UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

FERNANDA TAVARES DE MELLO ABDALLA

**A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NA IMPLANTAÇÃO DO TESTE
RÁPIDO DE DIAGNÓSTICO DO HIV NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – BRASIL**

SÃO PAULO
2016

FERNANDA TAVARES DE MELLO ABDALLA

**A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NA IMPLANTAÇÃO DO TESTE
RÁPIDO DE DIAGNÓSTICO DO HIV NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – BRASIL**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo (EEUSP), Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem (PPGE), para obtenção do
título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lucia Yasuko Izumi Nichiata

SÃO PAULO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Abdalla, Fernanda Tavares de Mello

A vulnerabilidade programática na implantação do teste rápido de diagnóstico do HIV nas Unidades Básicas de Saúde da atenção primária, município de São Paulo, Brasil / Fernanda Tavares de Mello Abdalla. São Paulo, 2016.

158 p.

Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucia Yasuko Izumi Nichiata

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem. 2. HIV. 3. Diagnóstico. 4. Atenção primária à saúde. 5. Vulnerabilidade. I. Título.

Nome: Fernanda Tavares de Mello Abdalla

Título: A vulnerabilidade programática na implantação do teste rápido de diagnóstico do HIV nas Unidades Básicas de Saúde da atenção primária, município de São Paulo – Brasil.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Dedico este estudo ao meu amor Rafael,
que sempre me estimulou a continuar e nunca desistir.*

*A minha corujinha Manuela, que surgiu em nossas vidas recentemente
e que me dá força todos os dias para qualquer desafio.*

A toda a minha família pelo apoio.

Amo muito!!!

AGRADECIMENTOS

A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP, minha escola querida.

A minha orientadora Professora Dr^a. Lucia Yasuko Izumi Nichiata, em parceria há anos, que sempre acreditou em mim e sempre esteve disponível para me escutar. Professora querida, obrigada por tudo!

A Professora Dr^a. Renata Takahashi e a Dr^a. Luciane Ferreira Do Val, pela contribuição científica que iluminou meu estudo.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo pelo apoio.

Ao Centro de Saúde Escola Dr. Alexandre Vranjac – CSEBF – pelo apoio e estímulo ao meu crescimento profissional.

A Christiane Herold de Jesus pela compreensão em todos os momentos que precisei, por entender o quanto que este desafio é importante para mim.

As minhas colegas enfermeiras do CSEBF pela ajuda.

A equipe da estratégia saúde da família (equipe 61) que sempre esteve comigo, me apoiando e entendendo os momentos em que me ausentei.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo pela parceria, em especial a Regiane Calixto, Carmem Lúcia Soares, Karen Michelle Alves e a Claudia Renata dos Santos Barros.

A Coordenação da Atenção Básica do município de São Paulo, em especial ao Edson Fontes dos Santos, que me ajudou muito na coleta de dados. Obrigada por todos os e-mails.

As Coordenadorias de Saúde do município de São Paulo, Centro, Oeste, Norte, Sul, Sudeste e Leste, por contribuir com esta pesquisa.

A todos os profissionais da Atenção Primária, em especial aos que contribuíram para este estudo.

Ao Dreyf Gonçalves pelo auxílio na construção do instrumento de pesquisa.

Ao Bernardo dos Santos, da Escola de Enfermagem da USP, pela ajuda com a análise estatística.

A Karina Wolffenbüttel e Ruth Terezinha Kehrig pelas contribuições.

As amigas Jeane Carneiro Lima, Juliana Moura e Maria Fernanda Terra, que assim como eu, acreditam na pesquisa como instrumento acadêmico de transformação.

Abdalla FTM. A vulnerabilidade programática na implantação do teste rápido de diagnóstico do HIV nas Unidades Básicas de Saúde da atenção primária, município de São Paulo – Brasil [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: No Brasil, ações de diagnóstico da infecção pelo HIV estão presentes nos serviços de saúde. O Teste Rápido de Diagnóstico (TRD) do HIV é objeto do presente estudo e tem-se por hipóteses que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) enfrentam dificuldades na incorporação desta tecnologia na rotina dos serviços, dificuldades estas relacionadas à vulnerabilidade programática, sendo as UBS com maior grau de vulnerabilidade aquelas que não implantaram plenamente o TRD do HIV. **Objetivo:** analisar os marcadores e os graus de vulnerabilidade programática para a realização do TRD do HIV nas UBS do município de São Paulo. **Método:** Estudo quantitativo, exploratório e descritivo. Foi elaborado um instrumento de pesquisa, avaliado por juízes, disponibilizado na forma *online* às 451 UBS da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, de 20 de julho a 22 de setembro de 2015. Da análise foram excluídas as UBS que não haviam recebido capacitação para o TRD do HIV. Estabeleceram-se os marcadores: 1) Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV (oito itens) e 2) Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV (26 itens). Identificou-se as UBS que atendiam aos itens, estabelecendo o corte percentual igual ou maior que 80%, entendendo que este traduz um bom resultado. As UBS foram classificadas com graus de vulnerabilidade (baixa, média ou alta). Os dados foram analisados segundo a frequência absoluta e relativa e aplicação do teste do qui-quadrado (valor de $p < 0,05$). **Resultados:** Responderam 176 UBS, destas 145 indicaram implantação do TRD do HIV. No marcador de Estrutura, a vulnerabilidade para realizar o TRD esteve relacionada: à necessidade de adequação do espaço físico e disponibilidade de materiais básicos e insumos de prevenção. Na organização da UBS, há vulnerabilidade na realização de ações e atividades extramuros; na incorporação do TRD do HIV na rotina da UBS; na priorização do TRD do HIV na gravidez; no encaminhamento para o serviço especializado e na contrarreferência. Os motivos de não realização do TRD: falta de insumos (testes e materiais para a sua execução) e de recursos humanos capacitados. Nos marcadores 1 e 2, as UBS apresentaram média e baixa vulnerabilidade programática, respectivamente. Ao analisar as UBS em dois grupos, as que implantaram e as que não implantaram o TRD do HIV, observou-se que no marcador de Estrutura há prevalência de média vulnerabilidade, porém as UBS que não implantaram o teste também apresentam alta vulnerabilidade. No marcador de Organização, as UBS que implantaram o teste prevaleceram em baixa vulnerabilidade, diferente das que não implantaram que apresentaram média e alta vulnerabilidade. **Conclusão:** Há diferentes graus de vulnerabilidade programática nas UBS para a incorporação do TRD do HIV. As UBS que não implantaram o TRD do HIV tem maior grau de vulnerabilidade programática que as que implantaram.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; HIV; Testagem; Diagnóstico; Atenção Primária a Saúde; Acesso; Vulnerabilidade.

Abdalla FTM. Programmatic vulnerability in the implementation of rapid diagnostic testing of HIV in the Basic Health Units of primary care, São Paulo - Brazil [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: Diagnostic of HIV infection are present in the health services in Brazil. The HIV Rapid Test Diagnostic (RTD) is the object of this study and it considers the hypothesis that the Basic Health Units (BHU) deal with difficulties in incorporation of this technology in the services routine, difficulties related to the programmatic vulnerability. The BHU with a higher degree of vulnerability are those which has not implemented the HIV RTD entirely. **Objective:** Analyse the marker and the degrees of programmatic vulnerability used for the achievement of the HIV RTD in the BHUs from São Paulo city. **Methodology:** Quantitative, exploratory and descriptive analysis. A research instrument has been produced and measured by judges. It's available on line to the 451 BHUs from the Municipal Secretariat of Health in São Paulo from July 20th to September 22nd, 2015. The BHUs that hadn't received HIV RTD capacitive have been excluded from the analysis. It has been settle the markers: 1) Structure for the achievement of the counseling and HIV RTD (8 items); 2) Work organization and counseling practices and HIV RTD (26 items). It was identified the BHUs that provide the items, establishing a percentage cut equal or higher than 80%, understanding that this is a good result. The BHUs were classified with different vulnerability grade (low, medium, high). Data were analysed by the absolute and relative frequency and the chi-squared test application ($p < 0,05$). **Results:** 176 BHUs answered the research and 143 indicated the HIV RTD implementation. The vulnerability for carrying out the RTD was due to: The need for the physical space adequacy and the availability of basic materials and prevent ion supplies. In the BHUs organization there is vulnerability in the actions, achievements and extra muros activities in the embodiment of HIV RTD HIV prioritization during pregnancy directing them to the specialized service. The reasons for the unachieved TRD: lack ok inputs (tests and materials for the execution) and lack of qualified human resources. In the markers 1 and 2 the BHUs presented media and low syllabus vulnerability respectively. When we analyse the BHUs in two groups, (those which implement and the ones which didn't implement the HIV RTD) it was noted that in the structure marker there is medium vulnerability prevalence. Those that didn't implement it, sometimes appeared with a high vulnerability too. In the organization maker the BHUs that implemented the test are in low vulnerability, different from those that didn't implement and presented media and high vulnerability. **Conclusion:** There are different HIV RTD embodiment grades in the BHUs and they are related to the syllabus vulnerability conditions. The BHUs that didn't roll up the HIV TRD have a higher degree of syllabus vulnerability that the ones that did it.

KEY WORDS: Nursing; HIV; testing; Diagnosis; Primary Health; Access; Vulnerability.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de UBS e UBS/AMA integrada, segundo Coordenadoria Regional de Saúde do município de São Paulo. Município de São Paulo, SMS, dezembro de 2015	51
Tabela 2 – Número e percentual de UBS e UBS/AMA integrada capacitada, segundo Coordenadoria Regional de Saúde do município de São Paulo. Município de São Paulo, SMS, abril de 2015	52
Tabela 3 – Número e percentual de UBS segundo Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) informadas e que participaram da pesquisa. Município de São Paulo, São Paulo, 2015.....	68
Tabela 4 – Número e percentual de UBS que implantaram ou não o TRD do HIV, segundo o ano de capacitação para a realização do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015	69
Tabela 5 – Número e percentual de UBS de acordo com o ano de implantação do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015	69
Tabela 6 – Número e percentual de UBS que implantaram ou não o TRD do HIV, segundo Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Município de São Paulo, São Paulo, 2015.....	70
Tabela 7 – Número e percentual de UBS que implantaram ou não o TRD do HIV de acordo com o tipo de serviço. Município de São Paulo, São Paulo, 2015	70
Tabela 8 – Número e percentual de profissionais capacitados e que realizam o TRD do HIV nas UBS que implantaram o TRD do HIV Município de São Paulo, São Paulo, 2015.....	71
Tabela 9 – Distribuição dos itens escassos ou indisponíveis nas UBS que não implantaram o TRD do HIV e o número de vezes em que os itens foram citados. Município de São Paulo, São Paulo, 2015	71
Tabela 10 – Distribuição das UBS segundo o Marcador de Vulnerabilidade Programática relacionado a Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015	72
Tabela 11 – Distribuição das UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV segundo o Marcador de Vulnerabilidade Programática relacionado a Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015	74

Tabela 12 – Número e percentual de UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV e as formas de acesso aos insumos de prevenção. Município de São Paulo, São Paulo, 2015	76
Tabela 13 – Distribuição das UBS, segundo o Marcador de Vulnerabilidade Programática relacionada à Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015	77
Tabela 14 – Distribuição das UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV segundo o Marcador de Vulnerabilidade Programática relacionado a Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015	79
Tabela 15 – Distribuição das UBS segundo o grau de vulnerabilidade programática. Município de São Paulo, São Paulo, 2015	84
Tabela 16 – Distribuição das UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV segundo o grau de vulnerabilidade programática. Município de São Paulo, São Paulo, 2015.....	85
Tabela 17 – Distribuição das UBS de acordo com as CRS segundo o grau de vulnerabilidade programática relacionado a Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015	86
Tabela 18 – Distribuição das UBS segundo CRS e o grau de vulnerabilidade programática relacionado ao marcador Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015.....	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Marcadores de Vulnerabilidade Programática de Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV	58
Quadro 2 – Marcadores de Vulnerabilidade Programática de Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV nas UBS	60
Quadro 3 – Marcador de Vulnerabilidade segundo a pontuação e a Escala de Vulnerabilidade Programática.....	65

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS-AD	Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CDC	Center for Diseases Control and Prevention
COAS	Centro de Orientação e Apoio
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FDA	Food and Drugs Administration
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HSH	Homem que faz Sexo com Homem
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição

PVHA	Pessoas que vivem com o HIV/AIDS
SAE	Serviço de Assistência Especializada
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRD	Teste Rápido de Diagnóstico
UBS	Unidade Básica da Saúde
UDI	Usuário de droga injetável
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/Aids
USP	Universidade de São Paulo
VCT	Voluntary Counseling and Testing
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	O PANORAMA DA INFECÇÃO DO HIV E O (DES)CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO	19
1.2	OS SERVIÇOS DE SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DOS TESTES DE DIAGNÓSTICO DE HIV	24
1.3	O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DO HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	34
2	OBJETIVOS	39
2.1	OBJETIVO GERAL	40
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
3	MATERIAIS E MÉTODOS	41
3.1	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	42
3.1.1	O conceito de Vulnerabilidade	42
3.2	TIPO DE ESTUDO	49
3.3	CENÁRIO DE ESTUDO	49
3.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA	52
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	52
3.6	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	56
3.7	ANÁLISE DOS DADOS	57
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	66
4	RESULTADOS	67
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS UBS.....	68
4.2	OS MARCADORES DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	72
4.3	OS GRAUS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	84

5	DISCUSSÃO	88
6	CONCLUSÃO.....	107
	REFERÊNCIAS	112
	APÊNDICES	125
	APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA E DE CONTEÚDO	126
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	141
	APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO A SER RESPONDIDO PELO GERENTE E/OU PROFISSIONAL DE SAÚDE RESPONSÁVEL PELO TESTE RÁPIDO DO HIV NA UBS.....	142
	ANEXO.....	152
	ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	153
	ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO.....	156

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória como pesquisadora iniciou-se já na graduação, na Escola de Enfermagem da USP (EEUSP), como voluntária para uma coleta de dados de uma pesquisa sobre vulnerabilidade ao HIV/AIDS, sendo esse meu primeiro contato com a prática em pesquisa científica. Fui bolsista num projeto de iniciação científica, financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), no qual trabalhei a análise da prevalência das doenças de notificação compulsória no município de São Paulo. Após a graduação, em 2003, iniciei a formação na pós-graduação - Mestrado em Saúde Coletiva nesta mesma escola, e desenvolvi uma pesquisa qualitativa a respeito do HIV/AIDS e suas questões referentes à bioética, sigilo e confidencialidade, no processo de trabalho das equipes de saúde da família (2007). Nesta ocasião, já atuava como Enfermeira de Saúde da Família em unidades de saúde da Atenção Primária, completados em 2016, onze anos de experiência nesta área.

Como profissional que atua desde 2009 no aconselhamento e testagem para o HIV na Atenção Primária tenho me deparado com a implementação de novas tecnologias de identificação do HIV, como o Teste Rápido de Diagnóstico (TRD). Por ser uma prática recente na Atenção Primária, o TRD do HIV ainda é incorporado de diferentes maneiras na rotina dos serviços de saúde. As UBS vêm recebendo capacitação para realizar o aconselhamento e o teste rápido e identificam que esta é uma prática a ser incorporada plenamente, porém ainda enfrentam dificuldades para incorporá-la à rotina dos atendimentos. E este é o objeto deste estudo.

A decorative vertical bar on the left side of the page, consisting of a long dark gray segment and a shorter light gray segment at the bottom.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo toma como objeto a incorporação do Teste Rápido de Diagnóstico (TRD) do HIV nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Atenção Primária à Saúde (APS).

O estudo parte de um dos desafios da epidemia da AIDS que é o desconhecimento do diagnóstico do HIV por parte da população, sendo este um ponto prioritário para seu enfrentamento. Os esforços estão concentrados no diagnóstico precoce da infecção e no tratamento dos indivíduos. Entende-se como pressuposto que identificar precocemente a infecção do HIV possibilita a diminuição da possibilidade de transmissibilidade do vírus, melhora a sobrevivência do indivíduo e diminui a mortalidade por AIDS.

Na tentativa de ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV, principalmente para populações com menor poder social, o uso do teste rápido permite identificar a infecção mesmo em locais cujos serviços de saúde são de difícil acesso e com problemas estruturais. No cenário da APS, mais especificamente nas UBS, o teste rápido vem sendo incorporado às ações programáticas, porém existem problemas de ordem estrutural, organizacional e de processo de trabalho que podem comprometer a realização do aconselhamento e do teste rápido do HIV. Na nossa experiência, a incorporação do teste rápido do HIV na rede básica de saúde ainda é considerado de difícil realização. O estudo tem como hipótese que esta incorporação está relacionada às potencialidades e fragilidades que caracterizam os serviços de saúde e que quanto menor a vulnerabilidade programática, melhor a incorporação do TRD.

Esse estudo pretende identificar, nas ações programáticas e nos espaços dos serviços da atenção primária, a vulnerabilidade programática – traduzida em fragilidades e potencialidades para incorporação do aconselhamento e do teste rápido no cotidiano das práticas de saúde.

Neste capítulo, contextualiza-se a importância e a magnitude da epidemia de HIV/AIDS no cenário mundial e nacional, apresenta-se a estratégia para detecção precoce da infecção por meio do TRD do HIV e os desafios da Atenção Primária para a incorporação desta tecnologia.

1.1 O PANORAMA DA INFECÇÃO DO HIV E O (DES)CONHECIMENTO DO DIAGNÓSTICO

A AIDS ainda é um agravo de importante prevalência no cenário mundial, a despeito dos avanços conseguidos, basicamente em termos do aumento da sobrevivência das pessoas que vivem com HIV. É uma epidemia de grande magnitude e que mostra aumento de casos ao longo dos anos.

No mundo, estimou-se que em 2010, cerca de 7.000 pessoas sendo infectadas por dia e 33 milhões não tinham conhecimento sobre seu diagnóstico (UNAIDS, 2010). Em 2005, existiam 29,4 milhões de pessoas vivendo com o vírus do HIV e, até o fim do ano de 2011, havia 34 milhões de pessoas infectadas (UNAIDS, 2012).

Até o fim de 2011, a região mais afetada no mundo foi o sul do deserto do Saara, onde ficam os países do sul da África, com cerca de 70% do total de pessoas infectadas no mundo, 23,5 milhões de pessoas, caracterizando uma epidemia generalizada nesta região, pois não se concentra em determinado grupo populacional (UNAIDS, 2012). Segundo dados recentes, a África do sul e oriental ainda são as regiões com maior número de novas infecções, apesar de haver um declínio de casos ao longo dos últimos anos, indicando 960.000 casos novos em 2015 (UNAIDS, 2016). Até 2011, a segunda região mais afetada é o sul da Ásia, com 4 milhões de pessoas infectadas. Entre as outras regiões, observou-se que a América Latina, América do Norte, Leste Europeu e Ásia Central apresentaram 1,4 milhões de pessoas com o HIV. As regiões com menos casos são Caribe e Oceania, com 230 mil e 53 mil casos respectivamente (UNAIDS, 2012).

Com relação às novas infecções no período de 2001 para 2011, houve um declínio de 20%, principalmente no Caribe, Oceania e no sul da África, que de 2,4 milhões foi para 1,8 milhões de novos casos. Porém, em outras regiões como no Oriente Médio e norte da África observou-se um aumento do número de novos casos da infecção (UNAIDS, 2012).

Mesmo com a alta prevalência de infectados, a mortalidade por AIDS decresceu do ano de 2005 para 2011, de 2,3 milhões para 1,7 milhões de óbitos no mundo, indicando uma redução de 25% (UNAIDS, 2012).

No combate a epidemia observou-se, no mundo, que o número de Pessoas que Vivem com o HIV/AIDS (PVHA) e que utilizam a Terapia Antirretroviral (TARV) cresceu nos últimos anos, de 7,5 milhões em 2010 para 17 milhões em 2015. Na América Latina, em

dados recentes, o Brasil responde por 40% de casos de novas infecções pelo HIV e o número de PVHA é de 830.000, segundo dados de março de 2016 (UNAIDS, 2016).

No Brasil, foram notificados de 1980 até junho de 2015, 798.366 casos de AIDS (Brasil, 2015a). O número de casos notificados de AIDS apresentou discreto crescimento ao longo dos anos, 30.237 casos em 2001, 36.523 casos em 2008 e 38.776 casos em 2011. A taxa de prevalência do HIV foi de 0,6% na população de 15-49 anos e manteve-se estável de 2004 até final de 2012 (Brasil, 2012c).

Segundo dados brasileiros recentes em 2014, havia 781.000 pessoas vivendo com o HIV, estimando que ocorreram 44.000 novas infecções e 16.000 óbitos relacionados a aids e, com a taxa de prevalência de HIV estimada de 0,39% da população (Brasil, 2015a).

Do total de casos das regiões brasileiras, segundo o Relatório do Progresso a Resposta ao HIV/AIDS (Brasil, 2013c), 56,4% são da região Sudeste, 19,9% da região Sul, 13,5% da região Nordeste, 5,7% da região Centro-oeste e 4,9% da região Norte, no período de 1980 a junho de 2011. Com relação ao número de casos por ano, identificou-se diminuição de 20% de casos na região Sudeste e 5% no Sul, com aumento no Norte, Nordeste e Centro-oeste respectivamente de 119%, 58% e 7% de 2002 a 2011 (Brasil, 2012c).

Os dados regionais mantêm-se semelhantes também no período de 1980 a junho de 2013, sendo a região Sudeste com a maior distribuição de casos de AIDS, 55,2%, seguida da região Sul (20,0%), Nordeste (13,9%), Centro-oeste (5,8%) e Norte (5,1%) (Brasil, 2013f). Com a estabilização do número de casos de AIDS no país até 2014, em torno de 40 mil casos, a região Sudeste ainda concentra o maior número de casos, em torno de 17 mil (42,5%), seguido de 8,6 mil casos nas regiões sul (21,5%), 8,2 mil na região Nordeste (20,5%), 3,8 mil casos na Norte (9,5%) e 2,7 mil casos na Centro-oeste (6,8%) (Brasil, 2015a). Nota-se diminuição de casos nas regiões Sudeste e Centro-oeste, e aumento nas regiões Sul, Nordeste e Norte.

No período de 2005 a 2014 observou-se uma diminuição na taxa de detecção de AIDS no Brasil, de 22,7 em 2002 para 19,7 em 2014, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. Das regiões, a Sul mantém-se estável com uma média de 31,1 casos para cada 100 mil habitantes, e as regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste apresentam uma tendência linear de crescimento significativo. As taxas foram de 14,3 (N), 11,7 (NE) e 17,3 (CO) em 2005 para 25,7 (N), 15,2 (NE) e 18,4 (CO) em 2014. Já a região Sudeste apresentou tendência de queda nos últimos dez anos, de 25,3 em 2005 para 18,6 casos em 2014 (Brasil, 2015a).

De 1980 a junho de 2015 foram registrados 65% casos de aids em homens e 35% em mulheres. Desde o início da epidemia até 2003 observou-se um aumento na participação de mulheres nos casos de AIDS, dado este observado na razão de sexos que mostrou 15 casos de homens para 10 casos de mulheres nos anos seguintes, de 2004 a 2008. Porém, a partir de 2009 observou-se uma mudança na razão de sexos, que passou de 19 casos de homens para 10 casos de mulheres em 2014. Observou-se também aumento de 30% na taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil, de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos em 2005 para 2,6 casos em 2014. E é na região norte do país que se identificou maior aumento de taxa de detecção em gestantes, de 0,9 em 2005 para 2,8 em 2014 (Brasil, 2015a).

No Brasil, apesar do número de casos no sexo masculino ainda ser maior entre heterossexuais, a epidemia está concentrada nos subgrupos de maior risco para a infecção pelo HIV, como Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) e profissionais do sexo, pois estes grupos apresentam maiores prevalências da infecção pelo HIV quando comparadas com a população geral (Brasil, 2012c). Apesar de haver predomínio da categoria da exposição heterossexual na população masculina, há uma tendência de aumento na proporção de casos de HSH, que passou de 34,9% em 2005 para 44,9% em 2014 (Brasil, 2015a). Os grupos populacionais HSH e UDI masculinos, de acordo com o estudo estatístico feito nos anos de 1980 a 2004, têm risco acrescido quando comparados a homens heterossexuais (Barbosa Júnior et al, 2009). Na população mais afetada, homens gays e HSH, a estimativa cresceu para 10,5% desta população, indicando o tipo de epidemia caracterizada pela concentração de casos em populações-chave como HSH, gays, UDI e profissionais do sexo (Brasil, 2015a). Os dados epidemiológicos apresentados referem-se aos casos de AIDS notificados, e não de pessoas que vivem com o HIV/AIDS.

Outro grupo populacional bastante acometido pela infecção do HIV é a população de rua, pouco abordada em estudos de prevalência da AIDS. Nos anos de 2006 e 2007, moradores de rua frequentadores de um equipamento social no município de São Paulo foram entrevistados e realizaram exames sorológicos. A prevalência do HIV em moradores de rua foi descrita como desproporcionalmente elevada ao comparar com a população em geral. Identificou-se uma taxa de 4,9% de prevalência de indivíduos infectados, sendo a grande parte associada à prática homossexual, mulheres e jovens. Também se associou aspectos relacionados à vulnerabilidade social como a baixa escolaridade, o uso de drogas e a prática de não uso do preservativo. O estudo é relevante ao indicar que os processos de exclusão

aumentam as situações de exposição à infecção do HIV, e que este é um grupo populacional bastante vulnerável (Grangeiro et al, 2012).

No enfrentamento da AIDS, houve uma redução de 14% na taxa de mortalidade em todo país nos anos 2003 a 2012, o que pode indicar sucesso nas ações direcionadas a terapia antirretroviral. Identificou-se um aumento do número de pessoas em uso de TARV nos anos de 2002 a 2012, de 125 mil para 313 mil respectivamente. Em 2012, 44% de PVHA estavam em TARV, porém ainda existem indivíduos que não tem acesso ao tratamento (Brasil, 2013f). Em geral, nos últimos dez anos a redução da mortalidade só pode ser observada nas regiões sul e sudeste, com coeficientes de mortalidade de 10,6 e 19,7 respectivamente. Houve aumento no coeficiente de mortalidade do Norte e do Nordeste, e estabilização do coeficiente de mortalidade na região centro-oeste, de 4,5 (Brasil, 2015a).

No Brasil, até o fim de 2014, 781 mil indivíduos viviam com o HIV/AIDS, sendo uma taxa de prevalência de 0,39%. Destas, 83% haviam sido diagnosticadas, e 80% destas foram vinculadas ao serviço de saúde em algum momento após o diagnóstico, porém apenas 66% mantiveram-se retidas no serviço. Destas, 52% estavam em TARV, sendo que 46% apresentavam supressão viral (carga viral indetectável) pelo menos seis meses após o início da TARV (Brasil, 2015a).

O relatório do Brasil apresentado na Sessão Especial da Assembleia das Nações Unidas mostrou que 43,7% dos portadores de HIV que chegaram aos serviços entre 2003 e 2006, iniciaram seu acompanhamento com a contagem de células de CD4 abaixo de 200, ou seja, indicando imunodeficiência importante, apresentando doenças associadas à AIDS, ou que evoluíram para óbito no momento do diagnóstico, caracterizando assim um acesso tardio aos serviços de saúde (Brasil, 2008a). Em contrapartida, o conhecimento precoce sobre a infecção pelo HIV possibilita melhor prognóstico ao traçar opções terapêuticas para que os cuidados em saúde possam ser planejados. Mesmo com o aumento do percentual de indivíduos infectados pelo HIV sem histórico de tratamento que chegaram aos serviços de saúde em todo país, com contagem de CD4 superior a 500 células por mm^3 , de 28,9% em 2003 para 37% em 2012, ainda há acesso tardio ao serviço de saúde, identificado por 29% dos indivíduos infectados que chegaram aos serviços com CD4 abaixo de 200 células por mm^3 (Brasil, 2013f).

Ao considerar que o diagnóstico tardio remete-se a contagem de CD4 abaixo de 200 células/ mm^3 , muito aquém dos parâmetros de normalidade que é de 1.200 células/ mm^3 , observou-se que houve uma diminuição de 31% em 2009 para 25% em 2015 de PVHA que

chegam ao serviço de saúde com diagnóstico tardio. Esta redução é resultado de uma melhoria no diagnóstico pelo aumento da oferta de testagem, especialmente em populações com maior probabilidade de estarem infectadas (Brasil, 2015a).

Realizando o teste é possível conhecer o status sorológico e realizar o diagnóstico do HIV. No Brasil, em 2013, 33,5% da população brasileira de 15 a 64 anos havia realizado o teste do HIV pelo menos uma vez na vida, e a cobertura de mulheres testadas é de 56% maior do que a observada entre os homens, dado este que está relacionado à obrigatoriedade do exame no pré-natal (Brasil, 2015a).

Em um estudo realizado no Brasil que comparou as mudanças na realização do teste anti-HIV nos anos de 1998 e 2005, identificou que houve um aumento na proporção de indivíduos testados uma vez na vida, de 20% a 33,6% respectivamente, o que equivale a quase 27 milhões de pessoas testadas uma vez na vida no Brasil em 2005. Ao se excluir os doadores de sangue, seriam 22,7 milhões de testados. Segundo foi analisada, a expansão na cobertura da testagem nos anos estudados foi, sobretudo em indivíduos com melhores condições sociais e em mulheres em idade reprodutiva, principalmente durante o pré-natal. Os indivíduos menos frequentemente testados, foram aqueles com idade entre 16 e 19 anos de ambos os sexos e com renda inferior a três salários mínimos per capita. Dentre os indivíduos nunca testados relatos referentes a não acreditar ter tido exposição ao vírus, desconhecer serviços que realizam o teste e não acreditar na confidencialidade das informações foram citados como justificativas para a não realização de testes anti-HIV (França Júnior, Calazans e Zucchi, 2008). Para Paiva, Pupo e Barboza (2006), homens e mulheres não gestantes podem receber menos ofertas ao teste do HIV, já que houve uma concentração de esforços no acesso ao teste anti-HIV durante o pré-natal.

Há, portanto, desconhecimento do diagnóstico do HIV por parte importante da população e que este é um ponto prioritário - o diagnóstico precoce - que vem sendo apontado como um dos desafios para o enfrentamento da epidemia. Além de evitar o adoecimento e a morte, entende-se que uma maior cobertura de testagem anti-HIV possibilitaria a interrupção na cadeia de transmissão a partir do pressuposto de que seriam desencadeadas ações de prevenção. Nesta direção, uma das principais estratégias é a ampliação do acesso ao teste diagnóstico, disponibilizando tecnologia nos serviços de saúde que vem sendo aprimorada ao longo dos anos, conforme apresentado a seguir.

1.2 OS SERVIÇOS DE SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DOS TESTES DE DIAGNÓSTICO DE HIV

A disponibilização do teste diagnóstico do HIV teve início em 1985 quando houve a liberação pelo FDA (Food and Drugs Administration), nos Estados Unidos da América (EUA), do primeiro exame laboratorial de detecção de anticorpos contra o HIV que repercutiu mundialmente nas políticas públicas de saúde. No Brasil, o uso dos testes começou no mesmo período, sendo disponibilizado aos serviços que tratavam de pessoas que viviam com o HIV e para toda a rede privada. Posteriormente, os testes foram utilizados em todos os bancos de sangue, procedimento obrigatório de acordo com a Constituição Federal, em 1988 (Brasil, 2008a). Na maioria dos países, assim como no Brasil, o teste é gratuito e vinculado ao aconselhamento (Soares e Brandão, 2012).

Ao longo da década de 80 e início de 90, com o expressivo aumento do número de casos da infecção da AIDS e o estigma que envolvia a doença, o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (PN-DST/AIDS) fomentou a discussão em nível federal sobre as ações de prevenção e cuidado ao HIV/AIDS nos serviços de saúde. As políticas voltadas para a prevenção tornaram o teste de detecção do HIV mais acessível por meio dos Centros de Orientação e Apoio (COAS), que em 1993, através do documento intitulado “Normas de Organização e Apoio Sorológico”, preconizou realizar o diagnóstico precoce em indivíduos infectados e seus parceiros, e para aqueles que procuravam o banco de sangue. Em 1997, com a incorporação do aconselhamento, estes serviços passaram a se chamar de Centros de Referência e Treinamento (CRT), vistos como serviços inovadores no enfrentamento da epidemia da AIDS (Silva, Oliveira e Sancho, 2013).

Aos poucos estes serviços foram se estruturando em todo território brasileiro, seguindo os princípios da confidencialidade, da voluntariedade, do sigilo e da resolutividade do diagnóstico do HIV. Identificam-se posteriormente os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), como serviços que operam de forma a receber uma demanda espontânea, implantados em locais de fácil acesso para a população, com equipe multiprofissional e que favorecessem segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade como os UDI, profissionais do sexo e homossexuais (Brasil, 2008a).

