação para Centro de Testagem e Aconselhamento
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo avaliar o processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado do Rio de Janeiro, tendo como base a percepção dos usuários e dos profissionais de saúde. Foi realizado inquérito populacional com aplicação de questionário estruturado para 117 usuários, selecionados através de uma amostra estratificada aleatória, e em 14 aconselhadores de 9 CTA. A análise foi realizada de forma quantitativa, avaliando o grau de satisfação nos indicadores de infra-estrutura, acolhimento, relação usuário-aconselhador, efeito no comportamento do usuário (ou resolutividade), territorialidade, informação e participação na gestão, e acesso e disponibilidade. Dos usuários entrevistados 53,8% referiram estar muito satisfeitos com o serviço oferecido, e 42,7% satisfeitos, segundo análise do conjunto dos indicadores. Grande parte dos profissionais de saúde entrevistados (81,2%), também, disseram estar satisfeitos. Embora tenha sido encontrado um alto índice de satisfação, algumas queixas foram apontadas, demonstrando que alguns avanços são necessários para normatização e qualificação dos serviços, no intuito de implementar e/ou aperfeiçoar as ações estratégicas para o setor e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade do serviço prestado.

Palavras-chave: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Centrada no paciente; Satisfação e percepção de usuários e profissionais de saúde.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the counseling pre-test process in the Counseling and Testing Centers (CTC) of the state of Rio de Janeiro, based on the users and health professionals' perceptions. Population survey was conducted with a structured questionnaire to 117 users, selected through a random stratified sample, and to 14 advisors from 9 ATC. The analysis was performed as a quantitative way, evaluating the satisfaction degree in the indicators of infrastructure, host, user-advisor relationship, effect on user behavior (or solving), territoriality, information and participation in management, and access and availability. From the users surveyed, 58% reported being very satisfied with the service offered, and 42.7% satisfied, according to an analysis of all indicators. Most health professionals surveyed (81.2%) also said they are satisfied. Although has been found a high level of satisfaction, some complaints were pointed, demonstrating that some improvements are needed for services standardization and qualification, in order to implement and / or improve the strategic actions for the section and thus contribute to improving the service provided quality.

Keywords: Counseling and Testing Center (CTC); Patient-Centered Care; Satisfaction and perception of users and health professionals.

1. APRESENTAÇÃO

A aids sofreu grandes alterações na sua história, passando de uma doença com rápido desfecho letal para uma doença crônica, com longo período assintomático. Além disso, também se pode observar mudanças no seu perfil epidemiológico como a pauperização, interiorização, feminização, heterossexualização e a infecção pelo vírus em pessoas de maior idade¹.

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) funcionam como uma alternativa do serviço de saúde devendo oferecer educação e aconselhamento, atingindo o maior número de usuários e ampliando as ações de prevenção. Além dessas atividades, também compete a esses centros oferecer testagem para HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) de forma gratuita e confidencial. O aconselhamento está focado em uma abordagem centrada no usuário, onde os valores, conhecimentos, crenças, cultura e expectativas dos usuários e familiares são incluídos no planejamento do cuidado em saúde, através de uma escuta ativa².

O desempenho dos CTA pode ser influenciado por diversos aspectos, comprometendo positivamente ou negativamente a qualidade dos cuidados prestados. A minha experiência profissional em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) localizado no Estado do Rio de Janeiro, há 5 anos, como gestora do serviço, me permitiu observar a necessidade de avaliar o processo de aconselhamento como um caminho de enfrentamento da epidemia da aids.

Essas questões transformaram-se em grandes inquietações, suscitando o desejo de compreender a real situação, por entender sua importância: i) para a saúde pública, no que se relaciona às atividades para o controle da transmissão e diagnóstico precoce do vírus HIV; ii) para a gestão, devido a necessidade de avaliar e planejar as ações; iii) e para a sociedade, para que possa exercer um controle social sobre a epidemia da aids e sobre as atividades realizadas pelos serviços públicos.

Mais de duas décadas se passaram após a implantação do primeiro CTA e muitas mudanças no perfil epidemiológico da infecção pelo HIV aconteceram¹. Alguns estudos neste período avaliaram esses serviços, como o “*Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil*”, que realizou uma análise exploratória descritiva. Os resultados mostram uma diversidade de CTA, com diferentes formas de organização associadas ao período de implantação, às prioridades da oferta de diagnóstico e à evolução da epidemia. Além disso, observa-se que alguns CTA

apresentam estrutura precária, populações prioritárias com dificuldade de acesso, oferta burocrática de insumos e baixa resolutividade na oferta de diagnóstico³.

Outro estudo realizado por Minayo *et al.* (1999) avaliou os serviços de Centro de Testagem e Aconselhamento do Nordeste, analisando as relações, percepções e representações do conjunto de atores e efetuando uma auto-avaliação dos profissionais, que levaram à conclusão de que nenhum dos serviços investigados poderia ser classificado como de excelência⁴. Porém essa pesquisa foi realizada na implantação do Centro de Orientação e Apoio Sorológico, quando ainda assim eram chamados os CTA, e apenas na região Nordeste. Desde então, nenhum trabalho foi realizado com objetivo de avaliar o processo de aconselhamento sob a perspectiva do usuário e dos profissionais de saúde nos CTA.

A avaliação da satisfação de usuário e da percepção dos profissionais de saúde será de grande importância para apreender: (1) o que pensam os usuários sobre o serviço; (2) como percebem o seu funcionamento; (3) o nível de satisfação dos usuários com o serviço; (4) como os profissionais percebem o seu papel e o aconselhamento; e (5) a percepção dos usuários e profissionais frente aos indicadores adaptados da Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS (infra-estrutura, acolhimento, relação usuário-profissional de saúde, efeito no comportamento do paciente, informação e participação na gestão, acesso e disponibilidade)⁵.

Diante do grande problema de saúde pública enfrentado com a epidemia da aids e da importância da prevenção e diminuição da cadeia de transmissão, uma avaliação do processo de aconselhamento é essencial para fundamentar estratégias e implantar intervenções dirigidas à melhoria da qualidade de gestão e das ações dos Centros de Testagem e Aconselhamento. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo geral avaliar o processo de aconselhamento pré-teste nos CTA do estado do Rio de Janeiro, tendo como base a percepção dos usuários e dos profissionais de saúde, com o intuito de detectar vantagens, limites e problemas neste serviço. O recorte realizado no aconselhamento pré-teste é justificado para que o resultado do teste não influenciasse na satisfação do usuário.

Para alcançar este objetivo geral, os objetivos específicos são:

- (i) Identificar o perfil dos usuários dos CTA e a sua percepção em relação ao processo de aconselhamento pré-teste;
- (ii) Analisar as percepções e avaliações dos usuários sobre as dimensões: a) acesso e disponibilidade; b) infra-estrutura; c) acolhimento; d) relação

usuário-profissional de saúde; e) efeito no comportamento do paciente ou resolutividade; f) territorialidade; e, g) informação e participação na gestão.; e

- (iii) Analisar as percepções dos profissionais sobre as dimensões: a) acesso e disponibilidade; b) infra-estrutura; c) acolhimento; d) relação usuário-profissional de saúde; e) efeito no comportamento do paciente ou resolutividade; f) territorialidade; e, g) informação e participação na gestão.

Inúmeros são os argumentos que podem ser utilizados como suporte para o desenvolvimento do presente estudo. Porém, nesse universo, quatro questões se tornaram preponderantes, estando destacadas neste capítulo.

A primeira argumentação está pautada no aumento de casos de infecção pelo vírus HIV. Embora nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste haja uma tendência à estabilização da epidemia, nas regiões Norte e Nordeste ainda existe grande probabilidade de aumento do número de casos⁶. Conforme os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil tem uma epidemia concentrada, com taxa de prevalência da infecção pelo HIV de 0,6% na população de 15 a 49 anos⁶. Esses dados nos levam a perceber a epidemia da AIDS como um grande problema de saúde pública.

Outra questão pode ser verificada em documentos que relatam a trajetória para a implantação do CTA. Investimentos e gastos foram efetuados pelo Ministério da Saúde (com a disponibilização de recursos financeiros necessários à adequação de infraestrutura física, aquisição de equipamentos e mobiliários, e à capacitação dos profissionais) e pelos estados e municípios (com a manutenção das unidades, das equipes e do material de consumo, incluindo os testes sorológicos)². Vale ressaltar a importância de avaliar esses serviços para a realização de um diagnóstico a fim de colaborar na gestão e no planejamento.

Um terceiro aspecto nos remete a uma democracia de gestão pública participativa, presente no SUS, visando um controle social e um processo de escuta permanente da população⁷. Com isso, dar voz aos usuários do CTA é importante para monitorar e avaliar a qualidade do aconselhamento prestado, fazendo com que o usuário exerça um controle social. Além disso, comparar essa satisfação com a percepção dos profissionais envolvidos nesse processo de aconselhamento garantirá uma maior fidelidade a essa avaliação.

O último argumento destacado, não menos relevante que os demais, está relacionado com a pouca informação disponível sobre a avaliação do processo de aconselhamento realizado nos Centros de Testagem e Aconselhamento no estado do Rio de Janeiro e no Brasil, não sendo ainda desenvolvidos de forma mais específica avaliações da percepção dos usuários e dos profissionais sobre esse processo.

Desta forma, é essencial a realização de estudos que busquem compreender as interferências, obstáculos e vantagens do processo de aconselhamento desenvolvidos nesses Centros de Testagem para uma melhor avaliação e planejamento do serviço, contribuindo assim para ampliar a prevenção da transmissão do vírus HIV e melhora da saúde da população.

Além dessa apresentação (primeiro capítulo), essa dissertação contém mais cinco capítulos principais. O segundo se constitui em um esforço para fundamentar os aspectos teóricos que nortearam o tema e que foram utilizados como suporte ao longo do trabalho. Em seguida, são apresentadas as técnicas metodológicas e as categorias de análise que foram utilizadas para a realização deste projeto. O quarto capítulo destina-se aos resultados encontrados. O quinto contém a discussão desses resultados frente ao perfil dos CTA comparando com as questões normativas, e, as vantagens e limites do estudo. Encerra-se com uma conclusão do trabalho realizado.

2. MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

O presente capítulo encontra-se dividido em quatro seções, centradas na caracterização geral dos centros de testagem e aconselhamento e nos aspectos teórico-metodológicos que norteiam este trabalho: A primeira seção descreve o *Centro de Testagem e Aconselhamento*, uma estratégia contra a epidemia da aids, trazendo todas as normas e diretrizes de funcionamento do serviço. A seção seguinte aborda o *cuidado centrado no paciente*, enfatizando a importância do modelo de assistência utilizado nos CTA; A terceira e quarta seções focalizam a *avaliação em serviços de saúde* e a *satisfação do usuário*, provendo elementos metodológicos incorporados na pesquisa.

2.1 O Centro de Testagem e Aconselhamento: uma estratégia de enfrentamento à epidemia.

A infecção pelo vírus HIV e a aids representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende de outros determinantes do comportamento humano individual e coletivo. A experiência mundial mostrou que os determinantes da disseminação da AIDS são peculiares a cada sociedade ou segmento social, traduzindo-se por várias sub-epidemias regionais⁸. E, como resultado das múltiplas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV no país demonstra uma epidemia de diversas dimensões que vieram sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico.

As transformações do perfil epidemiológico no Brasil devem-se, sobretudo, aos seguintes fatores: i) difusão geográfica da doença a partir dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte do interior do País; ii) aumento da transmissão heterossexual; e, iii) persistente crescimento dos casos entre usuários de drogas injetáveis (UDI)^{1,9,10,11}.

A análise da difusão da AIDS nos mostra que a epidemia teve início nos grandes centros urbanos, mas esses detêm, atualmente, o menor aumento relativo. Até o início da década de 90, 65% dos casos da doença no Brasil eram encontrados em municípios com mais de um milhão de habitantes, apresentando um decréscimo para 55% no final da referida década. Contudo, nos municípios com população entre 50.000 e 200.000 habitantes, o número de casos cresceu de forma inversamente proporcional à sua

população. Atualmente, nota-se que a Região Sul passa a ter elevado valor na taxa de detecção do país. A diminuição da detecção de casos na Região Sudeste contribui para estabilização da taxa no Brasil¹².

No início da epidemia, a categoria de homossexuais e bissexuais era a mais atingida com 71% dos casos notificados no ano de 1984. Com a grande mobilização social realizada e a mudança no comportamento através da adoção de práticas mais seguras, esta categoria apresentou uma queda em 2000, correspondendo a 16% dos casos. Ocorre então uma heterossexualização, com incremento importante desta forma de transmissão passando de 6,6% em 1988, para 39,2% em 1998¹. Essa transformação vem contribuindo de modo decisivo para o aumento de casos em mulheres. A razão de sexos se mantém estável desde 2002 (15 homens para cada 10 mulheres)¹². A feminilização resultou em um acréscimo na infecção de crianças por transmissão vertical, ou seja, da mãe infectada para o filho durante a gravidez, parto ou aleitamento materno. Em 1986 correspondia a 0,2% do total de casos e, em 2000, representava 2,6%¹⁰. A transmissão vertical continua sendo um grande problema de saúde pública, pois embora já exista um protocolo de profilaxia, em algumas partes do Brasil a realização de teste anti-HIV para o diagnóstico na gestação é reduzida, devido à precariedade de acesso e a má qualidade do pré-natal⁹. Segundo o Boletim Epidemiológico de AIDS (2010) foi realizado um estudo multicêntrico do Ministério da Saúde, conduzido pela Sociedade Brasileira de Pediatria, onde observou-se que, em locais onde as medidas profiláticas preconizadas pelo Ministério da Saúde foram implantadas na rotina do pré-natal, as taxas de transmissão vertical foram reduzidas a menos de 2%¹².

Analisando a categoria de exposição observou-se que no sexo masculino, a maioria destes (63,6%) relaciona-se à categoria de exposição sexual, distribuídos entre heterossexual (31,2%), homossexual (20,6%) e bissexual (11,8%), e, na categoria de exposição sanguínea, o uso de drogas injetáveis pode ser observado em 17,6% dos casos. No sexo feminino, os casos de aids estão relacionados majoritariamente (91,2%) à categoria de exposição heterossexual¹².

O grupo etário mais atingido no início da epidemia, em ambos os sexos, foi de 20 a 39 anos, perfazendo cerca de 70% do total de casos notificados em 2000. Em 2009 a faixa etária de 35 a 39 anos exibe a maior taxa de detecção do país, 46,7 casos por 100.000 habitantes¹². Porém nos últimos anos, verificou-se um aumento percentual na população acima de 60 anos que passaram de 585 casos em 1999 para 1623 em 2009¹².

Com relação à escolaridade, observa-se uma tendência ao aumento da mesma entre indivíduos notificados com aids, principalmente a partir do ano de 1999. Em 2009, 25,1% do total de indivíduos notificados possuíam entre 4 e 7 anos de estudo, 30,0% entre 8 a 11 anos e 8,8% entre 1 a 3 anos¹².

O Brasil registrou 229.222 óbitos de 1980 a 2009, tendo como causa básica a aids. O coeficiente de mortalidade por aids em 2009 foi de 6,2 óbitos por 100.000 habitantes, com tendência de diminuição desse coeficiente desde 1997 até 2004, ano em que o coeficiente se estabilizou¹². Essa estabilização pode ser justificada pelos avanços tecnológicos e do conhecimento contribuíram para o crescimento de novas propostas de intervenções diagnósticas, profiláticas e terapêuticas, propiciando o expressivo aumento da sobrevivência dos indivíduos com essa doença no Brasil¹⁰.

Um aspecto relevante deve ser abordado nesse momento. Os dados descritos anteriormente referem-se a casos de aids, ou seja, de uma situação clínica que traduz progressiva perda da função do sistema imune resultante da infecção pelo HIV, observando os critérios estabelecidos pelo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde¹. Esses dados estão cadastrados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), que embora importante para o mapeamento da epidemia da doença e comparações mundiais, apresenta limitações, pois não são contemplados os pacientes assintomáticos, o que contribui para subestimar o real número de casos¹³. A tendência com os avanços já mencionados é de que as pessoas infectadas pelo vírus do HIV permaneçam nessa condição sem necessariamente preencher os critérios de caso de AIDS.

Em consequência dessas limitações o conhecimento da epidemia da infecção pelo HIV fundamenta-se em estimativas que são estabelecidas, principalmente, pela aplicação de modelos matemáticos baseados no número de casos notificados de AIDS, nos resultados de estudos de soro prevalência nos grupos-sentinelas e em inquéritos sorológicos pontuais de populações específicas¹⁰.

Em 1986, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de DST/AIDS com o objetivo de reduzir a incidência da aids e melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes estabelecendo um plano de enfrentamento da epidemia. Produzindo materiais informativos e estabelecendo convênio com algumas ONG (Organização Não-Governamental), a disseminação de informações sobre a doença e o uso do preservativo como principal instrumento de proteção foram consideradas as bases das estratégias, deste Programa, cujo *slogan* era: “Informação: a vacina mais eficiente contra a AIDS”¹⁴.

Além da assistência, um outro campo de renomada importância de atuação do Programa Nacional de DST/AIDS é o da prevenção. A política de prevenção compreende algumas diretrizes que orientam e se complementam na formulação de ações, a saber: abordagem de populações específicas, aconselhamentos nos serviços de saúde; identificação precoce dos casos de soropositividade; dispensação gratuita de preservativos¹⁵. Dentre essas iniciativas implantadas para alcançar os objetivos descritos acima, merece destaque a criação de Centros de Orientação e Aconselhamento Sorológico em DST/AIDS (COAS), com os objetivos de oferecer avaliação sorológica anônima e confidencial, prover preservativos, bem como dar orientação sobre a AIDS à população em geral e a grupos específicos¹³. Posteriormente, esses centros passaram a ser denominados *Centros de Testagem e Aconselhamento* (CTA), demarcando o compromisso do Programa Nacional de DST/AIDS com a promoção do acesso da população brasileira ao diagnóstico e à prevenção do HIV e das demais Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na saúde pública.

Em 1988 foi criado no Rio Grande do Sul o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) do País, seguido da implantação, no município de São Paulo, em 1989, do atual CTA Henfil. Estes centros se constituiriam em modalidade alternativa de serviço de saúde, oferecendo a possibilidade de sorologia HIV em base gratuita, confidencial e anônima. Nesses serviços, a oferta dos testes sorológicos teria a finalidade de prover educação e aconselhamento para os indivíduos sob risco de infecção. Um dos objetivos desses serviços era desviar a demanda por testes dos bancos de sangue^{16,17,18}.

As recomendações foram sistematizadas em normas técnicas elaboradas pelo Ministério da Saúde em 1993, denominadas “Normas de organização e funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)”. Essas normas serviram como referência para subsidiar a implantação de novos COAS/CTA no Brasil, definindo as responsabilidades das três esferas administrativas. Ao Ministério caberia a disponibilização de investimentos necessários à adequação de infra-estrutura física, aquisição de equipamentos e mobiliários, e à capacitação dos profissionais. Já a manutenção das unidades, das equipes e do material de consumo (incluindo os testes sorológicos) competiriam aos estados e municípios¹⁸.

Em 1997, a Coordenação Nacional rebatizou essa experiência com a finalidade de expressar de forma mais direta à população os objetivos das atividades realizadas pelos serviços, que passaram a se denominar Centros de Testagem e Aconselhamento

(CTA). Também foram reformulados os princípios e diretrizes buscando solucionar os impasses criados pela associação entre as práticas de testagem e aconselhamento¹⁶.

Assim como o perfil epidemiológico e as tecnologias sofreram algumas mudanças, os CTA também sofreram alterações no seu papel para adequar-se a essas transformações. Entre as modificações estão a necessidade de promover o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, de ampliar a clientela assistida e incorporar o diagnóstico de outras DST³.

De 11 a 13 de setembro de 2007, em Brasília, foi realizado o Seminário “Atualização das Diretrizes Organizacionais dos CTA do Brasil”¹⁹ gerador de um relatório atualizado norteador das ações dessas instituições. Esse relatório traz como missão do CTA:

“promover a equidade de acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, hepatites B e C e sífilis, e à prevenção dessas e demais DST, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais.” (p.1)

A utilização dos testes como estratégia de prevenção veio ocupando o seu espaço. Porém, estudos comprovavam que as pessoas em risco ou as pessoas já infectadas não estavam realizando o teste, e quando o realizavam, o faziam tardiamente²⁰. Para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, garantindo os direitos e voluntariedade para a realização de exame, a implantação dos CTA foi direcionada a atender não somente a demanda social, como também a espontânea. O encaminhamento para tratamento, a confidencialidade e o aconselhamento tornaram-se então ações centrais a serem desenvolvidas.