Como parte da política nacional para o enfrentamento da epidemia da aids, o Ministério da Saúde foi gradativamente ampliando os serviços de CTA em todo o país, e responsabilizou-se em prover recursos necessários à adequação física, de equipamentos e a capacitação de profissionais. Por sua vez, os estados e municípios passaram a manter a

estrutura da unidade, a equipe e os materiais de consumo como os testes sorológicos. Os CTA tem importante papel de realizar o diagnóstico precoce da infecção com o intuito de diminuir a mortalidade. Um dos desafios é garantir o acesso universal ao diagnóstico do HIV para a população em geral. Além disso, as atividades de testagem e aconselhamento poderiam perpassar os muros dos serviços de saúde, e serem executadas fora da unidade de atendimento, compondo com atividades educativas e extramuros no sentido de abordar a temática da aids (Brasil, 2007).

Com relação às responsabilidades, os recursos para a implantação de novos CTA, a elaboração de novos projetos e a capacitação de gerentes e profissionais do serviço, se iniciaram com recursos provenientes dos estados e municípios. As Diretrizes dos CTA foram revisadas e registradas em um manual que define as normas de organização e funcionamento dos serviços, e suas ações foram ampliadas a fim de garantir acesso universal às práticas de prevenção e diagnóstico. Segundo estas diretrizes, a testagem sorológica anti-HIV deve ser acessível, gratuita, anônima e confidencial, ágil e resolutiva, e realizada com aconselhamento pré e pós-teste. Neste manual, estão discriminadas as práticas passo a passo da realização do teste do HIV (Brasil, 1999, 2010). Visando ampliar a cobertura de testagem anti-HIV, houve investimento na capacidade dos CTA em ofertar o teste rápido e em campanhas dirigidas a população em geral como “Fique Sabendo” e “Quero Fazer” (Brasil, 2008a).

O CRT e o Serviço de Assistência Especializada (SAE) são serviços especializados em HIV/aids que conformam o nível de atenção secundária na saúde. Sobre o CRT, na década de 90, após a incorporação do Programa Estadual de DST/Aids e a Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids, passou a ser chamado de CRT-DST/Aids. O CRT é uma unidade especializada, de referência normativa, de avaliação e de coordenação do Programa Estadual para prevenção, controle, diagnóstico e tratamento de DST e da aids. Cabe a este serviço também o desenvolvimento de programas de formação, treinamento e aperfeiçoamento em ações sobre HIV/aids, pesquisas científicas e a promoção do intercâmbio técnico-científico em parceria com outras instituições nacionais e internacionais (São Paulo, 2013; Brasil, 2013d). Os SAE foram ampliados na rede municipal entre 1994 a 1998, para o atendimento de casos de aids (Monteiro e Oliveira, 2007), por meio da realização de ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas que vivem com o HIV/aids (Brasil, 2013d). Preconiza-se que os serviços de saúde realizem o aconselhamento como parte fundamental para o diagnóstico da infecção pelo HIV, pois é um processo de escuta ativa, individualizada e centrada no usuário, que propõe uma relação de confiança entre o usuário e o profissional de

saúde. Envolve ações educativas, avaliação dos riscos junto ao usuário e promove uma reflexão sobre valores e atitudes (Brasil, 2008a).

Aos poucos, as práticas de aconselhamento e de testagem do HIV foram tornando-se parte dos serviços de saúde da atenção primária. A atenção primária é um campo propício para o desenvolvimento de ações em DST/Aids, especificamente no aconselhamento, prática que se assemelha aos modos de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) que resgata a relação entre o serviço e o usuário. A inserção do aconselhamento e da realização do TRD do HIV na rede básica implica em uma reorganização do processo de trabalho dos serviços, principalmente nos fluxos de atendimento, organização de tempo de atendimento e oferta de atividades. Para implantar o aconselhamento e a testagem rápida nos serviços da atenção básica, é fundamental ter práticas de acolhimento, provisão de insumos (material para coleta de sangue, preservativos, gel e kits para redução de danos), capacitação para as equipes, uma rede de serviços de referência para casos positivos para a infecção do HIV, definição do fluxo dos usuários e seus parceiros (vindos da demanda espontânea e de agendas) e a entrega do resultado, preferencialmente ágil, acompanhada do aconselhamento pós-teste (Brasil, 2003).

Um dos documentos mais relevantes é o guia de recomendações para a realização do aconselhamento e do teste do HIV nos serviços de saúde, desenvolvido pela World Health Organization (WHO) e pela Joint United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS) em 2007. O guia sugere que os serviços de saúde devem incorporar o aconselhamento e o teste do HIV como parte do pacote de cuidados a serem disponibilizados aos usuários. Deve ser adaptado e incorporado nos diversos serviços de saúde no mundo, de acordo com o perfil epidemiológico e o contexto social de cada cenário. Segundo o guia, existem três tipos de epidemias do HIV: epidemia com baixo nível de casos (*low level epidemics*), na qual os testes devem ser oferecidos aos indivíduos com alto risco comportamental para a infecção do HIV e a indivíduos com episódio de exposição ao vírus; epidemia concentrada do HIV (*concentrated HIV epidemics*), na qual se deve focar a testagem para os grupos mais vulneráveis e expandir para a população em geral, principalmente indivíduos com sintomas associados à doença; e a epidemia generalizada (*generalized HIV epidemics*), na qual a testagem deve ser oferecida a toda a população. O documento também sugere a abordagem consentida, tanto para o aceite quanto para a recusa em realizar o teste. Há uma terminologia específica para a aproximação do aconselhamento e do teste do HIV, o “*opt-out*” indica que indivíduos devem especificamente recusar a realização do teste após receberem as informações pré-teste, e “*opt-*

in” que indica que usuários devem especificamente aceitar a realização do teste após receberem as informações antes do teste (WHO, UNAIDS, 2007).

Segundo WHO e UNAIDS (2007), existem quatro categorias que conformam a testagem do HIV: Teste para Diagnóstico (*Diagnostic Testing*), Aconselhamento e Testagem Voluntária (Voluntary Counselling and Testing-VCT), Testagem Rotineira Específica (*Routinised Testing in Specific Setting*), Testagem Obrigatória (*Mandatory Testing*). O Teste para Diagnóstico é realizado em indivíduos que apresentam sintomas relacionados ao HIV, e que são acometidos por doenças relacionadas ao vírus como as outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), e a tuberculose. O Voluntary Counseling and Testing (VCT) aborda em grupo ou individualmente, questões relacionadas ao HIV, ampliando a compreensão sobre o agravo. Podem participar todos que se veem sob o risco da infecção do vírus, e recebem o aconselhamento pré e pós-teste. A Testagem Rotineira Específica é realizada em locais com prevalência de indivíduos com alto risco para a infecção do HIV como portadores de outras DST e UDI, e o Teste Obrigatório que é realizado em doadores de órgãos, de sangue e derivados (Blake, Leighton e Sharma, 2011).

No Brasil, há a recomendação em realizar a abordagem consentida e o aconselhamento, e há a preocupação, ao refletir sobre o enfrentamento da epidemia da aids, em ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV/aids nos diversos serviços de saúde com o uso de tecnologias como os testes convencionais e os testes rápidos.

Os testes de diagnóstico do HIV são feitos em laboratório e produzidos pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), do Ministério da Saúde. O Teste de Elisa é o mais utilizado para diagnosticar a doença, e é feito através da coleta de sangue venoso, no qual são identificados anticorpos que tentam combater o HIV. O Elisa é feito com uma placa de plástico que contém proteínas do HIV absorvidas ou fixadas nas cavidades em que cada amostra de soro ou plasma será adicionada. Após uma sequência de etapas, em que são colocados diferentes tipos de reagentes, o resultado é fornecido por meio de leitura óptica, em um equipamento denominado leitora de Elisa. Se uma amostra não apresentar nenhum anticorpo, tem-se o resultado negativo. Caso seja detectado algum anticorpo anti-HIV no sangue, é necessária a realização de outro teste adicional, o teste confirmatório (Brasil, 2013e).

São usados como testes confirmatórios, o Western Blot, o Teste de Imunofluorescência Indireta para o HIV-1 e o Immunoblot. São feitos em situações como as de resultados falso-positivos em consequência de algumas doenças como artrite reumatoide, doenças autoimune e alguns tipos de câncer, e como teste confirmatório. O teste Western Blot tem custo mais

elevado, e é utilizado como teste confirmatório, ou seja, indicado em casos de resultado positivo no teste Elisa. É através de fragmentos do HIV que se detecta a infecção. Para a realização do Western Blot, utiliza-se uma tira de nitrocelulose onde são fixadas proteínas do HIV. O soro ou plasma da amostra é adicionado e entra em contato com a tira de nitrocelulose. Depois da adição de vários tipos de reagentes, o resultado é visualizado (Brasil, 2013e).

Outro teste, também confirmatório de detecção de anticorpos é o de Imunofluorescência indireta para o HIV-1. O soro ou plasma é adicionado a uma lâmina de vidro que contém células infectadas com o HIV, fixadas nas cavidades. Após uma sequência de etapas, em que são adicionados diferentes tipos de reagentes, o resultado é fornecido por meio da leitura em um microscópio de imunofluorescência (Brasil, 2013e).

Dos testes laboratoriais, os de 3^a e 4^a geração são mais sensíveis do que os testes confirmatórios convencionais como Western Blot e Immunoblot, pois detectam infecções mais recentes, diminuindo assim o período de janela imunológica (Brasil, 2013e).

Um problema identificado no exame convencional de laboratório para detecção do HIV é o tempo de retorno do resultado ao serviço de saúde, podendo chegar a 15 dias. Este tempo de demora faz com que alguns usuários não retornem ao serviço de saúde para receber o resultado, como o que identificou um estudo realizado num município do Rio Grande do Sul: dos indivíduos positivos, 37,7% e 36% em 2003 e 2004 respectivamente, não retornaram ao serviço para receber o resultado, discutindo-se que uma das justificativas possa ser o medo da infecção e do estigma que envolve a doença (Germano et al., 2008).

Uma recente tecnologia vem sendo implantada, o Teste Rápido de Diagnóstico (TRD) do HIV, que é um imunoensaio que detecta anticorpos anti-HIV na amostra de sangue em até 30 minutos (Brasil, 2009b). São dispositivos ou tiras que podem ser utilizados em ambientes laboratoriais ou não (Brasil, 2013e). Seu uso foi inicialmente implantado pelo Ministério da Saúde em locais de difícil acesso. No Brasil, onde existem disparidades sociais, econômicas e culturais nas diferentes regiões do país, o teste rápido conforma-se como uma tecnologia que pode ampliar o diagnóstico precoce do HIV em tempo oportuno, em locais onde há acesso desigual da população aos serviços, recursos profissionais insuficientes e nos quais as estruturas do sistema de saúde são vistas como precárias. Posteriormente, o TRD foi implantado em maternidades, inicialmente nas regiões norte e nordeste, oportuno principalmente para gestantes que não fizeram o acompanhamento no pré-natal (Brasil, 2009a).

Nas maternidades, o teste rápido foi inicialmente implantado por meio do projeto Nascer Maternidades. Em 2006, a Coordenação Nacional de DST/Aids iniciou as capacitações nos CTA das capitais brasileiras para a implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV, visando ampliar o acesso ao teste. O método de diagnóstico tradicional inclui, além do HIV, os exames sorológicos para sífilis, hepatites B e C que demandam pelo menos duas visitas ao serviço, a primeira para a coleta e a segunda para a entrega dos resultados (Wolffenbüttel, 2006). O TRD possibilita otimizar a realização do exame para o diagnóstico do HIV pois o resultado é identificado em minutos. Esta tecnologia aumenta a resolubilidade dos serviços, pois reduz a perda de retorno para receber resultados de exames anti-HIV, e aumenta a agilidade no atendimento de usuários com sinais e sintomas da aids (São Paulo, 2014a).

Segundo Araújo, Silveira e Melo (2008), ao analisar a realização do teste convencional para detecção do HIV em uma UBS de Fortaleza, discutiu-se que as gestantes enfrentam dificuldades no agendamento de consultas de pré-natal e no acesso o exame anti-HIV por falta de vagas, pela demora no agendamento e na distância do laboratório onde este exame foi marcado. Ou seja, para a realização do teste anti-HIV convencional há a necessidade de uma estrutura adequada como laboratórios, de acesso ao agendamento do exame e ao serviço de diagnóstico. Ao analisar a implantação do TRD no pré-natal em uma UBS na cidade de São Paulo, discutiu-se que a testagem rápida do HIV trouxe possibilidades de diagnóstico precoce e diminuiu o atraso e as perdas dos exames, qualificando assim o serviço (Gomes e Dutra, 2012). Ou seja, o TRD do HIV na APS é um importante instrumento para ampliar o diagnóstico precoce da infecção do HIV.

Desde março de 2004, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais vem implantando no Brasil, o TRD do HIV, inicialmente como teste de triagem e posteriormente como teste de diagnóstico. Esta tecnologia é utilizada mundialmente e tem vantagens ao se comparar com o método laboratorial. É de simples realização, a coleta de sangue é através de punção digital, dispensando a atuação de profissionais especializados e de equipamentos de laboratório, permitindo o conhecimento imediato dos resultados e assistência aos pacientes. A prática é normatizada pela Portaria nº 151 de 14 de outubro de 2009 (Brasil, 2009c), e permite que o diagnóstico positivo da infecção pelo HIV seja realizado por dois testes rápidos diferentes sem que haja necessidade do uso de quaisquer outros exames laboratoriais para confirmação do resultado, a não ser que haja discordância entre os testes.

No Plano Estratégico, referente ao período de 2004/2007, o PN-DST/aids teve como diretriz a ampliação da cobertura de diagnóstico da infecção pelo HIV (Brasil, 2004). Desta forma, paulatinamente, além das maternidades e dos CTA realizarem o teste, os SAE e CRT mantiveram o acompanhamento clínico dos indivíduos com a infecção do HIV, e passaram a ser serviços prioritários na implantação de testes rápidos anti-HIV, assim como os serviços de Referência de Tuberculose, os Prontos Socorros, os Centros de Detenção Provisória, as penitenciárias e os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS- AD) (São Paulo, 2014a).

Com a ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV por meio do uso do TRD, o Ministério da Saúde, juntamente com os estados e municípios, iniciou a implantação do teste rápido na atenção primária. Em 2006, o Programa Municipal DST/Aids iniciou a implantação do TRD do HIV em serviços especializados e em UBS (São Paulo, 2014a), e atualmente o teste rápido é uma tecnologia oferecida pelas UBS do município de São Paulo (São Paulo, 2011). Na rede básica, o TRD do HIV pode ser realizado por profissionais de saúde com nível superior de formação e capacitados por treinamentos presencial ou a distância, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, segundo a recente portaria nº 3.275 de 26 de dezembro de 2013 (Brasil, 2013a). Os testes rápidos para sífilis e para hepatites B e C também começaram a ser implantados nos serviços de saúde, porém são testes de triagem sorológica, ou seja, há a necessidade de exames laboratoriais complementares para a finalização do diagnóstico.

No município de São Paulo, identificou-se um total de 563.170 exames convencionais feitos e 40.129 testes rápidos de HIV executados no ano de 2014 (Brasil, 2015b). Destes, na rede de serviços especializados, foram realizados 28.901 exames convencionais, sendo 3,6% soropositivos, e 64.460 TRD feitos, sendo 5,1% soropositivos (São Paulo, 2014b).

A tecnologia do TRD é bastante aceita pela população ao se comparar com o teste convencional. Nos EUA, num estudo feito entre os anos de 1999 e 2000, o teste rápido de HIV foi aceito por 1.372 indivíduos (87%) da amostra total de 1.581, ao se comparar com o teste convencional feito em laboratório. Isso mostra a alta aceitabilidade e factibilidade da prática da realização do teste rápido nos serviços de saúde (Kendrick et al., 2005). Em um estudo brasileiro com um grupo usuário de drogas injetáveis, concluiu alta aceitação do teste rápido de diagnóstico do HIV em relação ao teste convencional, trazendo como vantagens a facilidade para a coleta de sangue via punção digital, facilidade de acesso ao diminuir gastos com transporte e confidencialidade (Telles-Dias et al., 2007).

A partir de 2011, o Projeto Rede Cegonha¹, presente em nível nacional, que compõem uma rede de cuidados que assegura a mulher e a criança na garantia de seus direitos à saúde nos aspectos reprodutivos, nos cuidados na gravidez, parto e puerpério, indicou que o aconselhamento e o TRD do HIV devem ser oferecidos a todas as gestantes e deve ser realizado na primeira consulta do pré-natal, no primeiro trimestre da gravidez, no início do terceiro trimestre e no parto, e disponibilizado aos parceiros das gestantes em caso de diagnóstico positivo. Em parceria com o Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/Aids), ampliaram a testagem rápida do diagnóstico do HIV, contribuindo para a redução da transmissão vertical e com a redução do número de casos de sífilis congênita (Brasil, 2012b). Desta parceria, originou-se um guia com orientações mínimas para a realização de capacitações para executores e multiplicadores em teste rápido para HIV e para sífilis e aconselhamento em DST/aids para gestantes na atenção primária, auxiliando na incorporação do TRD nos serviços de saúde (Brasil, 2013b).

As diretrizes sobre a implantação do TRD para o HIV e as questões referentes às capacitações das equipes de saúde na atenção primária para a realização dessas ações, estão disponíveis no material publicado pela Rede Cegonha em 2012. De acordo com estas orientações, existem dimensões a serem consideradas na implantação do TRD do HIV nos serviços de saúde: Sensibilização da equipe, profissionais da unidade e divulgação dos procedimentos de testagem rápida para o público alvo e entre os usuários dos serviços; Espaço físico e equipamentos; Disponibilidade dos insumos e material de apoio; Organização do fluxo e definição de papéis. Estas dimensões devem fazer parte das práticas para a realização do TRD do HIV nos serviços de saúde (Brasil, 2012b).

Segundo Capazzolo, Fortuna e Matumoto (2007), ao longo dos anos, o atendimento de pessoas com a infecção do HIV caracterizou-se pela oferta de serviços especializados nas questões da aids. Com a disseminação da epidemia, novas competências foram geradas para os serviços especializados e para os serviços da atenção primária. Com isso, há desde inseguranças e incertezas por parte da atenção especializada em DST/aids em repassar as ações para a atenção primária, como também os profissionais da atenção básica sentem-se sobrecarregados em suas atividades e despreparados em executar ações que são inerentes aos

¹ A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde em que mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito a ampliação do acesso ao atendimento, do acolhimento e a melhoria da qualidade do pré-natal. Há direito ao transporte tanto no pré-natal, assistência no parto, assistência a criança de 0 a 24 meses e ao planejamento reprodutivo. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Rede Cegonha. Apresentação [internet] s.d. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/apc_redecegonha.php.

serviços especializados. Por outro lado, ressalta que a proposição de novas atividades para a atenção primária pode possibilitar uma reestruturação das práticas em saúde, não pelo olhar das ações programáticas, e sim pela demanda das pessoas que buscam os serviços de saúde.

Há a intenção de implementar o manejo da infecção do HIV e do agravo da aids na rede da atenção primária, vista em diretrizes presentes no manual do Ministério da Saúde para gestores que tem como foco a reorganização do modelo de atenção a saúde baseada no conceito do cuidado, centrada não apenas na assistência, mas também na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco. Pretende-se incorporar ações programáticas e de ações intersetoriais para o enfrentamento da aids. O manual traz cinco passos para esta implementação: estratificar os pacientes que serão acompanhados na rede básica e na especializada, qualificar os profissionais por meio de educação a distância e presencial, garantir suporte técnico aos profissionais, disponibilizar exames de CD4, CD8 e carga viral, e viabilizar acesso aos antirretrovirais (Brasil, 2014a).

Além da incorporação do TRD nos serviços da atenção primária no país, já se encontra em discussão a incorporação de outra nova tecnologia, o chamado teste de fluido oral, também visto na literatura como teste de saliva. A maior parte da produção científica encontrada referente ao teste de fluido oral provém da literatura internacional (Delaney et al., 2006; Hamers et al., 2008; Blake, Leighton e Sharma, 2011).

No Brasil, esta tecnologia está sendo aos poucos incorporada, sendo utilizado como teste de triagem. Começou a ser implantada em março de 2014, e será disponibilizado em farmácias da rede pública e, segundo informações do Ministério da Saúde, o teste poderá ser acessado futuramente em rede privada. Foi aprovado o novo Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, que direciona os procedimentos para a realização de testes de HIV no país. Inicialmente, 40 Organizações Não Governamentais (ONG) parceiras do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, utilizam o teste de fluido oral em populações que apresentam maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV como HSH, profissionais do sexo, travestis, transexuais, pessoas que usam drogas, pessoas privadas de liberdade e em situação de rua. Depois, o teste estará disponível para todos aqueles que quiserem realizá-lo. O resultado positivo para a infecção do HIV deve ser confirmado por um teste de diagnóstico, como o teste rápido (Brasil, 2014b).

A questão do uso do teste de fluido oral e sua disponibilização nas farmácias da rede pública e privada vem sendo intensamente debatida por ativistas, profissionais de saúde e

gestores do sistema de saúde (Brasil, 2014b). De fato, as inovações tecnológicas devem fazer parte do cotidiano e contribuir com a melhoria da vida e saúde da população.

Um estudo norte americano ao explorar as consequências da venda de testes rápidos em farmácias, mostrou que esta estratégia pode aumentar o número de pessoas com conhecimento sobre seu status sorológico e que há uma preocupação por parte dos farmacêuticos na abordagem sobre as questões referentes a diagnósticos positivos para a infecção. Os profissionais farmacêuticos poderiam realizar um primeiro atendimento de indivíduos com diagnóstico positivo para o HIV e fornecer informações sobre o cuidado em saúde (Meyerson et al, 2013).

No relatório da UNAIDS de julho de 2016, o Brasil destacou-se por abordar o uso do autoteste de HIV que poderá ser feito em domicílio sem a necessidade de ajuda profissional, estratégia esta já utilizada por outros países como Austrália e EUA. No Brasil o autoteste é objeto de estudo-piloto em Curitiba com foco em homens gays e HSH e já está sendo realizado como parte do estudo (UNAIDS, 2016). Não há um consenso brasileiro sobre a disponibilização do autoteste de forma ampla, inclusive com sua comercialização, no entanto, parece ser esta uma tendência.

Considera-se que ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV na atenção primária é fundamental para o enfrentamento da aids. Porém, não se sabe como as pessoas reagirão frente ao diagnóstico de HIV e qual a responsabilidade dos serviços de saúde nestas situações, cabendo uma importante reflexão sobre as ações em saúde a serem tomadas. De toda forma, isto trará aos serviços de saúde de todos os níveis de atenção, especialmente da atenção primária, responsabilidade de acolher indivíduos que acessem os serviços com testes positivos em mãos. Deve-se estabelecer um fluxo de atendimento a esta demanda, de modo que o indivíduo com diagnóstico autorrealizado recente da infecção do HIV consiga adentrar o sistema de saúde e tenha seu cuidado coordenado aos serviços de referência.

Dado que a implantação do teste de fluido oral ainda é recente, o presente estudo toma como objeto o TRD do HIV por amostra de sangue. Ao apresentar o desenvolvimento dos testes de diagnóstico de HIV ao longo dos anos, indaga-se como tem sido sua incorporação pelos serviços da atenção primária e o acesso da população a esta tecnologia.

1.3 O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DO HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Com o intuito de discutir a incorporação dos testes rápidos do HIV nos serviços de saúde, torna-se fundamental refletir sobre a questão do acesso a estes serviços.

Desde o início da década de 90, a questão do acesso aos serviços de saúde e ao cuidado é discutida no enfrentamento da aids. Um dos primeiros estudos, de Acúrcio e Guimarães (1996), identificou que o acesso aos serviços dos indivíduos acometidos pelo HIV/aids relaciona-se com as barreiras sociais e culturais na busca dos cuidados. O estudo, feito por meio de revisão bibliográfica, identificou que o acesso aos serviços de saúde depende de questões econômicas como as condições financeiras e de emprego, e de questões sociais como o medo e o preconceito. Outra condição analisada foi a distribuição heterogênea dos recursos em saúde para o cuidado como o acesso a TARV.

Um ponto importante, se não determinante, da vulnerabilidade das pessoas ao HIV diz respeito ao acesso universal às ações e aos serviços de saúde, relacionado à capacidade do usuário obter, quando necessitar, cuidados de saúde (Acúrcio, Guimarães, 1996). Torna-se fundamental refletir que *“a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços e recursos, mas sim no fato de que os serviços sejam utilizados por quem os necessite”* (Aday e Anderesen, 1974).

Andersen (1995) discorreu sobre diferentes modelos para uso dos serviços de saúde ao longo das décadas e, sobre medidas de acesso. O *acesso potencial* que se remete a recursos permitidos que limitam ou ampliam o uso por serviços, o *acesso realizado* que se remete a fatores contextuais sobre o real uso dos serviços. O *acesso equitativo* e o *acesso não equitativo*, são definidos de acordo com o recurso dominante do acesso realizado, e referem-se a características demográficas, necessidades de saúde, estrutura social e crenças saudáveis. Refletem em diferentes etapas como desde a demanda por um serviço de saúde até a oferta do mesmo.

Outro estudo relevante sobre o conceito de acesso identificou as seguintes dimensões: disponibilidade (volume e tipo de serviços em relação às necessidades), acessibilidade (adequação geográfica entre serviços e usuários), acolhimento (a organização do serviço e a capacidade do usuário a se adequar a esta organização), capacidade de compra (formas de financiamento dos serviços e a capacidade de pagar por eles), aceitabilidade (atitude dos usuários e profissionais frente as suas atitudes) (Penchansky, Thomaz, 1981).

No âmbito da testagem rápida do HIV, o usuário deve conhecer os possíveis serviços de saúde nos quais pode acessar o teste e dar continuidade em suas necessidades de saúde. Para Starfield (2004) que discute a conceitualização de *acesso* e *acessibilidade*, ambos os termos são complementares em seus significados. O *acesso* possibilita a continuidade dos cuidados e na busca pela resolutividade dos problemas de saúde pelos serviços de saúde, e a *acessibilidade* possibilita que os usuários alcancem os serviços de saúde.

Tomar a decisão para realizar o teste do HIV pode ser um processo difícil, e que se torna menos acessível quando a população desconhece as formas em que os serviços de saúde se organizam na oferta do TRD do HIV. Na análise sobre a oferta do aconselhamento e do teste diagnóstico do HIV, há o desconhecimento por parte dos usuários de um serviço especializado sobre a gratuidade e a disponibilidade para a realização do teste anti-HIV, e há a reconsideração sobre uma expectativa inicial de um atendimento precário associado a ideia de filas, burocracias e demoras, o que dificulta o acesso ao serviço (Souza, Czeresnia e Natividade, 2008; Soares e Brandão, 2012). Além disso, observou-se como importantes limitações de acesso aos serviços de testagem e aconselhamento, a dificuldade de se perceber vulnerável a infecção, as justificativas de não se identificar ou pertencer a um determinado perfil e o medo e constrangimento em abordar questões próprias (Souza, Czeresnia, Natividade, 2008).

A dificuldade na procura pelo serviço de testagem mostrou o medo de se deparar com um resultado positivo para o HIV e do estigma que este diagnóstico traz e, consequentemente do rompimento com sua rede social. Há a ideia de que o aconselhamento e a testagem são ações burocratizantes e que isso dificulta o acesso ao teste. Porém, ao mesmo tempo são instrumentos de aproximação do usuário com a sua trajetória sexual, importantes para a reflexão sobre vulnerabilidades (Soares e Brandão, 2012).

Silva, Oliveira e Sancho (2013), discutiram através de uma revisão bibliográfica, os desdobramentos teóricos e práticos entre a oferta de testagem e acesso a testagem do HIV, já que se percorre um caminho entre a percepção da necessidade de realizar a testagem e tomar a iniciativa em procurar por um serviço de saúde, e posteriormente realizar o tratamento, sendo que este percurso envolve uma rede de valores e medos.

Mesmo com a ampliação do TRD do HIV na APS, ainda existem dificuldades em acessar o teste. Por isso, torna-se necessário investigar as questões do HIV/Aids nos serviços da APS, já que houve a ampliação da oferta do TRD do HIV para as UBS. Parte importante da produção científica aborda a temática do HIV/aids nos serviços de saúde especializados

como cenário de estudo (Wolffenbüttel, 2006; Grangeiro et al., 2009; Araújo et al, 2010; Grangeiro, Escuder e Castilho, 2011).

Sobre os estudos referentes às questões do HIV/aids na atenção primária, para Oliveira (2009), ao olhar mulheres com HIV/aids em Salvador, o acesso não necessariamente está garantido com a oferta do atendimento pelos serviços de saúde. De fato, um dos pontos observados é que o serviço de saúde, ao enxergar o tratamento como ação principal para o enfrentamento da infecção do HIV, não identifica outras questões presentes no processo saúde-doença do indivíduo. Existem questões econômicas, sociais e geográficas como obstáculos ao acesso aos serviços de saúde, além de questões de gênero, a invisibilidade dos usuários do sexo masculino nos serviços de saúde e a resistência por parte deles em realizar o teste do HIV.

Nesta perspectiva, observou-se que o problema de acesso ao serviço de saúde também acontece em outras realidades. Na África do Sul, adolescentes percebem a necessidade do aconselhamento e do teste do HIV para aqueles apenas com sintomas relacionados à ao agravamento da aids, revelando a crença de que pessoas com aparência saudável não tem a possibilidade de ter a infecção do HIV. A presença de uma possível sintomatologia determina o acesso ao teste de diagnóstico do HIV e, neste estudo, os jovens expressaram o medo em conhecer uma possível infecção do HIV, o medo do estigma e da discriminação. O sentimento do medo é tão relevante que apenas revelariam sobre um possível diagnóstico positivo apenas para membros da família em que teriam apoio (MacPhail et al., 2008).

Outro estudo africano, que ao identificar a iniquidade social como um problema do acesso ao aconselhamento e a testagem ao HIV, utilizou como estratégia o oferecimento em domicílio este atendimento. Identificou-se alta aceitação, principalmente em áreas rurais onde o acesso aos serviços de saúde é mais difícil (Mutale et al., 2010). No Brasil, serviços da APS especialmente aqueles que funcionam com o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem maior facilidade em estar mais próximos da população e desta forma, discutir as questões do HIV/Aids. Os serviços de saúde da APS tem importante responsabilidade em ampliar o acesso ao TRD do HIV e acolher os indivíduos, buscando dialogar claramente sobre os riscos e consequências de uma possível infecção pelo HIV, e sobre a importância de realizar o diagnóstico precoce.

Na percepção dos usuários, num estudo do Rio de Janeiro, parte deles referiu ter usado um serviço de testagem e aconselhamento, sendo o posto de saúde o serviço mais citado. Os serviços de aconselhamento e testagem são indicados através de amigos e familiares de

acordo com uma avaliação do bom atendimento, dado este identificado pelos usuários e pelos aconselhadores. Do estudo, observou-se que as UBS são reconhecidas pela população de um dado território, como serviços de saúde que disponibilizam acesso ao diagnóstico do HIV (Sobreira, Vasconcellos, Portela, 2012). Segundo Hewer et al. (2005), o “*marketing social*” pode atuar positivamente na aprovação dos serviços de testagem através das boas recomendações feitas por familiares, amigos e parceiros, dados concluídos através de informações de voluntários para o aconselhamento e testagem anti-HIV em Soweto, sul da África.

Entendendo-se que o TRD do HIV já faz parte das práticas dos serviços de saúde, torna-se propício investigar como o teste está sendo incorporado na rotina dos serviços. Na dissertação de Okamura (2006) realizada no cenário de dez serviços de saúde, UBS, CTA e hospitais, do estado do Amazonas - Brasil foi avaliado a implantação do teste rápido do HIV como alternativa diagnóstica. Por meio do estudo de caso, a autora definiu o grau de implantação do teste rápido explorando o conceito de acesso ao diagnóstico nas dimensões categorizadas em índices de Adequação, Aceitabilidade e Satisfação do Usuário. Como resultado, identificou-se que o teste rápido mostrava-se parcialmente implantado no estado do Amazonas. O índice que mostrou maiores problemas foi o de adequação que compreende as dimensões de disponibilidade (quantidade de insumos e serviços existentes para as necessidades dos usuários), de oportunidade (relaciona-se a provisão do cuidado, insumo ou serviço no local e momento do atendimento) e de conformidade (relaciona-se aos principais procedimentos operacionais para a realização do aconselhamento e testagem). Ressaltou a importância de estudos que incorporem a avaliação de programas e serviços como instrumentos para definir estratégias de intervenção, buscando a melhoria da implementação de ações em saúde.

Um estudo que abordou as características da assistência em HIV/Aids avaliou a qualidade dos serviços, mostrou que o PN-DST/Aids estabeleceu uma parceria com a equipe Qualiaids² e que construíram em 2001, um instrumento de avaliação da qualidade aplicável aos serviços de saúde que cuidam de pessoas que vivem com o HIV/Aids em nível ambulatorial. É um questionário autoaplicável disponível online para diversos serviços de saúde no Brasil, que permite classificar os serviços em quatro níveis de qualidade. O instrumento foi oficialmente implantado em 2007 e também dispõe de “recomendações de

² A Equipe Qualiaids é composta por docentes e pesquisadores de diversas formações acadêmicas vinculadas à universidades brasileiras.

boas práticas” que podem nortear os serviços de saúde no quesito de qualidade da assistência (Brasil, 2008b).