Entende-se por aconselhamento um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma confiança entre os usuários e profissionais, visando o resgate dos recursos internos do usuário para que ele mesmo possa reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. Para isso, esse processo é formado por apoio emocional, educativo (trocas de informações sobre DST/HIV/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento) e avaliação de riscos junto ao usuário (possibilitando uma reflexão sobre valores, atitudes e condutas, encontrando alternativas pessoais e coletivas para o enfrentamento da epidemia)². O aconselhamento tem como objetivo reduzir o nível do estresse; refletir

sobre a percepção dos próprios riscos e adoção de práticas mais seguras; adesão ao tratamento; e comunicação e apoio a parceria sexual e de drogas injetáveis.

Enfim, essas ações orientam os indivíduos no caminho da cidadania e da utilização dos seus direitos. Portanto, os princípios da confiabilidade nos exames, agilidade no encaminhamento para os serviços de referência, gratuidade, confidencialidade, aliados à correta informação e apoio emocional, são os pilares éticos do CTA¹⁶.

Os princípios do CTA baseiam-se naqueles do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: acessibilidade, universalidade e equidade no acesso às ações prestadas pelo CTA e aos insumos de prevenção e diagnóstico. Também incluem anonimato flexível, confidencialidade e voluntariedade em todos os serviços oferecidos; agilidade e resolutividade nas ações prestadas; abordagem interdisciplinar, visando à atenção integral aos usuários; referências e contra-referências inter e intra-setoriais; articulação com a comunidade em processo de definição e implantação de estratégias para redução das vulnerabilidades; respeito e promoção dos direitos humanos e da diversidade sócio-cultural; e acolhimento de todos os usuários levando em consideração a ética, a privacidade, o respeito às diferenças e as necessidades trazidas para o CTA^{16,19}.

Reconhecendo as potencialidades desse serviço, outras atividades também são realizadas com o objetivo de atingir um maior número de usuários e ampliar as ações de prevenção. Os CTA volantes ou itinerantes (unidades móveis que levam a informação e a prática de aconselhamento para outros segmentos da população), os grupos de pares, os projetos de intervenção em prevenção, redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas, criação de ambientes favoráveis à prevenção das DST/AIDS e do uso indevido de drogas, entre outras ações são exemplos de atividades do CTA, denominadas extra-muros²⁰. No Brasil, 91,9% dos CTA realizam essas atividades³. Muitas vezes, os CTA que realizam as atividades extra-muros, as desenvolvem de forma descontínua ou sem promover o devido registro, o que acaba não lhes conferindo uma maior visibilidade. Essa articulação do serviço com outras instituições favorece uma maior cobertura e abrangência das ações visando envolver um maior número de indivíduos na prevenção contra as DST.

O Ministério da Saúde estabeleceu os aconselhamentos pré e pós-teste como fundamentais e de elevada importância no processo de testagem. O aconselhamento pré-teste pode ser individual e/ou coletivo. Nesse tipo de aconselhamento, é preciso identificar o motivo da testagem, verificando histórico anterior da realização do exame e possíveis riscos, reafirmando o caráter voluntário e confidencial da mesma,

estabelecendo um vínculo entre profissional e usuário. Trocam-se informações sobre o sistema de testagem, janela imunológica (tempo que o sistema imunológico leva para produzir anticorpos suficientes, que possam ser detectados pelo exame anti-HIV – 3 a 12 semanas), diferença entre infecção pelo HIV e AIDS, entre outras questões trazidas pelo usuário. É importante ressaltar o significado e o impacto dos possíveis resultados, além dos sentimentos e reações que possam ser vivenciados na espera pelo mesmo, para que juntos possam avaliar a realização ou não do teste, segundo a necessidade e as expectativas do usuário. Neste momento também podem ser pesquisadas a existência de redes sociais de apoio disponíveis para o usuário (família, amigos, parceiros...), caso o mesmo necessite. Outro procedimento é o estabelecimento, junto ao usuário, de práticas seguras frente às DST, demonstrando o uso de insumos de prevenção e ouvindo as fantasias e vivências do usuário. Quando este aconselhamento for realizado em grupo, cabe utilizar uma linguagem compatível com a cultura dos participantes e acolher a demanda deles, resguardando a privacidade de cada membro. O CTA deverá ficar como referência e acolher todo usuário que apresentar dúvidas ou reações na espera do resultado^{2,16}.

O aconselhamento pós-teste diante de um resultado negativo deverá lembrar que significa que a pessoa não está infectada ou está infectada tão recentemente que não produziu os anticorpos suficiente para detecção no exame (janela imunológica); avaliar a necessidade de retestagem; reforçar as práticas seguras lembrando que um resultado negativo não quer dizer imunidade; discutir a revelação do resultado aos parceiros sexuais e a terceiros; e reforçar o benefício do uso correto dos insumos de prevenção, retirando as dúvidas^{2,16}.

Frente a um resultado positivo, o aconselhador deverá oferecer apoio emocional necessário à situação, permitindo ao usuário tempo suficiente para elaborar o impacto do resultado; ressaltar que um resultado positivo significa que a pessoa é apenas portadora do vírus HIV, podendo ou não estar com a doença, desmistificando sentimentos de culpa, rejeição, punição, morte e outros; reforçar a importância do acompanhamento médico e adesão ao tratamento; definir junto ao usuário os serviços de assistência e apoio necessários; enfatizar a necessidade de adoção de práticas seguras evitando a transmissão e re-infecção; orientar sobre a necessidade de comunicar o resultado à parceria sexual, colocando sempre o CTA como serviço de apoio^{2,16}.

Diante de um resultado indeterminado ou inconclusivo deve-se oferecer também o apoio emocional, permitindo ao usuário tempo suficiente para assimilar a situação indefinida do diagnóstico; lembrar que resultado pode ser inconclusivo ou

indeterminado ou pela pessoa estar infectada recentemente (janela imunológica), ou por limitações técnicas relacionadas à pesquisa de anticorpos; reforçar a adoção de práticas seguras; orientar a realização de nova coleta para retestagem, definindo com o usuário melhor período para tal, considerando também as possíveis reações emocionais pela espera do resultado e disponibilizando o serviço para apoio^{2,16}.

Todos esses procedimentos descritos anteriormente devem ser vistos como norteadores das ações de acolhimento, não se constituindo, portanto, em um roteiro de anamnese. Devido essas diversidades, a organização e o funcionamento do CTA ocorrem de formas diferenciadas, e existem alguns estudos que analisam as características dos serviços e a sua contribuição para o controle da epidemia^{3,21}.

O Ministério da Saúde produziu em 2008 uma pesquisa denominada “Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Brasil”, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a rede de CTA implantada no país. Verificou-se a existência de 383 CTA implantados em todo país, onde a maior parte se reúne na região sudeste, com 139 unidades implantadas, sendo 13 no Estado do Rio de Janeiro (Macaé, Volta Redonda, Campos, Nova Iguaçu, Mesquita, São João de Meriti, Duque de Caxias, São Gonçalo, Niterói, Itaboraí e quatro no município do Rio de Janeiro – Madureira, Rocha Maia e Hospital Escola São Francisco de Assis). Dos 383 CTA, 96,3% realizavam aconselhamento pré-teste individual, 73,8% coletivo, e 99,4% aconselhamento pós-teste individual².

As informações colhidas durante o aconselhamento são registradas e posteriormente devem ser lançadas no Sistema de Informações do Centro de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA), contemplando assim mais uma das ações desse serviço no que diz respeito à produção de informações para planejamento das ações locais.

Porém, estudos mostram que os CTA apresentam importantes limitações e desafios^{2,17,21}. No início dos anos 2000 uma realidade ambígua permeava a organização dos CTA. De um lado, surgiu uma política para articulação desses centros com os demais níveis de atenção à saúde e a realização de ações de prevenção na comunidade, o que contribuiu para que não ocorressem novos investimentos para a manutenção e ampliação dos CTA. Do outro lado, contudo, iniciativas nacionais continuavam a delegar novas atribuições aos serviços¹⁷.

Outras limitações para garantir a qualidade desses serviços e as ações de prevenção foram observadas, tais como: a precariedade da infra-estrutura, insuficiência das ações de prevenção devido à falta de insumos, baixa resolutividade e dificuldade de acesso aos serviços^{1,19}.

Algumas mudanças fortaleceram o papel dos CTA no ano de 2003, como a criação do Programa Nacional de Hepatites Virais pelo Ministério da Saúde, que tornou esses serviços estratégicos para a ampliação do diagnóstico das hepatites B e C e o lançamento da campanha “Fique Sabendo”, visando o aumento da realização do teste anti-HIV nos serviços de saúde¹⁷.

Naquele contexto, outro avanço esperado era que os CTA passassem a constituir importantes fontes de informações epidemiológicas, possibilitando a análise das características da população atendida e a estimação das taxas de prevalência de HIV, considerando que esses serviços concentram, em maior proporção, os casos de recém-infectados e de populações mais expostas ao risco^{17,21}. Em 2001, o Ministério da Saúde desenvolveu e implantou um sistema de informações específico, o SI-CTA, dando unidade ao que antes era fragmentado em termos de bancos de dados individuais dos CTA, em diferentes bases (Ex.: Excel, Epi-Info). O novo sistema de informação tinha o propósito de oferecer suporte às atividades de monitoramento das ações realizadas nos CTA, compondo um sistema de vigilância epidemiológica¹⁹ e subsídios para a sua gestão.

Segundo Minayo (1999), os CTA propunham a organização de um modelo inovador, buscando superar as barreiras de acesso à saúde e os modelos de serviços fundamentados na atenção médico-individual⁴.

2.2 Atenção centrada no paciente

No início do século 19, alcançando sua hegemonia no século 20, surgiu um método clínico de atenção ao paciente baseado no modelo biomédico, que tornou o diagnóstico da doença preponderante sobre o doente, diminuindo assim o interesse pela experiência do paciente e sua subjetividade^{22,23}.

Os avanços tecnológicos cresciam significativamente, porém, o aperfeiçoamento das práticas em saúde, compostas pela comunicação e observação, pelo trabalho de equipe, e por valores humanitários concretos, não acompanhavam esse crescimento²³.

Mudanças começaram a surgir, segundo Balint, em meados do século 20, com a inclusão da escuta como mecanismo de perceber o paciente e responder as suas necessidades e valorização do papel do profissional de saúde como agente terapêutico²⁴. Em paralelo, Engel propôs o modelo biopsicossocial, onde a pessoa, e não a doença, passa a se constituir no ponto de partida²⁵. Naquele contexto, estudos mostravam que

aspectos culturais relativos ao paciente e ao profissional de saúde interferiam nos resultados da atenção em saúde²⁶.

Mais recentemente, Gadamer (1994) e Wulff et al. (1995) expressaram a necessidade de um processo de humanização da assistência em saúde, em particular da relação entre médicos e pacientes, reconhecendo a necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento da doença^{27,28}. Tal proposta buscava o nascimento de uma nova perspectiva profissional, com responsabilidade efetiva pela promoção da saúde ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social e não somente sob o ponto de vista biológico.

Segundo Stewart²⁹ os principais componentes da atenção centrada no paciente são:

- a) A exploração e interpretação da doença, pelo profissional de saúde, e da experiência de adoecer do paciente com quatro dimensões: o sentimento de estar doente; a idéia a respeito do que está errado; o impacto do problema na vida diária; e as expectativas sobre o que deveria ser feito;
- b) Entendimento global da pessoa;
- c) Busca de objetivo comum, entre o profissional de saúde e o paciente;
- d) A incorporação de medidas de prevenção e promoção de saúde;
- e) A melhora ou intensificação da relação profissional de saúde e paciente;
- f) Viabilidade em termo de custos e tempo.

Logo, destacam-se dois pontos centrais nessa abordagem, que tem como objetivo promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e família e restaurar seu controle e dignidade: o cuidado da pessoa com identificação de suas idéias e emoções a respeito do adoecer e as respostas a elas; e, a identificação de objetivos em comum entre o profissional de saúde e paciente sobre a doença e sua abordagem, mas principalmente com o compartilhamento de decisões e responsabilidades.

Os pressupostos centrais do cuidado centrado no paciente são: dignidade e respeito (os profissionais de saúde ouvem e respeitam as escolhas e perspectivas do paciente e da família); o conhecimento, os valores, as crenças e a cultura do paciente e da família são incorporados ao planejamento e prestação do cuidado; informação compartilhada (os profissionais de saúde comunicam e dividem as informações úteis de maneira completa e imparcial com os pacientes e a família, e estes recebem informações acuradas, no momento oportuno, a fim de efetivar sua participação no cuidado e na tomada de decisão); participação (pacientes e famílias são encorajados e apoiados a participarem do cuidado e da tomada de decisão, escolhendo seu nível de atuação);

colaboração (pacientes e famílias são incluídos como base de apoio da instituição); os líderes de cuidado a saúde colaboram com os pacientes e família no desenvolvimento, implantação e avaliação das políticas e programas, na facilitação dos cuidados à saúde, na educação profissional e na prestação de cuidado³⁰.

Em busca deste modelo humanizado de atendimento, o paciente e sua família devem ser recebidos pela equipe com empatia e respeito, considerando sempre suas opiniões, preferências e necessidades baseadas não apenas em normas técnicas, mas também na valorização da individualidade³¹. Vale ressaltar que o ser humano é diferenciado pelas características específicas, como caráter, personalidade, sentimentos, opiniões, crenças, desejos, aspirações, valores próprios, dignidade e senso de justiça, que devem ser considerados, respeitados e valorizados³².

O cuidado deve ser oferecido de forma holística, valorizando a pessoa que o recebe, identificando as diferenças individuais, contribuindo para a redução de hiatos entre a assistência prestada e a necessidade do paciente. Nesse processo de cuidar deve-se considerar o contexto de vida e os valores que o paciente traz, em seu atendimento³².

Outro aspecto relevante é a necessidade de informação como base principal da liberdade do paciente escolher ou recusar qualquer procedimento relacionado com o seu corpo. Esta informação deve ser inteligível, exata, concisa e adaptada ao nível sociocultural e cognitivo de quem recebe³².

Estudos comprovam as vantagens da atenção centrada no paciente em relação ao modelo biomédico tradicional (centrado no profissional de saúde) como maior satisfação do paciente, maior adesão ao tratamento e melhor resposta à terapêutica³³, maior satisfação do médico, menor número de processos por erro médico, maior eficiência do cuidado, com necessidade de menor número de exames complementares e frequência menor de encaminhamentos a especialistas, com conseqüente custo menor para o sistema de saúde e para o paciente^{29,34}.

O consentimento informado e a decisão pessoal prévia sobre medidas a serem tomadas no final da vida são exemplos de leis incorporadas ao serviço de saúde com base na atenção centrada no paciente²². Outra ação vinculada a essa metodologia é a verificação da qualidade dos serviços de saúde. Para tal ação, o elemento fundamental desse processo é o ponto de vista dos usuários^{35,36,37}.

2.3 Avaliação em serviços de saúde

O processo de avaliação tem por objetivo instituir um julgamento de valor, sendo utilizado como base para a tomada de decisão e formulação de políticas^{38,39}. Frente aos avanços de tecnologias e modelos assistenciais, a avaliação e o monitoramento de serviços tem sido instrumento essencial.

Segundo Contandriopoulos³⁹ há uma diferenciação entre: i) avaliação normativa; e, ii) investigação avaliativa. Entende-se por avaliação normativa “*a atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços e os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas*” (Contandriopoulos et al., 1997: p.37). Já a investigação avaliativa “*pretende analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, e o contexto no qual se situa*”. (Contandriopoulos et al., 1997: p.37).

De acordo com os critérios selecionados, a avaliação de serviços de saúde, segundo Novaes, pode ser: investigativa, utilizada para tomada de decisão, ou utilizada para gestão⁴⁰. As variáveis que definem esse processo englobam: o objetivo da pesquisa, a posição do avaliador, o enfoque priorizado, a metodologia predominante, o contexto da avaliação, a forma de utilização da informação produzida, o tipo de juízo formulado e a temporalidade do processo.

Estes estudos podem ser classificados como avaliação diagnóstica, avaliação da implantação (que admite examinar outros fatores que podem afetar o resultado de um programa, independente das ações desenvolvidas) e a avaliação de implementação⁴¹. Segundo Minayo⁴², o estudo sobre a implementação deve apontar elementos-chave para a correção de rumos, visando o sucesso de um programa em andamento.

As estratégias possíveis para a pesquisa avaliativa envolvem estudos estruturados ou semi-estruturados e as estratégias metodológicas não estruturadas ou qualitativas.

A escolha da estratégia de pesquisa a ser utilizada deve considerar o foco delimitado e o objeto de avaliação³⁸.

Donabedian propôs e sistematizou uma abordagem avaliativa baseada na tríade estrutura-processo-resultados⁴³, porém alguns autores alegam que os efeitos provenientes da estrutura e dos processos podem ser imediatos, intermediários e/ou de

longo prazo⁴⁰. Segundo alguns estudos, a estrutura compreende os recursos utilizados pelos serviços (espaço físico, instrumentos). Como processo inclui-se os procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes, como também das atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários (quantidade e qualidade da ação desenvolvida). O resultado diz respeito às alterações no estado de saúde dos pacientes que possam ser atribuídas ao cuidado recebido^{44,45}.

Para se aprofundar o foco da avaliação é importante selecionar as características do objeto a ser avaliado. Segundo Donabedian⁴⁶, os atributos passíveis de serem mensurados em uma avaliação são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Portanto, o presente trabalho consiste em uma avaliação de resultado normativa de implementação visando demonstrar os limites e possibilidades do programa em andamento buscando uma melhor qualidade nos serviços.

2.4 Satisfação e percepção de usuários e profissionais de saúde

No vasto campo da avaliação existe a satisfação do usuário com diversas e múltiplas realidades. Esses estudos ganharam destaque na década de 1970, nos Estados Unidos e na Inglaterra, considerando a satisfação como meta a ser alcançada pelos serviços de saúde no seu aperfeiçoamento^{44,47}.

No Brasil, a partir da década de 90, com o fortalecimento social no âmbito do SUS, através da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação, o interesse por este tema foi ampliado. Os estudos desenvolvidos demonstraram que usuários satisfeitos são mais propícios a aderir ao tratamento, a fornecer informações importantes e a continuar utilizando os serviços de saúde^{48,49}.

Pascoe (1983) refere-se à satisfação como uma avaliação pessoal do serviço recebido comparada com a experiência vivida, baseada em aspectos subjetivos de ordem cognitiva e afetiva. Um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, as experiências passadas em serviços similares e um nível subjetivo de qualidade de serviços influenciam na satisfação do usuário^{50,51}. Segundo Ware *et al.*⁵² a medida da satisfação dos usuários também é uma avaliação pessoal dos cuidados e dos serviços de saúde que são dispensados.

Weiss apresenta quatro grupos determinantes da satisfação: características dos usuários (envolvendo as sócio-demográficas e as expectativas); características dos

profissionais que prestam o atendimento (incluindo o cuidado e os traços de personalidade); aspectos da relação profissional de saúde e paciente; e, fatores estruturais e ambientais (como acesso, tempo de tratamento e outras)⁵³.

Segundo Santos (1995), a satisfação do usuário é um instrumento de avaliação verdadeiro e que deve ser utilizado em todos os serviços de saúde⁵⁴. Esta avaliação pode ser utilizada com dois objetivos distintos, de acordo com Espiridião & Trad⁴⁴: em um primeiro grupo encontram-se os estudos que descrevem os serviços de saúde segundo percepção do usuário, e no segundo estão os destinados a avaliar a qualidade dos serviços de saúde; sendo este último o mais empregado.

Dentre os estudos destinados a avaliar a qualidade dos serviços de saúde segundo a satisfação dos usuários destacam-se os estudos de Donabedian que focam principalmente duas questões: o desempenho técnico dos profissionais e o relacionamento dos profissionais com o usuário^{44,46,55,56}.

Há de se destacar que a definição de qualidade sofre grandes transformações sob o olhar do indivíduo envolvido, pois considera os valores, desejos e expectativas do paciente, o que Donabedian denomina como uma definição individualizada. Esse juízo surge muitas vezes como limitador da satisfação do usuário, pois leva a uma distorção no que os usuários entendem como qualidade, sejam influenciados pela falta de compreensão técnica ou por expectativas “não atendidas” pelos serviços de saúde⁵⁶.

Ainda na abordagem sistêmica desse autor, a qualidade do cuidado em saúde pode ocorrer na tríade estrutura-processo-resultado. Nessa lógica, a satisfação do usuário é caracterizada como uma avaliação de resultados, estando associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico sobre uma intervenção, podendo também ser este ganho expresso em termos de saúde psicológica do indivíduo^{56,57}.

Dentro da avaliação da qualidade, Espiridião & Trad⁴⁴ consideram a satisfação do usuário como um componente de aceitabilidade social que representa a aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população.

A inclusão da satisfação do usuário tem sido valorizada como um indicador sensível de qualidade⁵³. Além disso, tem um grande papel no controle social, como um instrumento de dar voz aos usuários, monitorando e controlando os serviços de saúde, fortalecendo o seu papel no processo de planejamento⁵⁸.

Este controle social fortalecido pelo advento do SUS remete a uma democracia participativa na gestão pública requerendo a adoção de práticas que favoreçam o gerenciamento de processos participativos de gestão, intersetorialidade, mobilização social e escuta permanente da população⁷.