Na presente investigação, serão discutidas as questões referentes as fragilidades e potencialidades da incorporação do teste rápido nas ações programáticas da atenção primária do município de São Paulo, de forma que se identifique as ações de saúde em que o teste é incorporado, e que isto é dificultado por problemas existentes nos serviços. Os profissionais de saúde deste ponto da atenção têm participado de intensa capacitação, no entanto, até o momento não foi realizada avaliação sistematizada da implantação desta tecnologia na prática dos serviços.

Parte-se da hipótese de que as UBS enfrentam dificuldades para a implantação do TRD do HIV e sua efetivação está relacionada aos processos de trabalho próprios deste nível de atenção e da organização dos serviços. Outra hipótese indica que as UBS que não implantaram plenamente o TRD do HIV tem maior vulnerabilidade programática que as UBS que implantaram o teste. Ou seja, as UBS mesmo que capacitadas não implantaram o TRD do HIV, pois apresentam maior vulnerabilidade ao se comparar com as UBS que implantaram o teste. Pretende-se analisar esta implantação na perspectiva da vulnerabilidade no âmbito programático, por meio de elementos que tratam da estrutura dos serviços, da organização e da realização das ações que envolvem o processo de trabalho na oferta e na implantação do teste rápido na rede básica. Tem como finalidade fornecer subsídios à gestão na reorientação das práticas de organização dos serviços de saúde.

A decorative vertical bar on the left side of the page, consisting of a long dark gray segment and a shorter light gray segment at the bottom.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a implantação do teste rápido de diagnóstico do HIV nas UBS no município de São Paulo, Brasil, na perspectiva do conceito de Vulnerabilidade Programática.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer marcadores da vulnerabilidade programática presentes nas práticas das UBS para a realização do aconselhamento e do teste rápido de diagnóstico do HIV;
- Caracterizar as UBS de acordo com o conjunto de itens que compõem os marcadores de vulnerabilidade programática.
- Identificar os graus de vulnerabilidade programática das UBS de acordo com os marcadores estabelecidos, e das UBS que implantaram e das que não implantaram o TRD do HIV.

A decorative vertical bar on the left side of the page, consisting of a long dark gray rectangle and a smaller light gray square at the bottom.

3 Materiais e métodos

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1.1 O conceito de Vulnerabilidade

Para entender o conceito de vulnerabilidade, faz necessário resgatar diferenças conceituais entre risco e vulnerabilidade. A utilização do conceito de risco em práticas de prevenção e promoção da saúde é conhecida especialmente na área da Epidemiologia, sendo disseminada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 70. Nesta vertente, propõe-se a análise de variáveis identificáveis no indivíduo e na população (características) que os tornam com maior ou menor riscos de exposição a um determinado agravo como a infecção do HIV, possibilitando avaliar estes riscos e as probabilidades de acometimento da doença, as intervenções, os fatores de exposição e as práticas de atenção a saúde (Ayres et al., 2008). Utiliza-se a análise estatística, vista em estudos epidemiológicos, para estabelecer as relações entre as variáveis, indicando maior ou menor risco de adoecer ou não (Nichita et al., 2008; Bertolozzi et al., 2009).

Como exemplo, Ayres et al. (2008) relembram o trabalho pioneiro de Geoffrey Rose (1988) que analisou a distribuição dos níveis de pressão arterial em diferentes populações. O estudo aborda a importância das técnicas das estratégias populacionais que são construídas matematicamente na área da Epidemiologia Clássica, e chama a atenção para a noção de que as estratégias de intervenção em saúde têm determinantes culturais, econômicos e políticos que contribuem para as exposições e ao risco. E que, portanto devem ser incorporadas aos diagnósticos de situação e na construção de estratégias de prevenção.

Nos estudos epidemiológicos investigam-se os fatores de risco e as características das populações acometidas para compreender um fenômeno no processo saúde-doença, e com o surgimento do fenômeno da aids, no início da década de 80, um dos primeiros estudos identificou por análise epidemiológica, as características dos indivíduos que foram acometidos pela infecção. O Centro de Controle de Doenças (CDC) dos EUA, ao realizar este estudo, identificou quatro *grupos de risco*: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína (droga injetável). Essa formação dos grupos propiciou que o preconceito, a discriminação e o estigma da doença estivessem presentes na sociedade (Ayres et al., 2008).

No decorrer da história, o isolamento laboratorial do vírus, o surgimento de teste diagnósticos principalmente utilizado para detectar os portadores do HIV, as novas drogas e

as formas de prevenção com o uso do preservativo, fizeram parte das estratégias de combate a epidemia. Paralelamente, as reações sociais especialmente do Movimento Gay, foram fundamentais para estabelecer novas ações diante da aids. Surge então, da interação da investigação epidemiológica e dos campos da psicologia e educação, o novo conceito de *comportamento de risco*, que mostra que qualquer pessoa pode estar exposta à infecção do HIV. A noção de comportamento de risco não foi suficiente para compreender a epidemia da aids, pois responsabiliza cada indivíduo de se expor e adquirir a infecção do HIV, sem considerar os aspectos sociais e contextuais presentes na realidade das pessoas (Ayres et al., 2008).

Com o passar dos anos, caracterizou-se um novo perfil da epidemia da aids ao identificar o acometimento de grupos com menor poder social e as mulheres, a chamada “pauperização” e “feminilização” da epidemia. Tornou-se necessário refletir novamente em outros conceitos teóricos para compreender a epidemia da aids (Ayres et al., 2008).

Na análise do fenômeno da aids, o conceito de risco possibilita conhecer as características do agravo, porém não é suficiente para compreender outros aspectos que envolvem a epidemia da aids. Os resultados em termos de intervenções que geraram discriminação e preconceito fizeram com que se buscasse outro construto teórico. O uso do conceito de vulnerabilidade na área da saúde foi proposto por um grupo de pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard que compunham a Coalizão Global de Políticas contra a Aids, embrião da UNAIDS, a partir das novas tendências da epidemia da aids no início da década de 90. O aparecimento do conceito de vulnerabilidade na área da saúde permitiu compreender que a suscetibilidade a exposição e ao adoecimento, e a disponibilidade de recursos para a proteção, são resultantes não apenas de aspectos individuais, mas também coletivos e contextuais (Mann, Tarantola, Netter, 1993; Ayres et al., 2008).

Cabe destacar que o conceito de Vulnerabilidade não substitui ou anula o conceito de Risco, e vice versa. Ambos os conceitos norteiam distintos olhares sobre a compreensão de diferentes objetos de estudo.

Uma das contribuições, feita por Parker (1999), aborda a noção de risco individual para a nova percepção de vulnerabilidade social. Com relação à infecção do HIV, considera-se que todo ser humano é biologicamente suscetível e que a transmissão pode ocorrer devido ao comportamento de indivíduos e grupos em situações de maior vulnerabilidade. Isso permite a

percepção de como a inequidade, a discriminação e a violência social, aceleram a disseminação da epidemia.

O conceito de vulnerabilidade perpassa a ideia de que a chance de exposição ao HIV e de adoecimento é resultante apenas de aspectos individuais, e propõe que os aspectos coletivos também tornam as pessoas mais ou menos suscetíveis a infecção. Estes aspectos funcionam de modo inseparável no processo saúde-doença, e definem maior ou menor disponibilidade de recursos para prevenção (Ayres et al., 2008).

Para Matida (2003), a Vulnerabilidade, no âmbito da construção do conhecimento sobre HIV/aids, repercute os efeitos da epidemia no indivíduo e no coletivo, e sua aplicação vem subsidiando sua contextualização e das práticas adotadas para o seu controle e prevenção.

Segundo o resgate conceitual feito por Nichiata et al. (2008), ao citar Ayres (1997) e Takahashi (2006), a vulnerabilidade significa o potencial de adoecer e não adoecer relacionadas a cada indivíduo que vive em determinado contexto. Nesta perspectiva, os aspectos individuais e as condições do contexto social influenciam nas exposições a problemas de saúde e doenças que podem conduzir até a morte, pois aumentam a susceptibilidade a agravos, e simultaneamente as possibilidades de recursos para lidar com isso. Há a relação inseparável e interdependente entre vulnerabilidade e *empowerment*, que é a capacidade de superação de indivíduos e grupos a determinadas situações. Também consiste na compreensão do *entitlement*, que preconiza o direito das pessoas em participar politicamente da organização estrutural e histórica das questões da sociedade (Ayres et al., 1999; Muñoz-Sánchez, Bertolozzi, 2007). Ou seja, o conceito de vulnerabilidade busca empoderar os indivíduos para enfrentar situações e participar da tomada de decisões da sociedade.

Ao tomar o conceito de Vulnerabilidade como referência teórica, vislumbram-se possibilidades de superação dos limites do conceito de risco e das probabilidades, além da construção e apropriação de instrumentos para identificar e intervir na dimensão individual e coletiva do processo saúde-doença na lógica da multicausalidade (Nichiata et al., 2011).

Desta forma, o conceito inclui a detecção das fragilidades, mas também a capacidade de enfrentamento dos problemas e de superação. Permite-se o atendimento às necessidades de saúde, que não se limitam àquelas de ordem física, clínica e biológica (Bertolozzi et al., 2009).

Um dos relevantes estudos da aids foi dos autores Mann, Tarantola e Netter (1993) que propuseram os seguintes onze parâmetros para a análise da vulnerabilidade programática:

expressão do compromisso (compromisso das autoridades para criar programas e enfrentar os problemas); transformação do compromisso em ação (intersectorialidade e interinstitucionalidade para ação e respeito dos direitos humanos); desenvolvimento da coalizão (parcerias dos setores governamentais e não governamentais para implementar os programas); planejamento e coordenação (um plano de ação com ênfase na prevenção, atenção aos grupos vulneráveis e elo entre serviços sociais e básicos); gerenciamento (treinamento de recursos humanos, uso de estruturas e serviços existentes); respostas as necessidades de prevenção individuais e coletivas (priorizando intervenções e recursos); respostas a necessidades de tratamento (acesso e melhoria da qualidade de tratamento); obtenção de recursos financeiros (recursos para implantação e continuidade dos programas); sustentação do esforço (sintonia entre os programas e a sociedade); avaliação do progresso (avaliação e retroalimentação dos programas); avaliação do impacto (avaliações periódicas dos programas).

O estudo de Muñoz-Sánchez e Bertolozzi (2007), apresentou o método avaliativo da vulnerabilidade à infecção do HIV/aids de Mann, Tarantola e Netter, (1993). Destaca-se que o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade a infecção, e que outros fatores podem influenciar no controle individual. Propõem uma estrutura de análise que incorpora o comportamento individual (verifica-se o conhecimento e os comportamentos para a transmissão da doença), a vulnerabilidade coletiva (refere-se à capacidade estrutural dos programas de saúde para controle da epidemia) e a vulnerabilidade social (avalia-se as realidades através de indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas). Identificou-se na literatura de 1993 a primeira proposta de um sistema de escores que classificam a vulnerabilidade como alta, média e baixa.

Muñoz-Sánchez e Bertolozzi (2007) relatam o olhar de Ayres et al., (1999), ao tentar ampliar o conceito proposto anteriormente, e destacam que “o indivíduo não prescinde do coletivo, há relação intrínseca entre os dois”. Para Ayres et al (2008), há a proposição de um modelo de vulnerabilidade conformado por três planos interdependentes de determinação e de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. Observa-se a compreensão do comportamento pessoal (vulnerabilidade individual), do contexto social (vulnerabilidade social), e do programa de combate à aids, (vulnerabilidade programática).

A análise da Vulnerabilidade integra três eixos interdependentes (Ayres et al, 2008):

a) Dimensão Individual: Remete-se aos aspectos próprios da vida do indivíduo que o tornam mais ou menos suscetível e protegido ao agravo, são os modos de viver, a

sexualidade, o uso de drogas e uso de serviços. Refere-se às informações que tem para se proteger da transmissão de doenças e como incorpora estas práticas preventivas no seu cotidiano.

b) Dimensão Social: Os aspectos referentes a vida em sociedade como a organização social, os materiais e as informações disponíveis, as questões culturais, os aspectos políticos, morais e raciais, as crenças religiosas, as relações de gênero e entre gerações, entre outros. Esses aspectos adquirem significados que contribuem na definição da vulnerabilidade individual. O acesso e a qualidade das informações, o valor e significado atribuído a estes conteúdos pelas pessoas, influenciam nas possibilidades efetivas de mudanças de comportamento.

c) Dimensão Programática: Define-se pela relação dos elementos institucionais como os educacionais, de saúde, os culturais, de bem estar e outros. Permeiam as políticas públicas vigentes, as atividades intersetoriais, a qualidade e o acesso dos serviços, a organização setorial. Esta dimensão busca avaliar como as instituições de saúde atuam nas condições socialmente dadas da vulnerabilidade, e como propiciam meios de superação destas vulnerabilidades por indivíduos e grupos sociais.

O conceito de vulnerabilidade pode contribuir com novas construções teóricas que contemplem o processo saúde-doença em sua dimensão integral. Uma das contribuições na área de Enfermagem (Takahashi, 2006), refere-se à construção de marcadores que qualificam a vulnerabilidade programática nos serviços de saúde e nas práticas em DST/HIV/aids destes serviços. A autora identificou dois marcadores de vulnerabilidade programática referentes a Estrutura e Dinâmica de Organização do Serviço de Saúde e a Operacionalização das Ações em DST/HIV/aids.

No marcador relacionado a Estrutura e a Dinâmica da Organização do Serviço de Saúde abordou-se questões sobre o horário de atendimento nos serviços, demora no atendimento, número de insuficiente de vagas, falta de integração entre as ações desenvolvidas pelos profissionais, tempo insuficiente para cada atendimento, falta de acesso aos serviços especializados em DST e aids, desarticulação com outros serviços de saúde, lentidão no fluxo de ações para testagem sorológica ao HIV em UBS, rotatividade e frequência irregular de profissionais, qualificação insuficiente dos profissionais para manejo clínico e abordagem de aspectos correlatos a aids, disponibilidade irregular de recursos para o diagnóstico da infecção

e prevenção da transmissão do HIV, divulgação insuficiente da importância do diagnóstico precoce do HIV, divulgação insuficiente dos serviços especializados em DST e aids, e inexistência de benefícios a pessoa com aids nos serviços de saúde (como oferta de lanche). No marcador relacionado a Operacionalização das Ações abordou-se questões relacionadas ao diagnóstico tardio do HIV, realização simultânea do diagnóstico da infecção pelo HIV e aids, ausência de orientação e encaminhamento para serviço especializado em DST e aids, após o diagnóstico da infecção pelo HIV, desconhecimento do resultado e do significado do teste sorológico ao HIV, instituição tardia da terapêutica medicamentosa, intervenção restrita a clínica e não aos determinantes dos comportamentos dos usuários, imposição de medidas preventivas a transmissão do HIV, não realização da investigação epidemiológica da infecção pelo HIV nos parceiros, realização inadequada ou não realização do aconselhamento pré e pós-teste ao HIV, representações sociais dos profissionais sobre a aids (associadas a aspectos negativos), desconhecimento sobre os significados da doença para o usuário e do impacto do diagnóstico em sua vida, ações de discriminação ao usuário no momento de revelação do diagnóstico, desaprovação da gravidez na mulher com aids, ausência de parceira/ aliança com familiares dos usuários, inexistência ou má qualidade do acolhimento ao usuário, diferença entre a linguagem do profissional e do usuário, desvalorização da escuta, ausência de espaço para que o usuário compartilhe seus sentimentos, vínculo insuficiente entre os profissionais e as pessoas com aids, concepção dos profissionais sobre o cuidado, assistência unilateral, fragmentada, impessoal e descontínua, desconhecimento de outras necessidades e problemas de saúde decorrentes ou não da aids, que extrapolam as características biológicas e clínicas, imobilidade ou sentimento de impotência do profissional frente a complexidade das necessidades das pessoas com aids, falta de compromisso do profissional no atendimento das necessidades de saúde das pessoas com aids, operacionalização incompleta das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV, inexistência de avaliação da assistência, inexistência e/ou incompletude do registro de dados nos prontuários clínicos sobre a evolução e assistência realizada, e insatisfação da pessoa com aids com o atendimento recebido (Takahashi, 2006).

Outra contribuição na área de Enfermagem foi a análise de marcadores de vulnerabilidade programática as DST/aids nas UBS do município de São Paulo (Val, 2012). A autora estabeleceu cinco marcadores relacionados a: Infraestrutura para realização de ações de prevenção e assistência em DST/HIV/aids, Respostas as necessidades de tratamento em DST/HIV/aids, Ações de pré-natal e puerpério em relação a atenção as DST/HIV/aids, Ações

de prevenção em relação as DST/HIV/aids e Integração das ações entre UBS, CRT/SAE em HIV/DST/aids e maternidades. Para a autora, os aspectos de vulnerabilidade programática as DST/HIV/aids trazem desafios na atenção básica para a efetivação da integralidade vista nas práticas em saúde.

O presente estudo elege a dimensão da Vulnerabilidade Programática como conceito teórico pois possibilita identificar os aspectos políticos, sociais, institucionais que fazem parte da organização dos serviços de saúde, com o propósito de contribuir na organização das ações de diagnóstico em HIV na APS. Este recorte permite analisar a incorporação de tecnologias nas práticas de saúde, como o aconselhamento e o teste rápido para o HIV neste cenário, como parte das ações advindas das políticas públicas de saúde.

Ao refletir sobre estes marcadores de vulnerabilidade programática, para este estudo, optou-se em utilizar marcadores ao invés de indicadores de saúde. Os indicadores servem para quantificar informações, pois são elaborados segundo um conjunto de variáveis passíveis de mensuração direta, com o propósito de refletir uma condição de saúde através de uma medida de risco calculada matematicamente. Enquanto que os marcadores são elementos qualificadores que integram as dimensões, individual, social e programática, cuja presença ou ausência definem e caracterizam a dimensão da vulnerabilidade (Nichita et al., 2011) ³.

O estudo traz como hipóteses que as UBS possuem vulnerabilidades programáticas que dificultam a incorporação do TRD do HIV na rotina dos serviços, tanto nas UBS que implantaram quanto nas UBS que não implantaram o teste rápido do HIV. E que as UBS que não implantaram o TRD do HIV apresentam maior vulnerabilidade programática ao serem comparadas com as que implantaram o teste.

Buscou-se tomar como referência alguns marcadores de vulnerabilidade programática nos serviços de saúde e nas práticas em DST/HIV/aids (Takahashi, 2006; Val, 2012), e construir marcadores que possam caracterizar aspectos estruturais, organizacionais e práticas relacionados a incorporação do aconselhamento e do TRD do HIV nas UBS. Pretende-se discorrer sobre os seguintes marcadores: Estrutura para a realização do Aconselhamento e do

³ Contribuições do Grupo de Pesquisa Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades de Saúde, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), que iniciou suas atividades no final da década de 90 e adotou o conceito de Vulnerabilidade como norteador de suas atividades de ensino, pesquisa e extensão de serviços a comunidade, por entender sua potencialidade para a interpretação e intervenção sobre o processo saúde-doença na perspectiva da determinação social. Nichita LYI, Bertolozzi MR, Gryscek ALPL, Araújo NVD, Padoveze MC, Ciosak SI et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças sexualmente transmissíveis. Rev esc enferm USP – 2011;45(spe2): 1769-73.

TRD do HIV nas UBS; Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV nas UBS.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório que propõe analisar a realização do aconselhamento e do TRD do HIV nas UBS do município de São Paulo. Busca-se descrever as características dos serviços de saúde relacionadas à realização do aconselhamento e do TRD do HIV, quanto aos aspectos estruturais, organizacionais e de práticas de saúde, e de identificar aspectos e graus de vulnerabilidade programática dos serviços de saúde.

3.3 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo tomou como cenário o município de São Paulo, com um total de 11.895.893 habitantes no ano de 2014 (Brasil, s.d.). Em 2013, apresentava uma densidade demográfica de 7.525 habitantes/km², e taxa de urbanização de 99,10%, há coleta de lixo, saneamento básico e abastecimento de água em mais de 99% do município. Apresentou índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,805 e renda per capita de 1.126, 97 reais (São Paulo, 2013a).

No município de São Paulo, dos casos de aids acumulados de 1980 até junho de 2013, observou-se 60.659 homens e 23.545 mulheres (São Paulo, 2013c). Observou-se até junho de 2015 o acúmulo de 99.610 casos de aids, destes 71.136 homens e 28.446 mulheres (Brasil, s.d.). E uma redução de cerca de 60% de casos novos nos anos de 1980 para 2012, de 47,6 para 19,3 casos (São Paulo, 2013c).

A posição da aids entre os óbitos do município de São Paulo passou de 5º lugar em 1996 para 22º lugar em 2012. A taxa de mortalidade apresentou redução importante, de 31,2 em 1995 para 6,9 em 2012 e 6,3 em 2014, indicando que há um aumento do número de pessoas vivendo com a aids e que podem dispor de terapia medicamentosa (São Paulo, 2013c; Brasil, s.d.). A epidemia está concentrada em homens, e a razão de sexos aumentou entre homens em relação as mulheres, de 2/1 em 1997 para 2,8/1 em 2012 e 3/1 em 2014 (São Paulo, 2013c, Brasil s.d.). Na população masculina, houve um aumento na proporção de casos entre HSH de 39,3% em 2008 para 47% em 2012 (São Paulo, 2013c), e em 2014 o percentual

de HSH foi de 52,5% de casos de aids (Brasil, s.d.). Entre os casos de aids, de 1980 a junho de 2015, a categoria de exposição com maior número de casos de aids é a de homossexuais (17.236 casos), seguida das categorias heterossexuais (13.372 casos), UDI (10.446 casos) e de bissexuais (6.619 casos) (Brasil, s.d.).

Dentre as regiões do município de São Paulo, a Centro-Oeste apresentou importante redução do número de casos de aids desde o início da epidemia, ao se comparar os períodos de 1980 a 1989 e 2011 a 2013, de 35,3% para 16,1% respectivamente. Houve aumento de casos ao longo dos mesmos períodos nas regiões Leste e Sul, e nas regiões Norte e Sudeste houve estabilidade do número de casos de aids nos mesmos anos (São Paulo, 2013c).

O município de São Paulo é dividido administrativamente em Coordenadorias Regionais de Saúde. A CRS Centro-Oeste dividiu-se em 2014 em duas coordenadorias, a Centro e a Oeste e atualmente, a Secretaria Municipal de São Paulo (SMS) compõe a divisão administrativa do município em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): CRS Norte, CRS Centro, CRS Oeste, CRS Sul, CRS Sudeste e CRS Leste, conforme a Figura 1.

Figura 1 – Mapa com as Coordenadorias Regionais de Saúde do município de São Paulo, São Paulo, 2016

Fonte: São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadorias Regionais de Saúde [internet]. São Paulo; 2016. [atualizado em 11/09/2015]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>

O presente estudo foi desenvolvido nas UBS que conformam a rede de serviços de saúde da atenção primária do município de São Paulo⁴, tanto as UBS quanto as UBS/AMA integrada (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de UBS e UBS/AMA integrada, segundo Coordenadoria Regional de Saúde do município de São Paulo. Município de São Paulo, SMS, dezembro de 2015

Coordenadoria Regional de Saúde	UBS		UBS/AMA Integrada		Total de UBS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro	8	2,2	0	0	8	100,0
Oeste	23	6,2	5	6,1	28	100,0
Sudeste	70	19,0	22	26,8	92	100,0
Norte	74	20,0	15	18,3	89	100,0
Leste	88	23,9	24	29,3	112	100,0
Sul	106	28,7	16	19,5	122	100,0
Total	369	81,8	82	18,2	451	100,0

Dados até dezembro de 2015.

Fonte: SMS, 2016.

A seguir, de acordo com a tabela 2, identificam-se as UBS e UBS/AMA integrada que foram capacitadas para realizar o TRD do HIV de acordo com a Coordenadoria Regional de Saúde. Nas CRS Leste (98,2%) e Norte (97,7%) observa-se o maior percentual de serviços de saúde capacitados. Em geral, no município de São Paulo, 77,6% das UBS e UBS/AMA integrada foram capacitadas para realizar o TRD do HIV até abril de 2015⁵.

⁴ Dados do site da SMS: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/TabelaEstabServCRS.pdf>

⁵ Dados cedidos pela SMS-SP.

Tabela 2 – Número e percentual de UBS e UBS/AMA integrada capacitada, segundo Coordenadoria Regional de Saúde do município de São Paulo. Município de São Paulo, SMS, abril de 2015⁵

Coordenadoria Regional de Saúde	UBS e UBS/AMA integrada capacitadas	Percentual de UBS e UBS/AMA integrada capacitadas	Total de UBS e UBS/AMA Integrada
	Nº	%	Nº
Centro	7	87,5	8
Oeste	17	60,7	28
Sudeste	70	76,1	92
Norte	87	97,7	89
Leste	110	98,2	112
Sul	59	48,4	122
Total	350	77,6	451

Dados até abril de 2015.

Fonte: SMS, 2016.

Para esta investigação, não haverá diferenciação quanto as características dos serviços da atenção primária. Tanto as UBS como as UBS/AMA integrada, serão classificadas como UBS, totalizando 451 UBS no município de São Paulo.

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para este estudo foram convidados a participar gerentes e/ou profissionais de saúde que realizam o TRD do HIV das 451 UBS do município de São Paulo (UBS e UBS/AMA integrada), sendo um formulário por UBS. Foram excluídas do estudo as UBS que não receberam a capacitação para realizar o teste rápido do HIV.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Na elaboração do instrumento de pesquisa, foram consideradas orientações presentes em materiais publicados que abordam as questões de aconselhamento e de teste rápido do HIV.

O material publicado pelo programa Rede Cegonha sobre a realização do teste rápido do HIV e sífilis na atenção básica e aconselhamento em DST/Aids, encontram-se as

recomendações sobre itens preconizados para a incorporação do TRD do HIV na atenção primária. Identificam-se também, no instrumento, questões que permitem identificar a testagem rápida do HIV nas práticas de saúde dos serviços, nos aspectos estruturais e organizacionais, e as potencialidades e dificuldades existentes nesses serviços para a incorporação do TRD. Embora as recomendações sugeridas neste documento sejam voltadas para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV, do teste rápido de triagem da sífilis e das questões da mulher, especificamente no pré-natal, podem também ser consideradas para a população em geral, já que os aspectos estruturais, organizacionais e de acesso compõem os serviços de saúde da atenção primária (Brasil, 2012a, 2013b).

No Caderno de Atenção Básica, aborda-se indicações sobre as responsabilidades nas questões de diagnóstico, terapia e articulação entre as UBS e as unidades de referência para o enfrentamento do HIV/aids (Brasil, 2006b). Outra referência utilizada foi o instrumento desenvolvido pela equipe Qualiaids, voltado para serviços especializados que tratam de indivíduos que vivem com o HIV/aids. O Qualiaids abordou questões relacionadas aos itens que caracterizam a qualidade dos serviços de saúde, e que também estão presentes em UBS que incorporaram as práticas do aconselhamento e do TRD do HIV em suas ações de saúde (Brasil, 2008b).

As Diretrizes do Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, trazem recomendações fundamentais sobre o processo das práticas do aconselhamento e da testagem rápida, e que são executadas tanto em serviços especializados como em serviços de atenção primária que incorporaram estas ações em sua rotina, como por exemplo a recomendação sobre a questão do sigilo e da confidencialidade na realização do aconselhamento e do TRD do HIV (Brasil, 1999, 2010).

E por fim, utilizou-se o conteúdo das capacitações sobre testagem rápida para diagnóstico do HIV oferecidas pelo Programa Municipal DST/Aids da Secretaria Municipal de São Paulo, em forma de CD, material vindo da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (São Paulo, 2014a).

Para este estudo, foi necessária a construção do instrumento de pesquisa. Barreira (2007) mostrou que estudos que envolvem a aplicação de questionários passam necessariamente por uma validação de instrumento de trabalho, que deve ser realizada de maneira independente e crítica por dois ou mais avaliadores especialistas na área.

Para a construção do instrumento de pesquisa para este estudo, além da utilização de diretrizes e materiais publicados, contou-se com a colaboração de juízes que são profissionais

com expertise na área temática do HIV/aids, para a análise semântica e de conteúdo. Não teve a intenção de elaboração de um instrumento no rigor dos estudos tipo metodológico para validação, mas teve por objetivo buscar aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados.

A validade semântica consiste em verificar a clareza e a adequação da linguagem a ser utilizada no instrumento de pesquisa, e a análise de conteúdo possibilita identificar se o conteúdo do instrumento é representativo frente ao universo teórico a ser mensurado, e se existem itens que não fazem parte do construto de investigação (Messas, 2013).

Inspirado no estudo de Messas (2013) optou-se por solicitar aos juízes, a análise de suas opiniões a respeito do instrumento de coleta dos dados, considerando as opções de *manter* (se o item for claro e relevante), *excluir* (se o item for claro, mas não relevante) ou *alterar* (se o item for relevante, mas não claro) e sugestões que puderam ser feitas em cada item do formulário. Contou com a avaliação dos itens propostos conforme critérios de clareza, objetividade e pertinência.

Foram convidados como juízes, seis estudiosos e profissionais envolvidos com a temática do HIV/aids e a princípio todos aceitaram participar do estudo. Dos seis juízes, quatro fazem parte da área acadêmica em saúde coletiva e medicina preventiva, e são professores de universidades públicas. Um avaliador trabalha num serviço especializado em HIV/AIDS com título de Mestre em Ciências Médicas, e outro trabalha com gestão pública na temática do HIV.

O instrumento depois de aceite do convite foi enviado e retornado por *e-mail*. Com um dos juízes, a avaliação foi feita pessoalmente. Destes seis, dois deles aceitaram participar, mas não retornaram o instrumento avaliado, um deles retornou apenas parte do instrumento avaliado, e três retornaram o instrumento avaliado na íntegra. Ainda que a adesão tenha sido de 50% de juízes convidados, reconhece-se que houve importante contribuição qualitativa ao aprimoramento do instrumento. Mesmo em estudos metodológicos com utilização rigorosa de Técnica de Validação, como a técnica Delphi, pode haver um índice de abstenção de 30 a 50% (Wright e Giovinazzo, 2000).

Portanto, para o aperfeiçoamento deste instrumento, participaram três juízes envolvidos na temática do HIV/aids, sendo um professor de uma universidade pública na área de saúde coletiva envolvido com o Projeto Qualiaids, um profissional de saúde inserido no serviço especializado e na Secretaria de Saúde do Estado, com experiência na implantação do TRD em São Paulo, e outro profissional da gestão municipal de saúde de São Paulo, envolvido com a temática de HIV/ aids.

Realizou-se análise qualitativa dos pareceres emitidos pelos juízes que gerou um quadro no qual as informações foram consolidadas, verificando-se a concordância entre elas. Após esta análise, foram feitas modificações como inclusões e exclusões de itens, alterações como inversão de redação e acréscimo ou alteração de palavras. Também foram levadas em consideração as sugestões feitas pelos juízes que enriqueceram o conteúdo dos instrumentos de forma a investigar mais profundamente as especificidades do objeto de estudo. Nas respostas “alterar”, os comentários indicavam manter o item, mas que o conteúdo fosse redigido de outra forma, de acordo com as sugestões dadas pelos juízes. Nas respostas “excluir”, houve justificativas por parte dos juízes para a escolha deste item, que foram também levadas em consideração e nas respostas “manter”, o conteúdo do item poderia ser mantido da forma que estava redigido.

Os juízes analisaram, em princípio, dois instrumentos para coleta de dados, que deveriam ser respondido pelo gerente da UBS e pelo profissional de saúde responsável pelo TRD do HIV (Apêndice 1). Após a análise dos juízes e reflexão, entendeu-se que o profissional de saúde tem amplo domínio não apenas nas práticas de testagem rápida do HIV nos serviços, mas também nas questões sobre a estrutura, organização e práticas dos serviços de saúde, e se precisar pode contar com a colaboração do gerente da UBS para auxiliar no preenchimento do instrumento do estudo. Além disso, os instrumentos construídos inicialmente continham questões muito semelhantes e que não precisariam ser respondidas duplamente.

Portanto, optou-se em ter um instrumento de coleta de dados que poderia ser respondido tanto pelo gerente, quanto pelo profissional de saúde responsável pelo TRD do HIV na UBS, ou por ambos em conjunto, produzindo-se um formulário por UBS. O instrumento final foi posteriormente testado por quatro profissionais de saúde que trabalham com as questões do HIV/aids. Um deles é epidemiologista e pesquisador na área do HIV/aids, outro é pós-doutorando e atua em pesquisa em DST/aids, outro atua na gestão pública de saúde do estado de São Paulo e está envolvido com as questões da aids, e outro é um profissional de saúde que atua na atenção primária do município de São Paulo e trabalha com questões da testagem rápida do HIV.

Após a análise qualitativa dos pareceres e modificações necessárias, obteve-se um instrumento mais claro e objetivo, aperfeiçoado de acordo com diretrizes, normas e conhecimentos específicos da área. Contou-se com a assessoria de um profissional de saúde

que trabalha na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo no Programa de DST/Aids, para sugestões sobre o instrumento e elaboração do formulário na plataforma online do Formsus.

O instrumento de pesquisa é um formulário composto por questões abertas e fechadas que identificaram aspectos referentes à estrutura, à organização e fluxos de atendimento, ao acesso e às ações e práticas referentes ao teste rápido do HIV presentes nos serviços de saúde da atenção primária. É composto por sete blocos, são eles: 1) Identificação do serviço; 2) Identificação do profissional; 3) Perfil do serviço de saúde; 4) Questões referentes a Acesso, Estrutura e Organização para a realização do aconselhamento e do teste rápido do HIV nas UBS; 5) Questões referentes as práticas para a realização do teste rápido do HIV nas UBS; 6) Questões referentes as ações de saúde em situações de diagnóstico para a infecção do HIV por meio do teste rápido; 7) Questões direcionadas para as UBS capacitadas mas que não realizam o teste rápido do HIV (Apêndice 3).

Este instrumento foi formatado online na plataforma Formsus, e disponibilizado em formato de link para os sujeitos de pesquisa. Os profissionais de saúde tiveram acesso online ao formulário através de um link enviado por *e-mail*, que foi elaborado especialmente para a presente pesquisa, disponibilizado na plataforma Formsus por meio do link: http://formsus.datasus.gov.br/site/resultado.php?id_aplicacao=20695. Os convites foram enviados por *e-mail*, tendo como parceiro na comunicação com as UBS a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo, que repassou o link do formulário para Coordenadorias Regionais de Saúde. As Coordenadorias repassaram o convite por *e-mail* com o link a todas as UBS do município de São Paulo.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após a finalização do instrumento de pesquisa, o projeto foi apresentado a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de São Paulo que como parceira, enviou por *e-mail* o convite para que as Coordenadorias Regionais de Saúde enviassem para as UBS.

O formulário foi acessado pelas UBS através do link enviado no *e-mail*, que foi elaborado especialmente para a presente pesquisa, disponibilizado na plataforma Formsus. O profissional de saúde, ao receber o convite por *e-mail*, abriu o link para o aceite da pesquisa. Ao acessá-lo os participantes da pesquisa responderam se aceitavam ou recusavam participar do estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), antes de visualizar o formulário. O TCLE esclarece sobre o sigilo das informações e da

preservação da identificação. Apenas após esse preenchimento como aceite em participar do estudo, os participantes do estudo conseguiram acessar as questões. O instrumento de pesquisa (Apêndice 3) esteve disponível online pelo período de 20 de julho a 22 de setembro de 2015. Durante este período, houve duas chamadas online para ampliar a adesão dos participantes.

Das 451 UBS do município de São Paulo, 205 acessaram e responderam o formulário, destas, 18 recusaram participar do estudo, resultando em 187 UBS. Das 187 UBS, foram excluídas 11 que relataram não terem sido capacitadas para realizar o TRD do HIV. Foram analisados, portanto, 176 formulários. Do total das 176 UBS, 145 afirmaram ter implantado o TRD do HIV e 31 UBS afirmaram não ter implantado o TRD do HIV na rotina do serviço.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar a realização do teste rápido do HIV na atenção primária no município de São Paulo na perspectiva da vulnerabilidade programática, foram estabelecidos dois marcadores de saúde construídos com base no instrumento de pesquisa:

- 1) **Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV** (composto por 8 itens) que compreendem: as características do espaço físico, a disponibilidade de materiais, testes rápidos e insumos, e a questão da privacidade e sigilo na realização do aconselhamento e do TRD do HIV.
- 2) **Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV** (composto por 26 itens) que compreendem: a incorporação do teste rápido nas atividades da UBS e nos atendimentos a gestante, a grupos vulneráveis e a demanda espontânea, o controle de temperatura e do estoque dos testes rápidos, entrega dos testes, registro de informações, a organização de períodos para oferta do TRD do HIV, o dimensionamento de recursos humanos, as dificuldades que o usuário e o profissional encontram para realizar a testagem, a capacitação e aptidão profissional, a realização do aconselhamento pré e pós-teste, a organização do processo de aconselhamento e realização do TRD do HIV, a abordagem consentida, a divulgação do TRD do HIV, orientações sobre o retorno em caso de janela imunológica, notificação de casos positivos para a infecção do HIV, encaminhamento dos casos positivos para os serviços de referência e a contrarreferência, e as atividades extramuros relacionadas ao HIV/aids.

As UBS que participaram do estudo mostraram atender ou não as condições de qualidade que compõem o conjunto de itens dos marcadores de vulnerabilidade. As respostas a cada um dos itens avaliados foram classificadas como ATENDE e NÃO ATENDE, de acordo com os critérios do pesquisador e ao que é preconizado e recomendado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, através das publicações analisadas. Para a classificação NÃO ATENDE recebeu valor equivalente a 0, e para a classificação ATENDE a uma determinada condição, o item recebeu valor 1, conforme os Quadros 1 e 2 (Val, 2012):

Quadro 1 – Marcadores de Vulnerabilidade Programática de Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV

Itens	Não atende (valor = 0)	Atende (valor = 1)	Fundamentação
A. Itens que compõem o espaço físico para realizar o TRD do HIV (iluminação adequada, ventilação adequada, piso lavável, mesa/bancada impermeável, pia para higienização das mãos, relógio/cronômetro, lixeira) (Questão 4.1)	Não tem todos os itens	Tem todos os itens	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e Aconselhamento em DST/Aids. Curso. Texto de referência no 3: Reorganização de serviços: preparando a implantação do teste rápido diagnóstico – TRD do HIV e teste rápido de triagem para sífilis nos serviços de saúde e unidades básicas de saúde. Brasília, 2012, pg. 48.
B. Dispõe de materiais para realizar o TRD do HIV (álcool, gaze, curativo adesivo, luvas, óculos de proteção, máscara, jaleco/avental, impressos específicos (folha de controle de temperatura e estoque, solicitações para TRD, folhas de laudo, folha de trabalho, termo de consentimento livre e esclarecido, ficha SI-CTA ou Fique Sabendo) (Questão 4.6)	Não tem todos os itens	Tem todos os itens	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e Aconselhamento em DST/Aids. Curso. Texto de referência no 3: Reorganização de serviços: preparando a implantação do teste rápido diagnóstico – TRD do HIV e teste rápido de triagem para sífilis nos serviços de saúde e unidades básicas de saúde. pg. 51. Brasília, 2012.
C. O espaço físico onde é realizado o TRD do HIV permite privacidade e sigilo (Questão 4.3)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento: Manual. Brasília, 1999; 2010.

(continua)

(continuação)

Itens	Não atende (valor = 0)	Atende (valor = 1)	Fundamentação
D. O espaço físico onde é realizado o aconselhamento e a entrega do resultado permite privacidade e sigilo (Questão 4.4)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008. Pag. 8. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento: Manual. Brasília, 1999; 2010.
E. Dispõe de sala ou carrinho móvel para realizar o aconselhamento e o TRD do HIV (Questão 4.5)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e Aconselhamento em DST/Aids. Curso. Texto de referência no 3: Reorganização de serviços: preparando a implantação do teste rápido diagnóstico – TRD do HIV e teste rápido de triagem para sífilis nos serviços de saúde e unidades básicas de saúde.
F. Dispõe de quantidade suficiente de TRD do HIV conforme a demanda (Questão 4.10)	Quantidade insuficiente	Quantidade suficiente	Ministério da Saúde. Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008. Ministério da Saúde. Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.
G. Dispõe de quantidade suficiente de insumos de prevenção (preservativo masculino) (Questão 4.13)	Quantidade insuficiente	Quantidade suficiente	Ministério da Saúde. Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.
H. Dispõe de quantidade suficiente de insumos de prevenção (preservativo feminino) (Questão 4.14)	Quantidade insuficiente	Quantidade suficiente	Ministério da Saúde. Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.

(conclusão)

A seguir, identificam-se os marcadores de vulnerabilidade relacionados a Organização do serviço e as práticas do aconselhamento e do TRD do HIV nas UBS (Quadro 2).

Quadro 2 – Marcadores de Vulnerabilidade Programática de Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV nas UBS

Itens	Não atende (valor = 0)	Atende (valor = 1)	Fundamentação
A. Há um profissional responsável para o controle de temperatura para manter o TRD do HIV (Questão 4.8)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e Aconselhamento em DST/Aids. Curso. Texto de referência no 3: Reorganização de serviços: preparando a implantação do teste rápido diagnóstico – TRD do HIV e teste rápido de triagem para sífilis nos serviços de saúde e unidades básicas de saúde.
B. Há um profissional responsável para o controle de estoque do TRD do HIV (Questão 4.9)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e Aconselhamento em DST/Aids. Curso. Texto de referência no 3: Reorganização de serviços: preparando a implantação do teste rápido diagnóstico – TRD do HIV e teste rápido de triagem para sífilis nos serviços de saúde e unidades básicas de saúde. Brasília, 2012.
C. Não há atraso na entrega dos TRD do HIV (Questão 4.11)	Não (Há atraso)	Sim (Não há atraso)	Ministério da Saúde. Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.
D. Realiza o TRD do HIV em caso de procura/ demanda espontânea (Questão 4.17)	Não organizou/ Não prevê demanda espontânea	Realiza todos os dias da semana/ em alguns períodos semanais/ agendamento / todos os dias após as atividades	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e Aconselhamento em DST/Aids. Curso. Texto de referência no 3: Reorganização de serviços: preparando a implantação do teste rápido diagnóstico – TRD do HIV e teste rápido de triagem para sífilis nos serviços de saúde e unidades básicas de saúde. Brasília, 2012.
E. Há um profissional referência e/ou escalado para realizar o TRD do HIV (Questão 4.20)	Não existem profissionais disponíveis/ Usuário deve retornar em outra data caso não tenha profissionais disponíveis	Profissionais escalados/ disponíveis/ após atividades agendadas	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica no 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

(continua)

(continuação)

Itens	Não atende (valor = 0)	Atende (valor = 1)	Fundamentação
F. Dispõe de períodos semanais para realizar o TRD do HIV (Questão 4.19)	Nenhum período semanal	De 1 a 10 períodos semanais	Ministério da Saúde. Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008. Ministério da Saúde. Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.
G. Realiza atividades extramuros na comunidade relacionadas ao HIV/aids (Questão 4.27)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica no 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006. Ministério da Saúde. Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual. Brasília, 1999; 2010.
H. Incorpora o TRD do HIV nas atividades de rotina da UBS (Questão 4.25)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica no 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.
I. Prioriza a realização do TRD do HIV na gravidez (questão 4.24)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica no 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.
J. Prioriza do TRD do HIV para grupos vulneráveis (Questão 4.24)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica no 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.
K. O usuário não encontra dificuldades para realizar o TRD do HIV nas UBS (Questão 5.2)	Não (Encontra dificuldades)	Sim (Não encontra dificuldades)	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica no 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

(continua)

(continuação)

Itens	Não atende (valor = 0)	Atende (valor = 1)	Fundamentação
L. O profissional sente-se apto em realizar o aconselhamento e o TRD do HIV (Questão 5.13)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e Aconselhamento em DST/Aids. Curso. Texto de referência no 3: Reorganização de serviços: preparando a implantação do teste rápido diagnóstico – TRD do HIV e teste rápido de triagem para sífilis nos serviços de saúde e unidades básicas de saúde.
M. O profissional entende que realizar o TRD do HIV faz parte da sua atribuição (Questão 5.16)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e Aconselhamento em DST/Aids. Curso. Texto de referência no 3: Reorganização de serviços: preparando a implantação do teste rápido diagnóstico – TRD do HIV e teste rápido de triagem para sífilis nos serviços de saúde e unidades básicas de saúde. Brasília, 2012. pg.48.
N. Disponibilidade dos profissionais para realizar o TRD do HIV (Questão 4.22)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e Aconselhamento em DST/Aids. Curso. Texto de referência no 3: Reorganização de serviços: preparando a implantação do teste rápido diagnóstico – TRD do HIV e teste rápido de triagem para sífilis nos serviços de saúde e unidades básicas de saúde.
O. O profissional não encontra dificuldades para realizar o TRD do HIV na sua prática diária (Questão 5.18)	Não (Encontra dificuldades)	Sim (Não encontra dificuldades)	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica no 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.
P. Realiza o aconselhamento pré-teste (Questão 5.4)	Não ou Nem sempre	Sim	Ministério da Saúde. Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.
Q. Realiza o aconselhamento pós-teste (entrega o resultado) (Questão 5.9)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual. Brasília, 1999; 2010.

(continua)

(continuação)

Itens	Não atende (valor = 0)	Atende (valor = 1)	Fundamentação
R. Realiza a abordagem consentida antes de realizar o TRD do HIV (Questão 5.6)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e Aconselhamento em DST/Aids. Curso. Texto de referência nº1. Acolhimento e Aconselhamento no contexto do pré-natal. Brasília, 2012.
S. Divulga o TRD do HIV na UBS (Questão 4.26)	Não	Sim (via internet/ TV/ radio, divulgação interna como cartazes e folders, oferta pelos profissionais, ACS, indicação de amigos e familiares)	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e Aconselhamento em DST/Aids. Curso. Texto de referência no 3: Reorganização de serviços: preparando a implantação do teste rápido diagnóstico – TRD do HIV e teste rápido de triagem para sífilis nos serviços de saúde e unidades básicas de saúde. Brasília, 2012.
T. O aconselhamento, a execução do TRD do HIV e confecção do laudo feitos por um único profissional (Questão 4.23)	Não (O aconselhamento pré e pós-teste e o TRD do HIV feito por diferentes profissionais)	Sim (A execução do aconselhamento pré e pós, execução do TRD e confecção do laudo feito por um único profissional)	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e Aconselhamento em DST/Aids. Curso. Texto de referência no 3: Reorganização de serviços: preparando a implantação do teste rápido diagnóstico – TRD do HIV e teste rápido de triagem para sífilis nos serviços de saúde e unidades básicas de saúde. Brasília, 2012.
U. Registra informações sobre a execução do TRD do HIV e fornecimento do resultado (Questão 5.11)	Não	Sim (Ficha SI-CTA ou Fique Sabendo/ ficha própria da UBS ou prontuário)	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Realização do Teste Rápido para HIV e sífilis na atenção básica e Aconselhamento em DST/Aids. Curso. Texto de referência no 3: Reorganização de serviços: preparando a implantação do teste rápido diagnóstico – TRD do HIV e teste rápido de triagem para sífilis nos serviços de saúde e unidades básicas de saúde. pg. 52.

(continua)

(continuação)

Itens	Não atende (valor = 0)	Atende (valor = 1)	Fundamentação
V. Orienta o retorno do usuário para um novo TRD do HIV em caso de janela imunológica (Questão 5.19)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual. Brasília, 1999; 2010. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica no 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.
W. Procura sensibilizar o usuário com o diagnóstico da infecção do HIV para revelar ou convoca o parceiro do usuário (Questão 5.22)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual. Brasília, 1999; 2010.
X. Encaminhamento para o serviço especializado de referência (Questão 6.1)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual. Brasília, 1999; 2010. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica no 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.
Y. Contrarreferência das informações dos casos positivos para a infecção do HIV (Questão 6.2)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual. Brasília, 1999; 2010.
Z. Notifica os casos com diagnóstico para a infecção do HIV (Questão 5.23)	Não	Sim	Ministério da Saúde. Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.

(conclusão)

Na análise dos dados identificou-se os itens que foram atendidos pelas UBS de um modo geral, e as que afirmaram ter implantado e não implantado o TRD do HIV. Justifica-se esta opção para análise dos dados por entender que os dois grupos tiveram oportunidade de participar das capacitações e, mesmo com as dificuldades enfrentadas, definiram a possibilidade da implantação do TRD do HIV na rotina do serviço. As UBS que responderam não terem implantado o TRD do HIV (Questão 3.7), a depender da disponibilidade de insumos e recursos humanos, conseguem realizar o aconselhamento e o TRD do HIV em algumas situações, mas que esta não é uma prática rotineira no serviço.

Procurou-se descrever os dados de forma a identificar os marcadores de vulnerabilidade programática tanto nas UBS que implantaram o TRD do HIV quanto nas UBS que não implantaram o TRD do HIV. Ao identificar que alguns itens não foram 100% atendidos pelas UBS, estabeleceu-se um corte igual ou acima de 80% dos itens do conjunto dos marcadores como percentual que traduz bom resultado (Val, 2012).

Após a classificação, com base na soma dos valores dos itens em cada um dos marcadores, obtém-se o mínimo e o máximo de pontos. As UBS foram classificadas, de acordo com o Quadro 3, constituindo uma escala de Vulnerabilidade Programática: Alta vulnerabilidade, Média vulnerabilidade e Baixa vulnerabilidade. Quanto maior a pontuação, menor a vulnerabilidade programática.

Quadro 3 – Marcador de Vulnerabilidade segundo a pontuação e a Escala de Vulnerabilidade Programática

<i>Marcador de Vulnerabilidade: Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV (8 itens)</i>	Pontuação	Escala de Vulnerabilidade Programática
	0 a 2 pontos	Alta vulnerabilidade
	3 a 6 pontos	Média vulnerabilidade
	7 a 8 pontos	Baixa vulnerabilidade
<i>Organização do serviço e Práticas do Aconselhamento e do TRD do HIV (26 itens)</i>	0 a 7 pontos	Alta vulnerabilidade
	8 a 20 pontos	Média vulnerabilidade
	21 a 26 pontos	Baixa vulnerabilidade

A Escala de Vulnerabilidade possibilita, além de identificar as melhores e piores condições presentes nos serviços, reflete potencialidades de mudança desses contextos no âmbito das políticas públicas para operacionalizar essas ações nas UBS (Val, 2012). Analisou-se os graus de vulnerabilidade programática nas UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV e por Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do município de São Paulo.

Cabe lembrar que os resultados deste estudo fazem parte do tempo da pesquisa, e podem não ser a realidade atual dos serviços pois o tempo de pesquisa é diferente. Dos exemplos, dos pontos que podem ter sido modificados e que compõem itens dos marcadores propostos, refere-se à implantação do teste rápido do HIV na rotina de serviços que no momento do estudo não haviam sido implantado, ou da incorporação do teste rápido em mais atividades de assistência nos serviços.

As informações obtidas compõem um banco de dados do Formsus e posteriormente um banco no programa Microsoft Office Excel. As respostas também foram processadas e analisadas de acordo com o OS Plus R3.2.5, programa para análise estatística. Os dados foram apresentados de forma descritiva em tabelas contendo frequência absoluta (n°), relativa (%) e valor-p, por meio da aplicação do teste do qui-quadrado (X^2), gerando uma análise estatística. O valor-p mostra o nível de significância da diferença entre os resultados, e para este estudo, significa identificar diferenças entre as UBS que implantaram e as que não implantaram o TRD do HIV relacionado aos marcadores de vulnerabilidade programática. Utilizou-se o valor-p para identificar a probabilidade da diferença dos resultados ter ocorrido ao acaso entre os dois grupos, diferença esta menor que 5%, sendo o valor-p significativo quando $p < 0,05$, assumindo ser este um risco baixo (Cruz, 2009).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da pesquisa passou por aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP (Anexo 1) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Anexo 2). De acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, referente às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos de pesquisa que voluntariamente concordaram em participar do estudo, assinaram o TCLE, e para este estudo o TCLE está em formato online. Os participantes, se desejassem, poderiam dispor, ao contatar via *e-mail*, o TCLE impresso com a assinatura eletrônica da pesquisadora responsável (Apêndice 2).

4 Resultados

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UBS

Das 451 UBS do município de São Paulo, 176 (39%) participaram da pesquisa. As UBS da CRS Centro foram as que mais participaram (87,5%), seguida da CRS Norte (58,4%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Número e percentual de UBS segundo Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) informadas e que participaram da pesquisa. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

CRS	UBS informadas	UBS participantes	
	Nº	Nº	%
Centro	8	7	87,5
Oeste	28	2	7,1
Sul	122	47	38,5
Sudeste	92	29	31,5
Leste	112	39	34,8
Norte	89	52	58,4
Total	451	176	39,0

Fonte: Dados do Boletim CEinfo, dezembro de 2015.

O maior número de capacitações para realizar o TRD do HIV nas 176 UBS aconteceu no período de 2013 a 2015. O ano de 2014 concentrou o maior percentual de capacitações (76,1%) (Tabela 4). Das 176 UBS capacitadas para realizar o TRD do HIV no município de São Paulo, 145 UBS (82,4%) responderam afirmativamente quanto à implantação do TRD do HIV e 31 UBS (17,6%) responderam que o TRD do HIV ainda não foi implantado.

Tabela 4 – Número e percentual de UBS que implantaram ou não o TRD do HIV, segundo o ano de capacitação para a realização do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

Ano de última capacitação	UBS que Implantaram		UBS que não implantaram		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2009	0	0,0	1	3,2	1	0,6
2010	2	1,4	0	0,0	2	1,1
2011	3	2,1	1	3,2	4	2,3
2012	3	2,1	0	0,0	3	1,7
2013	11	7,6	2	6,5	13	7,4
2014	111	76,5	23	74,2	134	76,1
2015	14	9,6	4	12,9	18	10,2
s/ informação	1	0,7	0	0,0	1	0,6
Total	145	100,0	31	100,0	176	100,0

O período com maior percentual de capacitações relaciona-se com os anos em que houve maior número de UBS que implantaram o TRD do HIV, de 2014 a 2015 (Tabela 5).

Tabela 5 – Número e percentual de UBS de acordo com o ano de implantação do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

Ano de implantação	UBS que implantaram o TRD do HIV	
	Nº	%
2008	1	0,7
2009	1	0,7
2010	1	0,7
2011	3	2,1
2012	0	0,0
2013	3	2,1
2014	69	47,6
2015	67	46,2
Total	145	100,0

De acordo com a tabela 6, destaca-se a CRS Norte com o maior percentual de UBS que implantaram o TRD do HIV (33,1%) e a CRS Leste com o maior percentual de UBS que não implantaram o TRD do HIV (32,3%).

Tabela 6 – Número e percentual de UBS que implantaram ou não o TRD do HIV, segundo Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Município de São Paulo, São Paulo, 2015

CRS	Implantaram		Não implantaram		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro	5	3,4	2	6,5	7	4,0
Oeste	2	1,4	0	0,0	2	1,1
Sul	38	26,2	9	29,0	47	26,7
Sudeste	23	15,9	6	19,3	29	16,5
Leste	29	20,0	10	32,3	39	22,2
Norte	48	33,1	4	12,9	52	29,5
Total	145	100,0	31	100,0	176	100,0

Das 176 UBS, 55,1% estão organizadas segundo o modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) e 30,1% funcionam com o modelo tradicional (Tabela 7).

Tabela 7 – Número e percentual de UBS que implantaram ou não o TRD do HIV de acordo com o tipo de serviço. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

Tipo de organização da UBS	Implantaram		Não implantaram		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Modelo tradicional	45	31,0	8	25,8	53	30,1
Misto (tradicional e ESF)	21	14,5	5	16,1	26	14,8
ESF	79	54,5	18	58,1	97	55,1
Total	145	100,0	31	100,0	176	100,0

A maior parte das UBS funciona de segunda a sexta-feira (95,5%), no horário das 7 às 19 horas (68,2%). Há 8 UBS que mantêm o seu funcionamento aos sábados. Das 176 UBS, 96,6% estão inseridas em áreas acessíveis para a população e que dispõem de transporte público e coletivo.

O enfermeiro é o profissional que participou de mais capacitações (88,8%) e que mais executa o teste rápido do HIV (92,1%), seguido do farmacêutico, psicólogo, dentista e médico, conforme tabela 8. Identifica-se um nutricionista capacitado e que executa o TRD do HIV. As UBS relataram que é insuficiente o número de profissionais capacitados e disponíveis para realizar o aconselhamento e o TRD do HIV, e isto pode ser um impedimento para conseguir implantar esta atividade no serviço.

Tabela 8 – Número e percentual de profissionais capacitados e que realizam o TRD do HIV nas UBS que implantaram o TRD do HIV Município de São Paulo, São Paulo, 2015

Categoria profissional	Profissionais capacitados para realizar o TRD do HIV		Profissionais que realizam o TRD do HIV	
	Nº	%	Nº	%
Médico	11	2,8	2	0,7
Enfermeiro	348	88,8	279	92,1
Psicólogo	11	2,8	6	2,0
Farmacêutico	15	3,8	11	3,6
Dentista	6	1,5	4	1,3
Nutricionista	1	0,3	1	0,3
Total	392	100,0	303	100,0

Entre os motivos de não realizarem o TRD do HIV das 31 UBS que passaram por capacitações, foram elencados principalmente a falta de insumos como os testes e os materiais para a sua execução e a falta de recursos humanos bem como de profissionais capacitados e disponíveis para esta atividade nos serviços. Na tabela 9, identificam-se os itens escassos ou indisponíveis nas UBS que não implantaram o TRD do HIV.

Tabela 9 – Distribuição dos itens escassos ou indisponíveis nas UBS que não implantaram o TRD do HIV e o número de vezes em que os itens foram citados. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

Itens escassos ou indisponíveis nas UBS que não implantaram o TRD do HIV (N=31)	Número de vezes em que os itens foram citados
A. Estrutura inadequada	4
B. Falta de recursos materiais	19
C: Falta de recursos humanos	10
D. Baixa demanda por parte dos usuários	6
E. Inexistência de um fluxo de atendimento	2
F. Falta liberação da gerência	1

Em síntese, das 176 UBS capacitadas para realizar o teste rápido do HIV no município de São Paulo, 145 UBS (82,4%) implantaram o TRD do HIV. A CRS Norte apresenta maior percentual de UBS que o implantaram (33,1%) e a CRS Leste apresenta maior percentual de UBS que não implantaram o TRD do HIV (32,3%). A maioria das UBS que participou do

estudo funciona com o modelo de ESF, de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas e estão em áreas de fácil acesso ao transporte público. No ano de 2014 foi realizado maior número de capacitações para a realização do TRD do HIV em 2014 e 2015 foram os anos que mais se implantou a testagem rápida nos serviços, e é o enfermeiro o profissional que mais recebeu capacitações e que mais executa o TRD do HIV na atenção primária. As 31 UBS citaram a falta de recursos materiais e humanos como justificativas principais para a não implantação do TRD do HIV, pontos estes que serão discutidos nos marcadores.

A seguir, a Vulnerabilidade Programática nos serviços da Atenção Primária será apresentada, segundo dois marcadores propostos: 1) Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV - 2) Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV.

4.2 OS MARCADORES DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

No conjunto dos itens que compõe o marcador de **Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV**, apresentam-se os percentuais das UBS que atendem às condições elencadas (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição das UBS segundo o Marcador de Vulnerabilidade Programática relacionado a Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

Marcador de Vulnerabilidade relacionado a Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV (8 itens)	Respostas afirmativas aos itens (atende)	
	UBS participantes do estudo (N=176)	
	Nº	%
A. Itens que compõe m o espaço físico para realizar o TRD do HIV (iluminação adequada, ventilação adequada, piso lavável, mesa/bancada impermeável, pia para higienização das mãos, relógio/cronômetro, lixeira) (Questão 4.1)	65	36,9
B. Dispõe de materiais para realizar o TRD do HIV (álcool, gaze, curativo adesivo, luvas, óculos de proteção, máscara, jaleco/avental, impressos específicos (folha de controle de temperatura e estoque, solicitações para TRD, folhas de laudo, folha de trabalho, termo de consentimento livre e esclarecido, ficha SI-CTA ou Fique Sabendo) (Questão 4.6)	126	71,6

(continua)

(continuação)

Marcador de Vulnerabilidade relacionado a Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV (8 itens)	Respostas afirmativas aos itens (atende)	
	UBS participantes do estudo (N=176)	
	Nº	%
C. O espaço físico onde é realizado o TRD do HIV permite privacidade e sigilo (Questão 4.3)	162	92,0
D. O espaço físico onde é realizado o aconselhamento e a entrega do resultado permite privacidade e sigilo (Questão 4.4)	162	92,0
E. Dispõe de sala ou carrinho móvel para realizar o aconselhamento e o TRD do HIV (Questão 4.5)	142	80,7
F. Dispõe de quantidade suficiente de TRD do HIV conforme a demanda (Questão 4.10)	155	88,1
G. Dispõe de quantidade suficiente de insumos de prevenção (preservativo masculino) (Questão 4.13)	170	96,6
H. Dispõe de quantidade suficiente de insumos de prevenção (preservativo feminino) (Questão 4.14)	116	65,9

(conclusão)

Considerando o corte de 80% nas respostas afirmativas, considerando ser este um bom índice, identifica-se que são os itens A (espaço físico), B (disponibilidade de material de consumo) e H (quantidade suficiente de insumos de prevenção – preservativo feminino), aqueles que tiveram abaixo deste parâmetro, e são considerados pontos de vulnerabilidade programática.

A seguir, na tabela 11, apresenta-se a distribuição das UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV e o valor-p que remete à diferença estatística entre as UBS sobre as condições referidas.

Tabela 11 – Distribuição das UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV segundo o Marcador de Vulnerabilidade Programática relacionado a Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

Marcador de Vulnerabilidade Programática relacionados a Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV (8 itens)	Respostas afirmativas aos itens (atende)				Valor-p
	Implantaram (N=145)		Não implantaram (N=31)		
	Nº	%	Nº	%	
A. Itens que compõem o espaço físico para realizar o TRD do HIV (iluminação adequada, ventilação adequada, piso lavável, mesa/ bancada impermeável, pia para higienização das mãos, relógio/ cronômetro, lixeira) (Questão 4.1)	53	36,5	12	38,7	0.983
B. Dispõe de materiais para realizar o TRD do HIV (álcool, gaze, curativo adesivo, luvas, óculos de proteção, máscara, jaleco/avental, impressos específicos (folha de controle de temperatura e estoque, solicitações para TRD, folhas de laudo, folha de trabalho, termo de consentimento livre e esclarecido, ficha SI-CTA ou Fique Sabendo) (Questão 4.6)	116	80,0	10	32,3	< 0.001
C. O espaço físico onde é realizado o TRD do HIV permite privacidade e sigilo (Questão 4.3)	137	94,5	25	80,6	0.027
D. O espaço físico onde é realizado o aconselhamento e a entrega do resultado permite privacidade e sigilo (Questão 4.4)	137	94,5	25	80,6	0.027
E. Dispõe de sala ou carrinho móvel para realizar o aconselhamento e o TRD do HIV (Questão 4.5)	118	81,4	24	77,4	0.798
F. Dispõe de quantidade suficiente de TRD do HIV conforme a demanda (Questão 4.10)	144	99,3	11	35,5	< 0.001
G. Dispõe de quantidade suficiente de insumos de prevenção (preservativo masculino) (Questão 4.13)	140	96,5	30	96,8	1.000
H. Dispõe de quantidade suficiente de insumos de prevenção (preservativo feminino) (Questão 4.14)	92	63,4	24	77,4	0.200

Os itens B, E e F mostram condições atendidas pelas UBS que implantaram o TRD do HIV mas que não são atendidas pelas UBS que não implantaram o TRD do HIV. Das UBS

que não implantaram o TRD do HIV, 32,3% delas dispõe de todos os materiais para testagem (item B), 77,4% das UBS dispõem de sala ou carrinho móvel para realizar o TRD do HIV (item E) e 35,5% das UBS dispõem da quantidade suficiente de testes rápidos para atender a demanda (item F), sendo estes pontos de vulnerabilidade nestas UBS pois apresentaram percentuais abaixo de 80%.

Foram identificadas condições que são atendidas tanto pelas UBS que implantaram quanto pelas UBS que não implantaram o TRD do HIV, vistas nos itens C, D e G. A maioria das UBS dispõe de privacidade e sigilo nos espaços onde são realizados o aconselhamento, a execução do TRD do HIV e a entrega do resultado do teste (Itens C e D), e há quantidade suficiente de preservativos masculinos (item G).

E identificaram-se condições não atendidas pelas UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV como a adequação do espaço físico (item A) e a quantidade suficiente de preservativos femininos (item H).

Portanto, os itens que indicam contextos de vulnerabilidade para as UBS que implantaram e para as que não implantaram o TRD do HIV remetem-se a composição adequada do espaço físico para realizar o teste rápido (item A) e a disponibilidade de insumos de prevenção – preservativos femininos (item H). Para as UBS que não implantaram o teste, além destes itens, a disponibilidade de materiais, sala ou carrinho móvel para realizar o TRD do HIV (itens B e E), e a disponibilidade de quantidade suficiente de TRD do HIV conforme a demanda (item F) são condições que indicam vulnerabilidade programática nestes serviços.

Na análise estatística, houve diferenças de resultados entre os dois grupos das UBS, as que implantaram e as que não implantaram o TRD do HIV. Dos itens que tiveram $p < 0,05$, identificou-se que a disponibilidade de materiais para realizar o teste (item B), espaços físicos que permitam privacidade e sigilo (itens C e D) e dispor de quantidade suficiente de testes rápidos (item F), são requisitos significativos para garantir o sucesso na implantação do TRD do HIV nas UBS. Diferente dos itens que tiveram $p > 0,05$ que discorrem sobre a adequação do espaço físico como ter iluminação e ventilação adequadas, piso lavável, mesa/bancada impermeável, pia para higienização das mãos, relógio/cronômetro e lixeira (item A), ter sala ou carrinho móvel como os materiais para realizar o aconselhamento e o TRD do HIV (item E) e ter insumos de prevenção em quantidade suficiente (itens G e H), não implicam na questão da UBS ter ou não implantado o TRD do HIV.