A utilização da satisfação do usuário contempla estes aspectos, pois proporciona ao usuário do SUS a oportunidade de opinar sobre as políticas de saúde e de destacar os pontos críticos do sistema. Assim, os gestores poderiam analisar e sanar os problemas advindos da inadequada construção ou implementação das políticas, ou da insatisfatória divulgação e explicitação dos objetivos do SUS para os usuários⁵.

Uma pesquisa realizada por Hall & Dornan sobre os estudos existentes na literatura sobre satisfação dos usuários, caracterizou essa satisfação em: global; com o acesso; com a qualidade global; com o custo; com a humanização; com a competência; com a informação recebida; com a burocracia; com as instalações físicas; com a atenção do profissional com o paciente; com a continuidade do cuidado; e, com o resultado do cuidado⁵⁹. Aqui no Brasil, um projeto de pesquisa intitulado “Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS” definiu como dimensões de análise que podem ser incluídas neste processo de avaliação de satisfação do usuário: a) acesso e disponibilidade; b) infra-estrutura; c) acolhimento; d) relação usuário-profissional de saúde; e) efeito no comportamento do indivíduo ou resolutividade; f) territorialidade e descentralização; e g) informação e participação na gestão⁵. Essas contribuições foram essenciais para a seleção dos indicadores desta pesquisa.

Apesar da reconhecida importância da dimensão interpessoal para o adequado cuidado à saúde, existem algumas críticas em incluí-la nos estudos de avaliação. Para Donabedian, as informações não são facilmente quantificáveis, os critérios e os padrões são variáveis e pouco desenvolvidos⁴³.

Uma alternativa para validação do constructo é a comparação da satisfação do usuário com a percepção que os profissionais de saúde apresentam sobre o mesmo processo. Porém, por ser o processo interpessoal flexível e influenciado por diversos fatores intrínsecos às pessoas e ao contexto, ele deve ser adaptado às variações de expectativas que acontecem tanto para os usuários como para os profissionais⁶⁰.

Para tal, deve se entender a percepção desses profissionais como parte da cultura política e cívica englobando valores, crenças, representações e atitudes em relação aos direitos e deveres da cidadania, sendo estabelecidas com base nas experiências presentes e passadas⁶¹.

Contudo, o conhecimento da perspectiva de satisfação dos usuários, comparado com a percepção do profissional de saúde, que é considerada por Oliveira (1992) como absolutista por ser mais ampla, crítica e global para utilização e acesso de toda população⁵⁷, é fundamental para subsidiar a gestão e o planejamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento.

3. MÉTODOS

Este capítulo apresenta a metodologia e descreve as estratégias de investigação e análise que foram utilizadas neste estudo. Será destacado o desenho do estudo, e a seleção de indicadores. Serão ainda evidenciadas a construção e utilização do instrumento e dos roteiros para coleta dos dados e as questões éticas.

3.1 Desenho do estudo

No presente trabalho pretende-se através de um estudo transversal realizar avaliação do processo de aconselhamento pré-teste pela percepção dos usuários e dos profissionais dos Centros de Testagem e Aconselhamento existentes no Rio de Janeiro. A partir de entrevista estruturada com os usuários e profissionais de saúde do serviço (denominados aconselhadore), a idéia é proceder análise quantitativa, considerando que tal abordagem ‘*propicia a obtenção de evidências de associações entre variáveis independentes (intervenção, exposição) e dependentes (resposta ou desfecho)*’⁴² (Minayo et al., 2005: p.71). Segundo Mullen & Iverson⁶² este tipo de método é essencial para verificar a cobertura, a concentração e eficiência do programa ou intervenção.

Na avaliação de satisfação do usuário os métodos quantitativos são os mais utilizados, especialmente os *surveys* ou inquéritos populacionais. Incluem a administração de questionários com questões fechadas e associam as questões a uma escala de valores, para mensurar as respostas e quantificar a satisfação⁵⁸. Os métodos quantitativos permitem alcançar uma amostra representativa da população, dificilmente obtida por outras metodologias.

3.2 Amostra

Essa seção descreve os procedimentos para seleção da amostra de usuários e profissionais dos Centros de Testagem e Aconselhamento, localizados no estado do Rio de Janeiro.

3.2.1 População de pesquisa

É constituída por todos os usuários que procuram os CTA do estado do Rio de Janeiro e pelos profissionais que neles trabalham. O estado do Rio de Janeiro possui 13 CTA cuja produção mensal e número de turnos estão indicados na Tabela 1.

Tabela 1 – Número médio de atendimentos por mês e turno de funcionamento, no primeiro semestre de 2010, segundo os Centro de Testagem e Aconselhamento.

Centro de Testagem e Aconselhamento	Nº médio de atendimentos por mês	Turnos de funcionamento	
		Especificação	Nº
Total	2.720		94
Rocha Maia	80	2ª , 4ª e 6ª (M) 3ª (M- gestante) e 5ª (M- BK)	5
Madureira	200	2ª e 6ª (M/T), 3ª e 5ª (gesta – M/T)	8
HESFA	800	Diariamente (M/T/N)	15
Niterói	15	Diariamente (M)	5
Duque de Caxias	200	Variável (3 turnos de pré e 3 turnos de pós)	3
Nova Iguaçu	120	Diariamente (M/T)	10
São João de Meriti	280	Diariamente (M/T) , exceto quinta a tarde	9
São Gonçalo	120	2ª (M), 4ª (T), 5ª (T), e 6ª (M)	4
Mesquita	180	Diariamente (M)	5
Itaboraí	25	Diariamente (M/T)	10
Macaé	250	Diariamente (M/T)	10
Volta Redonda	150	Diariamente (M)	5
Campos	300	Diariamente (M)	5

Observa-se que os CTA do Hospital Escola São Francisco de Assis (29,4%), de São João de Meriti (10,3%) e de Campos (11,0%) representam metade da produção dos CTA do estado.

3.2.2 Estratificação da amostra

Considerando que são apenas 13 os CTA do estado, eles são mais indicados como estratos da amostra do que como unidades de seleção. Assim, cada CTA corresponde a um estrato da amostra.

3.2.3 Tamanho da amostra e alocação do tamanho

O tamanho total da amostra foi fixado em 150 pacientes a partir dos seguintes parâmetros: (1) prevalência de 70% de satisfação com o serviço; (2) erro relativo de 10%, que corresponde a um erro máximo de 7,5%; e (3) nível de significância de 5%. Esses parâmetros eram os possíveis considerando os recursos disponíveis para a realização da pesquisa.

Para determinar o número total de turnos (=50) a serem selecionados foi fixado um número de três entrevistas de usuários por turno.

A alocação proporcional à produção de cada CTA conduziria a cerca de 50% da amostra em apenas três CTA (Tabela 1). Para evitar tal concentração da amostra optou-se por uma alocação potência $(-1/2)$, ou seja, pela raiz quadrada da produção de cada CTA. Ajustes no tamanho da amostra de turnos por CTA foram necessários para segurar o mínimo de dois turnos por CTA e um máximo igual ao total de turnos do CTA. Após os ajustes a amostra ficou com 51 turnos. Os cálculos para a alocação da amostra de turnos constam na Tabela 2.

Tabela 2 – Alocação do tamanho da amostra de turnos e tamanho da amostra de usuários.

CTA	Raiz Quadrada do nº de atendimentos	Tamanho previsto da amostra	Tamanho final da amostra de turnos	Tamanho final da amostra de usuários
Total	172	50	51	153
Rocha Maia	8.94427191	2.602747563	3	9
Madureira	14.14213562	4.115305237	4	12
HESFA	28.28427125	8.230610473	8	24
Niterói	3.872983346	1.127022755	2	6
Duque de Caxias	14.14213562	4.115305237	3	9
Nova Iguaçu	10.95445115	3.187701729	3	9
São João de Meriti	16.73320053	4.869294822	5	15
São Gonçalo	10.95445115	3.187701729	3	9
Mesquita	13.41640786	3.904121344	4	12
Itaboraí	5	1.45498012	2	6
Macaé	15.8113883	4.601051129	5	15
Volta Redonda	12.24744871	3.563958879	4	12
Campos	17.32050808	5.040198983	5	15

3.2.4 Seleção dos turnos de aconselhamento

Com as informações da Tabela 1, foi montado o cadastro de turnos de cada estrato (ou CTA). Em seguida, em cada estrato foi feita a seleção dos turnos com equiprobabilidade, respeitando o tamanho da amostra de turnos constante da Tabela 2.

3.2.5 Seleção de profissionais e usuários.

Para garantir a confiabilidade dos dados e cruzamento das informações, foram entrevistados os aconselhadores de plantão no turno selecionado na amostra.

Para assegurar a seleção aleatória dos usuários em cada turno selecionado foi aleatoriamente selecionada a hora para início das entrevistas. A seleção da hora de início foi feita com igual probabilidade entre períodos de 15 minutos a começar da hora de início do turno, tendo em vista que as consultas de aconselhamento são marcadas a cada 15 minutos.

Assim, o primeiro usuário que saia do aconselhamento após a hora selecionada era o primeiro entrevistado, após aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O segundo entrevistado era o próximo usuário que aceitasse a participar da pesquisa e que saísse primeiro após o término da entrevista. O mesmo princípio foi adotado para a seleção do terceiro entrevistado.

Como o questionário foi elaborado para ser respondido em menos de 15 minutos, foram selecionados os três primeiros usuários a terminar a consulta após o horário de início da entrevista.

3.2.6 Expansão da amostra

O peso amostral dos usuários corresponde ao produto do inverso das probabilidades de inclusão na amostra dos turnos e dos usuários em cada turno.

Em princípio, o peso dos profissionais corresponderia ao inverso da probabilidade de inclusão de seus turnos de trabalho, visto que sua seleção dependia da seleção do turno de trabalho.

No entanto, considerando que um profissional poderia atender mais de um turno selecionado, ou até todos, que alguns estratos tinham apenas um profissional e que foram observadas não-respostas entre os profissionais, optou por calcular os pesos dos profissionais pela razão entre o total de profissionais do CTA e o total selecionado para a amostra.

Essa opção não fere o esquema probabilístico da amostra, visto que os turnos foram selecionados com equiprobabilidade e que a distribuição de turnos por profissional é igual. Nesse sentido, os profissionais tinham a mesma probabilidade de serem incluídos na amostra.

3.2.7 Amostra efetiva

Não foi possível a realização da pesquisa em três CTA por questões burocráticas. Esses CTA não aceitaram o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e até o momento da redação desta dissertação, ainda não conseguiram aceitar ou rejeitar a eticidade da pesquisa. Lamentavelmente, os prazos acadêmicos não permitiram esperar mais para incluí-los na amostra.

Em outro CTA, Niterói, após quatro meses de gestões para obter a autorização para realização da pesquisa, o serviço foi suspenso por falta de kits para os testes logo no início da coleta de dados. Nesse caso, decidiu-se excluir este CTA da amostra, perdendo uma entrevista de usuário (o último que fez teste) e do profissional encarregado do turno.

Assim, a amostra limitou-se a nove dos 13 estratos ou CTA, nos quais foi possível obter três entrevistas de usuários em cada turno, como indica a Tabela 3. A coleta de dados aconteceu entre os meses de setembro e dezembro de 2010.

Tabela 3 – Tamanho previsto e realizado das amostras de turnos, usuários e profissionais.

	Tamanho da amostra de turno		Tamanho da amostra de usuários		Tamanho da amostra de profissionais	
	Previsto	Realizado	Previsto	Realizado	Previsto	Realizado
Total	51	39	153	117	28	17
Rocha Maia	3	0	9	0	2	0
Madureira	4	4	12	12	2	2
HESFA	8	8	24	24	3	2
Niterói	2	0	6	0	1	0
Duque de Caxias	3	3	9	9	1	1
Nova Iguaçu	3	3	9	9	5	4
São João de Meriti	5	5	15	15	2	2
São Gonçalo	3	0	9	0	2	0
Mesquita	4	4	12	12	2	2
Itaboraí	2	2	6	6	1	1
Macaé	5	5	15	15	1	1
Volta Redonda	4	0	12	0	2	0
Campos	5	5	15	15	4	2

3.3 Instrumento e coleta de dados

Para este estudo foram construídos e utilizados dois instrumentos de coleta de dados: i) Questionário com perguntas mistas para entrevista aos usuários (Apêndice 1); ii) Questionário com perguntas mistas para entrevista aos aconselhadores (Apêndice 2).

Os instrumentos foram elaborados de forma a privilegiar a coleta de informações necessárias para o cálculo dos indicadores, e, também, para evidenciar características que possam auxiliar na contextualização dos resultados observados.

A coleta foi realizada mediante agendamento com os profissionais e com os serviços que foram visitados pela pesquisadora responsável. As entrevistas com os usuários, especificamente, foram realizadas após os mesmos receberem o aconselhamento pré-teste coletivo e/ou individual, buscando resgatar as suas experiências concretas no serviço e evitando efeitos de perda de memória⁵⁸.

Para identificar a adequação do instrumento e dos roteiros propostos, os mesmos foram validados em um estudo piloto. O estudo piloto foi realizado em um CTA localizado na Baixada Fluminense, com 30 usuários e 2 aconselhadores. O instrumento demonstrou-se altamente adequado, sendo necessários pequenas alterações em 5 perguntas do apêndice 1, a fim de facilitar a interpretação pelos entrevistados. Não

houve necessidade de alterações no apêndice 2. Neste grupo foi observado 70% de prevalência de satisfação entre os usuários. Esta informação foi utilizada para o cálculo da amostra. Cabe ressaltar que os participantes do estudo piloto não foram incluídos nos resultados deste estudo.

No que concerne à seleção das variáveis consideradas, levou-se em conta atributos fundamentais para um indicador⁴²: i) importância (deve refletir uma importante dimensão do desempenho); ii) mensurabilidade (pode ser definido em termos quantitativos e qualitativos); iii) validade (deve medir realmente o que se propõe a medir); iv) clareza (deve ser fácil de entender e calcular); e v) confiabilidade (permite avaliação consistente ao longo do tempo e entre diferentes observadores). Foram então adaptadas da Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS⁵ e da caracterização da pesquisa de Hall & Dornan⁵⁹ sobre os estudos literários de satisfação dos usuários.

O Quadro 1 sistematiza o conjunto de dimensões considerado, os indicadores adaptados e/ou construídos e as perguntas relacionadas nos dois questionários empregados nesta pesquisa.

Quadro 1 – Estrutura analítica, indicadores específicos e perguntas relacionadas.

Aspecto a ser avaliado	Denominação dos Indicadores	Pergunta do usuário	Pergunta do aconselhador
Infra-estrutura	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ambiente físico (percepção visual e sonora); ✓ Estado de conservação da unidade; 	PE3 a PE8 PE9	PP3 a PP8 PP9
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Como o usuário foi tratado (cordialidade); ✓ Clareza sobre os serviços oferecidos; ✓ Preocupações e sentimentos foram ouvidos; ✓ Clareza de informações; ✓ Escuta sobre crenças e valores; ✓ Tempo de espera para realização do exame; ✓ Tempo previsto para entrega de resultado; ✓ Gravidade da situação do paciente e ansiedade foram levado em conta para atendimento; 	PE10, PE11 e PE21 PE12 PE13 PE14 PE15 PE16 e PE17 PE18 e PE19 PE20	PP10, PP11 e PP22 PP12 PP13 PP14 PP15 PP16 e PP17 PP18 e PP19 PP20 e PP21
Relação usuário-aconselhador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Percepção sobre a qualidade técnica: competência do aconselhador; ✓ Percepção sobre a relação interpessoal; ✓ Como foram fornecidas as informações (sobre o exame, possíveis resultados, tempo e sentimentos com espera do resultado); ✓ Percepção sobre a clareza das informações e tempo para fazer perguntas; 	PE23 e PE24 PE22 e PE28 PE25 PE26 e PE27	PP24 e PP25 PP23 PP26 PP27, PP28 e PP29
Efeito no comportamento do usuário (ou resolatividade)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Demanda que buscou no serviço foi atendida; ✓ Intenção de continuidade do cuidado; ✓ Pretensão de mudança do comportamento. 	PE29 PE30 e PE31 PE32 e PE33	PP30 PP31 PP32

Territorialidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relação com outras redes de serviço; ✓ Percepção sobre o fluxo de encaminhamentos; 	PE34 e PE35 PE36	PP33 PP34 e PP35
Informação e participação na gestão	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Percepção do atendimento como direito e não como ajuda ou favor; 	PE37 e PE38	PP36, PP37 e PP38
Acesso e disponibilidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atendimento anterior; ✓ Insumos recebidos (camisinhas, material informativo...); ✓ Tempo de deslocamento até o serviço; ✓ Indicação do CTA para outra pessoa. 	PE39 PE40 e PE41 PE42 e PE43 PE44	PP39 PP40 e PP41 PP42 e PP43 PP44

3.4 Análise dos dados.

Foram obtidas estatísticas descritivas dos dados coletados entre usuários e profissionais de saúde, possibilitando a caracterização do seu perfil sócio-demográfico e sua percepção sobre o serviço prestado pelos CTA, considerando as dimensões apontadas no Quadro 1. Destaca-se ainda a realização de algumas análises bivariadas, buscando identificar a associação entre o grau de satisfação geral dos usuários e profissionais com o serviço dos CTA com o perfil sócio-demográfico, com base no qui-quadrado.

No sentido de dar conta do desenho das amostras, as estimativas populacionais resultaram da incorporação dos pesos atribuídos às observações.

Nas análises, utilizou-se o pacote estatístico SAS[®].

3.5 Questões éticas

O trabalho foi desenvolvido sob a égide da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em todas as suas fases, uma vez que haverá necessidade de coleta de dados dos serviços e a realização de entrevistas com atores-chaves⁶³.

A participação no estudo foi voluntária com base em informações encaminhadas sobre o estudo e a não correlação das respostas fornecidas com os nomes dos entrevistados e dos serviços, e assinatura do TCLE (apêndice 3). Foram garantidos os seguintes direitos: i) solicitar maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, em qualquer momento; ii) negar-se a responder os questionamentos ou a dar informações que julgue prejudicial a sua integridade social, física e/ou moral; iii) desistir de participar do estudo em qualquer momento e retirar o seu consentimento.

O referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP/Fiocruz – n.º de protocolo 153/10.

4. RESULTADOS

4.1 Análises bivariadas relacionando satisfação e perfil dos usuários e aconselhadores.

Estima-se que os 117 usuários entrevistados estejam representando a amostra de 1074 indivíduos que utilizam os CTA do estado do Rio de Janeiro. Essa hipótese foi construída conforme descrição no capítulo métodos. A análise foi realizada com base na amostra estimada.

Nesta população a maioria encontrava-se muito satisfeitos (49,7%) ou satisfeitos (45,5%) com o serviço oferecido nos CTA. Apenas 4,8% encontravam-se pouco satisfeitos relacionando esse sentimento com “*falta de condições*”, “*profissional ignorante*” e “*necessidade de melhorar*”.

A faixa etária da população que mais utiliza o CTA está entre 21-30 anos (33,2%), seguida de 31-40 anos (27,1%) e 41-50 anos (16,9%). O grau de satisfação muito satisfeito foi maioria na população de faixa etária menor de 20 anos (61,1%), 41-50 anos (69,0%), 51-60 anos (50,1%) e maior de 60 anos (100,0%). Já a faixa etária 21-30 anos e 31-40 anos teve sua maioria dizendo estar satisfeitos (56,4% e 51,8% respectivamente).

As mulheres corresponderam a 55,9% da população participante da pesquisa. A maioria delas encontrava-se satisfeitas (50,1%), enquanto grande parte dos homens referiu estar muito satisfeitos (54,4%).

Os usuários que se consideraram da cor parda representavam a maioria da população (49,1%). As raças branca e parda em sua maioria encontram-se muito satisfeitos (52,5% e 50,7% respectivamente), enquanto a maioria dos usuários da raça preta encontram-se satisfeitos (49,0%).

Grande parte da população (38,6%) possuía o ensino fundamental incompleto. Os usuários com ensino fundamental completo e ensino médio incompleto declararam em sua maioria estar satisfeitos (52,9% e 69,9% respectivamente), enquanto a maior parte dos demais níveis de escolaridade referiu estar muito satisfeitos.

Um número expressivo da população é solteiro (51,6%) ou amigado (29,9%). A maioria dos usuários com estado civil amigado estão muito satisfeitos (64,1%). Os usuários casados, separados, solteiros e viúvos em grande parte encontram-se satisfeitos (46,1%, 54,8%, 50,9% e 57,4%, respectivamente).

Tabela 4. Grau de satisfação dos usuários com os CTA do Estado do Rio de Janeiro. Análises bivariadas relacionando satisfação com o serviço e variáveis explicativas potenciais.

	N	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Insatisfeito		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Idade										
< 20 anos	103	63	61,1	40	38,9	0	0,0	0	0,0	
21-30 anos	357	156	43,6	201	56,4	0	0,0	0	0,0	
31-40 anos	291	116	39,8	151	51,8	24	8,4	0	0,0	
41-50 anos	182	126	69,0	46	25,5	10	5,5	0	0,0	
51-60 anos	136	68	50,1	50	36,7	18	13,2	0	0,0	
> 60 anos	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Sexo										
Masculino	474	258	54,4	188	39,7	28	5,9	0	0,0	
Feminino	600	275	45,8	301	50,1	24	4,1	0	0,0	
Raça										
Branca	308	162	52,5	128	41,7	18	5,8	0	0,0	
Parda	527	267	50,7	243	46,1	17	3,2	0	0,0	
Preta	239	104	43,5	117	49,0	18	7,5	0	0,0	
Escolaridade										
Fundamental Incomp.	415	218	52,4	163	39,3	34	8,3	0	0,0	
Fundamental completo	181	75	47,1	106	52,9	0	0,0	0	0,0	
Médio Incompleto	49	15	30,1	34	69,9	0	0,0	0	0,0	
Médio Completo	350	176	50,2	174	49,8	0	0,0	0	0,0	
Superior Incompleto	48	30	62,8	0	0,0	18	37,2	0	0,0	
Superior Completo	31	20	66,0	11	34,0	0	0,0	0	0,0	
Estado Civil										
Amigado	321	212	64,1	109	35,9	0	0,0	0	0,0	
Casado	131	53	40,3	60	46,1	18	13,6	0	0,0	
Separado	49	22	45,2	27	54,8	0	0,0	0	0,0	
Solteiro	554	238	42,9	282	50,9	34	6,2	0	0,0	
Viúvo	19	8	42,6	11	57,4	0	0,0	0	0,0	

Ao realizar as análises bivariadas relacionando a satisfação dos usuários com as variáveis explicativas potenciais de idade ($\chi^2 = 0,3453$), sexo ($\chi^2 = 0,7531$), raça ($\chi^2 = 0,8141$), escolaridade ($\chi^2 = 0,8825$) e estado civil ($\chi^2 = 0,7948$) não foi observada associação estatística significativa para um nível de confiança de 95%.

Para o cálculo do *p valor* foram reunidas as categorias muito satisfeito e satisfeito, e pouco satisfeito e insatisfeito, devido ao pequeno número de usuários que referiram os dois últimos graus de satisfação. Mesmo assim, não foi possível calcular o *p valor* referente à satisfação com o serviço de forma geral. Para calcular o *p valor* da variável idade foi necessário reagrupar as categorias em menores de 40 anos e 41 anos

ou mais. Para a variável escolaridade as categorias foram unificadas em ensino fundamental (completo e incompleto) e outros níveis de escolaridade (ensino médio completo e incompleto, e ensino superior completo e incompleto). A variável estado civil foi rearranjada nas categorias com companheiro (amigado e casado) e sem companheiro (separado, solteiro e viúvo).

Estima-se que os 17 aconselhadores entrevistados estejam representando a amostra de 21 indivíduos que trabalham como aconselhadores nos CTA do estado do Rio de Janeiro.

Avaliando os aconselhadores, a grande maioria encontrava-se satisfeitos (80,1%) com o serviço que oferecem nos CTA. Apenas um estava pouco satisfeito referindo à necessidade de um acompanhamento mais efetivo do serviço prestado.

A maioria dos aconselhadores está na faixa etária entre 41-50 anos (47,6%). Independente da faixa etária, grande parte dos aconselhadores, declararam estar satisfeitos.

As mulheres corresponderam a 85,7% dos aconselhadores nesta pesquisa. Em sua maioria, estas se encontram satisfeitas (94,4%), enquanto todos os aconselhadores do sexo masculino estão muito satisfeitos com os serviços que oferecem.

A maioria dos aconselhadores se considera da cor branca (90,5%). Destes, 84,2% referiram oferecer um serviço satisfatório para a população.

Os aconselhadores possuíam em sua maioria o ensino superior completo (42,9%) e especialização (47,6%). Em todos os níveis de escolaridade, a maior parte dos aconselhadores disse estar satisfeitos com os serviços prestados.

Com relação à formação, a categoria psicólogo foi a mais encontrada na pesquisa (42,9%), seguida dos enfermeiros (19,0%). O grau de satisfação satisfeito foi o mais referido em todas as categorias.

Não foi possível calcular o p valor relacionando as variáveis idade, sexo, raça, escolaridade e formação, com o grau de satisfação dos aconselhadores, pois apenas um profissional referiu estar pouco satisfeito, conforme Tabela 5.

Tabela 5. Grau de satisfação dos aconselhadores com os CTA do Estado do Rio de Janeiro. Análises bivariadas relacionando satisfação com o serviço e variáveis explicativas potenciais.

	N	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Insatisfeito		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Idade										
21-30 anos	1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	
31-40 anos	6	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	
41-50 anos	10	3	30,0	6	60,0	1	10,0	0	0,0	
51-60 anos	4	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	
Sexo										
Masculino	3	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Feminino	18	0	0,0	17	94,4	1	5,6	0	0,0	
Raça										
Branca	19	3	15,8	16	84,2	0	0,0	0	0,0	
Parda	1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	
Preta	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	
Escolaridade										
Médio Completo	1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	
Superior Completo	9	3	33,3	6	66,7	0	0,0	0	0,0	
Especialização	10	0	0,0	9	90,0	1	10,0	0	0,0	
Mestrado Completo	1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	
Formação										
Enfermeiro	4	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	
Psicólogo	9	3	33,3	6	66,7	0	0,0	0	0,0	
Téc. Enfermagem	1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	
Farmacêutico	1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	
Assistente Social	3	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	
Fisioterapeuta	3	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	

4.2 Apresentação dos aspectos gerais e descrição da infra-estrutura

Com relação à frequência dos usuários no CTA, observou-se que 74% dos entrevistados estavam utilizando o serviço pela primeira vez, conforme apontado na Figura 1. A média de vezes em que o usuário foi atendido no setor foi de 1,5. Já a moda e a mediana foi de 1,0.

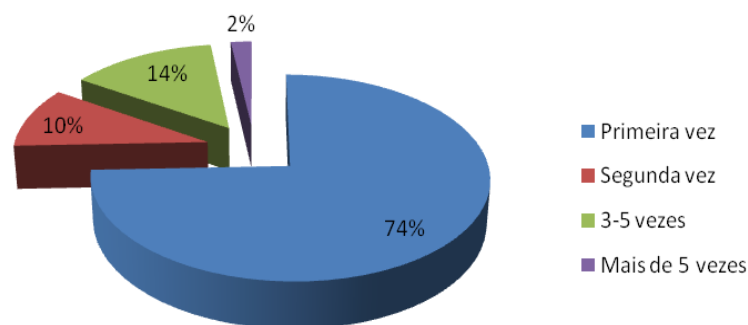


Figura 1: Número de vezes que o usuário utilizou o serviço dos CTA do estado do Rio de Janeiro

A média de tempo de serviço no CTA dos aconselhadores foi de 5,4 anos. A moda é 3 anos e a mediana 5,5 anos. O tempo de serviço de 2 a 5 anos representou 47% dos entrevistados, conforme Figura 2.

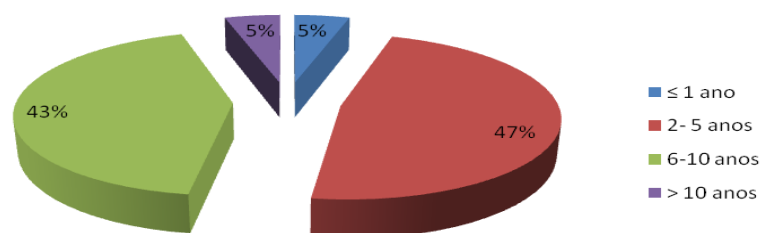


Figura 2: Tempo de serviço do aconselhador nos CTA do estado do Rio de Janeiro

Sobre as atividades do CTA 314 usuários receberam aconselhamento coletivo e todos passaram pelo aconselhamento individual (pré-requisito para participar da entrevista). Com relação aos aconselhadores, doze realizam aconselhamento coletivo além do individual, quatro realizam aconselhamento individual e outras atividades, tais como função administrativa e teste rápido diagnóstico, e os demais realizam apenas o aconselhamento individual.

Analisando a estrutura analítica infra-estrutura observou-se, com relação à percepção visual do ambiente físico, que 56,1% dos usuários estavam muito satisfeitos com o local onde era realizado o aconselhamento coletivo e que 58,7% estavam satisfeitos com o local do aconselhamento individual. A pouca satisfação ou a insatisfação, referidas com o ambiente de aconselhamento individual, foram justificadas

pelo “*pouco espaço*” (47%), “*sem anonimato*” (23%), “*falta de informação*” (15%) e “*péssimas condições*” (15%).

No indicador percepção sonora do ambiente físico, onde ocorreu o aconselhamento coletivo, 6,3% disseram que o barulho atrapalhou a atividade. Esses barulhos foram: “*pessoa falando ao telefone*” (n=5) e “*porta abrindo o tempo todo*” (n=15). No aconselhamento individual 1,9% referiram que “*porta abrindo o tempo todo*” atrapalhou a escuta. Ainda, treze usuários relataram não ter falado no aconselhamento individual achando que as pessoas fora do ambiente poderiam estar escutando, não garantindo assim o sigilo.

O indicador conservação da unidade foi o de menor satisfação, conforme demonstrado na Tabela 6. Os motivos desses baixos graus de satisfação foram: “*falta de reforma*” (56%), “*falta de infra-estrutura*” (banheiro, limpeza, bebedouro...) (34%), “*falta de privacidade*” (5%), “*calor*” (4%) e “*falta de segurança*” (1%).

O grau de satisfação dos usuários frente ao conjunto de indicadores de infra-estrutura analisado encontra-se sumarizados na Tabela 6.

Tabela 6. Grau de satisfação dos usuários com os CTA do Estado do Rio de Janeiro em relação à Infra-estrutura.

Ambiente físico – Dimensões	N	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Insatisfeito	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Ambiente físico (percepção visual)									
Aconselhamento Coletivo (AC)	314	176	56,1	138	43,9	0	0,0	0	0,0
Aconselhamento Individual (AI)	1074	322	30,0	630	58,7	69	6,4	53	4,9
Conservação da unidade	1074	112	10,5	582	54,2	272	25,3	108	10,0
	N	Sim		Não					
		N	%	N	%				
Ambiente físico (percepção sonora)									
Barulho atrapalhou no AC	314	20	6,3	294	93,7				
Barulho atrapalhou no AI	1074	20	1,9	1054	98,1				
Deixou de falar algo (quebra de sigilo)	1074	13	1,2	1061	98,8				

Já na percepção dos profissionais, sobre a estrutura analítica de infra-estrutura, observou-se que eles estão satisfeitos com relação à percepção visual do ambiente físico que realizam o aconselhamento coletivo (66,7%) e, também, com o local de aconselhamento individual (52,4%). Os motivos de pouca satisfação ou de insatisfação com o ambiente de aconselhamento individual referidos foram: “*espaço inadequado*” (75%), “*falta de ventilação*” (12%) e “*falta de sala*” (13%).

Com relação à percepção sonora, um aconselhador referiu que o barulho atrapalha o aconselhamento coletivo (“*porta abrindo o tempo todo*”) e quatro o aconselhamento individual (“*barulho da sala de espera*”). Desses, 14,3% dos aconselhadores entrevistados acreditam que os usuários deixem de falar algo com medo de que as pessoas do lado de fora possam estar escutando, não garantindo assim o sigilo.

A conservação da unidade, assim como para os usuários, foi o motivo de menor satisfação dos aconselhadores (52,4% poucos satisfeitos e 23,8% insatisfeitos). Tal fato foi justificado pela “*necessidade de reforma*” (81%), “*falta de infra-estrutura*” (13%) e “*falta de material*” (6%).

A Tabela 7 apresenta o grau de satisfação dos aconselhadores frente ao conjunto de indicadores de infra-estrutura analisados.

Tabela 7. Grau de satisfação dos aconselhadores dos CTA do Estado do Rio de Janeiro em relação à Infra-estrutura.

Ambiente físico - dimensões	N	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Insatisfeito	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Ambiente físico (percepção visual)									
Aconselhamento Coletivo (AC)	12	4	33,3	8	66,7	0	0,0	0	0,0
Aconselhamento Individual (AI)	21	2	9,5	11	52,4	4	19,0	4	19,0
Conservação da unidade	21	1	4,8	4	19,0	11	52,4	5	23,8
	N	Sim		Não					
		N	%	N	%				
Ambiente físico (percepção sonora)									
Barulho atrapalhou no AC	12	1	8,3	11	91,7				
Barulho atrapalhou no AI	21	4	19,0	17	81,0				
Deixou de falar algo (quebra de sigilo)	21	3	14,3	18	85,7				

Os usuários que receberam o aconselhamento coletivo informaram achar essa atividade importante, justificando pelo fato de esclarecer e informar (84% dos usuários). Já, segundo os profissionais de saúde, o motivo de maior importância é a reflexão (41,7%) conforme demonstrado na Figura 3.

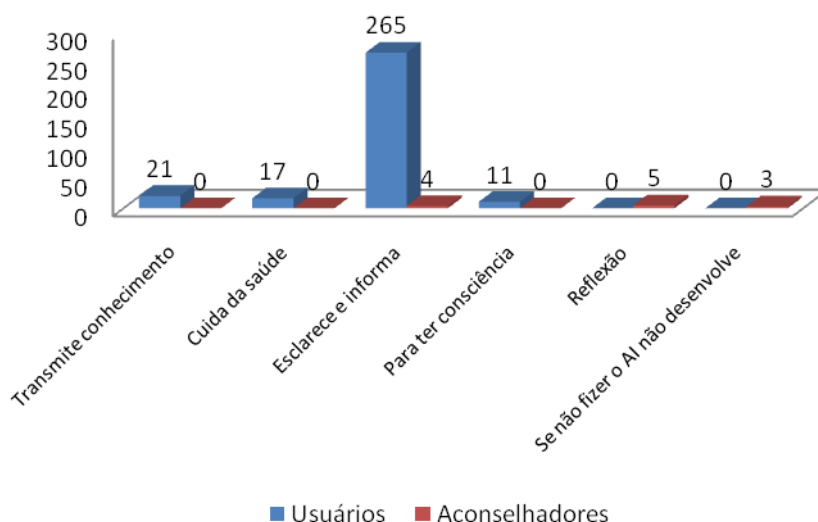


Figura 3: Motivos dos usuários e aconselhadores dos CTA do Rio de Janeiro acharem o aconselhamento coletivo importante

4.3 Percepção do Acolhimento

O grau de satisfação dos usuários está entre muito satisfeito (48,9%) e satisfeitos (49,5%) quando relacionados ao acolhimento. Os usuários que referiram estar pouco satisfeitos justificaram pelo aconselhador só ter feito perguntas e por estar no telefone durante o aconselhamento. Houve, ainda, relato de falta de cordialidade durante o atendimento.

Com relação ao indicador clareza com os serviços oferecidos, os usuários foram questionados sobre o seu conhecimento dos serviços prestados no CTA. A realização de exame HIV é a atividade mais conhecida (100,0%), seguida da retirada de dúvidas sobre DST/AIDS (94,2%) e realização de exames de outras DST (84,4%). A reflexão sobre a necessidade de mudança do comportamento não foi reconhecida entre 21,4% dos usuários como atividade do setor.

A maioria dos usuários declarou estar satisfeitos (68,3%) ou muito satisfeitos (31,1%) com a escuta de sentimentos e ansiedades durante o atendimento. Existiu referência a pouca satisfação, justificada pela não abordagem do aconselhador a esse tema. Entre todos os usuários, 11,1% acreditam que o seu grau de ansiedade não foi levado em conta para receber o aconselhamento.

Para verificar a clareza de informações, foi questionado aos usuários sobre o modo de transmissão do vírus HIV. A relação sexual (97,8%) e o uso de drogas injetáveis (94,8%) foram os modos de transmissão mais informados pelos entrevistados.

Já o uso de banheiro e utensílios e beijo e aperto de mão, são os modos de transmissão que mais confundem os usuários (8,4% e 8,0% respectivamente).

Alguns usuários (17,8%) relataram que os aconselhadores não escutaram suas crenças e valores, transmitindo toda a informação de forma didática.

O conjunto de indicadores sobre o grau de satisfação dos usuários quanto à percepção do acolhimento encontram-se sumarizados na Tabela 8.

Tabela 8. Grau de satisfação dos usuários com os CTA do Estado do Rio de Janeiro em relação ao Acolhimento.

	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Insatisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acolhimento	525	48,9	532	49,5	17	1,6	0	0,0
Escuta de sentimentos e ansiedades	334	31,1	733	68,3	7	0,6	0	0,0
Tempo de espera para a realização do exame	279	26,0	581	54,1	177	16,4	37	3,5
Tempo previsto para entrega do resultado	343	32,0	528	49,1	200	18,6	3	0,3
	Sim		Não		Não sabe informar			
	N	%	N	%	N	%		
Tratado com cordialidade	1066	99,2	8	0,8	0	0,0		
Clareza com os serviços oferecidos								
Realiza exame anti-HIV	1074	100,0	0	0,0	0	0,0		
Realiza exame de outras DST	907	84,4	161	15,0	6	0,6		
Retira dúvidas sobre DST/AIDS	1012	94,2	62	5,8	0	0,0		
Oferece insumos de prevenção	897	83,5	161	15,0	16	1,5		
Apoio emocional e escuta de sentimentos	868	80,8	206	19,2	0	0,0		
Reflexão sobre mudança de comportamento	837	78,0	230	21,4	7	0,6		
Clareza de informações (modos de transmissão)								
Relação sexual	1051	97,8	23	2,2	0	0,0		
Transmissão vertical	949	88,3	58	5,4	67	6,3		
Transfusão de sangue	991	92,3	46	4,3	37	3,4		
Drogas injetáveis	1018	94,8	28	2,6	28	2,6		
Beijo e aperto de mão	86	8,0	950	88,5	38	3,5		
Usar o mesmo banheiro/ utensílios	91	8,4	946	88,1	37	3,5		
Escuta sobre crenças e valores	883	82,2	191	17,8	0	0,0		
Gravidade e ansiedade foram levados em conta para atendimento	949	87,9	119	11,1	11	1,0		

O tempo em média de espera para fazer o exame foi de 57,5 minutos. A moda e a mediana coincidiram em 30 minutos. O menor tempo de espera foi de 5 minutos, e o maior de 240 minutos. A maior porcentagem dos entrevistados (26%) referiu ter aguardado de 21 a 30 minutos, conforme Figura 4. Com relação a esse tempo de espera,

16,4% dos usuários ficaram pouco satisfeitos e 3,5% insatisfeitos, justificando pela demora no atendimento.

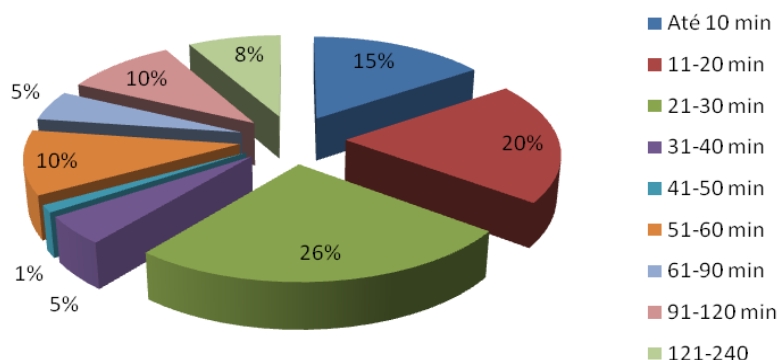


Figura 4: Tempo de espera referido pelos usuários para ser atendido nos CTA do estado do Rio de Janeiro

A Figura 5 apresenta o tempo de entrega previsto para o resultado do teste de HIV. Este variava de 15 minutos para teste rápido diagnóstico e entre 7 a 40 dias para os testes com a metodologia elisa. Entre os usuários, 18,6% estavam pouco satisfeitos e menos de 1% estava insatisfeito com o tempo de espera pelo resultado (de metodologia elisa), relacionando com o aumento de ansiedade ocasionado pela demora.

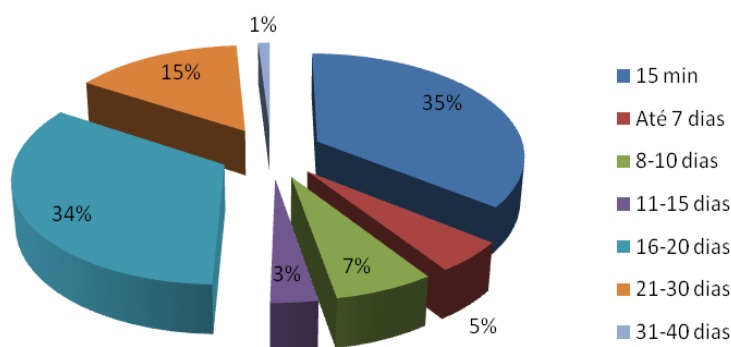


Figura 5: Tempo previsto para entrega do resultado do exame de HIV nos CTA do estado do Rio de Janeiro

Os aconselhadores declararam estar satisfeitos (52,4%) e muito satisfeitos (42,8%) com o acolhimento que ofereciam ao usuário. Apenas um aconselhador referiu estar pouco satisfeito justificando que seu atendimento poderia ser melhor. As queixas mencionadas pelos usuários (“*profissional só fazia pergunta*” e “*no telefone*”) não foram relatadas pelos profissionais que relataram tratar os usuários com cordialidade.