Sobre os insumos de prevenção, identificam-se as formas em que são acessados pelos usuários nos serviços, conforme a tabela 12. Observou-se que na maioria das UBS, em 78,4%

delas, o usuário retira os insumos de prevenção por meio de displays, garantindo livre acesso aos itens de prevenção.

Tabela 12 – Número e percentual de UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV e as formas de acesso aos insumos de prevenção. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

Formas de acesso aos insumos de prevenção	Implantaram		Não implantaram		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Display	115	79,3	23	74,2	138	78,4
Farmácia	27	18,6	5	16,1	32	18,2
Palestras ou orientações anterior à retirada	0	0,0	1	3,2	1	0,6
Recepção ou sala de acolhimento	3	2,1	1	3,2	4	2,3
Não distribui	0	0,0	1	3,2	1	0,6
Total	145	100,0	31	100,0	176	100,0

Em 96,6% das UBS que implantaram e em 96,8% das UBS que não implantaram o TRD do HIV, há distribuição de insumos de prevenção de acordo com a necessidade, uso ou quantidade relatada pelo usuário, ampliando as condições de prevenção as DST, sendo este fator importante para indivíduos que utilizam grande quantidade de preservativos como os profissionais do sexo.

No marcador de vulnerabilidade programática relacionada à **Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV**, conforme a tabela 13, identificou-se um conjunto de itens que compõem a forma que os serviços se organizam para tentar incorporar a testagem rápida na rotina, e a realização das ações específicas do aconselhamento e do TRD do HIV.

Tabela 13 – Distribuição das UBS, segundo o Marcador de Vulnerabilidade Programática relacionada à Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

Marcador de Vulnerabilidade relacionado à Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV (26 itens)	Respostas afirmativas aos itens (atende)	
	UBS participantes do estudo (N=176)	
	Nº	%
A. Há um profissional responsável para o controle de temperatura para manter o TRD do HIV (Questão 4.8)	158	89,8
B. Há um profissional responsável para o controle de estoque do TRD do HIV (Questão 4.9)	165	93,7
C. Não há atraso na entrega dos TRD do HIV (Questão 4.11)	141	80,1
D. Realiza o TRD do HIV em caso de procura/ demanda espontânea (Questão 4.17)	148	84,1
E. Há um profissional de referência e/ou escalado para realizar o TRD do HIV (Questão 4.20)	150	85,2
F. Dispõe de períodos semanais para realizar o TRD do HIV (Questão 4.19)	155	88,1
G. Realiza atividades extramuros na comunidade relacionadas ao HIV/aids (Questão 4.27)	102	57,9
H. Incorpora o TRD do HIV nas atividades de rotina da UBS (Questão 4.25)	133	75,6
I. Prioriza a realização do TRD do HIV na gravidez (questão 4.24)	105	59,6
J. Prioriza a realização do TRD do HIV para grupos vulneráveis (Questão 4.24)	142	80,7
K. O usuário não encontra dificuldades para realizar o TRD do HIV nas UBS (Questão 5.2)	36	20,5
L. O profissional sente-se apto em realizar o aconselhamento e o TRD do HIV (Questão 5.13)	166	94,3
M. O profissional entende que realizar o TRD do HIV faz parte da sua atribuição (Questão 5.16)	165	93,7
N. Disponibilidade dos profissionais para realizar o TRD do HIV (Questão 4.22)	140	79,5
O. O profissional não encontra dificuldades para realizar o TRD do HIV na sua prática diária (Questão 5.18)	37	21,0

(continua)

(continuação)

Marcador de Vulnerabilidade relacionado à Organização do serviço e práticas de aconselhamento e do TRD do HIV (26 itens)	Respostas afirmativas aos itens (atende)	
	UBS participantes do estudo (N=176)	
	Nº	%
P. Realiza o aconselhamento pré-teste (Questão 5.4)	157	89,2
Q. Realiza o aconselhamento pós-teste (entrega o resultado) (Questão 5.9)	163	92,6
R. Realiza a abordagem consentida antes de realizar o TRD do HIV (Questão 5.6)	166	94,3
S. Divulga o TRD do HIV na UBS (Questão 4.26)	164	93,2
T. O aconselhamento, a execução do TRD do HIV e a confecção do laudo, feitos por um único profissional (Questão 4.23)	149	84,7
U. Registra informações sobre a execução do TRD do HIV e fornecimento do resultado (Questão 5.11)	169	96,0
V. Orienta o retorno do usuário para um novo TRD do HIV em caso de janela imunológica (Questão 5.19)	167	94,9
W. Procura sensibilizar o usuário com o diagnóstico da infecção do HIV para revelar ou convoca o parceiro do usuário (Questão 5.22)	174	98,9
X. Encaminhamento para o serviço especializado de referência (Questão 6.1)	139	79,0
Y. Contrarreferência das informações dos casos positivos para a infecção do HIV (Questão 6.2)	92	52,3
Z. Notifica os casos com diagnóstico para a infecção do HIV (Questão 5.23)	149	84,7

(conclusão)

De todas as UBS do estudo, no conjunto do marcador Organização do serviço e práticas de aconselhamento e do TRD do HIV, observam-se oito condições que não foram atendidas nos serviços (itens G, H, I, K, N, O, X, Y), pois tiveram percentuais abaixo de 80%. Destas condições, observou-se que 57,9% das UBS realizam atividades extramuros relacionadas ao HIV/aids como em eventos, mutirões e datas comemorativas, de acordo com exemplos dados (item G) e 75,6% incorporaram o TRD do HIV nas atividades de rotina da UBS (item H). Estas atividades nas quais o TRD do HIV pode ser incorporado são os atendimentos em saúde da mulher, no pré-natal, na coleta do Papanicolau, no atendimento de indivíduos com

tuberculose e indivíduos que passaram por situação de violência, no atendimento em saúde do adulto e idoso, no acolhimento e em atividades de pronto-atendimento, e nas visitas domiciliares.

Das UBS, 59,6% priorizam a realização do TRD do HIV na gravidez (item I), uma UBS destacou realizar o teste quando há início tardio do pré-natal. Nos itens K e O respectivamente, observa-se que em apenas 20,5% e em 21,0% das UBS o usuário e o profissional de saúde não encontram dificuldades para realizar o TRD do HIV, e não chegou a 80,0% a condição de profissionais estarem disponíveis para realizar o teste (item N). Após o diagnóstico da infecção do HIV, 79,0% das UBS encaminham o usuário para o serviço especializado (item X) e 52,3% das UBS recebem contrarreferência dos casos encaminhados (item Y), sendo estas condições não atendidas, pois apresentam um percentual abaixo de 80%.

A seguir apresenta-se a distribuição das UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV e o valor-p (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição das UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV segundo o Marcador de Vulnerabilidade Programática relacionado a Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

Marcador de Vulnerabilidade relacionado a Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV (26 itens)	Respostas afirmativas aos itens (atende)				Valor-p
	Implantaram (N=145)		Não implantaram (N=31)		
	Nº	%	Nº	%	
A. Há um profissional responsável para o controle de temperatura para manter o TRD do HIV (Questão 4.8)	139	95,9	19	61,3	< 0,001
B. Há um profissional responsável para o controle de estoque do TRD do HIV (Questão 4.9)	145	100,0	20	64,5	< 0,001
C. Não há atraso na entrega dos TRD do HIV (Questão 4.11)	121	83,4	20	64,5	0.032
D. Realiza o TRD do HIV em caso de procura/demanda espontânea (Questão 4.17)	137	94,5	11	35,5	< 0,001
E. Há um profissional de referência e/ou escalado para realizar o TRD do HIV (Questão 4.20)	133	91,7	17	54,8	< 0,001

(continua)

(continuação)

Marcador de Vulnerabilidade relacionado a Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV (26 itens)	Respostas afirmativas aos itens (atende)				Valor-p
	Implantaram (N=145)		Não implantaram (N=31)		
	Nº	%	Nº	%	
F. Dispõe de períodos semanais para realizar o TRD do HIV (Questão 4.19)	143	98,6	12	38,7	< 0.001
G. Realiza atividades extramuros na comunidade relacionadas ao HIV/aids (Questão 4.27)	79	54,5	23	74,2	0.069
H. Incorpora o TRD do HIV nas atividades de rotina da UBS (Questão 4.25)	122	84,1	11	35,5	< 0.001
I. Prioriza a realização do TRD do HIV na gravidez (questão 4.24)	92	63,4	13	41,9	0,044
J. Prioriza a realização do TRD do HIV para grupos vulneráveis (Questão 4.24)	125	86,2	17	54,8	< 0,001
K. O usuário não encontra dificuldades para realizar o TRD do HIV nas UBS (Questão 5.2)	27	18,6	9	29,0	0,289
L. O profissional sente-se apto em realizar o aconselhamento e o TRD do HIV (Questão 5.13)	138	95,2	28	90,3	0.528
M. O profissional entende que realizar o TRD do HIV faz parte da sua atribuição (Questão 5.16)	138	95,2	27	87,1	0.202
N. Disponibilidade dos profissionais para realizar o TRD do HIV (Questão 4.22)	116	80,0	24	77,4	0.938
O. O profissional não encontra dificuldades para realizar o TRD do HIV na sua prática diária (Questão 5.18)	31	21,4	6	19,3	0,993
P. Realiza o aconselhamento pré-teste (Questão 5.4)	138	95,2	19	61,3	< 0.001
Q. Realiza o aconselhamento pós-teste (entrega o resultado) (Questão 5.9)	143	98,6	20	64,5	< 0.001
R. Realiza a abordagem consentida antes de realizar o TRD do HIV (Questão 5.6)	144	99,3	22	71,0	< 0.001

(continua)

(continuação)

Marcador de Vulnerabilidade relacionado a Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV (26 itens)	Respostas afirmativas aos itens (atende)				Valor-p
	Implantaram (N=145)		Não implantaram (N=31)		
	Nº	%	Nº	%	
S. Divulga o TRD do HIV na UBS (Questão 4.26)	145	100,0	19	61,3	< 0.001
T. O aconselhamento, a execução do TRD do HIV e a confecção do laudo, feitos por um único profissional (Questão 4.23)	132	91,0	17	54,8	< 0.001
U. Registra informações sobre a execução do TRD do HIV e fornecimento do resultado (Questão 5.11)	144	99,3	25	80,6	< 0,001
V. Orienta o retorno do usuário para um novo TRD do HIV em caso de janela imunológica (Questão 5.19)	143	98,6	24	77,4	< 0.001
W. Procura sensibilizar o usuário com o diagnóstico da infecção do HIV para revelar ou convoca o parceiro do usuário (Questão 5.22)	144	99,3	30	96,8	0.032
X. Encaminhamento para o serviço especializado de referência (Questão 6.1)	117	80,7	22	71,0	< 0.001
Y. Contrarreferência das informações dos casos positivos para a infecção do HIV (Questão 6.2)	75	51,7	17	54,8	< 0.001
Z. Notifica os casos com diagnóstico para a infecção do HIV (Questão 5.23)	124	85,5	25	80,6	0.069

(conclusão)

Na maioria dos itens que compõem o conjunto deste marcador, identificaram-se dezesseis condições atendidas pelas UBS que implantaram o TRD do HIV, mas que não são atendidas pelas UBS que não implantaram o teste, pois são condições relacionadas à organização do serviço de saúde e no estabelecimento de fluxo para a realização da testagem rápida do HIV. Estas condições justificam-se pela falta de testes, pela falta de capacitação

prática ou por não ter um fluxo de atendimento estabelecido na UBS (itens A, B, C, D, E, F, H, J, N, P, Q, R, S, T, V e X).

Em quase 100% das UBS que implantaram o TRD do HIV, há um profissional responsável em controlar o estoque e a temperatura dos locais onde são armazenados os kits de TRD do HIV, o que mostra o estabelecimento de uma organização e de fluxo nestes serviços. Nas UBS que não implantaram o TRD do HIV, estas condições não são atendidas, pois apresentam percentuais abaixo de 80% (itens A e B).

Com relação à entrega dos testes rápidos para diagnóstico do HIV, 64,5% das UBS que não implantaram o teste relataram não haver atraso na entrega dos testes, conforme o item C, e 35,5% delas conseguem realizar a testagem rápida em caso de procura ou demanda espontânea (item D). Na organização do teste rápido no serviço, 54,8% e 38,7% das UBS que não implantaram o TRD do HIV, dispõem de um profissional de referência e/ou escalado e de períodos semanais para realizar o TRD do HIV conforme os itens E e F, respectivamente.

O TRD do HIV é incorporado nas atividades de rotina de apenas 35,5% das UBS que não implantaram o teste rápido (item H), sendo esta uma condição não atendida. Das UBS que não implantaram, 54,8% priorizam a realização do TRD do HIV para indivíduos possivelmente pertencentes a grupos vulneráveis as DST/HIV/aids como os homossexuais, travestis e transexuais, profissionais do sexo, indivíduos com diagnóstico de tuberculose, indivíduos que passaram por situação de violência e de risco para a infecção, usuários de drogas, imigrantes e para qualquer indivíduo que queira saber seu status sorológico (item J). E 77,4% das UBS que não implantaram o TRD do HIV, responderam que há disponibilidade por parte dos profissionais em realizar o TRD do HIV (item N).

E por fim, outras condições atendidas pelas UBS que implantaram o TRD do HIV, mas não atendidas pelas UBS que não implantaram, observou-se a realização do aconselhamento pré e pós-teste e da abordagem consentida antes do teste (itens P, Q e R respectivamente), a divulgação do teste rápido na UBS (item S), o processo do aconselhamento e do teste rápido feitos por um único profissional (item T), a orientação de retorno do usuário em caso de janela imunológica (item V) e o encaminhamento para serviço especializado (item X).

No marcador, encontram-se cinco condições que não foram atendidas pelas UBS que implantaram e pelas UBS que não implantaram o TRD do HIV. Menos de 80% das UBS realizam atividades extramuros relacionadas ao HIV/aids (item G), priorizam a realização do TRD do HIV na gravidez (item I) e recebem a contrarreferência dos casos de diagnóstico positivo para a infecção do HIV (item Y). Outras condições não atendidas pelas UBS

mostraram que os usuários e profissionais encontram dificuldades para realizar o TRD do HIV na UBS, pois menos de 80% delas mostraram que não existem dificuldades (item K e O). Das dificuldades encontradas, foi citado o limite em horários e período para o acesso ao TRD do HIV, a demora no atendimento, o difícil acesso para a UBS pela escassez de transporte público, a sobrecarga de trabalho e poucos profissionais capacitados e com sobrecarga de trabalho, a falta de espaço físico para realizar a testagem, o desinteresse pela população em procurar conhecer seu status sorológico e a falta de testes rápidos no serviço de saúde.

Em contra partida, no conjunto do marcador, existem cinco condições que foram atendidas nas UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV (itens L, M, U, W e Z). As UBS têm profissionais que se sentem aptos em realizar o aconselhamento e o TRD do HIV e entendem que estas práticas fazem parte de sua atribuição, conforme os itens L e M. Há registro das informações sobre a execução do TRD do HIV em fichas SI-CTA ou ficha do “Fique Sabendo”, ficha própria da UBS ou no prontuário de acordo com o item U, convocam os parceiros dos usuários em caso de infecção (item W), e notificam os casos de infecção do HIV (item Z).

Na análise estatística, itens que tiveram $p < 0,05$ indicam uma diferença significativa entre os dois grupos de UBS, as que implantaram e as que não implantaram o TRD do HIV de acordo com a condição indicada. Há esta diferença em dezenove dos vinte e seis itens que compõem o conjunto do marcador proposto, indicando serem condições que contribuam para o sucesso na implantação do TRD do HIV.

Dos itens que mostram uma diferença estatística significativa observou-se que a presença de um profissional responsável pelo controle de temperatura, do estoque e referência e/ou escalado para realizar o TRD do HIV (itens A, B e E respectivamente), o atraso na entrega do teste rápido (item C), a realização do teste rápido em caso de demanda espontânea (item D), e a disposição de períodos semanais dedicados a testagem rápida (item F) são significativos para garantir o sucesso na implantação do TRD do HIV. Na execução do TRD do HIV, a incorporação do TRD do HIV na rotina dos serviços (item H), a execução do aconselhamento pré e pós e do TRD por um único profissional (item T), o registro das informações (item U) e a priorização da realização do TRD do HIV na gravidez e para grupos vulneráveis (itens I e J) também são itens significativos na diferença entre os dois grupos de UBS. Se o TRD do HIV não foi implantado nas UBS, há pouca divulgação desta atividade (item S), pouco se realiza o aconselhamento pré e pós-teste (itens P e Q) e a abordagem consentida (item R). Consequentemente, há diferença entre as UBS ao orientar o retorno do

usuário em caso de janela imunológica (item V), na convocação dos parceiros (item W), no encaminhamento para o serviço especializado (item X), na contrarreferência (item Y).

Os itens que tiveram $p > 0,05$, itens G, L, M, N, O e Z, indicam que não há diferença estatística entre os dois grupos de UBS, ou seja, indicam condições que não se relacionam a garantia do sucesso na implantação do TRD do HIV no serviço de saúde, ao se comparar os dois grupos. Dos itens, realizar atividades extramuros relacionadas ao HIV/aids (item G), notificar os casos positivos para a infecção do HIV (item Z), a disponibilidade e aptidão do profissional em realizar o TRD do HIV (item N e L), e no entendimento do profissional de que esta é uma atividade que faz parte de suas atribuições (item M) não são condições estatisticamente significativas para a implantação ou não do TRD do HIV nas UBS.

Nos itens K e O, mesmo com $p > 0,05$, há uma pequena diferença percentual, possibilitando interpretar, que tanto as UBS que implantaram quanto nas UBS que não implantaram o TRD do HIV indicaram que os usuários e profissionais de saúde encontram dificuldades para realizar o TRD do HIV nos serviços.

A seguir, identificam-se os graus de vulnerabilidade programática nas UBS, a partir dos itens considerados em cada um dos marcadores.

4.3 OS GRAUS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

De acordo com a análise dos dados, identificou-se que quase todas as UBS do estudo apresentaram vulnerabilidade programática média e baixa relacionadas aos marcadores de Estrutura e de Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV, segundo a tabela 15, respectivamente.

Tabela 15 – Distribuição das UBS segundo o grau de vulnerabilidade programática. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

Marcador de Vulnerabilidade Programática	Grau de Vulnerabilidade (N=176)					
	Baixa		Média		Alta	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV	77	43,7	98	55,7	1	0,6
Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV	108	61,3	67	38,1	1	0,6

Observou-se que no marcador relacionado a Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV, a maioria das UBS apresentou grau de vulnerabilidade programática médio (55,7%), diferente do marcador relacionado a Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV, no qual as UBS prevaleceram no grau de vulnerabilidade programática baixo (61,3%). Ou seja, na maioria das UBS do estudo há maior vulnerabilidade programática (grau médio) no marcador relacionado a Estrutura para a realização do TRD do HIV e baixa vulnerabilidade programática no marcador de Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV (tabela 15).

Na tabela 16, analisou-se o grau de vulnerabilidade programática nas UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV.

Tabela 16 – Distribuição das UBS que implantaram e que não implantaram o TRD do HIV segundo o grau de vulnerabilidade programática. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

Marcador de Vulnerabilidade Programática	UBS	Grau de Vulnerabilidade Programática					
		Baixa		Média		Alta	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV	Implantaram (N=145)	72	49,7	73	50,3	0	0,0
	Não implantaram (N=31)	5	16,1	25	80,6	1	3,2
Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV	Implantaram (N=145)	100	69,0	45	31,0	0	0,0
	Não implantaram (N=31)	8	25,8	22	71,0	1	3,2

No marcador relacionado a Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV, as UBS que implantaram o TRD do HIV dividiram-se em grau baixo e médio de vulnerabilidade (49,7% e 50,3% respectivamente). Já a maioria das UBS que não implantaram o TRD do HIV apresentaram vulnerabilidade programática média (80,6%). Destas UBS, apenas uma delas apresentou alta vulnerabilidade, grau este não identificado nas UBS que implantaram o TRD do HIV.

No marcador relacionado a Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV, a maioria UBS que implantaram o TRD do HIV (69,0%) apresentaram grau baixo de vulnerabilidade, diferente das UBS que não implantaram o teste no qual a maioria delas (71,0%) apresentou grau médio de vulnerabilidade programática. Uma das UBS que não implantaram o TRD do HIV apresentou alta vulnerabilidade, também não identificado entre as UBS que implantaram o TRD do HIV.

A tabela 17 mostra a distribuição das UBS segundo as CRS do município de São Paulo de acordo com o grau de vulnerabilidade programática relacionado a Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV. As CRS Centro, Norte e Sul tiveram suas UBS divididas quase que 50% entre baixa e média vulnerabilidade. AS CRS Leste e Sudeste tiveram a maioria de suas UBS com média vulnerabilidade programática, e na CRS Sudeste há uma UBS com alta vulnerabilidade. Todas as UBS da CRS Oeste têm médio grau de vulnerabilidade.

Tabela 17 – Distribuição das UBS de acordo com as CRS segundo o grau de vulnerabilidade programática relacionado a Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

CRS	Grau de Vulnerabilidade Programática (N=176)					
	Baixa		Média		Alta	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro (N=7)	3	42,9	4	57,1	0	0,0
Oeste (N=2)	0	0,0	2	100,0	0	0,0
Norte (N=52)	26	50,0	26	50,0	0	0,0
Leste (N=39)	14	35,9	25	64,1	0	0,0
Sul (N=47)	26	55,3	21	44,7	0	0,0
Sudeste (N=29)	8	27,6	20	69,0	1	3,4

No marcador relacionado a Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV, a maioria das UBS das CRS Norte, Leste, Sul apresentou baixo grau de vulnerabilidade programática. As UBS das CRS Oeste e Sudeste dividiram-se entre baixa e média vulnerabilidade, e na CRS Centro, a maioria das UBS (57,1%) tem média vulnerabilidade. Na CRS Sudeste há uma UBS com alto grau de vulnerabilidade (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição das UBS segundo CRS e o grau de vulnerabilidade programática relacionado ao marcador Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV. Município de São Paulo, São Paulo, 2015

CRS	Grau de Vulnerabilidade (N=176)					
	Baixa		Média		Alta	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro (N=7)	3	42,9	4	57,1	0	0,0
Oeste (N=2)	1	50,0	1	50,0	0	0,0
Norte (N=52)	36	69,2	16	30,8	0	0,0
Leste (N=39)	25	64,1	14	35,9	0	0,0
Sul (N=47)	29	61,7	17	36,2	1	2,1
Sudeste (N=29)	14	48,3	15	51,7	0	0,0

Portanto, identificou-se que os marcadores relacionados a Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV e Organização dos serviços e as práticas do aconselhamento e do TRD do HIV apresentaram graus médio e baixo de vulnerabilidade programática respectivamente, e apenas duas UBS apresentaram alto grau. Isto indica que as UBS enfrentam dificuldades na incorporação do TRD do HIV na rotina dos serviços, especialmente as UBS que não implantaram o TRD do HIV.

A decorative vertical bar on the left side of the page, consisting of a long dark gray rectangle and a shorter light gray rectangle at the bottom.

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

Ao longo dos anos, de 2009 a 2015, identificou-se a intensificação no número de capacitações e consequentemente da implantação do TRD do HIV nas UBS no município de São Paulo, mais especificamente nos anos de 2014 e 2015 (Tabelas 4 e 5). Estudo realizado em 2011, 36,3% de UBS estavam capacitadas para o aconselhamento na oferta do teste do HIV no município (Val, 2012). Na presente investigação, após quatro anos, houve um aumento no número de UBS capacitadas para o aconselhamento e para realizar o TRD do HIV. As atividades de aconselhamento e de testagem rápida do HIV são recentes nos serviços de atenção primária, e as UBS vem implementando progressivamente estas ações.

Diferentes localidades têm respondido à Política de ampliação de oferta de testes diagnóstico do HIV, na direção de identificar, o mais precocemente, pessoas infectadas para encaminhamento oportuno de tratamento. Na região norte do Brasil, no estado do Amazonas, a implantação do TRD do HIV teve início em 2004 com a produção de material instrucional e treinamentos (Okamura, 2006), no Distrito Federal, iniciou-se em 2007 com a capacitação multiprofissional em hospitais, maternidades e UBS (Silva, Tavares, Paz, 2011) e, em Londrina-Paraná, o processo de descentralização do TRD do HIV para as UBS deu-se em 2008 com a capacitação da equipe de enfermagem para a realização do aconselhamento e do teste (Rezende et al, 2014). No município de São Paulo a implantação do TRD do HIV iniciou-se em 2006 nos serviços especializados e posteriormente em UBS como já citado anteriormente.

Na caracterização das UBS em relação à implantação ou não do TRD, não houve diferença em termos percentuais quanto ao modelo de organização do serviço, sejam UBS tradicionais ou operando a Estratégia Saúde da Família, mas este modelo assistencial foi o mais presente (55,1%) (Tabela 7). Tanto estas quanto as UBS tradicionais ou mistas, a maioria tinha seu horário de segunda a sexta-feira (95,5%) das 7 às 19 horas (68,2%). Apesar das UBS estarem em áreas de fácil acesso pela população (transporte público e coletivo para 96,6%), a restrição de horário comercial pode ser um obstáculo para os usuários na busca pelo TRD do HIV, especialmente para aqueles que trabalham – mulheres e homens.

Estudos recentes (Gomes et al, 2011; Silva et al, 2012) tem demonstrado que os homens estão ausentes nos serviços de saúde da Atenção Básica, e discute-se que esta ausência e até mesmo a invisibilidade masculina nos serviços da APS está relacionada ao horário de funcionamento das UBS, quase sempre incompatível com a jornada laboral e com o “homem

trabalhador”. Na percepção dos profissionais de saúde, a organização dos serviços de saúde é historicamente direcionada para mulheres e crianças, e existe pouca oferta de ações/atividades para a população masculina. Outra questão refere-se que há pouca busca pela prevenção das doenças e há procura tardia dos homens pelo atendimento em saúde. Silva et al (2012) discutem questões de gênero para explicar a ausência dos homens nos serviços de saúde. Na percepção de enfermeiros, os homens têm dificuldades em reconhecer suas necessidades e interpretam a presença de alguma doença como sinal de fragilidade. Os autores discutem a invulnerabilidade masculina imposta pela sociedade no qual os homens possuem poucas oportunidades e possibilidades de exposição de seus medos e ansiedades, e desta forma acabam não procurando os serviços de saúde, especialmente nas ações de prevenção de doenças.

Apesar de 85,2% UBS dispor de um profissional de referência para realização do TRD na UBS (Tabela 13: item E) e 88,1% delas dispor de períodos semanais para fazê-lo (Tabela 13: item F), considera-se necessário ampliar o horário e os dias de funcionamento das UBS, o que poderia aumentar o acesso ao diagnóstico precoce do HIV. A oferta diária do TRD do HIV é uma oportunidade de identificar situações de vulnerabilidade individual relacionada a relações desprotegidas e violência (Val, 2012). Porém, entende-se que esta prática ainda é recente e que as UBS não dispõem de profissionais exclusivos em todos os períodos para executar o teste.

A ampliação da oferta do teste do HIV tem se desenvolvido por meio de campanhas ao longo dos anos que incentivam a sua realização, como a Campanha Fique Sabendo que estimulou a realização do teste rápido do HIV como instrumento de prevenção, uma vez que realizar o diagnóstico precoce da infecção viabiliza tratamento oportuno e uso de medidas de prevenção para novas transmissões (Mello et al, 2012). Entretanto, nem sempre a oferta do teste rápido do HIV para o coletivo resulta em ações de sucesso, especialmente em eventos com grande concentração de pessoas como exemplificou Silva, Oliveira e Sancho (2013) sobre uma experiência em 2012, caracterizada em um evento de lazer. Indagou-se sobre a qualificação desta oferta e o quanto que a descoberta de uma possível infecção e o planejamento do tratamento teriam sentido para o usuário no momento em que participava do evento. Os autores também discutiram a realização do TRD do HIV em eventos como este e as questões de privacidade e de vigilância, e o acesso à saúde de forma mais ampla. Para França Júnior, Calazans e Zucchi (2008) campanhas continuam sendo oportunas e devem afirmar os direitos daqueles que são testados, direcionadas aos segmentos que

sistematicamente têm sido excluídos a fim de garantir seus direitos, e as ações de testagem firmadas como processos confidenciais, voluntários e acompanhados de aconselhamento de alta qualidade.

Na atenção primária, outra estratégia para ampliar o acesso ao teste rápido do HIV é realizar ações de saúde na comunidade, como as atividades extramuros. Neste estudo, destacam-se menor percentual de UBS que realizam atividades na comunidade relacionadas ao HIV/aids (Tabela 13: item G). Entende-se que executar atividades fora da UBS exige um planejamento prévio e a reorganização das atividades de saúde que já estão agendadas nos serviços, desta forma, nem sempre é possível realizar estas ações. Porém, é uma estratégia que aproxima o serviço de saúde e a população e tem o intuito de promover ações de saúde. Na questão da oferta do teste rápido do HIV o uso de tendas itinerantes possibilita que a oferta do diagnóstico do HIV vá até a comunidade de forma a captar os indivíduos que não costumam frequentar os serviços de saúde como os usuários que são trabalhadores. A ida de profissionais de saúde às comunidades foi uma experiência positiva em Portugal, onde a equipe técnica realizou uma ação pró-ativa, divulgando o teste rápido do HIV para pessoas em seus locais de estudo, trabalho e lazer, ampliando o acesso ao TRD do HIV (Ribeiro e Sacramento, 2014).

Para os serviços de saúde, ter uma estrutura física adequada é uma condição que permite que as ações possam ser melhor realizadas. Na atenção básica é necessário que haja infraestrutura apropriada, recursos humanos capacitados e materiais suficientes para a assistência (Brasil, 2006a), e que os serviços de saúde tenham áreas físicas e instalações adequadas (Saparolli e Adami, 2010). A estrutura física dos serviços de saúde é analisada em outros estudos como o de Mendes (2012) que identificou serviços da APS sem condições mínimas de infraestrutura, e como de Gomes et al. (2011) que comentam que a compreensão da organização dos serviços é influenciada pelos aspectos da infraestrutura material. Em um estudo de revisão integrativa, observou-se que as vulnerabilidades nas práticas dos profissionais de saúde na atenção primária relacionam-se a deficiência de recursos para o trabalho através das condições físicas e organizacionais dos serviços (Santos et al, 2012). Outros estudos também apontam comprometimento estrutural das UBS como em Minas Gerais, que mostrou que a falta de infraestrutura adequada é uma fragilidade na atenção primária na percepção dos profissionais de saúde, usuários e gestores (Ronzani e Silva, 2008). Em Cuiabá-MT observou-se que UBS “adaptadas” nos aspectos de infraestrutura física, tem

dificuldades no cumprimento mínimo de ações de saúde preconizadas para a atenção de qualidade (Maison, 2014).

Neste estudo, a maioria das UBS não tem condições estruturais para realizar o aconselhamento e o TRD do HIV, condição esta relacionada a composição do espaço físico, como a iluminação e a ventilação adequadas, mesa/bancada impermeável, pia para higienização das mãos, relógio ou cronômetro para a contagem do tempo de realização do teste, lixeira e piso lavável (Tabela 10: item A). A falta de recursos estruturais é um ponto de vulnerabilidade dos serviços de saúde, no entanto, esta não é uma condição imprescindível para garantir o sucesso na implantação do TRD do HIV, conforme visto na análise estatística (Tabela 11: item A). Isto se explica porque a tecnologia do TRD é simples, exigindo poucos recursos estruturais. Porém, a tomada de medidas para melhorar a estrutura das UBS pode resultar em melhor uso e valorização dos serviços de saúde, tanto pelos profissionais quanto pela população.

Apesar das UBS apresentarem dificuldades nas condições estruturais, tanto as UBS que implantaram quanto as que não implantaram o TRD do HIV, dispõe-se de espaços que permitem privacidade e sigilo para realização do aconselhamento, a execução do teste e a entrega dos resultados (Tabela 11: itens C e D), sendo esta uma condição para garantir o sucesso na implantação do TRD do HIV nas UBS (Tabela 11: itens C e D). Espaços que promovem privacidade permitem que a revelação sobre o diagnóstico da infecção do HIV fique entre o profissional e o usuário do serviço, sendo esta uma informação sigilosa. A privacidade é lembrada num estudo que trata da Saúde do Homem, discutindo-se que sua garantia poderia favorecer a exposição das reais necessidades de saúde e a adesão ao tratamento por parte deste grupo populacional (Gomes et al, 2011). Ter privacidade no atendimento não é relevante apenas para o homem. Na questão do HIV, a revelação do diagnóstico é um momento delicado pois traz angústia, tristeza e medo tanto para a usuária quanto para o profissional (Abdalla e Nichiata, 2008), e estar em um espaço que garanta o sigilo destas informações possibilita trazer a tona questões íntimas que podem ser abordadas com maior tranquilidade e segurança.