Das atividades realizadas nos CTA, quatro aconselhadores disseram não estar realizando exames de DST e um citou o apoio emocional e escuta sobre os sentimentos como não sendo atribuição do setor. As demais atividades (realizar exame anti-HIV, retirar dúvidas sobre DST/HIV/AIDS, oferecer insumos de prevenção e refletir sobre a necessidade de mudança de comportamento) são realizadas pelos CTA segundo os aconselhadores.

Sobre o indicador escuta de sentimentos e ansiedade, 23,8% dos profissionais entrevistados relataram não abordar esse tema com os usuários. Estes aconselhadores acreditam não ser papel do aconselhador ou só abordam esses sentimentos quando solicitado pelos usuários.

Embora ainda existam dúvidas entre os usuários sobre os meios de transmissão, todos os aconselhadores dizem informar sobre DST, HIV e AIDS.

Um profissional relatou não levar em conta o conhecimento prévio, as crenças e os valores dos usuários na hora do aconselhamento. Observa-se que 95,2% dos aconselhadores disseram levar em conta a gravidade da situação e ansiedade do paciente para prioridade de atendimento.

Sobre a satisfação dos usuários com o tempo de espera para fazer exame, 23,8% dos profissionais acreditam que os usuários ficam pouco satisfeitos e 9,5% crêem numa insatisfação. Ambos foram justificados pela demora.

Os aconselhadores acreditam que o tempo previsto para entrega do resultado também apresentam baixo grau de satisfação dos usuários, estando 28,6% pouco satisfeitos e 9,5% insatisfeitos.

A Tabela 9 apresenta o resultado dos indicadores de acolhimento segundo a percepção dos aconselhadores.

Tabela 9. A percepção dos aconselhadores dos CTA do Estado do Rio de Janeiro em relação ao Acolhimento.

	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Insatisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acolhimento que oferece	9	42,8	11	52,4	1	4,8	0	0
Satisf. do usuário com tempo de espera para a realização do exame	2	9,5	12	57,2	5	23,8	2	9,5
Satisf. do usuário com tempo previsto para entrega do resultado	5	23,8	8	38,1	6	28,6	2	9,5
	Sim		Não					
	N	%	N	%				
Trata com cordialidade	21	100,0	0	0,0				
Clareza com os serviços oferecidos								
Realiza exame anti-HIV	21	100,0	0	0,0				
Realiza exame de outras DST	17	81,0	4	19,0				
Retira dúvidas sobre DST/AIDS	21	100,0	0	0,0				
Oferece insumos de prevenção	21	100,0	0	0,0				
Apoio emocional e escuta de sentimentos	20	95,2	1	4,8				
Reflexão sobre mudança de comportamento	21	100,0	0	0,0				
Escuta de sentimentos e ansiedades	16	76,2	5	23,8				
Clareza de informações (informa sobre)								
AIDS	21	100,0	0	0,0				
HIV	21	100,0	0	0,0				
DST	21	100,0	0	0,0				
Escuta sobre crenças e valores	20	95,2	1	4,8				
Gravidade e ansiedade foram levados em conta para atendimento	20	95,2	1	4,8				

A duração do aconselhamento segundo os usuários teve média de 12 minutos. A mediana e a moda foi de 10 minutos. A maioria dos usuários (59,8%) relatou que seu atendimento durou até 10 minutos, conforme Figura 6. Já a maior frequência de duração dos atendimentos segundo os aconselhadores foi de 16 a 20 minutos (52,4%).

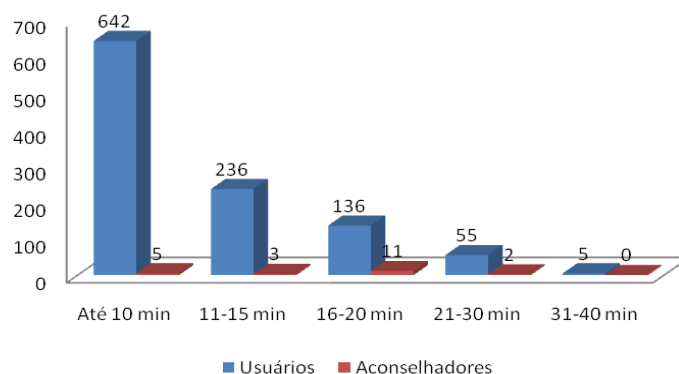


Figura 6 – Duração do atendimento segundo os usuários e tempo em média do aconselhamento segundo os aconselhadores dos CTA do estado do Rio de Janeiro.

4.4 Descrição da relação usuário – profissional de saúde

Nesta estrutura analítica foram avaliados os indicadores de qualidade técnica dos profissionais, relação interpessoal, como foram fornecidas as informações e percepção sobre clareza das informações e tempo para fazer perguntas.

Uma grande parte (51,7%) dos usuários disse estar satisfeitos com a relação interpessoal estabelecida com o aconselhador. A pouca satisfação e a insatisfação foi relacionada ao fato do usuário “*não ter ficado a vontade para falar*” e por achar que o “*profissional pegou pesado*”.

Com relação às dúvidas e perguntas, 97,8% dos usuários relataram que o profissional soube responder-las. Já com relação ao tempo de fazer perguntas 71,6% dos usuários ficaram satisfeitos. Ainda sobre esse indicador, 6,4% dos usuários relataram ficar com dúvida justificando “*não ter ficado à vontade para perguntar*” ou “*ter ficado com vergonha do aconselhador*”.

Sobre as informações fornecidas, como se prevenir foi a mais frequente (98,4%) segundo os usuários, seguido do modo de transmissão (97,5%) e exames que seriam feitos (90,9%). A informação menos abordada segundo os usuários foi a abordagem dos sentimentos que possam surgir na espera do resultado (50,4% de negativa).

Quando os usuários avaliam os aconselhadores que lhe atenderam observa-se que 64% consideram boa, 15% excelente e 13% ótima, conforme Figura 7.

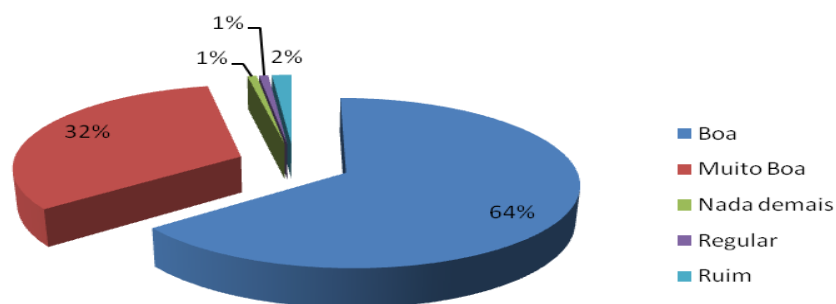


Figura 7 – Percepção sobre os aconselhadores segundo os usuários dos CTA do estado do Rio de Janeiro

A Tabela 10 apresenta o grau de satisfação dos usuários frente ao conjunto de indicadores sobre a relação dos usuários com os profissionais de saúde.

Tabela 10. A satisfação dos usuários dos CTA do Estado do Rio de Janeiro sobre sua relação com os profissionais de saúde.

	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Insatisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Relação interpessoal com aconselhador	503	46,9	556	51,7	8	0,8	7	0,6
Satisfação com as informações recebidas	387	36,1	678	63,1	8	0,8	0	0,0
Satisfação com o tempo para fazer perguntas	305	28,4	769	71,6	0	0,0	0	0,0
	Sim		Não		Não sabe informar			
	N	%	N	%	N	%		
Informações fornecidas								
Modo de transmissão	1047	97,5	27	2,5	0	0,0		
Como se prevenir	1057	98,4	17	1,6	0	0,0		
Como usar preservativo	922	85,8	152	14,2	0	0,0		
Exames a serem realizados	976	90,9	98	9,1	0	0,0		
Possíveis resultados dos exames	786	73,2	288	26,8	0	0,0		
Possíveis sentimentos com espera dos resultados	533	49,6	541	50,4	0	0,0		
Percepção sobre a clareza das informações								
Ficou com dúvidas	69	6,4	1005	93,6	0	0,0		
Percepção sobre a qualidade técnica do aconselhador								
Soube responder suas perguntas	1051	97,8	0	0,0	23	2,2		

Ao analisar os mesmos indicadores na percepção dos aconselhadores observa-se que 61,9% dos profissionais entrevistados acreditam que o usuário fique satisfeito com a relação interpessoal que estabelecem. Não foram mencionados os graus de pouca satisfação ou insatisfação nesses aspectos.

Com relação às dúvidas e perguntas 19,1% dos aconselhadores acham que não conseguem responder as perguntas dos usuários. Porém, 66,7% dos aconselhadores relataram ter feito algum curso de atualização nesse último ano (entre 2009 e 2010). A maioria dos aconselhadores (76,2%) acredita que o usuário fique satisfeito com tempo para fazer perguntas.

Grande parte dos aconselhadores (90,5%) acredita que o usuário fique satisfeito com as informações recebidas. Sobre essas informações, apenas um aconselhador relata não informar como usar o preservativo e outro refere não abordar possíveis sentimentos com a espera do resultado. Outras informações fornecidas pelos aconselhadores, segundo os mesmos, envolvem “*janela imunológica*”, “*diferença entre HIV e AIDS*”, “*explicação sobre DST*” e “*explicação sobre infecção oportunista*”.

A percepção dos aconselhadores frente ao conjunto de indicadores sobre a relação dos usuários com os profissionais de saúde, consta na Tabela 11.

Tabela 11. A percepção dos aconselhadores dos CTA do Estado do Rio de Janeiro sobre a relação usuários-profissionais de saúde.

	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Insatisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Relação interpessoal com usuário	8	38,1	13	61,9	0	0,0	0	0,0
Satisfação dos usuários com as informações recebidas	2	9,5	19	90,5	0	0,0	0	0,0
Satisfação dos usuários com o tempo para fazer perguntas	5	23,8	16	76,2	0	0,0	0	0,0
	Sim		Não		Não sabe informar			
	N	%	N	%	N	%		
Informações oferecidas								
Modo de transmissão	21	100,0	0	0,0	0	0,0		
Como se prevenir	21	100,0	0	0,0	0	0,0		
Como usar preservativo	20	95,2	1	4,8	0	0,0		
Exames a serem realizados	21	100,0	0	0,0	0	0,0		
Possíveis resultados dos exames	21	100,0	0	0,0	0	0,0		
Possíveis sentimentos com espera dos resultados	20	95,2	1	4,8	0	0,0		
Outros	11	52,4	10	47,6	0	0,0		
Percepção sobre a clareza das informações								
Acredita saber responder as dúvidas	17	80,9	4	19,1	0	0,0		
Percepção sobre a qualidade técnica do aconselhador								
Participou de curso de atualização no último ano	14	66,7	7	33,3	0	0,0		

Sobre a metodologia utilizada no aconselhamento 29,0% dos aconselhadores acreditam ser bom, 24,0% acham importante por abordar exames, medos e ansiedades, e, 14,0% acham que o ponto forte é o esclarecimento, conforme Figura 8.

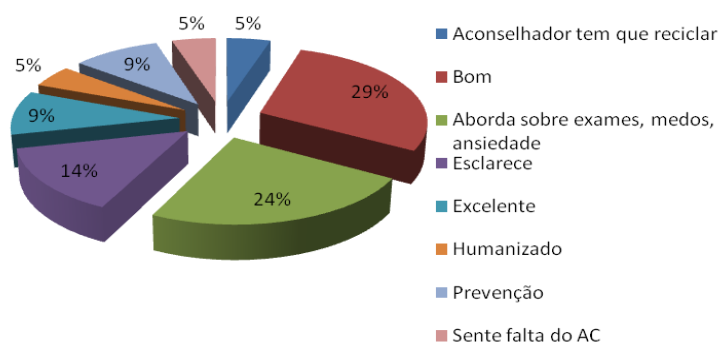


Figura 8 – Visão do aconselhador sobre o aconselhamento nos CTA do estado do Rio de Janeiro.

4.5 Efeito no comportamento do usuário (ou resolutividade).

Atendimento da demanda, intenção de continuidade do cuidado e pretensão de mudança do comportamento foram os indicadores avaliados na estrutura analítica efeito no comportamento do usuário (ou resolutividade).

Apenas 1,7% dos usuários referiram não ter a demanda atendida. Com relação a continuidade do tratamento, 99,1% dos usuários pretendem buscar o resultado. As informações referentes ao conjunto de indicadores de resolutividade segundo a percepção dos usuários encontram-se sumarizados na Tabela 12.

Tabela 12. A satisfação dos usuários com os CTA do Estado do Rio de Janeiro em relação ao efeito no comportamento do indivíduo e resolutividade.

	Sim		Não		Não sabe informar	
	N	%	N	%	N	%
Demanda que buscou no serviço foi atendida*	1056	98,3	18	1,7	0	0,0
Intenção de continuidade do tratamento						
Pretende vir buscar o resultado*	1064	99,1	10	0,9	0	0,0
Pretensão de mudança do comportamento						
Tem algum comportamento de risco*	603	56,1	471	43,9	0	0,0
Mudaria esse comportamento**	370	62,4	233	37,6	0	0,0

* População total estimada (n total) = 1074

** População estimada com comportamento de risco (n total) = 603

Um grande número de usuários (56,1%) afirmam ter um comportamento de risco, sendo em 95,0% dos casos o “*não uso do preservativo*”, conforme Figura 9.

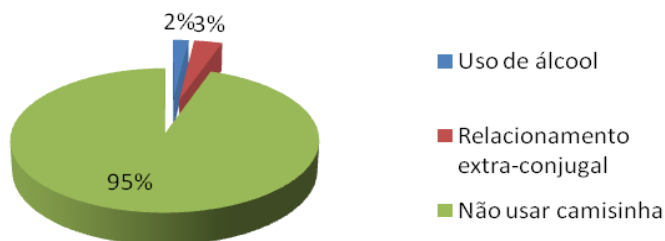


Figura 9 – Comportamento de risco considerado pelos usuários dos CTA do estado do Rio de Janeiro

Dentre os usuários que relataram apresentar comportamento de risco, 37,6% acreditam não conseguir mudá-lo. O motivo de maior dificuldade para mudar o comportamento foi a “*não aceitação do preservativo pelo(a) parceiro(a)*”, conforme demonstrado na Figura 10.

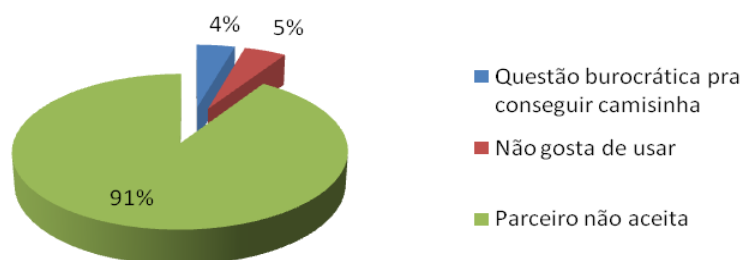


Figura 10 – Motivo para não mudar o comportamento de risco entre usuários dos CTA do estado do Rio de Janeiro.

Avaliando esses indicadores na percepção dos aconselhadores verifica-se que 90,6% dos profissionais acreditam que o usuário tenha sua demanda atendida no CTA. O aconselhamento é visto como facilitador de mudança do comportamento por 80,9% dos aconselhadores. Os que não acreditam nessa relação justificam pela “*dificuldade de mudança do comportamento do indivíduo*” e “*volta dos usuários para refazer o teste*”.

O aconselhador que não sabe informar sobre esse aspecto acha que o aconselhamento é um esclarecedor e não um facilitador. A Tabela 13 sumariza os indicadores de resolutividade segundo a percepção dos aconselhadores.

Tabela 13. A percepção dos aconselhadores dos CTA do Estado do Rio de Janeiro em relação ao efeito no comportamento do indivíduo e resolutividade.

	Sim		Não		Não sabe informar	
	N	%	N	%	N	%
Demanda que buscou no serviço é atendida	19	90,6	1	4,7	1	4,7
Pretensão de mudança do comportamento						
Aconselhamento é facilitador de mudança de comportamento	17	80,9	3	14,3	1	4,8

A Figura 11 destaca que o motivo de maior frequência dos aconselhadores acharem que o aconselhamento é um facilitador de mudança do comportamento foi a “informação” (88,0%).

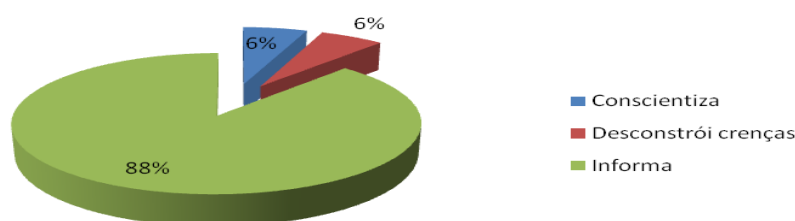


Figura 11 – Motivo do aconselhamento ser facilitador de mudança de comportamento, segundo os aconselhadores dos CTA do estado do Rio de Janeiro.

A grande intenção dos usuários em vir buscar o resultado é confirmada pelos aconselhadores, onde todos os profissionais entrevistados relatam que mais de 70,0% dos usuários retornam para buscar o resultado.

4.6 Territorialidade

Na territorialidade foram verificados os indicadores: a relação com outras redes de serviço e a percepção sobre o fluxo do encaminhamento.

Apenas 16,6 % dos usuários entrevistados precisam de algum tipo de encaminhamento. Destes, 38,8% não foram encaminhados devido ao fato de já possuir encaminhamento, ou porque o aconselhador não falou sobre isso, ou porque o aconselhador não sabia informar.

Sobre o grau de satisfação dos usuários com o encaminhamento que receberam, 49,5% referiram estar satisfeitos. Como motivo da pouca satisfação referida por 10,1% dos usuários foi relatado o fato de ter que retornar outro dia ao CTA para buscar o encaminhamento.

A Tabela 14 sumariza os dados dos indicadores de territorialidade segundo os usuários.

Tabela 14. A satisfação dos usuários com os CTA do Estado do Rio de Janeiro em relação à territorialidade.

	Sim		Não		Não sabe informar				
	N	%	N	%	N	%			
Relação com outras redes de serviço									
Precisou de encaminhamento*	178	16,6	896	83,4	0	0,0			
Foi encaminhado**	109	61,2	69	38,8	0	0,0			
	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Insatisfeito		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Percepção sobre o fluxo do encaminhamento									
Grau de satisfação com o encaminhamento recebido***	44	40,4	54	49,5	11	10,1	0	0,0	

* População total estimada (n total) = 1074

** População estimada que precisou de encaminhamento para outros serviços (n total) = 178

*** População estimada encaminhada para outros serviços (n total) = 109

A percepção dos aconselhadores sobre esses mesmos indicadores mostra que todos os profissionais referem realizar encaminhamento. Sobre a satisfação dos usuários com esse encaminhamento, 71,4% dos aconselhadores acreditam que os usuários fiquem satisfeitos.

Quando os aconselhadores avaliaram a qualidade do fluxo dos encaminhamentos 61,9% dos profissionais acreditam ser bom. Justificam essa qualidade pela “*falta de retorno*” (50,0%) e pelo “*não atendimento dos usuários encaminhados*” (25,0%), conforme Figura 12.

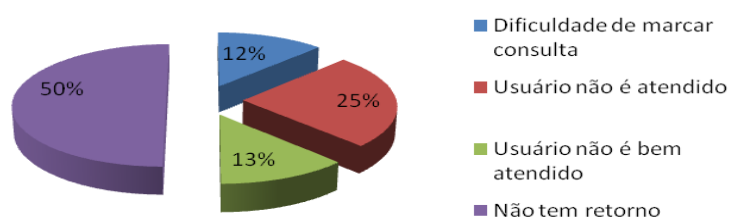


Figura 12 – Motivo da qualidade do fluxo de encaminhamento ser regular ou ruim, segundo os aconselhadores dos CTA do estado do Rio de Janeiro.

A Tabela 15 sumariza os dados dos indicadores de territorialidade segundo a percepção dos aconselhadores.

Tabela 15. A percepção dos aconselhadores dos CTA do Estado do Rio de Janeiro em relação à territorialidade.