As UBS que não implantaram o TRD do HIV identificaram como principais dificuldades, a falta de recursos materiais e humanos para a sua execução (Tabela 9), inclusive a falta do próprio teste rápido (Tabela 11: item F). Na questão do atraso na entrega do teste rápido é necessário que as UBS conheçam os caminhos administrativos e planejem as solicitações dos testes, já que isto não acontece nas UBS que implantaram o TRD do HIV

(Tabela 14: item C). As UBS que recentemente implantaram o TRD do HIV como uma UBS em Canoas-RS também enfrentam dificuldades como a falta de espaço físico adequado, poucos profissionais capacitados e alta rotatividade, problemas estes também encontrados neste estudo (Souza et al, 2014).

Ao refletir sobre a falta de materiais para a realização do TRD do HIV, a condição relacionada à disposição de materiais, nos itens mínimos necessários como álcool, gaze, curativo adesivo, luvas, óculos de proteção, máscara, jaleco ou avental e impressos específicos (folha de controle de temperatura e estoque, solicitações para TRD, folhas de laudo, folha de trabalho, termo de consentimento livre e esclarecido, ficha SI-CTA ou Fique Sabendo), também não foi atendida pelas UBS (Tabela 10: item B), mas é uma condição fundamental na garantia do sucesso na implantação do teste rápido como mostrou a análise estatística (Tabela 11: item B). Não dispor de materiais para executar o trabalho implica em não realizar determinadas ações de saúde mesmo que o serviço disponha de profissionais capacitados e disponíveis. Outra questão refere-se a execução de determinadas práticas de saúde mesmo sem a disposição de materiais adequados como no caso da execução do TRD do HIV, no qual a falta de materiais como os equipamentos de proteção individual podem implicar possíveis acidentes de trabalho, e a falta de impressos específicos resulta em práticas registradas inadequadamente.

A falta de recursos humanos também é um desafio na implantação do TRD do HIV. Neste estudo, observou-se que 54,8% das UBS que não implantaram o TRD do HIV, tem um profissional escalado ou de referência para realizar o teste, sendo que esta condição é fundamental para garantir o sucesso na implantação (Tabela 14: item E). No estado do Amazonas o TRD do HIV foi parcialmente implantado, conforme avaliação realizada em 2006, e na ocasião foram apontadas dificuldades semelhantes às encontradas neste estudo, nos aspectos relacionados falta de testes rápidos e à alta rotatividade e seleção inadequada de profissionais (Okamura, 2006).

Contudo, a falta de recursos humanos e materiais não são especificidades do TRD do HIV, pois as UBS tem se deparado com estes problemas no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde. Os enfermeiros indicaram a falta de recursos humanos, de materiais e de equipamentos como condições que comprometem seu processo de trabalho (Beck et al, 2010). A falta de recursos tem ocasionado sobrecarga de trabalho pela demanda excessiva para o atendimento, resultando por sua vez em estresse e cansaço dos trabalhadores (Souza, Czeresnia, Natividade, 2008). No entanto, no olhar de enfermeiros da estratégia saúde da

família, mesmo com limitações como estrutura física inadequada, falta de capacitação profissional adequada e de recursos humanos e materiais, há uma preocupação em exercer um cuidado em saúde com base em valores humanos (Rocha et al, 2011).

Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro tem sofrido com o acúmulo de atividades, pois é demandado em inúmeras frentes na UBS. A participação do enfermeiro é notada em outras atividades, não só assistenciais como administrativas (Loch-Neckel et al, 2009), relacionadas à supervisão técnica e gerência (Val, 2012) e ao agregar atividades administrativas às práticas de assistência direta ao usuário (Galavote et al, 2016). Na Inglaterra estudou-se a ampliação das funções do enfermeiro na atenção primária e concluiu-se que houve impacto na assistência, tanto em aspectos favoráveis quanto em aspectos desfavoráveis para os pacientes, enfermeiros e para o sistema de saúde. Na percepção dos enfermeiros, apesar de haver melhor reconhecimento profissional e aumento do conhecimento e poder técnico com o surgimento do enfermeiro “prescritor”, identificou-se sobrecarga de trabalho e aumento de trabalho não correspondente ao aumento salarial como pontos desfavoráveis à ampliação de funções (Toso, Filippon, Giovanella, 2016).

No presente estudo, o enfermeiro é o profissional de saúde que mais recebeu capacitação (88,8%) e que mais realiza o TRD do HIV (92,1%) (Tabela 8). Outros estudos como no Distrito Federal identificaram também que dentre os profissionais de saúde, foram os enfermeiros (62,6%) que mais foram capacitados para implantação do TRD do HIV e, foi reconhecido ser este profissional fundamental na redução da transmissão vertical ao incentivar gestantes, puérperas e parceiros a realizar o teste anti-HIV (Silva, Tavares, Paz, 2011). A extensa e importante participação do enfermeiro nas diferentes atividades assistenciais e gerenciais tem resultado em desgaste que não pode ser desconsiderado.

Não sendo uma atividade exclusiva do enfermeiro, outras categorias profissionais vem sendo capacitadas e tem participado das atividades de testagem rápida do HIV (Tabela 8): farmacêuticos, dentistas, psicólogos, nutricionistas e médicos, estes dois últimos em menor proporção. O envolvimento de outros profissionais de saúde é importante por ampliar as oportunidades de acesso ao diagnóstico da infecção do HIV nos serviços de saúde, e profissionais de nível superior capacitados estão aptos para realizar o aconselhamento (Brasil, 1999).

Na realização do aconselhamento e do TRD, revelar o diagnóstico da infecção do HIV não é uma reponsabilidade exclusiva do médico. Há uma diversificação entre as categorias profissionais que podem participar ativamente da oferta do teste e da realização do

diagnóstico do HIV. Em Portugal, uma equipe técnica composta por enfermeiro, psicólogo e administrativo, é responsável em esclarecer questões de sexualidade e realizar o TRD do HIV, caso o usuário deseje saber seu status sorológico (Ribeiro, Sacramento, 2014). Na Espanha, 80% dos médicos generalistas da atenção primária mostraram interesse em oferecer o TRD do HIV em suas práticas diárias, porém 44,3% identificaram como obstáculos a falta de tempo, e de investimento em capacitações para o uso do TRD, e para o aconselhamento pré e pós-teste, identificadas em 56,4%, 59,2% e 34,5% dos médicos entrevistados respectivamente (Agustí et al, 2013). Mora, Monteiro e Moreira (2015), discutem que a prática do aconselhamento em DST/Aids atrelada às habilidades de comunicação e atitudinais, podem ser qualificadas reconhecendo as variações entre as categorias profissionais, sendo necessário processos de educação permanente para aprimorar estas práticas.

Não é simples realizar o teste pois profissionais e usuários encontram dificuldades para realizar o TRD do HIV, embora não tenham sido especificadas exatamente quais são estas dificuldades (Tabela 13: itens K e O). A realização do teste rápido do HIV e a entrega do resultado são práticas complexas que demandam tempo e ao serem incorporadas em um atendimento de rotina, exige-se um prolongamento deste atendimento ou consulta. Desta forma, o profissional utiliza mais tempo com cada usuário, gerando aumento de trabalho e demora dos próximos atendimentos. Um estudo que avaliou acesso e acolhimento no nordeste brasileiro mostrou que os usuários demonstraram ter dificuldades em acessar exames e relataram atraso para serem atendidos na unidade de saúde, sendo estes fatores relevantes para os usuários (Souza, Czeresnia, Natividade, 2008). Entende-se que a dificuldade de acessar práticas nos serviços de saúde e a demora nos atendimentos podem estar relacionadas à organização dos serviços, como o dimensionamento de recursos materiais e humanos. Se os serviços de saúde apresentam dificuldades em organizar recursos, há pouca oferta de práticas para os usuários e demora nos atendimentos.

Nos serviços da atenção primária há uma proposta de organização do processo de trabalho no acolhimento à demanda espontânea pautada em escuta qualificada, caracterizada pelo atendimento do usuário na perspectiva do cuidado como ação integral, na qual a equipe analisa a necessidade de saúde e identifica o risco e a vulnerabilidade. Para a classificação de risco e vulnerabilidade recomenda-se um atendimento individual e de enfermagem no qual o profissional irá identificar situações de maior urgência e intervir de acordo com a situação. Este documento traz uma classificação de risco estabelecida para situações aguda ou crônica vindas da demanda espontânea, identificadas por prioridades ilustradas por cores: alto risco de

morte (vermelho), risco moderado (amarelo) e risco baixo ou ausência de riscos com vulnerabilidade importante (verde), estabelecendo-se um fluxograma para o acolhimento destas questões (São Paulo, 2015).

A demanda pela testagem do HIV não está prevista na classificação dos tipos de risco e vulnerabilidade propostos, mas é uma situação notada nos atendimentos das UBS. Deve-se discutir a questão da testagem rápida como uma demanda de saúde, e de que forma esta demanda poderia ser classificada. A procura pelo TRD do HIV pode estar relacionada a outras questões de saúde como a violência, situação esta que está classificada em alta vulnerabilidade e deve receber o atendimento imediato. Ou, a necessidade de realizar o TRD do HIV pode não aparecer diretamente no discurso do usuário, mas pode ser identificada durante o acolhimento através da escuta qualificada. Toma-se uma demanda em saúde que deve ser discutida e priorizada nos serviços de saúde. É possível que situações de vulnerabilidade ao HIV sejam identificadas durante o acolhimento e torna-se necessário que o profissional consiga ofertar o TRD do HIV, incorporando a testagem rápida no atendimento a demanda espontânea.

No processo de trabalho dos profissionais, está prevista a organização pautada por diretrizes operacionais que estabelecem previamente como o tempo de trabalho dos profissionais da atenção básica deve ser organizado. No município de São Paulo há uma proposta de organização do serviço semanal dos profissionais médicos, equipes de enfermagem e de saúde bucal que pode ser adaptada pela realidade local de cada serviço. Nas diretrizes, propõe-se que médicos realizem suas consultas, programadas e de demanda espontânea, com tempo de 15 minutos e enfermeiros em 20 minutos, havendo um número de consultas previstas na semana e consequentemente no mês. Há também uma previsão de horas semanais para outras atividades como acolhimento, visita domiciliar, reuniões, grupos educativos, entre outras atividades para médicos e enfermeiros (São Paulo, 2016). Neste conjunto de atividades propostas, ao considerar que a testagem do HIV é meta prioritária e que deve compor as atividades assistenciais da APS de forma integral, é necessário dimensionar quanto ao seu tempo de execução para ser incorporada nas atividades cotidianas de saúde, pois se entende que realizar o aconselhamento e o TRD do HIV demanda tempo de trabalho dos profissionais, que a experiência tem demonstrado um tempo de cerca de 40 minutos. Torna-se um desafio atrelar a consulta em que se identificam diversas questões de saúde com a realização do aconselhamento e do TRD do HIV na questão do dimensionamento de tempo proposto de atendimento. Bonfim et al. (2016) desenvolveram um instrumento de

gestão para planejar intervenções de saúde de acordo com o tempo médio despendido em cada uma, possibilitando otimizar a força de trabalho. Este pode ser um exemplo de instrumento para contribuir para planejar o processo de trabalho, ao dimensionar os recursos humanos em atividades em que o TRD do HIV possa ser incorporado.

Parte-se do entendimento que o aconselhamento é fundamental no momento de realização do TRD do HIV. Nesta investigação, identificou-se que as UBS que implantaram o TRD do HIV realizam o aconselhamento pré e pós-teste (Tabela 14: itens P e Q). Porém esta pode não ser uma realidade em outros municípios como mostra um estudo de Cuiabá-MS, no qual 46,4% das UBS não receberam capacitações para a realização do aconselhamento e 43,5% das UBS não o realizam, sendo esta uma vulnerabilidade programática (Maison, 2014). Profissionais de saúde mostraram ter dificuldades em realizar o aconselhamento propriamente dito, restringindo-se apenas no consentimento do usuário em realizar o teste, pois mostraram dificuldades em lidar com aspectos emocionais, especialmente em situações em que há resultado positivo para o HIV (Zakabi, 2012).

Vale lembrar que o aconselhamento é uma ação importante que precede a realização da sorologia laboratorial ou do TRD do HIV. O aconselhamento é um processo de escuta ativa, individual e centrada no usuário no qual se reconhece como sujeito de sua saúde (Val, 2012), sendo um espaço oportuno para o resgate da integralidade do indivíduo quando realizado por profissionais qualificados (Maison, 2014). O aconselhamento pré e pós-teste também é executado em serviços de saúde de outros países como em Portugal, que disponibiliza o TRD do HIV em Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH/sida, os chamados CADs, e que garantem o anonimato dos usuários (Ribeiro, Sacramento, 2014).

Na testagem do HIV, na oferta do teste rápido ou do teste laboratorial, é fundamental a realização do aconselhamento, especialmente no atendimento de gestantes. Em um estudo feito na Bahia, apesar do TRD ter sido incorporado no pré-natal, o aconselhamento não foi realizado em nenhuma das etapas do ciclo gravídico-puerperal, comprometendo a autonomia das mulheres e as distanciando da reflexão sobre possíveis vulnerabilidades a infecção do HIV vivenciadas (Carneiro, Coelho, 2010). O pedido de teste anti-HIV ao ser realizado de forma rotineira, no conjunto dos pedidos de exames laboratoriais do pré-natal, sem a realização do aconselhamento, implica em perder a oportunidade de discutir com a usuária o significado do resultado, seja ele positivo ou negativo para o HIV. O momento do aconselhamento também possibilita que o profissional de saúde se prepare para revelar um resultado positivo e para que o usuário sinta-se bem esclarecido e seguro para aceitar ou não

realizar o teste (Abdalla e Nichiata, 2008). O aconselhamento adequado também serve para sanar dúvidas ou preconceitos dos profissionais de saúde e de gestantes que não tiveram a oferta do teste anti-HIV durante o pré-natal (Martinelli et al, 2014), e representa uma escuta qualificada que facilita o vínculo entre o profissional e a gestante, no qual se avaliam vulnerabilidades relacionadas às DST e analisam-se possíveis fragilidades e potencialidades (Silva, Guilhem, Bampi, 2012).

Na realização do diagnóstico do HIV, as gestantes são grupo prioritário para a oferta do TRD, no entanto, 71 UBS (40,3%) não priorizam esta ação (Tabela 13: item I). É possível que no pré-natal haja prevalência da oferta da sorologia convencional de diagnóstico do HIV no conjunto de outros exames laboratoriais que fazem parte da rotina, tornando não necessário a realização do TRD. No entanto, não ofertar o TRD do HIV para gestantes ainda é um problema a ser enfrentado, pois segundo Silva, Guilhem e Bampi (2012), muitas tiveram dificuldades no acesso aos serviços de saúde, e que existem falhas no sistema de referência e contrarreferência de mãe e bebês com a infecção do HIV. Porém, a realização do TRD do HIV no pré-natal trouxe benefícios para as gestantes como mostrou um estudo em Porto Alegre, região sul do Brasil. A implantação do TRD do HIV foi uma experiência que qualificou o atendimento de pré-natal, pois além de realizar o diagnóstico precoce, diminui-se a possibilidade de perda e atrasos nos resultados dos exames (Gomes, Dutra, 2012).

Este estudo mostrou que 86,2% das UBS que implantaram o TRD do HIV (Tabela 14: item J) oferecem teste a indivíduos em situações de maior vulnerabilidade como HSH, profissionais do sexo e imigrantes, e nas UBS que não implantaram o TRD do HIV está é uma prática realizada por apenas 54,8% delas (Tabela 14: item J).

Na trajetória da aids, grupos vulneráveis como HSH, gays e profissionais do sexo são os mais abordados em produções científicas, mas entende-se que outros indivíduos também podem estar vulneráveis as DST como os imigrantes. Em Portugal, Dias et al. (2016) mostraram que ao se comparar trabalhadoras do sexo imigrantes com as portuguesas, observou-se que uma proporção maior de imigrantes que nunca realizaram o teste do HIV e que desconheciam seu diagnóstico de infecção do HIV ao se comparar com as portuguesas. Em um estudo espanhol observou-se que o teste rápido do HIV na atenção primária é acessado por populações mais vulneráveis como imigrantes, HSH e profissionais do sexo, e que houve um grande número de indivíduos com diagnóstico positivo e testados pela primeira vez. Destacou-se que os imigrantes são considerados mais vulneráveis as DST pois tem impedimentos para acessar serviços de saúde por diferenças culturais e dificuldades com a

lingual estrangeira (Vasallo et al, 2013), e principalmente quando vem de países com altas taxas de infecção do HIV como visto nas diretrizes de testagem anti-HIV do Reino Unido (British HIV Association, 2016).

Ao não incorporar o TRD do HIV nas atividades assistenciais de rotina das UBS ou ao oferecer o teste para determinados segmentos populacionais, os chamados grupos vulneráveis, deixa-se de realizar diagnóstico precoce do HIV para outros indivíduos. No estudo de Arantes e Santos (2015), ofertar o TRD do HIV apenas em atividades específicas como no pré-natal, faz com que não seja alcançada a população em geral como as mulheres que não vivenciam ou não vivenciaram a gestação, e mesmo com políticas públicas que ampliam as ações de cuidados em relação do teste do HIV, estas não são implementadas nos serviços. Na França, além da oferta do TRD do HIV no pré-natal, há uma preocupação em oferecer o teste para indivíduos com maior risco para a infecção do HIV como HSH, indivíduos com comportamento de risco e imigrantes africanos. Porém observou-se que 40% dos casos identificados estão com a infecção avançada e a maioria não pertencia aos grupos mais focados pela política vigente para oferta de teste. Os autores discutiram a necessidade do diagnóstico precoce e de ampliar a oferta de testes em serviços da atenção primária para a população (Doods et al, 2007).

Como estratégia de ampliar o diagnóstico precoce, há preocupação da atenção primária em incorporar a prática da realização do TRD do HIV na rotina dos serviços, como mostra um estudo feito no Rio Grande do Sul. Segundo Souza et al (2014), o teste rápido do HIV foi incorporado às consultas, no acolhimento e no pré-natal na UBS (Souza et al, 2014). Neste estudo, 84,1% das UBS que implantaram o TRD do HIV conseguiram incorporar o TRD do HIV nas atividades de rotina, diferente das UBS que não implantaram (Tabela 14: item H), sendo que a incorporação da testagem nas atividades é relevante para a implantação do TRD do HIV como mostra a análise estatística (Tabela 14: item H).

Apesar das dificuldades enfrentadas pelas UBS, no município de São Paulo, os profissionais sentem-se aptos em realizar o teste rápido do HIV (94,3%) e sabem que esta prática faz parte de suas atribuições (93,7%) (Tabela 13: itens L e M). Na experiência no Amazonas, a maior parte dos profissionais (73%) também se considerava apta para realizar o TRD do HIV, e poucos deles (10%) relataram que a testagem não faz parte de sua atribuição (Okamura, 2006). Porém, ainda encontram-se profissionais com dificuldades em abordar estas questões com os usuários, como mostrou um estudo feito com profissionais de saúde de São Paulo e Fortaleza. Para evitar situações de estigma e discriminação, os profissionais relataram

não oferecer o teste anti-HIV para a população geral e a testagem é apenas solicitada de forma rotineira em atendimentos baseados em protocolos pré-estabelecidos como no pré-natal e no programa de tuberculose (Zakabi, 2012). Profissionais podem também encontrar dificuldades no manuseio técnico do TRD do HIV. Ribeiro (2012) analisou a testagem rápida do HIV na atenção básica de um município do Amazonas e identificou erros de interpretação por profissionais de saúde nos testes exclusivamente com amostras positivas, atribuindo-se estes erros a dificuldade pelo uso da plataforma de duplo percurso do teste que exige mais atenção no preparo do material e execução. Desta forma, torna-se oportuno manter constantemente capacitações e treinamentos para os profissionais de saúde, mesmo aqueles que já estão habituados como a realização do TRD do HIV, a fim de evitar possíveis erros.

A prática da testagem rápida já está consolidada nas atribuições profissionais, especificamente na atenção primária que é um nível de atenção em que é oportuno realizar o diagnóstico precoce da infecção do HIV e esta atividade deve fazer parte das atividades cotidianas das UBS. Ao mesmo tempo, os profissionais reconhecem que revelar um diagnóstico positivo para a infecção do HIV não é uma tarefa fácil. Neste momento é importante compartilhar a responsabilidade com outro profissional de saúde como mostrou a experiência vivenciada por equipes de saúde da família que revelaram o diagnóstico em dupla (médico e enfermeiro juntos), trazendo segurança e apoio mútuo no momento da revelação (Abdalla e Nichiata, 2008).

Após a revelação da infecção do HIV, há preocupação do profissional em sensibilizar o usuário para revelar seu diagnóstico ao parceiro, na tentativa de prevenir uma possível transmissão como mostram os resultados (Tabela 14: item W). Abdalla e Nichiata (2008) comentaram sobre a necessidade de estimular a abertura da privacidade ao parceiro que desconhece este diagnóstico. Na percepção do profissional de saúde deve-se procurar convencer a usuária a contar sobre o diagnóstico ao parceiro, e o profissional mostrou-se estar a disposição para estar junto no momento da revelação. Esta proximidade entre o profissional e a usuária é construída a partir do aconselhamento, contribui para a formação de vínculo entre eles. Lembra-se que o momento do aconselhamento promove a construção desta relação de confiança entre o profissional e o usuário.

No enfrentamento da epidemia da aids a oferta de insumos de prevenção é fundamental para diminuir a vulnerabilidade a infecção do HIV, embora a disponibilidade de preservativos não seja item obrigatório e imprescindível para realizar o TRD. O preservativo feminino está disponível em quantidade insuficiente em parte das UBS, diferente dos preservativos

masculinos (Tabela 10: itens G e H). O estudo de Kalckmann, Farias e Carvalheiro (2009) apontou que a oferta de preservativos femininos ainda é restrita, entretanto há iniciativas para ampliá-la e para melhorar custos e a aparência do insumo de forma a torná-lo mais atrativo. Porém, o Brasil é um dos poucos países que distribui o preservativo feminino para a população, sendo este um avanço no enfrentamento as DST (UNAIDS, 2016).

Neste estudo, os insumos são acessados na maioria das UBS por meio de displays (Tabela 12), o que garante o livre acesso, sem necessidade de identificação do usuário sobre a quantidade que necessita. Há algumas UBS que dispensam o preservativo na recepção da farmácia, no atendimento do acolhimento ou quando o usuário comparece às palestras ou orientações (Tabela 12). Maison (2014) lembra que apenas a distribuição dos insumos por si só não garante o uso adequado do preservativo, sendo que o diálogo entre o usuário e o profissional é um importante instrumento para a redução de vulnerabilidades. Num estudo feito com mulheres, o diálogo deve propiciar que a usuária fale e reflita sobre a sua vida sexual e afetiva, e que decida sobre o uso do método preventivo, e que não seja apenas uma conversa sobre como manusear o preservativo. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde recebam treinamentos e sensibilizações para que o preservativo seja real alternativa para as mulheres (Kalckmann, Farias e Carvalheiro, 2009).

Apesar do momento de diálogo entre o profissional e o usuário ser importante para o uso adequado do preservativo, a liberação do preservativo não deve estar obrigatoriamente atrelada a um atendimento. O usuário pode não conseguir aguardar o atendimento e sair do serviço sem os insumos de prevenção. Outra questão refere-se a dificuldade que o usuário possa ter ao expor sua intimidade ao profissional quando vem solicitar os preservativos, e omitir a quantidade real de preservativos que necessita, especialmente quando se trata de profissionais do sexo. Desta forma o diálogo entre o profissional de saúde e o usuário acaba não sendo eficaz para identificar situações de risco e diminuir as vulnerabilidades as DST.

Após o diagnóstico do HIV, o fluxo para conduzir o usuário na rede dos serviços ainda não é realizado em todas as UBS, como o encaminhamento para o serviço de referência e o recebimento da contrarreferência (Tabela 13: itens X e Y), sendo estes pontos de vulnerabilidade. E ambas as condições os percentis apresentam-se abaixo de 80% porém observa-se que há maior encaminhamento para os serviços de referência (79,0%) do que o recebimento da contrarreferência (52,3%). No entanto, entende-se que nem todas as UBS realizam o TRD do HIV, especialmente as que não implantaram o teste, e consequentemente

o fluxo não foi estabelecido. De qualquer forma, torna-se fundamental que as UBS conheçam o fluxo entre serviços após realizar o diagnóstico da infecção do HIV.

Para assegurar o acesso do indivíduo na rede de serviços de saúde, é fundamental que o sistema de referência e contrarreferência seja estabelecido. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, é o modo como os serviços articulam-se entre si, formando uma rede sustentada por fluxos. O sistema configura-se pelo encaminhamento do usuário pela unidade de atendimento (referência) para outra unidade, e ao ser realizado o atendimento, o usuário é encaminhado de volta a sua unidade de origem (contrarreferência) para a continuidade do cuidado (Brasil, 2011).

Para Val e Nichiata (2014), a integração do sistema de referência e contrarreferência entre os serviços é uma fragilidade a ser enfrentada nas questões do HIV/aids, indicando que há uma fragmentação da continuidade da assistência a saúde. Esta fragilidade também foi identificada no estudo de Maison (2014), no qual se observou a inexistência da integração entre a atenção primária e a referência, especificamente no atendimento as gestantes. Para Franco (2011), a vulnerabilidade programática evidencia-se na fragmentação do cuidado entre os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção ao HIV/aids, especialmente nas poucas situações em que a contrarreferência se fez presente. Destaca ainda que o acompanhamento pela atenção primária dos pacientes que vivem com o HIV/aids ocorre de forma irregular e sem fluxo de atendimento definido. Para Machado, Colombé e Beck (2011), a inexistência do sistema de referência e contrarreferência está relacionado a dificuldade da implementação deste sistema e a falta de recursos humanos na equipe, e que a informação que retorna a UBS vêm do próprio usuário que relata como foi o seu atendimento, sendo este relato muitas vezes incompleto.

Uma das ferramentas utilizadas para a melhoria da atenção a saúde de PVHA é o monitoramento clínico, que consiste em identificar indivíduos diagnosticados, em TARV e em supressão viral (carga viral indetectável), formando a chamada Cascata de Cuidado contínuo. Países da América Latina e Caribe acordaram três metas para o monitoramento da cascata de cuidados, metas estas reconhecidas pela UNAIDS em 2014. Ficaram conhecidas como metas 90-90-90 nas quais os países devem atingir até 2020: 90% das PVHA diagnosticadas, 90% das PVHA diagnosticadas e em TARV e 90% das PVAH diagnosticadas em TARV com supressão viral (Brasil, 2015a).

A utilização de TARV vem sendo utilizada como ação de prevenção na tentativa de diminuir o risco para a infecção do HIV, com o uso da Profilaxia Pós-Exposição (PEP), que

tem por objetivo diminuir a multiplicação viral no organismo. É indicada em situações de risco e de vulnerabilidade a infecção como em episódios de violência sexual, na relação sexual desprotegida e em exposição a material biológico. Para que haja eficácia desta ação, este deve ser iniciado em até 72 horas após a exposição indicando-se a tomada da medicação por 28 dias (Brasil, 2016).

Outra recente ação preventiva da infecção é o uso da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), no qual o Brasil destacou-se no relatório global da UNAIDS, Prevention Gap Report, sobre prevenção a infecção do HIV pois utilizou recursos próprios na resposta a epidemia, e indicou em estudo que quanto maior a percepção de risco de infecção pelo HIV por parte do indivíduo, mais procuram e usam o PrEP, e que os serviços de saúde brasileiros podem ser facilitadores para a implementação do PrPE (UNAIDS, 2016). O PrPE consiste uma estratégia de prevenção que envolve o uso de uma medicação antirretroviral por pessoas não infectadas com a finalidade de reduzir o risco da infecção do HIV através de relações sexuais (Fiocruz, 2013-2016).

Estas ferramentas estão disponíveis em serviços especializados e de pronto-atendimento, mas que podem ser realizadas pela atenção primária. Se as UBS começarem a ser responsáveis por ações de prevenção e tratamento como a prescrição de antirretrovirais, PEP e PrEP, devem estar preparadas para esta responsabilidade. Desta forma pontos de vulnerabilidade programática nos serviços da atenção primária devem ser melhor discutidos para que a testagem rápida do HIV e a continuidade dos cuidados possam ser realizadas da melhor forma possível.

Nas questões sobre a organização dos serviços, diferente das UBS que não implantaram o TRD do HIV, as UBS que implantaram tem um profissional responsável pelo controle do estoque e da temperatura do local onde são armazenados os testes (Tabela 14: itens B e A), não apresentam atraso na entrega dos testes (Tabela 14: item C), conseguem realizar o teste que caso de procura ou demanda espontânea (Tabela 14: item D), tem um profissional referência e/ou escalado (Tabela 14: item E) e períodos semanais para realizar o TRD do HIV (Tabela 14: item F). Isto mostra que as UBS que não implantaram o TRD do HIV não contam com uma organização para a implantação desta prática na rotina do serviço, justificando-se os baixos percentuais nestas condições. Lembra-se que no armazenamento dos testes rápidos não há a necessidade de refrigerá-los, pois podem permanecer em temperaturas entre 2° e 30°C, recomendando-se o armazenamento em geladeira somente em locais onde a temperatura ambiente ultrapasse 30°C. Portanto, é necessário que um profissional de saúde se

responsabilize em acompanhar mudanças climáticas para garantir o armazenamento adequado dos testes (Fiocruz, 2007).

A análise estatística, de acordo com a tabela 14, reforça a ideia de que para garantir o sucesso na implantação do TRD do HIV, a UBS precisa organizar-se para incorporar esta nova tecnologia em sua rotina. Torna-se importante ter um profissional responsável pelo controle de estoque (item B) e de temperatura do local onde são armazenados os testes (item A).

Na garantia do sucesso da implantação do TRD do HIV (Tabela 14), deve-se realizar a abordagem consentida (item R), o aconselhamento pré (item P) e pós-teste (item Q) e o registro adequado das informações deste atendimento (item U). A UBS deve dispor de um profissional que se responsabilize por planejar a quantidade de teste a ser utilizada de acordo com a demanda do serviço, evitando atrasos na entrega (item C). Os profissionais devem saber como encaminhar os indivíduos com a infecção do HIV para o serviço de referência (item X), monitorar se há contrarreferência dos casos (item Y) e se há preocupação em sensibilizar o usuário em revelar seu diagnóstico para que o parceiro realize o teste (item W). Com a prática do aconselhamento e do TRD do HIV implantada na UBS pode-se divulgar a oferta deste serviço para a população (item S).

Neste estudo, há divulgação por parte das UBS a respeito da oferta do TRD do HIV (Tabela 13: item S). A divulgação sobre a oferta do TRD do HIV nas UBS é um instrumento importante para estimular a reflexão sobre possíveis situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos usuários e ampliar o acesso ao diagnóstico precoce. A falta de procura espontânea pelo teste anti-HIV pode ser justificada pela ainda sedimentada ideia de grupos de risco, lançada nas décadas de 80 e 90, que está presente no imaginário social coletivo, e com isso os indivíduos não se identificam como vulneráveis a infecção do vírus do HIV. Na experiência vivenciada por equipes da estratégia saúde da família não houve situações em que a usuária procurou pela realização do teste de forma voluntária, sendo que a oferta do teste foi feita através de da suspeita de uma possível infecção feita por profissionais de saúde, incluindo o ACS (Abdalla e Nichiata, 2008).

Sobre os graus de vulnerabilidade programática, o marcador relacionado à Estrutura dos serviços para o aconselhamento e o TRD do HIV apresentou na maioria das UBS, tanto as que implantaram quanto as que não implantaram o TRD do HIV, o grau médio na escala da vulnerabilidade programática (55,7%), seguido de grau baixo (43,7%). Apenas uma UBS que não implantou o TRD do HIV apresentou alta vulnerabilidade neste marcador, e está na

região da CRS Sudeste. Isto indica que em geral as UBS têm aspectos estruturais que não interferem na implantação do TRD do HIV, mas que estes aspectos podem ser melhorados para que haja diminuição da vulnerabilidade programática. Espera-se que as todas as UBS tenham todos os itens relacionados à estrutura para realizar o aconselhamento e o TRD do HIV.

No conjunto dos itens relacionados ao marcador organização prevaleceu o grau baixo de vulnerabilidade programática que indica que as UBS, mesmo com as dificuldades enfrentadas, conseguem se organizar para realizar o TRD do HIV. As UBS que não implantaram o TRD do HIV apresentam uma média vulnerabilidade, pois ainda não se organizaram para esta nova prática, apesar de já terem sido capacitadas. E na CRS Sudeste, identificou-se apenas uma UBS com alta vulnerabilidade programática alta.

Semelhante ao estudo de Val (2012), as UBS de um modo geral apresentaram baixa vulnerabilidade programática. Do total de cinco, o marcador relacionado à infraestrutura para a realização das ações de prevenção e assistência as DST/HIV/aids foi classificado como de baixa vulnerabilidade programática, três marcadores que são compostos por itens relacionados a organização dos serviços, tiveram suas classificações prevalentes entre média e baixa vulnerabilidade, sendo identificado dois marcadores com alta vulnerabilidade. Identificou em seu estudo, ao relacionar o princípio da integralidade com a organização das práticas em relação as DST/HIV/aids, que as UBS possuem vulnerabilidades de âmbito programático que dificultam sua efetivação.