	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Insatisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Percepção sobre o fluxo do encaminhamento								
Grau de satisfação com o encaminhamento recebido	3	14,3	15	71,4	3	14,3	0	0,0
	Ótima		Boa		Regular		Ruim	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Relação com outras redes de serviço								
Qualidade do fluxo de encaminhamento	0	0,0	13	61,9	7	33,3	1	4,8
	Sim		Não		Não sabe informar			
	N	%	N	%	N	%		
Relação com outras redes de serviço								
Quando o usuário precisa é encaminhado	21	100,0	0	0,0	0	0,0		

Comparando os encaminhamentos necessários aos usuários com os realizados pelos aconselhadores, observa-se que os usuários referem necessitar mais de tratamento de DST, realização de outros exames e atendimento ginecológico. Também os aconselhadores relatam que o encaminhamento mais realizado é para tratamento de DST, como demonstrado na Figura 13.

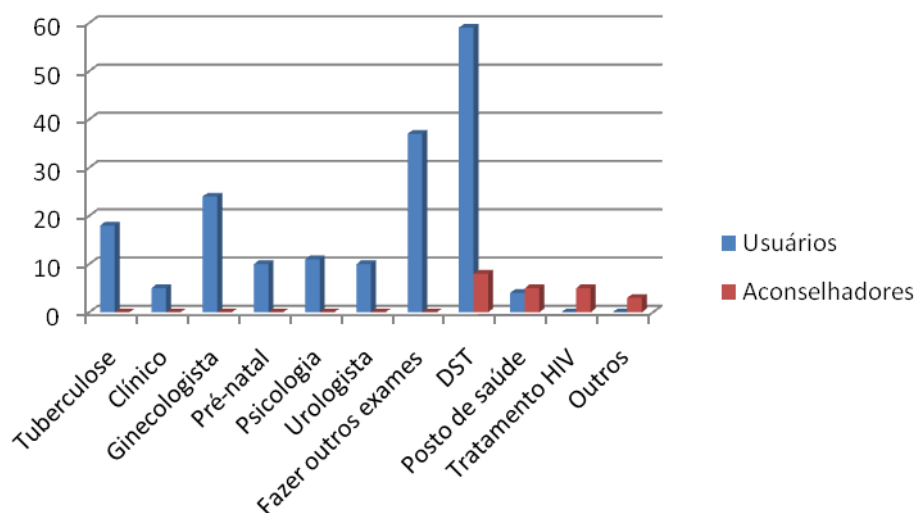


Figura 13 – Encaminhamento necessário e realizado nos CTA do estado do Rio de Janeiro.

4.7 Informação e participação na gestão

Avaliando a percepção do atendimento recebido pelos usuários como direito e não como ajuda, observa-se que 97,4% dos usuários acham que sua opinião é importante para o funcionamento do CTA. Se não fossem bem atendidos, 82,7% dos usuários disseram que fariam alguma coisa, conforme apresentado na Tabela 16.

Tabela 16. A satisfação dos usuários com os CTA do Estado do Rio de Janeiro em relação à informação e participação na gestão.

	Sim		Não		Não sabe informar	
	N	%	N	%	N	%
Percepção do atendimento como direito e não como ajuda						
Acha que a opinião é importante para o funcionamento do CTA	1046	97,4	23	2,2	5	0,4
Se não fosse bem atendido faria alguma coisa	888	82,7	179	16,7	7	0,6

A Figura 14 aponta que a atitude mais freqüente seria “*não retornar ao serviço*” (30,0%) e “*reclamar não sabe onde*” (30,0%).

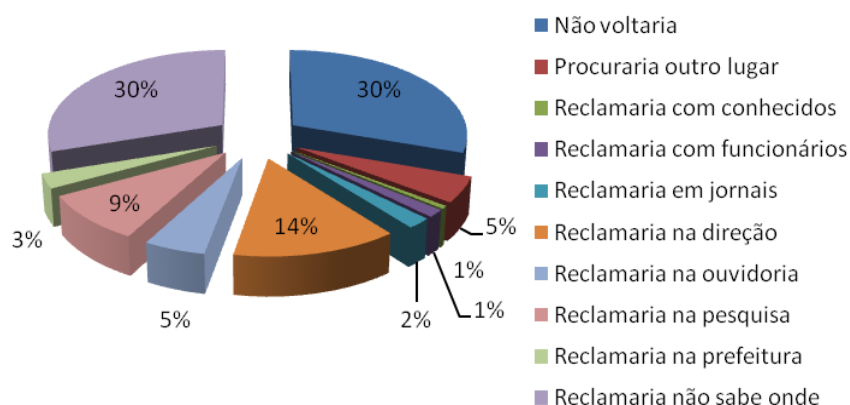


Figura 14 – Atitude dos usuários dos CTA do estado do Rio de Janeiro se não fossem bem atendidos.

Sob a ótica dos profissionais, nesses indicadores verifica-se que 95,2% dos profissionais acreditam que a opinião do usuário é importante para o funcionamento do setor. Sobre o usuário ter ciência dos seus direitos e deveres há uma divisão de opiniões. Dos 52,4% dos aconselhadores que responderam negativamente a este questionamento a justificativa mais presente foi que os usuários não teriam esse nível de informação. Esses dados, segundo os profissionais de saúde estão sumarizados na Tabela 17.

Tabela 17. A percepção dos aconselhadores dos CTA do Estado do Rio de Janeiro em relação à informação e participação na gestão.

	Sim		Não		Não sabe informar	
	N	%	N	%	N	%
Percepção do atendimento como direito e não como ajuda						
A opinião do usuário é importante para o funcionamento do CTA	20	95,2	1	4,8	0	0,0
O usuário tem ciência dos seus direitos e deveres	10	47,6	11	52,4	0	0,0
Já recebeu alguma queixa	16	76,2	5	23,8	0	0,0

A maioria dos aconselhadores (76,2%) relatou já ter recebido queixas dos usuários. A queixa mais frequente foi quanto ao “horário” (31,0%), conforme demonstrado na Figura 15.

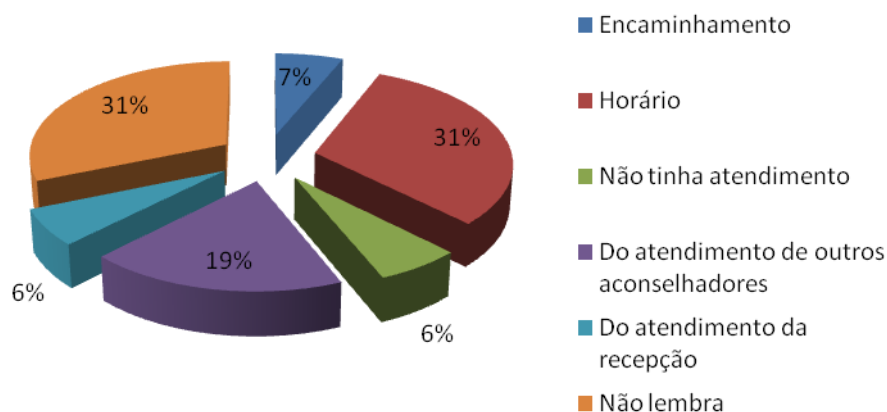


Figura 15 – Queixa que o aconselhador já recebeu dos usuários nos CTA do estado do Rio de Janeiro.

4.8 Acesso e disponibilidade

Os indicadores: atendimento anterior; insumos recebidos; tempo de deslocamento até o serviço; e, indicação do CTA para outra pessoa, foram analisados na estrutura acesso e disponibilidade.

Um número relativo de usuários (18,3%) referiu já ter utilizado um serviço com metodologia similar a empregada nos CTA. A Figura 16 demonstra que o posto de saúde é o serviço similar mais citado (53,0%).

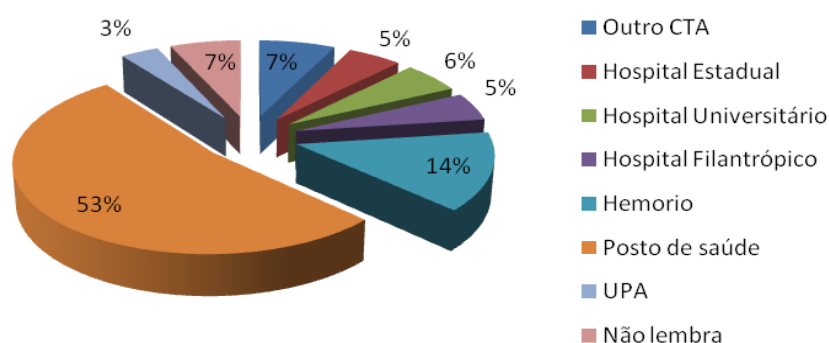


Figura 16 – Serviço que os usuários dos CTA do estado do Rio de Janeiro já utilizaram e acham a metodologia similar.

Sobre insumos recebidos, 63,7% dos usuários declararam ter recebido algum material sendo a camisinha o insumo mais distribuído, seguido do material informativo. Os que não receberam material justificam pelo “*não oferecimento*”, “*não quiseram*” ou “*ainda irão pegar*”. O grau de satisfação com o material recebido foi de satisfeito para 57,6% dos usuários. Dentre os usuários pouco satisfeitos houve alegação de “*não saber usar o material recebido*”.

A média de tempo de deslocamento até o CTA foi de 44,3 minutos, a moda de 30 minutos e a mediana de 40 minutos. Entre os usuários, 40% levaram entre 21 a 40 minutos até a unidade, como demonstrado na Figura 17. Com relação a esse tempo, 60,1% dos usuários ficaram satisfeitos. Os usuários pouco satisfeitos e os insatisfeitos associaram seu grau de insatisfação a “*distância*”.

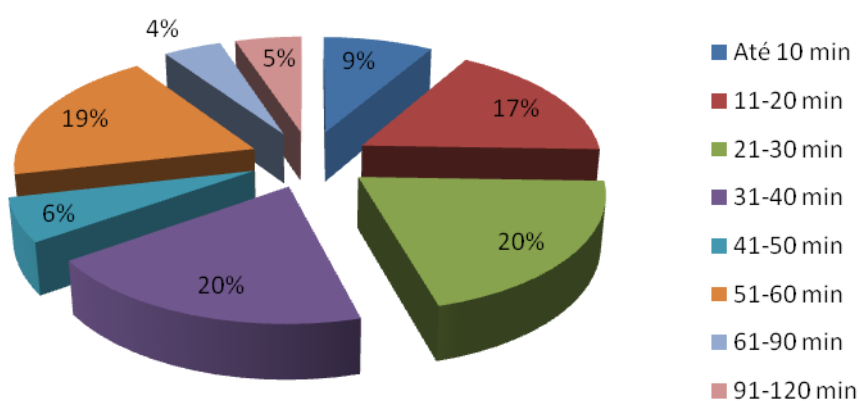


Figura 17 – Tempo de trânsito entre a residência e o serviço, referido pelos usuários dos CTA do estado do Rio de Janeiro.

Todos os usuários entrevistados indicariam o CTA para outra pessoa. Os principais motivos para indicação seriam: “*por ser bem atendido*” (41,0%), “*a importância de saber sorologia*” (24,0%) e para “*esclarecer informações*” (9,0%), conforme demonstrado na Figura 18.

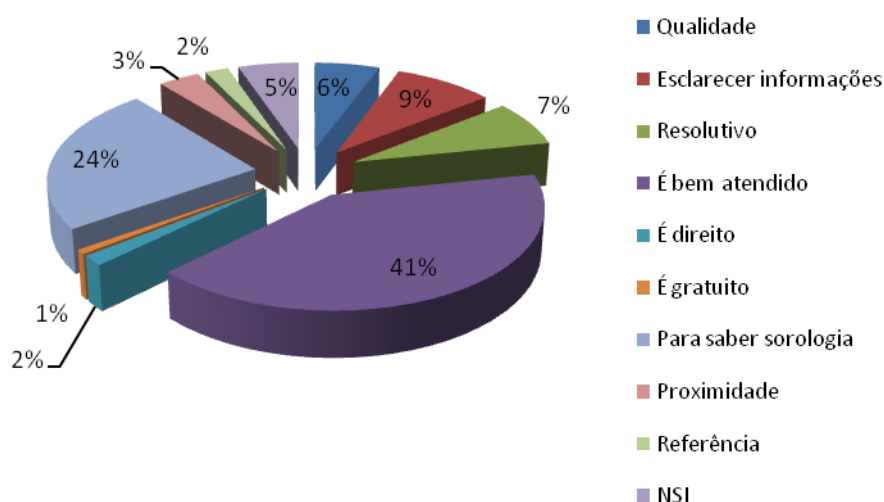


Figura 18 – Motivo referido pelos usuários dos CTA do estado do Rio de Janeiro para indicar os serviços para outras pessoas.

O grau de satisfação dos usuários quanto aos indicadores de acesso e disponibilidade estão sumarizados na Tabela 18.

Tabela 18. A satisfação dos usuários com os CTA do Estado do Rio de Janeiro em relação ao acesso e disponibilidade.

	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Insatisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Insumos recebidos								
Satisfação com o material recebido	271	39,8	392	57,6	18	2,6	0	0,0
Tempo de deslocamento até o CTA	108	10,1	646	60,1	185	17,2	135	12,6
	Sim		Não		Não sabe informar			
	N	%	N	%	N	%		
Atendimento anterior								
Já usou serviço similar a esse	197	18,3	877	81,7	0	0,0		
Insumos recebidos								
Recebeu algum material	681	63,7	393	36,3	0	0,0		
Indicação do CTA para outra pessoa	1074	100,0	0	0,0	0	0,0		

Segundo os aconselhadores 47,6% disseram conhecer algum serviço com metodologia similar a utilizada nos CTA. As atividades de algumas ONG (50,0%) e o INCA (30,0%) foram os serviços mais mencionados pelos aconselhadores conforme demonstrado na Figura 19.

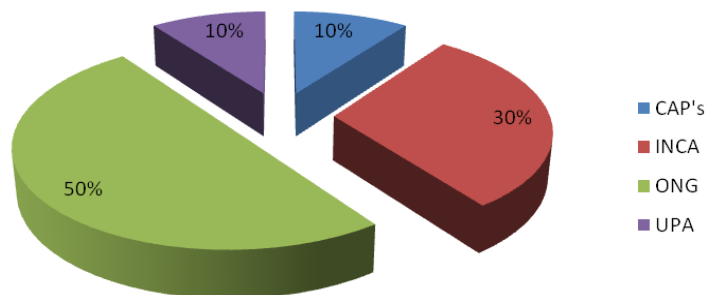


Figura 19: Serviço que o aconselhador conhece com metodologia similar a utilizada nos CTA do estado do Rio de Janeiro

Dos materiais oferecidos o preservativo foi mencionado por todos os aconselhadores. Sobre o grau de satisfação com o material que oferecem, 71,4% dos aconselhadores acreditam que o usuário fique satisfeito. A “*falta de material*” foi o motivo alegado tanto pelo aconselhador que julga que os usuários fiquem pouco satisfeitos, como pelo profissional que acredita no grau de insatisfação do usuário.

A facilidade de acesso do CTA foi confirmada por 61,9% dos profissionais. Ainda com relação a esse aspecto, 80,9% dos aconselhadores acredita que os usuários fiquem satisfeitos. A distância foi atribuída, pelos aconselhadores, aos níveis de pouca satisfação ou insatisfação dos usuários.

Todos os aconselhadores acreditam que os usuários indicariam o CTA para outra pessoa. Os principais motivos para indicação do serviço pelos usuários, segundo os profissionais, estão expressos na Figura 20.

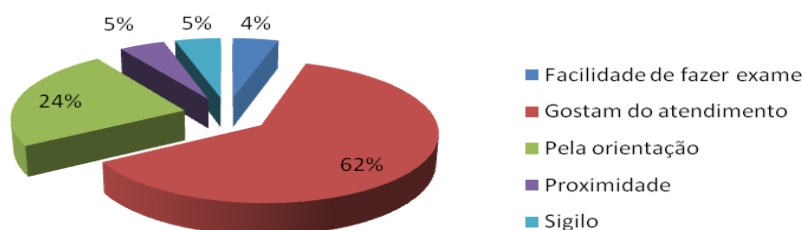


Figura 20: Motivo de indicação do serviço pelos usuários, segundo os aconselhadores dos CTA do estado do Rio de Janeiro

A percepção dos aconselhadores quanto aos indicadores de acesso e disponibilidade estão sumarizados na Tabela 19.

Tabela 19. A percepção dos aconselhadores dos CTA do Estado do Rio de Janeiro em relação ao acesso e disponibilidade.

	Muito satisfeito		Satisfeito		Pouco satisfeito		Insatisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Insumos oferecidos								
Satisfação do usuário com o material recebido	4	19,0	15	71,4	1	4,8	1	4,8
Tempo de deslocamento até o CTA	0	0,0	17	80,9	1	4,8	3	14,3
					Não sabe informar			
	Sim		Não		Não sabe informar			
	N	%	N	%	N	%		
Atendimento anterior								
Conhece algum serviço similar a esse	10	47,6	11	52,4	0	0,0		
Insumos oferecidos								
Oferece algum material	21	100,0	0	0,0	0	0,0		
Tempo de deslocamento até o CTA								
CTA é de fácil acesso	17	80,9	1	4,8	3	14,3		
Indicação do CTA para outra pessoa	21	100,0	0	0,0	0	0,0		

5. DISCUSSÃO

5.1 *Quanto ao perfil dos CTA, frente às questões normativas*

Avaliando os resultados encontrados não se encontrou associação estatística significativa entre satisfação com o serviço prestado pelos CTA com as variáveis sócio-demográficas idade, sexo, raça, escolaridade e estado civil, nem entre usuários, nem entre os profissionais.

Estima-se que os usuários entrevistados reflitam o padrão da população que vai aos CTA, sublinhando-se a predominância de mulheres, na faixa etária entre 21-30 anos, cor parda, com ensino médio completo e estado civil amigado. Já o perfil dos aconselhadores que trabalham nos CTA do estado do Rio de Janeiro estima-se serem mulheres, faixa etária 41-50 anos, cor branca, com ensino superior completo ou especialização, sendo em sua maioria psicólogos. No Brasil, 66,9% dos CTA tem mais aconselhadores de nível superior do que técnico³.

Quanto à satisfação observa-se que os usuários ficaram muito satisfeitos com o serviço recebido (49,7%), enquanto os aconselhadores estão satisfeitos (80,1%). Segundo Oliveira⁵⁷ (1992) e Vaitsman⁶¹ (2005) os profissionais são mais críticos e exigentes do que os usuários, tendo um olhar mais amplo e reconhecendo os direitos e deveres de cidadania. Tal informação foi ratificada no estudo realizado.

Os usuários muito satisfeitos eram em sua maioria homens, faixa etária menor de 20 anos, cor parda, ensino superior incompleto e estado civil separado. Já os aconselhadores satisfeitos eram mulheres, faixa etária 31-40 anos e 51-60 anos, cor branca, enfermeiros e fisioterapeutas.

Com relação às características dos CTA observa-se que um grande número dos usuários vieram ao serviço pela primeira vez, o que pode caracterizar um aumento de interesse da população pela sorologia. Porém, ainda há um número significativo de retorno ao serviço, onde poderia ser realizado um estudo mais detalhado para investigar se este retorno é por rotina ou por nova exposição à situação de risco, o que pode ser relacionado a deficiências do aconselhamento realizado.

Apenas 29,2% dos usuários participaram do aconselhamento coletivo, disponível em apenas quatro dos CTA envolvidos no estudo. Esse número é relativamente baixo quando comparado com o número de CTA do Brasil que realizam essa atividade (73,8%)³. Destaca-se, porém, que os usuários que participaram do aconselhamento

coletivo e os profissionais que o realizam reconhecem a importância do mesmo, principalmente por esclarecer e informar.

Com relação à percepção visual e sonora do ambiente físico houveram reclamações com relação ao ambiente do aconselhamento individual. Essas reclamações (falta de anonimato, medo de que as pessoas escutassem, porta abrindo o tempo todo) ferem alguns princípios do CTA como a não garantia do anonimato e confidencialidade².

A conservação da unidade foi o indicador de menor grau de satisfação. Falta de reforma, infra-estrutura (banheiro, bebedouro, limpeza), falta de privacidade, falta de sala, entre outras foram as justificativas dessa insatisfação, seja pelos usuários ou pelos aconselhadore.

Ao analisarmos essa estrutura analítica de infra-estrutura, observa-se que alguns dos CTA do Rio de Janeiro não possuem espaço físico apropriado. Pouco mais de 30% dos CTA possuem estrutura física precária³. Os espaços de atendimento deveriam ser identificados para que o usuário possa se localizar, ter informações e serem adequados para garantia da confidencialidade. Segundo a 'Atualização das Diretrizes Organizacionais do Brasil', além dessas características, o espaço deveria conter: recepção, sala de espera, sala de coleta, espaço de arquivamento, sala de aconselhamento individual, sala de aconselhamento individual com pia (para quem realiza teste rápido), sala de atividade coletiva e sala de gerência (para CTA de médio e grande porte)¹⁹.