No estudo de Maison (2014), o marcador relacionado aos aspectos de infraestrutura para a realização de ações em HIV/aids no município de Cuiabá-MS, também foi classificado com média vulnerabilidade. Outros marcadores que contemplam itens referentes a organização dos serviços de saúde classificaram-se entre os graus médio e baixo de vulnerabilidade. A autora identificou que ainda existem desafios a serem superados nos serviços de atenção primária, havendo necessidade de maior investimento por parte gestão na tentativa de diminuir as vulnerabilidades programáticas.

Na contribuição de Takahashi (2006), alguns contextos identificados sobre a estrutura e organização dos serviços de saúde em DST/HIV/aids vão de encontro com resultados deste estudo como: horário de atendimento nos serviços incompatível com o trabalho do usuário, demora no atendimento, número de insuficiente de vagas, tempo insuficiente para cada atendimento, desarticulação com outros serviços de saúde ao refletir sobre a contrarreferência, rotatividade e frequência irregular de profissionais, qualificação insuficiente dos profissionais

para manejo de aspectos correlatos ao HIV/aids, disponibilidade irregular de recursos para o diagnóstico da infecção e prevenção da transmissão do HIV como o teste rápido e o preservativo feminino.

Ao analisar os pontos de vulnerabilidade programática no presente estudo, percebe-se que há uma preocupação para que o TRD do HIV seja de fato implantado nas UBS do município de São Paulo. Os serviços de saúde da APS tentam, mesmo com a falta de recursos estruturais, humanos e materiais, agregar a oferta do teste rápido no dia a dia dos atendimentos nas UBS. Porém, ainda existem pontos que devem ser melhorados a fim de diminuir a vulnerabilidade programática nos serviços e ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV para a população em geral. Este estudo apontou fragilidades e potencialidades presentes nas UBS, pontos estes que caracterizam os modos de funcionamento dos serviços, e que devem subsidiar discussões por parte dos gestores locais com o propósito de melhorar o atendimento de saúde no enfrentamento da epidemia da aids.

6 Conclusão

6 CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar a vulnerabilidade programática nas UBS do município de São Paulo na questão da implantação do TRD do HIV na atenção primária. Frente aos objetivos propostos, foi possível estabelecer marcadores da vulnerabilidade programática presentes nas práticas da atenção primária para a realização do aconselhamento e do teste rápido de diagnóstico do HIV, na perspectiva do serviço de saúde, conforme protocolos e produção científica existente; caracterizar as UBS de acordo com o conjunto de itens que compõem os marcadores de vulnerabilidade programática; e identificar os graus de vulnerabilidade programática das UBS de acordo com os marcadores estabelecidos.

O estudo tem como hipóteses que as UBS possuem vulnerabilidades programáticas que dificultam a incorporação do TRD do HIV na rotina dos serviços, e que as UBS que não implantaram o TRD do HIV apresentam maior grau de vulnerabilidade. No estudo as hipóteses foram evidenciadas, pois tanto as UBS que implantaram quanto as UBS que não implantaram o teste rápido do HIV possuem vulnerabilidades programáticas nos marcadores de Estrutura e Organização. E apesar de ambos os grupos de UBS apresentarem graus médio e baixo de vulnerabilidade, as UBS que não implantaram o TRD do HIV também apresentam alta vulnerabilidade.

No município de São Paulo, as capacitações e implantações do TRD do HIV ocorreram entre os anos de 2014 e 2015, e por isso são práticas recentes na atenção primária. Das 176 UBS que participaram do estudo, 145 afirmaram ter incorporado o TRD do HIV e 31 referiram não ter implantado o teste, mesmo identificando-se situações em que o TRD do HIV foi realizado em alguns destes serviços. Por serem práticas recentes, algumas UBS ainda não implantaram plenamente a testagem rápida do HIV na rotina dos serviços. Além disso, a falta de recursos humanos e materiais foram as justificativas mais citadas pela UBS que não implantaram o TRD do HIV, porém estas deficiências também podem ser observadas nas UBS que implantaram o teste. De certa forma estes problemas não impediram a implantação do teste nas UBS, mas podem ser fatores que dificultam a incorporação do teste em todas as atividades dos serviços, pois apenas 75,6% das UBS conseguem incorporar o teste na rotina.

O enfermeiro é o profissional de saúde mais capacitado e que mais executa o TRD do HIV nas UBS. Discutiu-se que este profissional também é responsável por atividades administrativas, gerenciais e assistenciais, podendo ficar sobrecarregado com inúmeras atribuições. A testagem rápida do HIV é uma atividade que deve ser compartilhada com todos

os profissionais capacitados, possibilitando uma descentralização desta atividade para as demais categorias profissionais. Desta forma, há aumento da oferta de realização de TRD do HIV para a população.

A maior parte das UBS funciona com o modelo estratégia saúde da família e em horário comercial, das 7 às 19 horas, sendo que isto pode ser um obstáculo para os usuários trabalhadores que desejam conhecer seu status sorológico para a infecção do HIV mas não conseguem acessar a UBS. Seria oportuno que as UBS, ao conhecer as características de sua população, criassem espaços em que os usuários conseguissem acessar o TRD do HIV por meio de atividades em horários alternativos, e uma das alternativas seria planejar atividades extramuros para aumentar a oferta do TRD do HIV.

A falta de estrutura adequada nas UBS, apesar de não impedir a realização do aconselhamento e do TRD do HIV, são aspectos que dificultam o trabalho do profissional num atendimento de melhor qualidade para a população. A precariedade dos serviços desvaloriza a atenção primária, que é um ponto da rede de importância para o sistema de saúde. A falta de materiais básicos para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV, incluindo o próprio teste, são impedimentos para a execução desta prática, sendo estes pontos de vulnerabilidade programática que influenciam na implantação do TRD do HIV nas UBS.

Apesar das dificuldades estruturais, as UBS tem espaços que garantem a privacidade no atendimento e o sigilo das informações, sendo estes aspectos fundamentais para a abordagem das questões de vulnerabilidade ao HIV/aids. Os insumos de prevenção, como os preservativos, são ofertados livremente para a população de forma que possibilitam diminuir vulnerabilidades individuais.

Nas questões de organização dos serviços e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV, o teste é pouco incorporado nas atividades assistenciais, inclusive em atividades em que a realização do teste é indicada em protocolos como no atendimento de pré-natal. A UBS pode se organizar para realizar o TRD do HIV no momento de captação da gestante. O aconselhamento pré e pós-teste deve ser feito independentemente do tipo de testagem, rápida ou por meio de análise laboratorial, sendo que este momento é fundamental para abordar condições de vulnerabilidade. Nas questões sobre a infecção do HIV, os profissionais de saúde podem afinar o olhar e identificar indivíduos que possam apresentar maior vulnerabilidade ao HIV e disponibilizar o TRD em diversos momentos do atendimento em saúde.

As UBS, ao colocarem a testagem rápida do HIV como prática que faz parte das ações da atenção primária, devem se organizar para ter uma equipe que controle estoque e temperatura de onde são armazenados os testes, os atrasos na entrega e as escalas que dimensionam recursos humanos para ofertar o TRD do HIV para a população. Em geral, os profissionais se sentem aptos para realizar o TRD do HIV e sabem que esta é uma atividade que faz parte de suas atribuições. As UBS têm dificuldades em ofertar o TRD do HIV, vistos em períodos semanais restritos e quantidade diminuída de profissionais referencias e/ou escalados para esta atividade. Os profissionais encontram dificuldades para realizar a testagem rápida no cotidiano, pois podem estar sobrecarregados com as demais atividades em saúde. Os usuários por sua vez também encontram dificuldades em realizar o TRD do HIV.

Na rede dos serviços, o sistema de referência e contrarreferência para as questões do HIV é um desafio enfrentado pelas UBS. Há referência dos casos com diagnóstico para o HIV, mas há pouca contrarreferência sobre as informações dos atendimentos destes usuários pelos outros serviços.

Sobre os graus de vulnerabilidade programática, as UBS que participaram do estudo apresentaram média vulnerabilidade no marcador Estrutura para a realização do aconselhamento e do TRD do HIV, e baixa vulnerabilidade no marcador Organização do serviço e práticas do aconselhamento e do TRD do HIV. Ao analisar sob o olhar da implantação ou não do TRD do HIV no serviço, as UBS que não implantaram o TRD do HIV apresentam maior vulnerabilidade sobre as UBS que implantaram o TRD do HIV, pois também apresentam alta vulnerabilidade.

No marcador de Estrutura, tanto as UBS que implantaram como as que não implantaram o TRD do HIV prevalecem com grau médio de vulnerabilidade seguido de baixo grau, porém as que não implantaram também apresentam alta vulnerabilidade, grau este que não aparece nas UBS que implantaram o teste. No marcador de Organização, há maior diferença nos aspectos de vulnerabilidade programática entre as UBS que implantaram com as UBS que não implantaram o teste. Nas UBS que implantaram há prevalência do baixo grau de vulnerabilidade, enquanto que nas UBS que não implantaram há prevalência no médio grau e há também há alta vulnerabilidade.

O presente estudo vem contribuir para a identificação de desafios enfrentados pelos serviços de saúde da atenção primária nas questões da implantação do TRD do HIV, através do uso de marcadores de vulnerabilidade programática. Os marcadores permitem identificar os problemas existentes nas UBS que podem interferir na implantação do TRD do HIV como

parte das atividades cotidianas destes serviços. Se as UBS capacitadas enfrentam dificuldades para implantar o TRD do HIV, pouco se consegue ofertar o teste e há restrição no acesso ao diagnóstico do HIV para a população. Lembra-se que no enfrentamento da epidemia da aids, realizar o diagnóstico precoce é fundamental para melhorar a sobrevida do indivíduo e quebrar a cadeia de transmissão.

Os pontos de vulnerabilidade programática identificados neste estudo podem ser ampliados para outras questões que caracterizam os serviços da atenção primária, não sendo específicos para o TRD do HIV, ou mesmo outras ações em relação ao agravo em particular. Fragilidades vistas em aspectos estruturais, organizacionais e de práticas em saúde são identificadas nos serviços e influenciam no desenvolvimento de outras ações em saúde realizadas nas UBS. Ou seja, estas fragilidades não apenas dificultam a realização do TRD do HIV como podem ser obstáculos para outras práticas, mesmo que já consolidadas há mais tempo nos serviços. Desta forma, entende-se que há a necessidade de investir na atenção primária de modo a melhorar estes serviços, tanto para os profissionais de saúde quanto para a população.

Referências

REFERÊNCIAS

- Abdalla FTM, Nichiata LIY. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Soc São Paulo*.2008;17(2):140-52.
- Acúrcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(2):233-42.
- Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Research*. 1974;(9):208-20.
- Agustí C, et al. Aceitabilidade de rápida tecnologia de diagnóstico de HIV entre os profissionais de saúde primário em Espanha. *Aids care* [Internet]. 2013 [citado 2016 ago 20];25(5). Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540121.2012.726339>.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and Access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36:1-10.
- Arantes EO, Santos RS. Teste anti-HIV na perspectiva das políticas públicas: proposta e realidade. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(4):562-66.
- Araújo CLF, Costa LPM, Schilkowsky LB, Silva SMB. Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no município do Rio de Janeiro e o Acesso ao diagnóstico do HIV entre a população negra: uma análise qualitativa. *Rev Saúde e Soc*. 2010;19(supl.2):85-95.
- Araújo MAL, Silveira CB, Melo SP. Vivências de gestantes e puérperas com diagnóstico do HIV. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(5):589-94.
- Ayres JRCM. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social a epidemia. *Bol Epidemiol*. 1997;15(3):2-4.
- Ayres JRCM, et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, organizador. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poderes*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo, Editora 34, 1999. p.49-72.
- Ayres JRCM, et al. Risco, Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, organizador. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.375-417.

Barbosa AJ, et al. Tendências da epidemia da AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(4):727-37.

Barreira RB. Elaboração e validação de questionários para coleta de dados sobre serviços especializados e pacientes com imunodeficiências primárias [dissertação]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Instituto Fernandes Figueira; 2007.

Beck CLC, Prochnow A, Silva RM, Prestes FC, Tavares JP. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção a saúde. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3):490-95.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [citado 2014 set 13];43(n.spe2):1326-1330. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600031&lng=pt&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>.

Blake H, Leighton P, Sharma S. HIV and Aids. Updates on Biology, Immunology, Epidemiology and Treatment Strategies. ed. Dr. Nancy Dumais. Croácia: InTEch; 2011. Saliva Testing as a Practical tool for a rapid HIV screening. p.627-41.

Bonfim D, Fugulin FMT, Laus AM, Peduzzi M, Gaidzinski RR. Padrões de tempo médio das intervenções de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: um estudo observacional. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):118-26.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: Manual. Coordenação Nacional de DST/Aids. Brasília; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica. Programa Nacional em DST e Aids. Brasília; 2003.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica no 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Teste rápido: porque não? Estudos que contribuem para a ampliação da testagem para HIV no Brasil. Dhalia CBC, Diaz-Bermudéz XP, Organizadores. Brasília; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Contribuições do Centros de Testagem e Aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade e o acesso. Séries Estudo: Pesquisa e Avaliação número 11. Brasília; 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Regulamentação de testes. [internet], Brasília, 2009a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/regulamentacao-de-testes#151>.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Testagem para HIV. [internet], Brasília, 2009b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/testagem-para-hiv>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria no 151, de 14 de outubro de 2009. Amplia o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV. Diário Oficial da União, Brasília, 16 out. 2009c. Seção 1:40.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Morbidade e Mortalidade [internet]. Brasília; 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/c10.def>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Rede Cegonha. Realização do Teste Rápido para o HIV e Sífilis na Atenção Básica e Aconselhamento em DST/Aids – Curso. Brasília; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Orientações para a implantação de testes rápidos de HIV e sífilis. Rede Cegonha. Brasília; 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, Aids e hepatites virais. Boletim Epidemiológico Aids/DST [Internet – v.preliminar]. 2012c. [citado em 2013 mar 05]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2012>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Brasília; 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes. Rede Cegonha. Brasília; 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Relatório do Progresso a Resposta ao HIV/Aids (2010-2011). Brasília; 2013c. [citado 2013 jul 22]. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/coletanea2012/coletanea.html>.

Brasil Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids. Brasília; 2013d. [citado 2013 abr 30] Disponível em: http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaida.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Tipos de Exames. [internet] Brasília, 2013e. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/tipos-de-exames#WesternBlot>.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. 2013f;2(1).

Brasil. Ministério da Saúde. 5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica. Guia para gestores. Brasília, DF. 2014a. Disponível em: www.aids.gov.br/sites/default/files/.../coordendores_pdf_46953.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Ativistas ouvidos pela Agência Aids aprovam teste de saliva para HIV e pedem cuidado no aconselhamento dos pacientes. Brasília; 2014b. [citado 2014 fev 07] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/2013/ativistas-ouvidos-pela-agencia-aids-aprovam-teste-de-saliva-para-hiv-e-pedem-cuidado-no>.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – HIV/Aids. 2015a;4(1).

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Brasília; 2015b. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O que é PEP? [Internet]. Brasília; 2016. Disponível em: http://www.aids.gov.br/o_que_e_pep.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS dos municípios brasileiros [internet]. [citado 2016 ago 20]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/aids>. [s.d.]

British HIV Association, British Association of Sexual Health and HIV, British Infection Society. UK national guidelines for HIV testing. Londres (UK); 2016.

Capazzolo AA, Fortuna CM, Matumoto S. A atenção básica e a produção do cuidado integral as pessoas em relação as DST e AIDS. In: Paula IA, Guibu IA, organizadores. DST/aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: Secretaria do Estado de São Paulo; 2007. p.56-79.

Carneiro AJS, Coelho EAC. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(Supl.1):1217-26.

Cruz AS. Como interpretar a análise estatística em publicações na área da saúde. Curitiba; 2009.

Delaney K, Branson BM, Uniyal A, Kerndt PR, Keenan PA, Jafa K et al. Performance of an oral fluid rapid HIV-1/2 test: experience from four CDC studies. AIDS. 2006;20(12):1655-60.

Dias S, Gama A, Pingarilho M, Simões D, Mendão L. Health services use and HIV prevalence among migrant and national female sex workers in Portugal: are we providing the services needed? Aids Behav. [Internet] 2016. [citado 2016 ago 04]:1-6, 2016. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10461-016-1511-x>.

Doods W, et al. Routine test to reduce late HIV diagnosis in France. BMJ: British Medical Journal. [Internet] 2007. [citado 2015 abr 01];334(7608):1354-6. Disponível em: http://www.jstor.org/stable/20507546?seq=1#page_scan_tab_contents.

Fiocruz; Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos. Manual de Treinamento para TR DPP-HIV ½ - SSP. Ensaio qualitativo para detecção de anticorpos específicos da infecção pelo HIV –1/2 em amostras de sangue total, soro, punção digital e plasma humano. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 15p.

Fiocruz. LapClin - Laboratório de Pesquisa Clínica em DSTe HIV/AIDS. Entendendo a PrEP. [internet]. Rio de Janeiro; 2013-2016 [atualizado 2016]. Disponível em: <http://prepbrasil.com.br/entendendo-a-prep/>.

França Júnior I, Calazans G, Zucchi EM. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. Rev Saúde Pública. 2008;42(supl.1):84-97.

Franco FA. Atenção integral ao HIV/aids: para além da referência e contrarreferência. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2011.

Gavalote HS, et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária a saúde. Esc Anna Nery. 2016;20(1):90-8.

Germano FN, Silva TMG, Mendonza-Sassi R, Martínez AMB. Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de testagem e aconselhamento (CTA) para conhecimento do seu status sorológico – Rio Grande, RS, Brasil. Cienc Saúde Coletiva. 2008;13(3):1033-40.

Gomes R, Moreira MCM, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(Supl.1):983-92.

Gomes RMT, Dutra CF. Teste rápido em unidade de saúde: impacto no pré-natal. In: Anais do III Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade; 2012 abr 26-28; Florianópolis. Florianópolis: SBMFC; 2012.

Grangeiro A, Escuder MM, Wolffenbüttel K, Pupo LR, Nemes MIB, Monteiro PHN. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para o HIV no Brasil. Rev Saúde Pública. 2009;43(3):427-36.

Grangeiro A, Escuder MML, Castilho EA. Evaluation of strategies by the Brazilian Ministry of Health to stimulate the municipal response to Aids. Cad Saúde Pública. 2011; 27(Sup.1):114-S128.

Grangeiro A, et al. Prevalência e vulnerabilidade a infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. Rev Saúde Pública. 2012;46(4):674-84.

Hamers R, Beer IH, Kaura H, Angula T, Van Vugt M, Caparos L et al. Diagnostic accuracy of 2 oral fluid-based tests for HIV surveillance in Namíbia. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008;48(1):116-8.

Hewer R, Motaung E, Mathope A, Meyer D. Social Marketing as a means of raising community awareness of an HIV voluntary counseling and testing site in Soweto, South Africa. *Africa J AIDS Research*. 2005;4(1):51-6.

Kalckmann S, Farias N, Carneiro JR. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2009;12(2):132-43.

Kendrick S, et al. Outcomes of Offering Rapid Point-of-care HIV Testing in a Sexually Transmitted Disease Clinic. *J Acquir Defic Syndr*. 2005;38(2):142-6.

Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas a composição das equipes de saúde família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(Supl.1):1463-72.

Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1(1):31-40.

Mac Phail C, Pettifor A, Coates T, Rees H. "You must do the test to know your status": attitudes to HIV voluntary counseling and testing for adolescents among South African youth and parents. *Health Educ Behav*. 2008;35(1):87-104.

Maison CL. Vulnerabilidade programática ao HIV/AIDS nas unidades básicas de saúde de Cuiabá, Mato Grosso. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. Como avaliar a vulnerabilidade a infecção pelo HIV e aids. In: *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993. p.275-300.

Martinelli KG, Neto ETS, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(2):56-64.

Matida AH. Do 'risco' ao constructo 'vulnerabilidade': contribuições ao conhecimento contextualizado sobre a Aids. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2003;(29):34-43.

Mello MLR, Santos NJS, Giovanetti MR, Tayra A. Aids em Homens que fazem sexo com homens. Tópicos importantes da política pública de prevenção do HIV/AIDS para gays, travestis e outros HSH. *BEPA, Bol Epidemiol Paul [Internet]* 2012 jul;9(103):21-31.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o impacto da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Messas JT. Análise do ambiente educacional: construção e validação de um instrumento de avaliação para graduação em enfermagem. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

Meyerson BE, Ryder PT, Hippel CV, Coy K. We can do more than sell the test: pharmacist perspectives about over-the-counter rapid HIV tests. *AIDS Behav.* [Internet] 2013. [citado 2016 ago 22];17(6):2109-13. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10461-013-0427-y>.

Monteiro MCS, Oliveira MPR. Desconstruindo a verticalização – DST/AIDS e rede básica: uma integração possível. In: Paula IA, Guibu IA. DST/aids e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2007. p.9-22.

Mora C, Monteiro S, Moreira COF. Formação, práticas e trajetórias de aconselhadores de centros de testagem anti-HIV do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface.* 2015;19(55):1145-56.

Muñoz-Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):319-24.

Mutale W, Michelo C, Jurgensen M, Fylkesnes K. Home-based voluntary HIV counseling and testing found highly acceptable and to reduce inequalities. *BMC Public Health.* 2010;10:347.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. The use of “vulnerability” concept in the nursing area. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008;16(5):923-8.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Gryschek ALP, Araújo NVDL, Padoveze MC, Ciosak SI, Takahasi RF. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(spe 2):1769-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800023&lng=pt.

Okamura M. Avaliação da Implantação do Teste Rápido para diagnóstico do HIV no estado do Amazonas. [dissertação]. Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Oliveira IBN. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(Sup 2):S259-S268.

Paiva V, Pupo L, Barboza R. O direito a prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(supl.):109-19.

Parker R. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/São Paulo: Editora 34; 1999.

Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981;19(2):127-40.

Rezende LR, Cortez RM, Lentine EC, Chagas RFL, Kuriaki AT, Baptistotti H et al. Descentralização do teste rápido para HIV para atenção básica no município de Londrina-Paraná. *Rev Interface Comunic*. 2014;(supl.3) [Apresentado no 11º Congresso Internacional da Rede Unida; 2014, Botucatú].

Ribeiro LVC. Testagem rápida de sífilis e HIV na atenção básica de saúde do município da região do Alto Rio Negro, Amazonas. [dissertação]. Manaus: Universidade do Estado do Amazonas, Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado; 2012.

Ribeiro FB, Sacramento O. A despistagem do VIH/sida: saúde pública e motivações dos utentes do teste rápido no nordeste de Portugal. *Saúde Soc São Paulo*. 2014;23(2):510-22.

Rocha FCV, Carvalho CMRG, Figueiredo MLF, Caldas CP. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):186-91.

Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):23-34.

Rose G. Indivíduos enfermos, poblaciones enfermas. In: Buck C, Llopis A, Nájera E, Terris M. El desafio de la epidemiologia: problemas y lecturas seleccionadas. Washington: Organización Panamericana de Salud (Publicacion Científica no 505); 1988. p.901-9.

Santos JLG, et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(2):205-12.

São Paulo (Estado). Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento Regional do Estado de São Paulo. Perfil Municipal de São Paulo, São Paulo; 2013a. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>.

São Paulo (Estado). Secretaria do Estado de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids – SP. [internet]. 2013b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/sobre-crt/sobre-o-crt>.

São Paulo (Cidade). Prefeitura de São Paulo/Saúde. Coordenação da Atenção Básica [Internet]. São Paulo; 2011. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936.

São Paulo (Cidade). Prefeitura de São Paulo/Saúde. A Aids no município de São Paulo: resumo do perfil epidemiológico; 2013c.

São Paulo (Cidade). Programa Municipal DST/Aids de São Paulo. Capacitação TRD HIV e sífilis, 2014a.

São Paulo (Cidade). Prefeitura de São Paulo/Saúde. CCD/COVISA. Boletim Epidemiológico de Aids, HIV/DST do município de São Paulo. 2014b;18(17).

São Paulo (Cidade). Prefeitura de São Paulo/Saúde. Reorganização do processo de trabalho: acolhimento à demanda espontânea. 1.ed. Atenção Básica SMS-SP; 2015.

São Paulo (Cidade). Prefeitura de São Paulo/Saúde. Fortalecendo a atenção básica no município de São Paulo. Diretrizes operacionais. Unidade Básica de Saúde; 2016.

Saparolli ECL, Adami NP. Avaliação da estrutura destinada a consulta de enfermagem à criança na atenção básica. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):92-8.

Silva NEK, Oliveira LA, Sancho LG. Testagem anti-HIV: indagações sobre a expansão da oferta sob a perspectiva da expansão do acesso e da construção da demanda. Saúde Debate. 2013;37(99):636-45.

Silva O, Tavares LHL, Paz LC. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. Enferm Foco. 2011;2(supl):58-62.

Silva O, Guilhen D, Bampi LNDS. Trinta minutos que mudam a vida: Teste Rápido Anti-HIV Diagnóstico para parturientes e acesso ao pré-natal. Enferm Foco. 2012;3(4):211-5.

Silva PAS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NVDO, David HMSL. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. Esc Anna Nery. 2012;16(3):561-8.

Soares PS, Brandão ER. O Aconselhamento e a Testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão de literatura internacional, 1999-2011. Rev Saúde Soc. 2012;4(21):940-53.

Sobreira PGP, Vasconcellos MTL, Portela MC. 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. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):3099-113.

Souza R, Lopes AJS, Santos BH, Serafim DFF. Descentralização dos serviços de centro de testagem e aconselhamento (CTA) na UBS. In: XX Salão de Iniciação Científica e Tecnológica; 2014. Disponível em: <http://www.conferencias.ulbra.br/index.php/sic/xx/paper/view/2777>.

Souza V, Czeresnia D, Natividade C. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(7):1536-44.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.

Takahashi RF. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e aids. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Telles-Dias PR, Westman S, Fernandez AE, Sanchez M. Rapid Test Working Group: Impressões sobre o teste rápido para o HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(supl.2):94-100.

Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L. Atuação do enfermeiro na atenção primária no serviço de saúde da Inglaterra. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):182-91.

UNAIDS – Joint United Programme on HIV/AIDS. Getting to zero: 2011-2015 strategy. [internet], Genebra: Unaid; 2010.

UNAIDS – Joint United Programme on HIV/Aids. Unaid Report on the Global AIDS Epidemic 2012. Joint United Nation Programme on HIV/aids (UNAIDS); 2012.

UNAIDS – Joint United Programme on HIV/Aids. Prevention Gap Report; 2016.

Val LF. Desafios da Integralidade na atenção as DST/HIV/Aids: A Vulnerabilidade Programática nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Val LF, Nichiata LIY. A integralidade e a vulnerabilidade programática as DST/HIV/AIDS na atenção básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(esp.):149-55.

Vasallo MDE, et al. Target rapid HIV testing in public primary care services in Madrid. Are we reaching the vulnerable populations? *Internat J Infec Diseases*. 2014;19:39-45.

WHO – World Health Organization, UNAIDS - Joint United Programme on HIV/AIDS. HIV/Aids Programme: Strengthening health services to fight HIV/Aids. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. HIV/AIDS basics. Prevention: HIV Testing: *opt-out* Testing. Revisado em 08/05/2009. [internet]. USA; 2007. [citado 2014 fev 07] Disponível em: <http://aids.gov/hiv-aids-basics/prevention/hiv-testing/opt-out-testing/>.

Wolffenbüttel, K. A organização tecnológica do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no enfrentamento da epidemia da DST/Aids no estado de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2006.

Wright JTC, Giovinazzo RA. Deplhi – Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de Pesquisas e Administração*. 2000;1(12):54-65.

Zakabi D. Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na atenção básica: a perspectiva dos profissionais de saúde. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012.

Apêndices

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA E DE CONTEÚDO

Instruções para o preenchimento:

A avaliação consiste em verificar a clareza e a relevância do conteúdo dos itens.

- Se o item for claro e relevante, optar por **manter**.
- Se o item for claro mas não relevante, optar por **excluir**.
- Se o item for relevante mas não claro, optar por **alterar**, e sugestões poderão ser feitas.

Itens a serem avaliados:

Instrumento a ser respondido pelo gestor da UBS:

1.	Identificação do serviço:	
1.1	Nome da UBS:	
1.2	Coordenadoria de Saúde (única escolha): ☐ Centro-Oeste ☐ Sul ☐ Sudeste ☐ Leste ☐ Norte	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar ☐ Sugestões:
2.	Identificação do gerente:	
2.1	Sexo: (única escolha) ☐ Feminino ☐ Masculino	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
2.2	Idade: (única escolha) ☐ De 20 a 30 anos ☐ De 31 a 40 anos ☐ De 41 a 50 anos ☐ De 51 anos ou mais	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
2.3	Categoria profissional: (única escolha) ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Farmacêutico ☐ Assistente Social ☐ Dentista ☐ Outros. Qual?	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
2.4	Você cursou pós graduação? (única escolha) ☐ Sim ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
2.5	Se sim, qual (is)? (múltipla escolha) ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Especialização	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:

2.6	Tempo de atuação na unidade como gerente (única escolha): ☐ de 0 a 2 anos ☐ de 2 a 5 anos ☐ mais que 5 anos	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
2.7	Você recebeu treinamento para realizar o teste rápido? (única escolha) ☐ Sim. Quando? ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
3.	Perfil do serviço de saúde:	
3.1	A UBS do qual você é gerente, é do tipo: (única escolha) ☐ Mista (tradicional e ESF) ☐ ESF exclusiva ☐ Modelo tradicional exclusivo ☐ UBS rural ☐ UBS em área indígena	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
3.2	Há alguma parceria com: (única escolha) ☐ Não tem parceiro ☐ Associação Santa Catarina ☐ Associação Santa Marcelina ☐ Associação Saúde da Família ☐ Bom Parto ☐ Cejan ☐ Fundação Faculdade de Medicina ☐ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo ☐ Irmãs Hospitaleiras ☐ Seconci ☐ Sírio Libanês ☐ SPDM ☐ UNASP ☐ Associação Comunitária Monte Azul ☐ Sociedade Benef, Israelita Albert Einstein ☐ Outro. Qual?	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
3.3	A UBS funciona nos dias: (múltipla escolha) ☐ De segunda a sexta-feira ☐ De segunda-feira a Sábado ☐ Dias estendidos (finais de semana)	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
3.4	Horário de funcionamento: (única escolha) ☐ 7 as 17horas ☐ 7 as 19 horas ☐ Outro. Qual?	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:

3.5	A UBS realiza: (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Aconselhamento coletivo (grupo educativo) ○ Aconselhamento pré-teste ○ Aconselhamento pós-teste ○ Teste Rápido do HIV ○ Teste Rápido da sífilis ○ Teste Rápido da hepatite B ○ Teste Rápido da hepatite C ○ Coleta laboratorial do HIV ○ Coleta laboratorial do VDRL ○ Coleta laboratorial da hepatites B ○ Coleta laboratorial da hepatites C ○ Coleta de CD4, CD8 e Carga viral ○ Nenhuma das alternativas anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar Sugestões:																		
3.6	Na UBS, existem profissionais de saúde capacitados para realizar o TR do HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não. Por quê? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar Sugestões:																		
3.7	Assinale com um "X" se estes profissionais realizam as seguintes atividades: <table border="1" data-bbox="301 913 1203 1171"> <thead> <tr> <th>Profissionais de Saúde</th> <th>Profissionais capacitados para realizar o TR</th> <th>Profissionais que realizam o TR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médico</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfermeiro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Psicólogo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Farmacêutico</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outro:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Profissionais de Saúde	Profissionais capacitados para realizar o TR	Profissionais que realizam o TR	Médico			Enfermeiro			Psicólogo			Farmacêutico			Outro:			<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar Sugestões:
Profissionais de Saúde	Profissionais capacitados para realizar o TR	Profissionais que realizam o TR																		
Médico																				
Enfermeiro																				
Psicólogo																				
Farmacêutico																				
Outro:																				
3.8	Quando o aconselhamento e o TR do HIV foram implantados nesta UBS?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar Sugestões:																		
3.9	Quantos usuários realizaram o TR do HIV nesta UBS desde o início desta atividade? <ul style="list-style-type: none"> ○ Número de usuários: ○ Não é possível obter esse dado 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar Sugestões:																		
3.10	Destes usuários, quantos receberam o diagnóstico reagente/ positivo para a infecção do HIV? <ul style="list-style-type: none"> ○ Número de usuários: ○ Não é possível obter esse dado 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar Sugestões:																		
	Se a UBS dispõe de profissionais de saúde capacitados mas que não realiza o TR do HIV, vá para a questão 7.																			