Na estrutura analítica de acolhimento, verificou-se que a grande maioria dos usuários fica muito satisfeita ou satisfeita com o acolhimento e cordialidade dos profissionais. Embora todos os profissionais julguem tratar com cordialidade os usuários, queixas como falar ao telefone ou apenas perguntar para preencher a ficha foram realizadas pelos usuários.

Com relação à clareza dos serviços oferecidos, verificou-se que as atividades de realização de exames (anti-HIV e DST) e retirada de dúvidas são as atividades mais reconhecidas pelos usuários. Porém os próprios aconselhadore não executam todas as atividades previstas pelas Diretrizes Organizacionais do CTA, como por exemplo, escuta de sentimentos e ansiedade. As crenças e valores também não foram considerados segundo 17,8% dos usuários entrevistados. Esses indicadores demonstram que o objetivo do CTA de refletir sobre vulnerabilidade, estimular adoção de práticas seguras para cada usuário e redução do impacto emocional do diagnóstico¹⁹, pode não ser alcançado.

Os profissionais relatam informar sobre DST, HIV e AIDS. Porém observa-se que mesmo com as informações recebidas, ainda restam algumas confusões dos usuários com o modo de transmissão. Mesmo assim, pode-se dizer que esses serviços promovem o acesso da população às informações¹⁹.

O tempo de espera em média para realizar o exame foi de 57,5 minutos. Já o tempo em média de um aconselhamento segundo os aconselhadores foi de 12 minutos. Não existe uma padronização do tempo de duração de um aconselhamento, desde que os objetivos do mesmo sejam alcançados. Cabe aos gerentes do serviço reajustar o fluxo da demanda e os recursos humanos disponíveis, de forma a garantir um tempo justo para um atendimento de qualidade aos usuários². Foram mencionadas queixas de pouco número de atendimento, pelos usuários, e necessidade de mais aconselhadores, segundo os profissionais. Vale ressaltar que após receberem o aconselhamento individual, os usuários referem compreender a importância do tempo dispensado no mesmo.

O tempo previsto para entrega de resultado de maior frequência foi de 16-20 dias e 21-30 dias, para as unidades que não realizam teste rápido. Esse tempo está acima do estimado, que são 15 dias corridos (incluindo os exames confirmatórios), considerando os princípios de acessibilidade, agilidade e resolutividade que regem a organização do CTA¹⁹. Com isso, essa demora no resultado foi motivo de insatisfação nos usuários. A falta de agilidade na entrega dos resultados é um problema recorrente em todo País. Apenas metade dos serviços entrega o resultado negativo de HIV em menos de 15 dias³.

Outro princípio do CTA é acolher todos os usuários que chegam ao serviço, levando em consideração a privacidade, a ética, o respeito às diferenças e as necessidades trazidas para o CTA¹⁹. Este não foi garantido segundo 11,1% dos usuários, quando questionados se acharam que o grau de ansiedade e a gravidade da situação foram levados em conta para o atendimento. Porém, a maioria dos profissionais alegaram avaliar ansiedade e necessidade atendendo o usuário que julgarem necessário.

A relação usuário-profissional de saúde (aconselhador) foi a terceira estrutura analítica a ser avaliada. A percepção dessa relação interpessoal segundo os usuários gerou um bom grau de satisfação, onde 98,6 % dos usuários ficaram muito satisfeitos e satisfeitos. Cotta *et al*⁶⁴ em seu estudo “A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde”, demonstrou que o nível de satisfação dos usuários sobre a relação com os profissionais de saúde (médico, enfermeiro e ACS) do PSF foi 93,5% , 98,6% e 97,7% respectivamente. Tal fato nos demonstra uma coerência do grau de satisfação desses estudos que pode ser justificado pela semelhança do papel dos profissionais. Os profissionais devem desenvolver sua

capacidade de escuta, que permite a apreensão das necessidades de saúde do usuário, que pode estar relacionada com os desejos e aspirações subjetivas diferentes dos sintomas que o levaram ao setor⁶⁵.

Sobre treinamentos no último ano, 66,7% dos profissionais informaram ter participado. Este número é menor quando comparado com o estudo, “Diagnóstico Situacional dos CTA do Brasil”, onde 91,9% dos aconselhadores haviam participado de algum curso³. Porém, isso não interfere na percepção dos usuários sobre a qualidade técnica dos aconselhadores, relatando que esses profissionais souberam responder as perguntas.

A maioria dos usuários ficou satisfeita com as informações recebidas e com o tempo para fazer perguntas. Esse grau de satisfação ficou abaixo do esperado pelos profissionais, onde a maioria acreditava que os usuários ficaram satisfeitos com as informações recebidas; e, achavam que os usuários estavam satisfeitos com o tempo para fazer perguntas.

Segundo os usuários diversas informações essenciais não estão sendo repassadas durante o aconselhamento, tais como: modos de transmissão do HIV, métodos de prevenção, cuidados no uso dos preservativos e possíveis resultados dos exames. Tal fato aponta para a necessidade de estudos que monitorem o processo de aconselhamento a fim de identificar se as informações estão sendo repassadas adequadamente pelos aconselhadores ou se não estão sendo compreendidas pelos usuários.

Sobre a metodologia utilizada no aconselhamento, os aconselhadores acreditam ser boa, acham importante por abordar exames, medos e ansiedades, e crêem que o ponto forte é o esclarecimento. Isso seria um diferencial no atendimento, não sendo apenas a realização de exame, mas também alcançando um objetivo maior que é a prevenção. Segundo Ferreira *et al*⁶⁶, em seu estudo sobre “Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro” demonstrou uma necessidade de se estender a experiência dos CTA quanto ao aconselhamento e testagem anti-HIV para outros serviços públicos de saúde, e indicar que a prática do aconselhamento deve levar em conta os riscos individuais e coletivos às DST/HIV, incluindo as diferenças culturais entre os gêneros e as várias formas de relacionamentos existentes, impossíveis de serem normatizadas por orientações gerais.

A quarta estrutura analítica avaliada foi relacionada ao efeito no comportamento do usuário (ou resolutividade). Observou-se que poucos usuários não tiveram sua demanda atendida. No indicador intenção de continuidade de tratamento foi questionado

sobre a intenção do usuário em vir buscar o resultado, onde apenas um usuário relatou que não voltaria justificando não ter feito exame. Segundo os profissionais, mais de 70% dos usuários voltam para pegar o resultado, sendo a faixa de 80-89% a mais mencionada. Esse número está dentro da taxa de retorno encontrada no estudo “Diagnóstico Situacional dos CTA do Brasil”, onde em 64,6% dos serviços 75% dos usuários voltam para buscar o resultado³.

Com relação à pretensão de mudança do comportamento, mais da metade dos usuários reconhecem ter um comportamento de risco, sendo o não uso da camisinha o mais freqüente. Destes, grande parte acha que consegue mudar esse comportamento após a reflexão realizada no aconselhamento. Desta forma, é possível identificar que os CTA participantes do estudo conseguem promover a reflexão sobre as vulnerabilidades e estimular a adoção de medidas de prevenção mais viáveis para cada usuário alcançando um dos objetivos propostos pela Coordenação Nacional de DST e Aids².

Avaliando a territorialidade observou-se que parte dos usuários não recebeu o encaminhamento que necessitava para outros serviços. O encaminhamento está dentro dos princípios do CTA de referência inter e intra-setoriais, na perspectiva da atenção integral e do acesso universal. As diretrizes do MS propõem que os CTA realizem encaminhamentos e orientações que se façam necessários para resolução dos problemas dos usuários que chegam ao serviço¹⁹.

Os encaminhamentos mais realizados foram para: tratar DST, tratar HIV e atendimento em posto de saúde. Esses encaminhamentos, segundo as diretrizes do CTA, devem, no caso de pessoas portadoras ou com queixa de sinais/sintomas de DST, dar resolutividade aos casos seja por meio de encaminhamento a serviços de referência ou de tratamento (caso o CTA tenha estrutura para realizá-lo)¹⁹.

Sobre a qualidade do fluxo desses encaminhamentos parte dos usuários referiram ficar pouco satisfeitos justificando a necessidade de retornar outro dia para conseguir o encaminhamento. Um significativo número de profissionais avaliou a qualidade dos encaminhamentos como regular e ruim, explicando que eventualmente os usuários não são atendidos na rede de referência, apresentam dificuldades na marcação das consultas e não são tratados com cordialidade nos serviços para onde são encaminhados, além da inexistência da contra-referência da informação demandada. Outra queixa de alguns aconselhadores foi não ter para onde encaminhar os usuários HIV positivo para tratamento. A ausência dessa referência compromete a resolutividade dos CTA, uma vez que os pacientes infectados permanecem sem tratamento³.

Informação e participação na gestão foi a sexta estrutura analítica avaliada. Grande parte dos usuários acredita que sua opinião é importante para o funcionamento do setor e fariam alguma coisa se não fossem bem atendidos, sendo, o não voltar ou reclamar não sabe onde, as principais atitudes. Quando questionado aos profissionais, há uma divisão de opiniões sobre a ciência que os usuários têm sobre os seus direitos e deveres. Ainda segundo esses profissionais, a queixa mais recebida foi quanto ao horário de funcionamento dos CTA, seguida de reclamações referente a outros aconselhadores. Segundo Backes *et al*⁶⁷ é preciso criar uma consciência política para que os usuários não se tornem meros receptores ou interlocutores das propostas governamentais. Todos os atores sociais precisam estar engajados e comprometidos, por meio de seus direitos e deveres, na luta pelo controle social.

Na estrutura analítica acesso e disponibilidade, parte dos usuários referiu já ter usado um serviço similar ao CTA, sendo o posto de saúde o serviço mais citado. Ser bem atendido seria o principal motivo que os usuários indicariam o serviço para outra pessoa, o que pode estar relacionado com a satisfação do usuário com o serviço. Essa preferência é comprovada pelos aconselhadores relatando que já receberam usuários encaminhados por outros que já haviam utilizado o serviço. Segundo Ferreira *et al*⁶⁶ a maior proporção de pessoas que buscam o CTA tomaram conhecimento do serviço por amigos ou parentes, acreditando que os próprios usuários são divulgadores. Este dado, pode ser indicativo de um bom grau de satisfação com o serviço recebido.

Com relação aos insumos, um significativo número de usuários relatou ter recebido material, sendo o preservativo o mais referido. O grau de satisfação dos usuários com o material recebido foi satisfeito e muito satisfeito. Segundo as diretrizes de organização dos CTA, os insumos de prevenção deverão estar disponíveis aos usuários, sendo eles: preservativos masculinos de 49 e 52mm (toda população), preservativo feminino (mulheres portadoras de HIV, DST, UDI e profissionais do sexo), gel lubrificante (profissionais do sexo, travesti, homens que fazem sexo com homens), e, kit de redução de danos (de acordo com o contexto no qual o CTA está inserido)¹⁹. No Brasil, 81,2% dos CTA, não possui conjunto completo dos insumos³. O acesso ao preservativo masculino deve ser livre, em locais de fácil acesso para que os usuários possam retirá-los com facilidade. Não deverá ser exigida a participação em palestras, aconselhamentos, e nem exigida nenhuma indicação para a retirada dos mesmos¹⁹. Porém, isso não foi observado em alguns serviços, sendo queixa de alguns usuários que não conseguiram o preservativo por questões burocráticas ou não terem sido oferecidos. Essas queixas também foram evidenciadas no ‘Diagnóstico Situacional dos

CTA do Brasil', onde 54,4% dos CTA disponibilizam o preservativo em locais públicos (display, recepção) e 74,7% exigem a participação em aconselhamento ou identificação para retirada dos mesmos³.

5.2 Vantagens e limites do estudo.

Algumas vantagens e limites podem ser elucidados sobre o estudo. Existe atualmente uma grande variabilidade de formas de avaliar a satisfação do usuário. Um grande debate é sobre a natureza dos métodos: qualitativo ou quantitativo. Neste estudo, optou-se pelo método quantitativo por permitir alcançar uma amostra de usuários representativos da população, dificilmente conseguida em outras metodologias⁵⁸.

Embora essa seja uma vantagem do estudo, algumas limitações estão relacionadas como a ausência de trabalho dos dados subjetivos⁵¹ que são contemplados na abordagem qualitativa.

Donabedian refere que para uma avaliação de qualidade é necessário uma seleção de um conjunto de indicadores representando a tríade estrutura-processo-resultado⁶⁸. Logo, para qualidade do estudo foram selecionados indicadores de estrutura (infra-estrutura), processo (relação usuário-aconselhador) e resultado (satisfação do usuário com o serviço recebido). Os indicadores foram elaborados com base na Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS⁵. Os mesmos estão dentro da categorização realizada por Hall & Dornan na pesquisa de meta-análise em 221 estudos⁵⁹. A inclusão dos usuários na avaliação é outra vantagem por constituir-se não só como um indicador sensível de qualidade, mas por ter relação com maior adequação dos serviços de saúde⁵¹.

Contudo, alguns indicadores a serem avaliados apresentaram limites, como por exemplo, o indicador de pretensão de mudança de comportamento, aspecto este subjetivo e difícil mensuração⁵¹.

As pesquisas de satisfação do usuário geralmente trazem resultados de altas taxas de satisfação^{69,70,71}. Tal fenômeno conhecido como “elevação” das taxas, leva a um questionamento da validade dos estudos, pois é difícil ter um serviço sem necessidade de mudanças⁷². Principalmente em países em desenvolvimento, como no Brasil, onde um serviço de qualidade é difícil de ser encontrado, era de se esperar que os usuários manifestassem sua insatisfação, porém tal aspecto não foi verificado. Owens & Bachelor⁷⁰, Avis *et al*⁷³ e Bernhart *et al*⁷⁴ ressaltam essa dificuldade de expor

opiniões negativas como viés de gratidão. Segundo Santos⁵⁴ aos usuários interessa muito mais receber o atendimento do que ter um serviço de qualidade.

Como alternativa para esse viés, foi incluído no estudo respostas abertas onde o entrevistado pudesse expor comentários, restrições e recomendações. Estudos comprovam que mesmo o usuário estando satisfeito com o serviço, sempre existe algo que possa ser melhorado⁷⁵. Com isso, os resultados desfavoráveis encontrados (insatisfação) foram anotados de forma minuciosa, pois serviram de indicadores relevantes sobre o serviço⁵⁸.

Frente a esses limites, uma das vantagens desse estudo foi a triangulação dos dados, já que poucos estudos comparam a satisfação dos usuários com a percepção dos profissionais⁷⁶, buscando uma maior contextualização dos dados obtidos.

Ressalta-se, ainda, a utilização das variáveis categóricas (muito satisfeito, satisfeito, pouco satisfeito e insatisfeito) como alternativas de respostas para a maioria das perguntas realizadas, devido à subjetividade e o entendimento pessoal que pode existir para estas opções. Com o objetivo de minimizar esta potencial interferência foi utilizado durante a coleta de dados um pictograma para facilitar a identificação da satisfação pelos usuários e aconselhadores.

Um fator que pode ter interferido nos resultados obtidos foi que o número previsto de CTA, turnos, usuários e profissionais a serem entrevistados não foram alcançados. Porém, é possível estimar que mesmo se houvesse um alto nível de insatisfação entre estes usuários e profissionais, a prevalência de satisfação estaria acima de 70% conforme idealizado na metodologia do estudo.

A pesquisa atuou como um instrumento de dar voz aos usuários (*voice giving*), criando oportunidade de monitorar e controlar as atividades dos serviços de saúde, exercendo o controle social⁵⁸.

A avaliação de satisfação realizada neste estudo também contribui como objeto útil aos pesquisadores de serviços de saúde, por causa da provável relevância da satisfação desses usuários para a compreensão do diagnóstico dos CTA e planejamento das ações a serem realizadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia utilizada no estudo possibilitou a avaliação do processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Estado do Rio de Janeiro, através da percepção dos usuários e profissionais de saúde, considerando que a abordagem quantitativa é o procedimento mais adequado para alcançar uma amostra representativa da população, dificilmente obtida por outras metodologias.

A opção pela seleção dos indicadores de infra-estrutura, acolhimento, relação usuário-aconselhador, efeito no comportamento do usuário (ou resolutividade), territorialidade, informação e participação na gestão, e acesso e disponibilidade, adaptados da Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS⁵ favoreceu a avaliação das diretrizes e normas dos CTA. Em consequência foram criados instrumentos de coleta adequados e aplicáveis.

Analisando o conjunto desses indicadores, 49,7% dos usuários referiram estar muito satisfeitos com o serviço oferecido, e 43,8% satisfeitos. Esse alto índice de satisfação (93,5%) dos usuários pode ser justificado pelo viés de gratidão do usuário pelo serviço oferecido^{70,73,74}. Comparando esses indicadores separadamente, a conservação da unidade e o tempo de deslocamento até o serviço apresentaram a menor taxa de satisfação, enquanto a relação interpessoal manteve a maior taxa.

Chama-se atenção neste estudo para possibilidade de comparação entre a percepção dos usuários e dos profissionais de saúde, numa tentativa de dar maior confiabilidade ao processo. Observa-se tal fato ao verificar a grande taxa de satisfação também em grande parte dos profissionais de saúde (94,4%). A menor e a maior taxa de satisfação apontados pelos profissionais de saúde também foi nos indicadores de conservação da unidade e relação interpessoal, respectivamente.

Outro aspecto relevante encontrado nesse estudo está relacionado ao objetivo do CTA de transmitir informações aos usuários. Observou-se que mesmo os usuários declarando terem recebido informações sobre o modo de transmissão e os profissionais relataram ter informado sobre este assunto, alguns usuários ainda apresentam dúvidas com relação ao modo de transmissão. Tal fato nos leva ao questionamento sobre a necessidade de adaptação da metodologia utilizada para facilitar a aquisição dessas informações.

Espera-se que esta avaliação possa contribuir para elaboração do planejamento das ações de saúde nas diversas instâncias administrativas desses Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), e que dessa forma possam ser melhorados os serviços oferecidos.

REFERÊNCIAS

1. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald, CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2000; 34(2):207-217.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos. 4ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2000, 25p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil - Desafios para a equidade e o acesso. Brasília: Ministério da Saúde. 2008, 108p.
4. Minayo MCS, Souza ER, Assis SG, Cruz Neto O, Deslandes SF, Silva CMFP. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (CTA/COAS) da Região Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 1999; 15(2): 355-367.
5. Brasil. Ministério da Saúde. DataUNB – Pesquisas Sociais Aplicadas. Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS [resumo projeto de pesquisa]. Brasília: Ministério da Saúde. 2006, 16p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Aids no Brasil. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS13F4BF21PTBRIE.htm>. Consultado em 07 abril de 2010.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. ParticipaSUS: Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2004, 44p.
8. Nascimento DR. A face visível da AIDS. *Hist. ciênc. saúde – Manguinhos.* 1997; IV(1): 169-184.
9. Nichiata LYI, Shima HE, Takahashi RF. Buscando a compreensão do enfrentamento da AIDS no Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 1995; 3(1): 149-158.
10. Fonseca MGP, Bastos FI. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23 (Supl. 3): S333-S344.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. 2000; Ano XIII (1): 15-56.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. 2010; Ano VII (1). 54p.
13. Silva LJ. Convivendo com a AIDS. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(Supl.2):1 – 2.
14. Greco D. A epidemia da AIDS: impacto social, científico, econômico e

perspectivas. *Estud av.* 2008; 22(64): 73-94.

15. Fonseca, AF. Política de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In.: *Textos de apoio em políticas de saúde/ Organizado por Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 240p. (Série Trabalho e Formação em Saúde).

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)-Manual*. Brasília: Ministério da Saúde. 1999, 32p.

17. Basso CR. O programa Nacional de DST/AIDS no SUS. In: Barjas-Negri AL, D'Avila V [editores]. *O Sistema de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravine/Cealag; 2002, p. 135-162.

18. Grangeiro A. et al. Avaliação do perfil tecnológico dos Centros de Testagem e Aconselhamento para HIV no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(3): 427-436.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Seminário “Atualização das Diretrizes Organizacionais dos CTA do Brasil.” - Documento referencial. Brasília: Ministério da Saúde. 2007, 49p.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aconselhamento: um desafio para a prática integral em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 1999, 69p

21. Germano FN et al. Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu status sorológico – Rio Grande do Sul, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(3):1033-1040.

22. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev bras educ med*. 2008; 32(1): 90–97.

23. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):139-146.

24. Balint M. *O médico, seu paciente e a doença*. 5ªed. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu. 2005, 291p.

25. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980; 137(5): 535-544.

26. Kleinman A, Eisenberg J, Good B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Inter Med*. 1978; 88(2): 251-258.

27. Gadamer H. *Dove si Nasconde la Salute*. Milão: Cortina Raffaello Editore. 1994, 184p.

28. Wulff HR, Pedersen AS, Rosenberg R. *Filosofia della medicina*. Milão: Cortina Raffaello Editore. 1995, 219p.

29. Stewart M et al. The impact of patient- centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000; 49(9): 796-804.
30. Pinto JP et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(1): 132-135.
31. Malik AM. Humanização. Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo. 2000; 29: 2-5.
32. Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev esc enferm USP.* 2006; 40(2):274-9.
33. Putnam SM, Lipkin M. The patient-centered interview research support. In: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. *The medical interview. Clinical care, education and research.* New York: Springer. 1995, p.530-537
34. Epstein R. The Science of patient-centered-care. *J Fam Pract.* 2000; 49(9): 805-807
35. Lewis JR et al. Examining patient perceptions of quality care in general practice: comparison of quantitative and qualitative methods. *Br J Gen Pract.* 1995; 45(394): 249-253.
36. Rosenthal GE et al. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Med Care.* 1997; 35(Supl. 11): NS58-NS68.
37. Gattinara CB et al. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Cad Saúde Pública.* 1995; 11(3):425-438.
38. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA & Silva LMV (Organizadoras). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005, p.15-39.
39. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (organizadora). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997, p. 29-48.
40. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34(5): 547-559.
41. Elder JP, McGraw SA, Stone EJ, Reed DB, Harsha DW, Greene T, Wambsgangs KC. Catch: Process evaluation of environmental factors and programs. *Health Education Quarterly.* 1994; Supl. 2: 107-127.
42. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005, 244p.
43. Donabedian, A. The quality of care – How can it be assessed? *JAMA.* 1988;

260: 1743-1748.

44. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(6):1267-1276.

45. Filho JFS et al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói – RJ – A satisfação dos usuários como critério avaliador. *J Bras Psiquiatria*. 1996; 45 (7): 393-402.

46. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch.Path.Lab Med.*. 1990; 114: 1115-1118.

47. Turrís AS. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *J Adv Nurs*. 2005; 50: 293-298.

48. Baron-Epel O, Dushenat M, Friedman N. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perception and satisfaction with care. *Int J Qual Health Care*. 2001; 13: 317-323.

49. Johnsson P, Oléni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of the health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*. 2002; 16: 337-344.

50. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann*. 1983; 6: 185-210.

51. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(3): 581-589.

52. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*. 1983; 6: 247-263.

53. Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. *Med Care*. 1988; 26: 383-392.

54. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. *Rev Bra Enferm*. 1995; 48(2):109-119.

55. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment.: a conceptual exploration. In: Donabedian, A., *Explorations in quality assessment and monitoring vol.I*. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press. 1988, p. 3-31.

56. Donabedian A. La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación. México DF: La Prensa Mexicana; 1984, 194p.

57. Oliveira CG. Análise do Conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian. Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Medicina Social; 1992, 36p. (Estudos em Saúde Coletiva, 20).

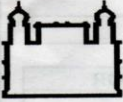

58. Espiridião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(Supl): 303-312.

59. Hall, JÁ & Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc. Sci. Med.* 1988; 27 (9): 935-939.
60. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2005; 5(2): 229-240.
61. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005; 10(3): 599-613.
62. Mulen, P.D & Iverson, D. Qualitative methods for evaluative research in health educations programs. *Health Education.* 1982; 13(3): 11-18.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Conselho Nacional de Saúde n.º 196, de 10 de Outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasil: 1996.
64. Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde, *Scientia Medica*, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4, out./dez. 2005
65. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde Soc.* 2004;13:5-15.
66. Ferreira MPS, Silva CMFP, Gomes MCF, Silva SMB. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos CTA – Resultado de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2001; 6(2):481-490,
67. Backes DS et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009; 14(3):903-910.
68. Donabedian. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin.* 1992; 18: 356-360.
69. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine.* 1992; 14(3): 236- 249.
70. Owens DJ & Bachelor C. Patient satisfaction and the elderly. *Social Science and Medicine.* 1996; 42(11): 1483-1491.
71. Souza EM. A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, DF. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília. 1997.
72. Staniszewska S & Ahmed L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the ways patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing.* 1999; 29(2): 364- 372.

73. Avis M, Bond M & Arthur A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two out patient clinics. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 44(1): 85-92.
74. Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H & Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. *Social Science and Medicine*. 1999; 48: 989- 996.
75. Jenkison C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11: 335-339.
76. Rubim HR. Patient evaluations of hospital care: a review of literature. *Medical Care*. 1989; 28(9): 53- 59.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Questionário de avaliação do aconselhamento pré-teste: a percepção dos usuários.

	<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE - DAPS</p>	
AVALIAÇÃO DO ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE: A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO		
Nome do CTA: _____ Cod.: _____		
Nome do usuário(opcional): _____ Idade: _____		
Endereço (opcional): _____		
UF: _____ Estado civil: _____ Sexo: _____		
Ocupação: _____ Escolaridade: _____ Raça/cor: _____		
Entrevistador: _____ Data: ___ / ___ / ___		
ASPECTOS GERAIS DO CTA		
PE1. Quantas vezes utilizou este serviço? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
PE2. Que atividades você participou no CTA? (MARCAR OPÇÕES QUANTO NECESSÁRIO)		
Aconselhamento Coletivo 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não (Caso afirmativo ir para PE3. Se negativo, PE6)		
Aconselhamento Individual 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não		
Outra (s) 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não		
Quais? _____		
INFRA-ESTRUTURA		
PE3. De maneira geral, qual o seu grau de satisfação com o ambiente físico onde ocorreu seu aconselhamento coletivo?		
1. <input type="checkbox"/> Muito Satisfeito		
2. <input type="checkbox"/> Satisfeito		
3. <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito		
4. <input type="checkbox"/> Insatisfeito – Por quê? _____		
PE4. Algum barulho atrapalhou a escuta do aconselhamento coletivo?		
1. <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____		
2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> NSI		
PE5. Você acha importante o aconselhamento coletivo?		
1. <input type="checkbox"/> Sim – Por quê? _____		
2. <input type="checkbox"/> Não – Por quê? _____		
3. <input type="checkbox"/> NSI		
PE6. De maneira geral, qual o seu grau de satisfação com o ambiente físico onde ocorreu seu aconselhamento individual?		
1. <input type="checkbox"/> Muito Satisfeito		
2. <input type="checkbox"/> Satisfeito		
3. <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito		
4. <input type="checkbox"/> Insatisfeito – Por quê? _____		
PE7. Algum barulho atrapalhou a escuta do aconselhamento individual?		
1. <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____		
2. <input type="checkbox"/> Não		
3. <input type="checkbox"/> NSI		
PE8. Você deixou de falar algo com medo de que as pessoas que estavam fora da sala do aconselhamento individual escutassem o que você estava falando?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
3. <input type="checkbox"/> NSI		
PE9. Com relação à conservação desta unidade, você ficou?		
1. <input type="checkbox"/> Muito Satisfeito		
2. <input type="checkbox"/> Satisfeito		
3. <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito		
4. <input type="checkbox"/> Insatisfeito – Por quê? _____		
ACOLHIMENTO		
PE10. Qual o seu grau de satisfação com o acolhimento que recebeu durante o aconselhamento individual?		
1. <input type="checkbox"/> Muito Satisfeito		
2. <input type="checkbox"/> Satisfeito		
3. <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito		
4. <input type="checkbox"/> Insatisfeito – Por quê? _____		
PE11. Você sentiu-se a vontade de fazer perguntas e buscar esclarecimentos?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
3. <input type="checkbox"/> NSI		
PE12. Você acredita que os CTA realizam serviços de: (Marcar quantas opções necessárias)		
Realizar exame anti-HIV 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não		
Realizar exames de outras DST 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não		
Retirar dúvidas sobre DST/HIV 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não		

Oferecer insumos de prevenção 1. Sim 2. Não

Apoio emocional com escuta de sentimentos e ansiedade
1. Sim 2. Não

Reflexão sobre a necessidade de mudança do comportamento 1. Sim 2. Não

PE13. Qual a sua satisfação com relação à escuta do aconselhador sobre seus sentimentos e ansiedade?

1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito
4. Insatisfeito – Por quê? _____

PE14. Quais são os meios de transmissão do vírus HIV?
(Marcar quantas opções necessárias)

Relação sexual 1. Sim 2. Não
Transmissão vertical 1. Sim 2. Não
Transfusão de sangue 1. Sim 2. Não
Drogas injetáveis 1. Sim 2. Não
Beijo e aperto de mão 1. Sim 2. Não
Usar mesmo banheiro/utensílios 1. Sim 2. Não
Outras(s): _____

PE15. Você acredita que o aconselhador levou em conta o seu conhecimento prévio e crenças sobre assuntos abordados no aconselhamento?

1. Sim
2. Não – Por quê? _____
3. NSI

PE16. Qual foi o tempo de espera para a realização do exame? | | | _____

PE17. Com relação a este tempo de espera, você ficou?

1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito
4. Insatisfeito – Por quê? _____

PE18. Qual foi o tempo de espera previsto para a entrega do resultado? | | | _____

PE19. Com relação ao tempo previsto para entrega do resultado, você ficou?

1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito
4. Insatisfeito – Por quê? _____

PE20. Você acredita que seus sentimentos e grau de ansiedade foram levados em conta para o atendimento?

1. Sim
2. Não – Por quê? _____
3. NSI

PE21. Com relação ao trabalho realizado, você ficou?

1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito

4. Insatisfeito – Por quê? _____

RELAÇÃO USUÁRIO-ACONSELHADOR

PE22. Sobre a sua relação com o aconselhador, você ficou?

1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito
4. Insatisfeito – Por quê? _____

PE23. O aconselhador tinha domínio sobre os assuntos abordados?

1. Sim
2. Não
3. NSI

PE24. O aconselhador soube responder todas as suas perguntas?

1. Sim
2. Não
3. NSI

PE25. Você recebeu informações sobre:

Modos de transmissão 1 Sim 2 Não 3 NSI Como se prevenir 1 Sim 2 Não 3 NSI

Como usar o preservativo 1 Sim 2 Não 3 NSI

Exames a serem realizados 1 Sim 2 Não 3 NSI

Possíveis resultados dos exames

1 Sim 2 Não 3 NSI

Possíveis sentimentos com a espera dos resultados

1 Sim 2 Não 3 NSI

Outra(s) 1 Sim 2 Não 3 NSI Qual? _____

PE26. Quanto tempo durou seu atendimento? | | | _____

PE27. Com relação ao tempo de duração do seu aconselhamento, você ficou?

1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito
4. Insatisfeito – Por quê? _____

PE28. O que você achou do aconselhador?

MUDANÇA COMP. (OU RESOLUTIVIDADE)

PE29. A demanda que você buscou no serviço foi atendida?

1. Sim
2. Não
3. NSI

PE30. Você pretende buscar o resultado?

1. Sim
2. Não – Por quê? _____
3. NSI

PE31. Você usaria este serviço novamente?

1. Sim
2. Não – Por quê? _____
3. NSI

PE32. Qual o obstáculo para você mudar seu comportamento? Por quê?

PE33. Você venceria esse obstáculo?

1. Sim
2. Não – Por quê? _____
3. NSI

TERRITORIALIDADE

PE34. Precisou ou precisa de algum tipo atendimento que não é oferecido no CTA?

1. Sim – Qual? _____
2. Não (*Ir para PE37*)
3. NSI

PE35. Foi encaminhado para esse atendimento?

1. Sim
2. Não – Por quê? _____
3. NSI

PE36. Qual o grau de satisfação com o encaminhamento recebido?

1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito
4. Insatisfeito – Por quê? _____

INFORMAÇÃO E PART. NA GESTÃO

PE37. Acha que a sua opinião é importante para o funcionamento do CTA?

1. Sim
2. Não – Por quê? _____
3. NSI

PE38. Se você não fosse bem atendida ou tivesse alguma queixa, o que você faria?

ACESSO E DISPÓNIBILIDADE

PE39. Já utilizou algum serviço similar a este?

1. Sim – Qual? _____
2. Não
3. NSI

PE40. Recebeu algum material (camisinha...)?

1. Sim – Qual? _____
2. Não – Por quê? _____ *Ir PE53*
3. NSI

PE41. Qual o seu grau de satisfação com o material recebido?

1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito – Por quê? _____
4. Insatisfeito – Por quê? _____

PE42. Quanto tempo você levou para chegar a este serviço?

PE43. Qual o grau de satisfação com o tempo que você levou para chegar neste serviço?

1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito – Por quê? _____
4. Insatisfeito – Por quê? _____

PE44. Você indicaria ou recomendaria este serviço a alguma pessoa?



1. Sim – Por quê? _____
2. Não – Por quê? _____
3. NSI

PE45. De um modo geral, qual o seu grau de satisfação com o serviço?

1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito
4. Insatisfeito
Por quê? _____

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE 2: Questionário de avaliação do aconselhamento pré-teste: a percepção dos profissionais de saúde.

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA DEPARTAMENTO DE AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE - DAPS</p>	 <p>ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA ENSP</p>
<p>AVALIAÇÃO DO ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE: A PERCEPÇÃO DO ACONSELHADOR</p>	
<p>Nome do CTA: _____ Cod.: _____</p> <p>Nome do aconselhador: _____ Idade: _____</p> <p>Sexo: _____ Ocupação: _____ Escolaridade: _____</p> <p>Raça/cor: _____ Entrevistador: _____ Data: ____/____/____</p>	
<p style="text-align: center;">ASPECTOS GERAIS DO CTA</p> <p>PP1. Há quanto tempo você está neste serviço? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>PP2. Que atividades você participa no CTA? (MARCAR OPÇÕES QUANTO NECESSÁRIO)</p> <p>Aconselhamento Coletivo 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não (Caso afirmativo ir para PP3. Se negativo, PP6) Aconselhamento Individual 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Outra (s) 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Quais? _____</p>	<p>PP7. Algum barulho te atrapalha durante a realização do aconselhamento individual?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> NSI</p> <p>PP8. Você acha que a acústica da sala impede que as pessoas fora da sala do aconselhamento individual escutem o que se fala lá dentro?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> NSI</p> <p>PP9. Com relação à conservação desta unidade, você fica?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Muito Satisfeito 2. <input type="checkbox"/> Satisfeito 3. <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito 4. <input type="checkbox"/> Insatisfeito – Por quê? _____</p>
<p style="text-align: center;">INFRA-ESTRUTURA</p> <p>PP3. De maneira geral, qual o seu grau de satisfação com o ambiente físico onde realiza o aconselhamento coletivo?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Muito Satisfeito 2. <input type="checkbox"/> Satisfeito 3. <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito 4. <input type="checkbox"/> Insatisfeito – Por quê? _____</p> <p>PP4. Algum barulho te atrapalha durante o aconselhamento coletivo?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim – Qual? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> NSI</p> <p>PP5. Você acha importante o aconselhamento coletivo?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim – Por quê? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não – Por quê? _____ 3. <input type="checkbox"/> NSI</p> <p>PP6. De maneira geral, qual o seu grau de satisfação com o ambiente físico onde realiza o aconselhamento individual?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Muito Satisfeito 2. <input type="checkbox"/> Satisfeito 3. <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito 4. <input type="checkbox"/> Insatisfeito – Por quê? _____</p>	<p style="text-align: center;">ACOLHIMENTO</p> <p>PP10. Qual o seu grau de satisfação com o acolhimento que oferece durante o aconselhamento individual?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Muito Satisfeito 2. <input type="checkbox"/> Satisfeito 3. <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito – Por quê? _____ 4. <input type="checkbox"/> Insatisfeito – Por quê? _____</p> <p>PP11. Você acha que os usuários ficam a vontade de fazer perguntas e buscar esclarecimentos?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não – Por quê? _____ 3. <input type="checkbox"/> NSI</p> <p>PP12. Este CTA onde trabalha realiza serviços de: (Marcar quantas opções necessárias)</p> <p>Realizar exame anti-HIV 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Realizar exames de outras DST 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Retirar dúvidas sobre DST/HIV 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p>

Oferecer insumos de prevenção 1. Sim 2. Não

Apoio emocional com escuta de sentimentos e ansiedade
1. Sim 2. Não

Reflexão sobre a necessidade de mudança do comportamento 1. Sim 2. Não

PP13. Você aborda os sentimentos e ansiedade do usuário?
1. Sim
2. Não – Por quê? _____
3. NSI

PP14. Você informa sobre DST/HIV/AIDS, exame ou função do CTA?
1. Sim
2. Não – Por quê? _____
3. NSI

PP15. Você leva em consideração o conhecimento prévio e crenças dos usuários sobre assuntos abordados no aconselhamento?
1. Sim
2. Não – Por quê? _____
3. NSI

PP16. Qual o tempo em média você utiliza para realizar um aconselhamento? | | |

PP17. Com relação a este tempo de espera para a realização do exame, você acha que o usuário fica?
1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito
4. Insatisfeito – Por quê? _____

PP18. Qual foi o tempo previsto para a entrega do resultado? | | |

PP19. Com relação ao tempo previsto para entrega do resultado, você acha que o usuário fica?
1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito
4. Insatisfeito – Por quê? _____

PP20. Você atende se necessário o usuário no período de espera para entrega do resultado para retirar dúvidas e trabalhar sentimentos?
1. Sim
2. Não – Por quê? _____
3. NSI

PP21. Você considera os sentimentos e grau de ansiedade para o atendimento, atendendo os usuários mais angustiados no mesmo dia que procuram o serviço?
1. Sim
2. Não – Por quê? _____
3. NSI

PP22. Com relação a metodologia que você utiliza, você fica?
1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito
4. Insatisfeito – Por quê? _____

RELAÇÃO USUÁRIO-ACONSELHADOR

PP23. Sobre a relação que estabelece com o usuário, você fica?
1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito
4. Insatisfeito – Por quê? _____

PP24. Você fez algum curso de atualização sobre os temas abordados no último ano?
1. Sim
2. Não
3. NSI

PP25. Com relação aos assuntos abordados, você acredita que os usuários ficam?
1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito – Por quê? _____
4. Insatisfeito – Por quê? _____

PP26. Você informa sobre:

Modos de transmissão 1 Sim 2 Não 3 NSI
Como se prevenir 1 Sim 2 Não 3 NSI
Como usar o preservativo 1 Sim 2 Não 3 NSI
Exames a serem realizados 1 Sim 2 Não 3 NSI
Possíveis resultados dos exames 1 Sim 2 Não 3 NSI
Possíveis sentimentos com a espera dos resultados 1 Sim 2 Não 3 NSI
Outra(s) 1 Sim 2 Não 3 NSI Qual? _____

PP27. Com relação ao tempo para fazer perguntas, você acredita que o usuário fique?
1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito
4. Insatisfeito – Por quê? _____

PP28. Com relação ao tempo de duração do aconselhamento, você acredita que o usuário fique?
1. Muito Satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco Satisfeito
4. Insatisfeito – Por quê? _____

ANEXOS

ANEXO 1: Cópia do documento de ciência e apoio a realização da pesquisa pela SESDEC RJ



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA DST/AIDS/HEPATITES

Rio de Janeiro, 04 de maio de 2010

Prezado(a) Senhor(a)

Comunicamos que estamos cientes e apoiamos a realização da pesquisa "Avaliação do processo de aconselhamento nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado do Rio de Janeiro: a satisfação dos usuários e a percepção dos profissionais", a ser desenvolvida pela mestranda da ENSP/FIOCRUZ – Paula Guidone Pereira Sobreira.

Solicitamos sua atenção e colaboração para que a referida profissional possa contar com a receptividade e acolhida desse CTA para desenvolver as atividades necessárias à realização de sua pesquisa que, acreditamos, poderá contribuir para o aprimoramento de nossas ações neste campo.

Certos de contarmos com sua colaboração,

Atenciosamente,


Denise Pires

Gerente de DST/AIDS, Sangue e Hemoderivados

Denise R. F. Pires
Gerente
Gerência de DST/AIDS
Sangue e Hemoderivados
Matr. nº 261094-7

ANEXO 2: Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ACONSELHAMENTO NOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA) DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Esta unidade pública de saúde foi selecionada por adequar-se aos critérios definidos na metodologia do estudo e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida no projeto.

O objetivo deste estudo é avaliar o processo de aconselhamento a partir da satisfação dos usuários e a percepção dos profissionais dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) localizados no Estado do Rio de Janeiro.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder o questionário que ficarão em poder do pesquisador durante dois anos, quando serão destruídos. A entrevistadora é aluna do curso de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública, adequadamente treinada para os procedimentos da pesquisa.

As informações fornecidas contribuirão para um maior conhecimento sobre o processo de aconselhamento, e, assim, fundamentar estratégias de ação e implantação de intervenções dirigidas à melhoria da qualidade nestes serviços.

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais. Iremos assegurar o sigilo sobre sua participação. Seu anonimato será preservado quando os dados forem divulgados.

Participar desta pesquisa não implicará em nenhum custo para você, e, como voluntário, você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Paula Guidone Pereira - Pesquisadora Responsável pelo projeto
End. Institucional: Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 724 – Manguinhos
CEP: 21041-210 – Rio de Janeiro - RJ
Telefones: (21) 2598-2858 ou 9629-3150
e-mail paulaguidone@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP
End.: Rua Leopoldo Bulhões 1480, andar térreo – Manguinhos
CEP: 21041-210 – Rio de Janeiro - RJ
Telefone: (21) 2598-2863
e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

.....
Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.