4.	Questões referentes a Estrutura para a realização do Aconselhamento e do TR do HIV nas UBS:	
4.1	<p>O espaço físico utilizado para o TR do HIV, dispõe dos seguintes itens: (múltipla escolha):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Iluminação adequada ○ Ventilação adequada ○ Piso lavável ○ Mesa/ bancada impermeável ○ Móvel adequada (mesa, cadeiras) ○ Pia para higienização das mãos ○ Relógio/ cronômetro ○ Lixeira 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.2	<p>O espaço físico permite privacidade/ sigilo para a realização do TR do HIV? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Às vezes ○ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.3	<p>O serviço dispõe dos seguintes materiais para a realização do TR do HIV: (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Álcool ○ Gaze ○ Curativo adesivo ○ Papel toalha ○ Luvas ○ Óculos de proteção ○ Jaleco/ avental ○ Impressos específicos (laudos, folha de trabalho, planilhas, termo de consentimento...) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.4	<p>A UBS dispõe de quantidade adequada de kits para realizar o TR do HIV conforme a demanda? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Quantidade suficiente ○ Na maioria das vezes quantidade suficiente ○ Na maioria das vezes quantidade insuficiente ○ Quantidade insuficiente 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.5	<p>Há material educativo específico sobre as questões do HIV para realizar o aconselhamento coletivo (grupos educativos) como exemplos o <i>flip chart</i> ou <i>data show</i>, ou material produzido pelo serviço? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim. Quais? ○ Às vezes ○ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.6	<p>Há material educativo e informativo como folders, a serem distribuídos aos usuários sobre as questões do HIV/aids e o TR? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Às vezes ○ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.7	<p>A UBS dispõe de insumos de prevenção (preservativo masculino)? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Quantidade suficiente ○ Na maioria das vezes quantidade suficiente ○ Na maioria das vezes quantidade insuficiente ○ Quantidade insuficiente 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>

4.8	A UBS dispõe de insumos de prevenção (preservativo feminino)? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> o Quantidade suficiente o Na maioria das vezes quantidade suficiente o Na maioria das vezes quantidade insuficiente o Quantidade insuficiente 	<ul style="list-style-type: none"> o Manter o Excluir o Alterar Sugestões:
4.9	Para a realização do aconselhamento pré e pós teste, e para a realização do TR do HIV, a UBS dispõe de: (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> o Sala exclusiva para testagem rápida do HIV o Sala não exclusiva mas referência para a testagem rápida do HIV o Carrinho móvel com todo material necessário para a realização do TR, que pode acessar qualquer espaço do serviço de saúde o A UBS não dispõe de sala para testagem rápida, nem carrinho móvel o Outro: 	<ul style="list-style-type: none"> o Manter o Excluir o Alterar Sugestões:
4.10	O serviço tem profissionais capacitados para o manejo clínico do HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> o Sim o Não 	<ul style="list-style-type: none"> o Manter o Excluir o Alterar Sugestões:
4.11	Se a UBS não tem profissionais capacitados para o manejo clínico do HIV, tem interesse em capacitações? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> o Sim o Não 	<ul style="list-style-type: none"> o Manter o Excluir o Alterar Sugestões:
4.12	A área em que a UBS está inserida, é acessível a população? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> o Sim, a área dispõe de transporte público/ coletivo e é acessível o Não, a área é de difícil acesso para a população 	<ul style="list-style-type: none"> o Manter o Excluir o Alterar Sugestões:
5.	Questões referentes a Organização dos serviços de saúde nas práticas do aconselhamento e do TR do HIV nas UBS:	
5.1	A UBS conhece as diretrizes para a realização do aconselhamento e do teste rápido em HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> o Sim. Qual (is)? o Não 	<ul style="list-style-type: none"> o Manter o Excluir o Alterar Sugestões:
5.2	O serviço precisou adaptar o espaço físico para realizar o TR do HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> o Sim o Às vezes o Não 	<ul style="list-style-type: none"> o Manter o Excluir o Alterar Sugestões:
5.3	O serviço precisou adaptar o horário de atendimento para a realização do TR do HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> o Sim o Às vezes o Não 	<ul style="list-style-type: none"> o Manter o Excluir o Alterar Sugestões:
5.4	O serviço precisa dimensionar o quadro de funcionários para a realização do TR do HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> o Sim o Às vezes o Não 	<ul style="list-style-type: none"> o Manter o Excluir o Alterar Sugestões:
5.5	Onde são armazenados os kits de TR do HIV? (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> o Geladeira específica para armazenamento/para exames colhidos no dia o Geladeira para medicamentos/vacinas/comum o Os kits não são armazenados em geladeira pois a temperatura ambiente não ultrapassa 30° o Outro: 	<ul style="list-style-type: none"> o Manter o Excluir o Alterar Sugestões:

5.6	Há um profissional responsável em realizar o controle de temperatura (de 2° a 30°) dos kits do TR do HIV armazenados? (única escolha) ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
5.7	Quem realiza o controle de temperatura dos kits do TR? (múltipla escolha) ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar/Técnico de Enfermagem ☐ Farmacêutico ☐ Técnico em farmácia ☐ Auxiliar administrativo ☐ Outro. Quem?	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
5.8	Como é feito o controle de temperatura dos kits do TR? (única escolha) ☐ Computador / livro de registro ☐ Planilhas específicas do Programa DST/Aids adequadas para o serviço ☐ Não é feito controle de temperatura ☐ Outros:	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
5.9	Há um profissional de saúde responsável em realizar o controle de estoque dos kits do TR do HIV? (única escolha) ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
5.10	Quem realiza o controle de estoque dos kits do TR? (múltipla escolha) ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar/Técnico de Enfermagem ☐ Farmacêutico ☐ Técnico em farmácia ☐ Auxiliar administrativo ☐ Outro. Quem?	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
5.11	Como é feito o controle de estoque dos kits do TR? (única escolha) ☐ Computador / livro de registro ☐ Planilhas específicas do Programa DST/Aids adequadas para o serviço ☐ Não é feito controle de estoque ☐ Outros:	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
5.12	Existem problemas no recebimento dos kits de TR do HIV? (única escolha) ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
5.13	Com que frequência a UBS recebe os kits de TR do HIV? (única escolha) ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
5.14	Para receber os insumos de prevenção (preservativos), o usuário passar por palestra, grupo educativo ou orientação? (única escolha) ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:

5.15	<p>A quantidade de insumos de prevenção é distribuída de acordo com: (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A necessidade ou uso relatado pelo usuário ○ Há uma quantidade máxima a ser liberada para cada usuário ○ Os insumos ficam disponíveis em local de fácil acesso para o usuário (displays) ○ Não distribuimos insumos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
5.16	<p>Os profissionais de saúde da sua UBS estão sensibilizados quanto a importância e eficácia do aconselhamento e do diagnóstico do HIV por meio do TR? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Nem todos os profissionais ○ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
5.17	<p>Na sua opinião, há resistência por parte dos profissionais de saúde em realizar o TR do HIV? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim. Por quê? ○ Às vezes. Por quê? ○ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
5.18	<p>Como a UBS está organizada para realizar o TR do HIV em caso de procura/demanda espontânea? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Realiza todos os dias da semana em qualquer horário ○ Tem alguns períodos semanais para realizar o TR ○ Com data e horário previamente agendados pela UBS ○ Todos os dias após as atividades agendadas ○ A UBS não organizou a atividade do aconselhamento e do TR do HIV na rotina da UBS ○ Outro: 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
5.19	<p>Quantos dias por semana as práticas de aconselhamento e de TR do HIV estão abertas ao público? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 dia por semana ○ de 2 a 3 dias por semana ○ de 4 a 5 dias por semana ○ Nenhum dia inteiro 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
5.20	<p>Quantas horas por dia as práticas de aconselhamento e de TR do HIV estão disponíveis ao público? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 4 horas por dia ○ De 4 a 8 horas por dia ○ Não há tempo para o aconselhamento e o TR do HIV 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
5.21	<p>Como a UBS organiza o quadro de funcionários para realizar o TR do HIV? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tem profissionais escalados exclusivamente para realizar o TR ○ O profissional que estiver disponível no momento realiza o TR ○ O profissional realiza o atendimento após terminar suas atividades agendadas ○ Se não tiver profissionais ou vagas disponíveis, o usuário é orientado a retornar em outra data ou horário ○ Não existem profissionais para realizar o aconselhamento e o TR do HIV nessa UBS ○ Outro: 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>

5.22	<p>A UBS realiza atividades itinerantes (externas) na comunidade relacionadas ao HIV/aids? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aconselhamento coletivo (grupos educativos) ○ Aconselhamento pré e pós teste ○ Teste rápido de HIV ○ Teste de sífilis, hepatites B e C ○ A UBS não realiza atividades itinerantes 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
5.23	<p>Para quais condições o TR do HIV é feito com prioridade (no mesmo período): (múltipla escolha):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Homossexuais, travestis, transexuais ○ Usuário de drogas ○ Profissionais do sexo ○ Gestantes ○ Indivíduos que passaram por situações de risco ○ Para qualquer indivíduo que queira saber seu status sorológico ○ Outro: ○ Não há priorização de casos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
5.24	<p>Em quais atividades o TR do HIV foi incorporado? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No atendimento em Saúde da Mulher ○ No pré-natal ○ Na coleta do Papanicolau ○ No atendimento em Saúde do Adulto/ Idoso ○ No acolhimento/ pronto-atendimento ○ Nas visitas domiciliares ○ Outro: ○ O TR do HIV não foi incorporado em nenhuma atividade 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
5.25	<p>De que forma os usuários sabem da existência do TR do HIV na UBS? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Via internet/ TV/ rádio ○ Divulgação interna na UBS (cartazes, folders, etc...) ○ Os profissionais de saúde oferecem o TR nas atividades já existentes na UBS ○ ACS ○ Indicação de amigos, familiares, etc. ○ Outro: 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
5.26	<p>Os usuários enfrentam dificuldades no acesso ao TR do HIV relacionadas a organização do serviço como falta de vagas, horários, profissionais disponíveis (única escolha)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Às vezes ○ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
5.27	<p>Caso a resposta acima seja Sim ou Às vezes, quais são os motivos (múltipla escolha)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Existem poucos profissionais disponíveis para o TR ○ Existem poucos períodos/horários disponíveis para o TR ○ Há limite no número de vagas para realizar o TR no período ○ Faltam materiais/insumos/kits para realizar o TR ○ Outro: 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>

6.	Questões referentes as Ações de saúde sobre o aconselhamento e o TR do HIV nas UBS:	
6.1	A UBS realiza o Aconselhamento coletivo (grupo educativo)? ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
6.2	Na UBS, qual o espaço utilizado para o aconselhamento coletivo (grupo educativo)? ☐ Sala de espera/ corredor ☐ Sala de reuniões/ de grupos ☐ Outros: ☐ A UBS não realiza esta atividade	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
6.3	Qual (is) profissional (is) realiza ou realizam o aconselhamento pré teste: (múltipla escolha) ☐ Profissional de nível médio (auxiliar/ técnico) ☐ Profissional de nível universitário ☐ O aconselhamento pré teste não é feito	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
6.4	Qual (is) profissional (is) realiza ou realizam o TR do HIV: (múltipla escolha) ☐ Profissional de nível médio (auxiliar/ técnico) ☐ Profissional de nível universitário ☐ O TR do HIV não é feito	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
6.5	Qual (is) profissional (is) realiza ou realizam o aconselhamento pós teste: (múltipla escolha) ☐ Profissional de nível médio (auxiliar/ técnico) ☐ Profissional de nível universitário ☐ O aconselhamento pós teste não é feito	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
6.6	Dos casos positivos (múltipla escolha): ☐ Realiza-se CD4/CD8 e carga viral na própria UBS ☐ Encaminha-se o usuário para serviço de referência ☐ Outro:	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
6.7	Em caso de diagnóstico positivo: (única escolha) ☐ Notifica-se o caso mediante o resultado do TR ☐ Apenas notifica-se com a confirmação por exame laboratorial ☐ Não é feita a notificação	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
6.8	Há retorno (contrarreferência) para a UBS das informações dos casos positivos encaminhados para os serviços de referência? ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
6.9	Há agendamento de retorno dos casos positivos para o HIV na UBS (múltipla escolha)? ☐ Sim, apenas dos usuários matriculados na UBS ☐ Sim, de todos os casos positivos ☐ Às vezes ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
6.10	Caso o usuário com diagnóstico positivo não volte a UBS: (múltipla escolha) ☐ Aguarda-se o retorno espontâneo ☐ Convoca-se, com o cuidado de não quebrar o sigilo ☐ Convoca-se apenas usuários matriculados no serviço ☐ Convoca-se apenas gestantes ☐ Não há convocação pois a testagem é anônima	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:

7.	Para as UBS capacitadas mas que não realizam o TR do HIV:	
7.1	Porque a UBS não realiza o teste rápido? <ul style="list-style-type: none"> ○ Não há estrutura adequada (salas, equipamentos, etc....) ○ Não há insumos (testes, luvas, óculos de proteção...) ○ Não há recursos humanos disponível (profissionais capacitados estão em outras atividades) ○ Há pouca demanda por parte dos usuários na procura pelo TRD ○ Outros. Quais? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar Sugestões:
7.2	O que falta para que a UBS realize o teste rápido?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar Sugestões:

Sugestões:

Obrigada!

INSTRUMENTO A SER RESPONDIDO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE RESPONSÁVEL PELO TESTE RÁPIDO DO HIV:

1.	Nome da UBS:	
1.1	Coordenadoria de Saúde: ☐ Centro-Oeste ☐ Sul ☐ Sudeste ☐ Leste ☐ Norte	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
2.	Identificação do Entrevistado:	
2.1	Categoria profissional (única escolha): ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Farmacêutico ☐ Assistente Social ☐ Dentista ☐ Outros. Qual?	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
2.2	Tempo de atuação na unidade (única escolha): ☐ de 0 a 2 anos ☐ de 2 a 5 anos ☐ mais que 5 anos	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
3.	Formação profissional:	
3.1	Você tem pós-graduação? (única escolha) ☐ Sim ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
3.2	Se sim, qual(is)? (múltipla escolha) ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Especialização	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
3.3	Você recebeu capacitação para realizar o teste rápido? (única escolha) ☐ Sim. Quando? ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
3.4	Quanto tempo durou a capacitação? (única escolha) ☐ 1 dia ☐ 2 a 3 dias ☐ mais que 3 dias	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
3.5	A capacitação foi através de quem? (única escolha) ☐ Equipe do Programa Estadual de DST/Aids ☐ Equipe do Programa Municipal de DST/Aids ☐ Equipe da Atenção Básica do município de São Paulo ☐ Colega de trabalho treinado (multiplicador). ☐ Outro:	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:

3.6	<p>Destes itens, quais foram abordados na capacitação? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Controle de armazenamento do teste rápido. ○ Local adequado de armazenamento do teste. ○ Local adequado para a realização do teste. ○ Técnica adequada para a realização do teste. ○ Equipamentos de biossegurança (EPI). ○ Procedimentos para realizar aconselhamento pré e pós teste. ○ Como informar o diagnóstico para o paciente. ○ Procedimentos em caso de diagnóstico positivo. ○ Procedimentos em caso de diagnóstico negativo. ○ Questões referentes a janela imunológica. ○ Questões éticas (sigilo e confidencialidade). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.	Questões referentes a Estrutura, Organização e Acesso ao teste rápido do HIV nas UBS:	
4.1	<p>Você realiza o aconselhamento coletivo (grupo educativo)? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Às vezes ○ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.2	<p>Você realiza o aconselhamento pré e pós teste? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Às vezes ○ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.3	<p>Em que local é realizado o aconselhamento pré teste? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultório (Individual) ○ Salas de espera (coletivo) ○ Sala de coleta de exames/ laboratório (individual) ○ Espaços na comunidade (coletivo) ○ Outros. Quais? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.4	<p>Durante o aconselhamento pré e pós teste, os dados são registrados em: (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ficha SICTA ○ Folha de trabalho/ formulários para laudos adequados para o serviço ○ Ficha própria da UBS/ prontuário/ ficha de atendimento ○ Este atendimento não é registrado 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.5	<p>Em que local é realizado o TR do HIV? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sala exclusiva ou de referência para esta prática (sala de coleta de exames) ○ Consultório ○ Qualquer sala disponível no serviço ○ Outro: 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.6	<p>O aconselhamento pós-teste é feito (única escolha):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Individualmente ○ Em grupo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.7	<p>Em que local é realizado o aconselhamento pós teste/entrega do resultado (múltipla escolha) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultório (Individual) ○ Salas de espera ○ Sala de coleta de exames/ laboratório ○ Espaços na comunidade ○ Outros. Quais? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manter ○ Excluir ○ Alterar <p>Sugestões:</p>

4.8	O resultado do TR do HIV é entregue: (única escolha) ☐ Sempre após o aconselhamento pós teste ☐ Nem sempre há o aconselhamento pós teste ☐ Não há a realização do aconselhamento pós teste	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
4.9	Para a realização do aconselhamento pré e pós e do TR do HIV: (única escolha) ☐ Em todas as situações, o profissional que realiza o pré e pós aconselhamento, também realiza o TR do HIV ☐ Nem sempre o profissional que realiza o pré e pós aconselhamento, é o mesmo que realiza o TR do HIV ☐ Em todas as situações, um profissional realiza o pré e pós aconselhamento, e outro profissional realiza o TR do HIV	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
4.10	Você se sente apto em realizar o aconselhamento? (única escolha) ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
4.11	Se você se sente apto em realizar o aconselhamento, assinale os itens que mais se aproximam de você: (múltipla escolha) ☐ Sente-se seguro em realizar o aconselhamento. ☐ Acha que foi bem treinado para realizar o aconselhamento. ☐ Você acha que sua vivência do dia a dia ajuda na realização do aconselhamento. ☐ Outro:	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
4.12	Se você não se sente apto em realizar o aconselhamento, assinale os itens que mais se aproximam de você: (múltipla escolha) ☐ Sente-se inseguro em realizar o aconselhamento. ☐ Tem dúvidas quanto as orientações a serem fornecidas para o usuário ☐ Tem dúvidas em conduzir um diálogo sobre sexualidade com o usuário ☐ Sente-se constrangido em abordar o assunto da sexualidade com o usuário ☐ Acha que precisa de mais capacitações. ☐ Outro:	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
4.13	Na sua opinião, o usuário tem fácil acesso ao TR do HIV na UBS? (única escolha) ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
4.14	Quais são as dificuldades que o usuário encontra para realizar o TR do HIV na UBS? (múltipla escolha) ☐ A porta de entrada é limitada por horários e períodos disponíveis para a realização do TR ☐ Mesmo no período disponível, o usuário demora em ser atendido ☐ A UBS está em uma área de difícil acesso geográfico e com escassez de transporte público. ☐ Outro:	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
4.15	Na sua opinião, é possível incorporar e executar o TR do HIV no seu atendimento diário? (única escolha) ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:

4.16	<p>Na sua prática diária, em que momentos você consegue incorporar e executar o TR do HIV? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ No atendimento em Saúde da Mulher ☐ No pré-natal ☐ Na coleta do Papanicolau ☐ No atendimento em Saúde do Adulto/ Idoso ☐ No acolhimento/ pronto-atendimento ☐ Nas visitas domiciliares ☐ Outro: ☐ Não é possível incorporar o TR do HIV na minha prática diária 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.17	<p>Na sua opinião, o que dificulta a incorporação do TR no seu processo de trabalho? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ter tempo hábil para se dedicar a esta atividade ☐ Sobrecarga de outras atividades de trabalho ☐ Falta de apoio da gerência da UBS ☐ Falta de estrutura adequada (iluminação, ventilação, mobília, pia) na UBS ☐ Falta de privacidade ☐ Falta de material (kits de teste, insumos, etc....) ☐ Outro: ☐ Não tenho dificuldades 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.18	<p>Você acha que realizar o TR do HIV faz parte da sua atribuição? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.19	<p>Você se sente apto em realizar o TR do HIV? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.20	<p>Se você se sente apto em realizar o TR do HIV, assinale os itens que mais se aproximam de você: (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Acha fácil manusear o TR ☐ Acha que a capacitação recebida foi satisfatória para manusear o TR ☐ Você confia no TR ☐ Outro: 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.21	<p>Se você não se sente apto em realizar o TR do HIV, assinale os itens que mais se aproximam de você: (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Acha difícil manusear o TR ☐ Acha que a capacitação recebida foi insatisfatória para manusear o TR ☐ Você não confia no TR ☐ Outro: 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.22	<p>Antes de realizar o TR do HIV, você realiza a abordagem consentida? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não. Por quê? 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar <p>Sugestões:</p>
4.23	<p>Em caso de janela imunológica, você costuma orientar o retorno do usuário para um novo TR do HIV? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar <p>Sugestões:</p>

4.24	Você já revelou algum resultado positivo para o HIV? (múltipla escolha) ☐ Não ☐ Sim, ao realizar o TR ☐ Sim, ao realizar o exame convencional	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
4.25	Ao identificar um diagnóstico positivo para o HIV, você: (múltipla escolha) ☐ Não confiou no resultado do TR ☐ Sentiu-se despreparado/ inseguro para contar o resultado ☐ Acha que revelar um diagnóstico positivo para o HIV não é sua atribuição ☐ Acha que com o aconselhamento que fez, não terá dificuldades em dar o resultado ☐ Outro:	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
4.26	Em caso de diagnóstico positivo, você: ☐ Pede exame laboratorial confirmatório ☐ Pede exames de CD4/CD8, carga viral e outros exames ☐ Encaminha para o SAE/CRT com carta/encaminhamento ☐ Encaminha para o SAE/CRT e agenda retorno ☐ Encaminha para o SAE/CRT e não agenda retorno ☐ Outro:	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
4.27	Em caso de diagnóstico positivo para o HIV, você: (múltipla escolha) ☐ Procura sensibilizar o usuário para revelar o diagnóstico e convocar o parceiro ☐ Convoca o parceiro mesmo sem consentimento do usuário ☐ Não convoco o parceiro	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:
4.28	Você realiza a notificação em caso positivo para a infecção do HIV? (única escolha) ☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Não	☐ Manter ☐ Excluir ☐ Alterar Sugestões:

Sugestões:

Obrigada!

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você, **profissional de saúde responsável pelo teste rápido do HIV**, a participar da pesquisa “*A incorporação do Teste Rápido de Diagnóstico do HIV na Atenção Primária, município de São Paulo – Brasil, na perspectiva da Vulnerabilidade Programática*”, que tem como objetivos avaliar a implantação do teste rápido de diagnóstico (TRD) do HIV na rede de serviços da atenção primária no município de São Paulo; identificar os nós críticos desse processo; e identificar os aspectos referentes a vulnerabilidade programática, conceito que se refere aos recursos sociais e institucionais, ações políticas e programáticas necessárias para a exposição ou proteção do indivíduo a agravos de saúde. O estudo tem como intuito aperfeiçoar estas práticas e contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento.

Sua participação é voluntária. Consiste em responder um formulário disponível online acerca das ações que envolvem a prevenção e a assistência ao HIV/aids que fazem parte da unidade básica de saúde em que você atua.

Este estudo não trará nenhum risco a integridade física ou moral, e não haverá nenhum prejuízo a sua posição no trabalho. Caso não queira participar, também não haverá nenhum problema ou cobrança. As informações fornecidas por você são tratadas de forma sigilosa, e seu anonimato será garantido. Os resultados deste estudo serão divulgados por meio de periódicos e eventos científicos.

Para participar, você deverá acessar o link e consentir em participar da pesquisa. Você poderá acessar uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido datado com a assinatura eletrônica da pesquisadora, poderá ter acesso as informações, esclarecer dúvidas ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Haverá outra cópia que ficará de posse da pesquisadora que estará disponível para esclarecimentos. De acordo com a resolução 466/12, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, localizado na Rua General Jardim, 36, 5º andar, Vila Buarque, cep: 01223-010, telefone: 3397-2213, em caso de dúvidas e denúncias éticas.

Eu, _____, após ter sido suficientemente esclarecido, aceito espontaneamente participar desse estudo.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Fernanda Tavares de Mello Abdalla
(Pesquisadora responsável)
Feabdalla@usp.br
Tel: (11) 97543-5205

APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO A SER RESPONDIDO PELO GERENTE E/OU PROFISSIONAL DE SAÚDE RESPONSÁVEL PELO TESTE RÁPIDO DO HIV NA UBS

Data: _____

1.	Identificação do serviço:
1.1	Nome da UBS:
1.2	Coordenadoria de Saúde (única escolha): <ul style="list-style-type: none"> ☐ Centro ☐ Oeste ☐ Sul ☐ Sudeste ☐ Leste ☐ Norte
2.	Identificação do Profissional:
2.1	Categoria profissional (única escolha): <ul style="list-style-type: none"> ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Farmacêutico ☐ Dentista ☐ Psicólogo ☐ Outros. Qual?
2.2	Tempo de atuação na unidade (única escolha): <ul style="list-style-type: none"> ☐ <1 ano ☐ de 1 a 3 anos ☐ de 3 a 5 anos ☐ mais que 5 anos
2.3	Quando foi sua última capacitação para realizar o teste rápido do HIV? Mês/ ano: _____
2.4	Qual a carga horária desta capacitação? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Menos de 20 horas ☐ 20 ou mais horas
2.5	Quem promoveu a capacitação para testagem rápida do HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Equipe do Programa Estadual de DST/Aids ☐ Equipe do Programa Municipal de DST/Aids ☐ Equipe da Atenção Básica do município de São Paulo ☐ Coordenadoria de Saúde ☐ Multiplicador ☐ Outro:

2.6	Destes itens, quais foram abordados na capacitação? (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Controle e armazenamento do teste rápido ○ Local adequado de armazenamento do teste ○ Local adequado para a realização do teste ○ Técnica adequada para a realização do teste ○ Equipamentos de biossegurança (EPI) ○ Procedimentos para realizar aconselhamento pré e pós teste ○ Como informar o diagnóstico para o paciente ○ Procedimentos em caso de diagnóstico positivo ○ Procedimentos em caso de diagnóstico negativo ○ Questões referentes a janela imunológica ○ Questões éticas (sigilo e confidencialidade)
3.	Perfil do serviço de saúde:
3.1	A UBS é do tipo: (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Mista (tradicional e Estratégia Saúde da Família) ○ Estratégia Saúde da Família exclusiva ○ Modelo tradicional exclusivo ○ UBS rural ○ UBS em área indígena
3.2	A UBS funciona nos dias: (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ De segunda a sexta-feira ○ De segunda-feira a Sábado ○ Dias estendidos (finais de semana)
3.3	Horário de funcionamento: (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ 7 as 17horas ○ 7 as 19 horas ○ Outro. Qual?
3.4	A área em que a UBS está inserida é acessível para a população? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim, a área dispõe de transporte público/ coletivo e é acessível ○ Não, a área é de difícil acesso para a população
3.5	A UBS realiza: (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Aconselhamento coletivo (grupo educativo) ○ Aconselhamento pré-teste do HIV ○ Aconselhamento pós-teste do HIV ○ Teste Rápido de diagnóstico do HIV ○ Teste Rápido do HIV por fluido oral ○ Teste Rápido da sífilis ○ Teste Rápido da hepatite B ○ Teste Rápido da hepatite C ○ Coleta laboratorial do HIV ○ Coleta laboratorial do VDRL ○ Coleta laboratorial da hepatites B ○ Coleta laboratorial da hepatites C ○ Coleta de CD4, CD8 e Carga viral ○ Nenhuma das alternativas anteriores

3.6	Coloque a quantidade de profissionais que trabalham no serviço, capacitados e que executam o teste rápido do HIV na UBS atualmente:																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoria Profissional</th> <th>Quantidade de profissionais que trabalham na UBS hoje</th> <th>Quantidade de Profissionais capacitados para realizar o teste rápido do HIV na UBS hoje</th> <th>Quantidade de Profissionais que executam o teste rápido do HIV na UBS hoje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médico</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfermeiro</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Psicólogo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Farmacêutico</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outro:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Categoria Profissional	Quantidade de profissionais que trabalham na UBS hoje	Quantidade de Profissionais capacitados para realizar o teste rápido do HIV na UBS hoje	Quantidade de Profissionais que executam o teste rápido do HIV na UBS hoje	Médico				Enfermeiro				Psicólogo				Farmacêutico				Outro:			
Categoria Profissional	Quantidade de profissionais que trabalham na UBS hoje	Quantidade de Profissionais capacitados para realizar o teste rápido do HIV na UBS hoje	Quantidade de Profissionais que executam o teste rápido do HIV na UBS hoje																						
Médico																									
Enfermeiro																									
Psicólogo																									
Farmacêutico																									
Outro:																									
3.7	Quando o teste rápido do HIV foi implantado nesta UBS? <ul style="list-style-type: none"> ☐ Mês/ Ano: _____ ☐ Ainda não foi implantado 																								
3.8	Quantos usuários realizaram o teste rápido do HIV nesta UBS desde o início desta atividade? <ul style="list-style-type: none"> ☐ Número de usuários: _____ ☐ Não é possível obter esse dado 																								
3.9	Destes usuários, quantos receberam o diagnóstico reagente/ positivo para a infecção do HIV? <ul style="list-style-type: none"> ☐ Número de usuários: _____ ☐ Não é possível obter esse dado 																								
4.	Questões referentes a Acesso, Estrutura e a Organização para a realização do aconselhamento e do teste rápido do HIV na UBS:																								
4.1	O espaço físico utilizado para realizar o teste rápido do HIV dispõe dos seguintes itens: (múltipla escolha): <ul style="list-style-type: none"> ☐ Iluminação adequada ☐ Ventilação adequada ☐ Piso lavável ☐ Mesa/ bancada impermeável ☐ Móvel adequada (mesa, cadeiras) ☐ Pia para higienização das mãos ☐ Relógio/ cronômetro ☐ Lixeira 																								
4.2	O serviço precisou adaptar o espaço físico para realizar o teste rápido do HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não 																								
4.3	O espaço físico permite privacidade e sigilo para realizar o teste rápido do HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não 																								
4.4	O espaço físico permite privacidade e sigilo para o aconselhamento e entrega do resultado? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não 																								
4.5	Para a realização do aconselhamento pré e pós teste, e para realizar o teste rápido do HIV, a UBS dispõe de: (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sala exclusiva para testagem rápida do HIV ☐ Sala não exclusiva, mas referência para a testagem rápida do HIV ☐ Carrinho móvel com todo material necessário para a realização do teste rápido do HIV, que pode acessar qualquer espaço do serviço de saúde ☐ A UBS não dispõe de sala para testagem rápida, nem carrinho móvel ☐ Outro: 																								

4.6	<p>O serviço dispõe dos seguintes materiais para a realização do teste rápido do HIV: (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Álcool ☐ Gaze ☐ Curativo adesivo ☐ Luvas ☐ Óculos de proteção ☐ Máscara ☐ Jaleco/ avental ☐ Impressos específicos (Folhas de controle de temperatura e estoque, solicitações de testes rápidos, folhas de laudos, folha de trabalho, termo de consentimento, ficha Sicta ou ficha “Fique Sabendo”)
4.7	<p>Onde são armazenados os testes rápido do HIV? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Geladeira específica para armazenamento de testes rápidos ☐ Geladeira para armazenamento de exames colhidos no dia ☐ Geladeira para medicamentos ☐ Geladeira para armazenamento de vacinas ☐ Geladeira comum ☐ Os testes não são armazenados em geladeira pois a temperatura ambiente não ultrapassa 30° ☐ Os testes apenas são armazenados em geladeira quando a temperatura ambiental ultrapassa 30° ☐ Outro:
4.8	<p>Quem realiza o controle de temperatura dos testes rápido do HIV? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem ☐ Farmacêutico ☐ Técnico em farmácia ☐ Auxiliar administrativo ☐ Não há um profissional responsável em controlar a temperatura ☐ Outro. Quem?
4.9	<p>Quem realiza o controle de estoque dos testes rápido do HIV? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem ☐ Farmacêutico ☐ Técnico em farmácia ☐ Auxiliar administrativo ☐ Não há um profissional responsável em controlar o estoque ☐ Outro. Quem?
4.10	<p>A UBS dispõe de quantidade suficiente de testes rápido do HIV conforme a demanda? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não
4.11	<p>Há atraso na entrega dos testes rápido do HIV para a UBS? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não
4.12	<p>É frequente a perda de testes rápidos para o HIV por vencimento de data de validade? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não
4.13	<p>A UBS dispõe de insumos de prevenção (preservativo masculino)? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Quantidade suficiente ☐ Quantidade insuficiente
4.14	<p>A UBS dispõe de insumos de prevenção (preservativo feminino)? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Quantidade suficiente ☐ Quantidade insuficiente

4.15	De que forma o usuário acessa os insumos de prevenção nesta UBS? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ O usuário retira através de displays ○ O usuário retira diretamente na farmácia ○ O usuário passa por atendimento antes de retirar os insumos ○ O usuário deve passar por palestras ou orientações antes de acessar os insumos ○ Outro:
4.16	A quantidade de insumos de prevenção é distribuída de acordo com: (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ A necessidade ou uso relatado pelo usuário ○ A quantidade solicitada pelo usuário ○ Há uma quantidade máxima a ser liberada para cada usuário (cota máxima definida pelo serviço) ○ Não distribuímos insumos
4.17	Como a UBS está organizada para realizar o teste rápido do HIV em caso de procura/ demanda espontânea? (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Realiza todos os dias da semana em qualquer horário ○ Tem alguns períodos semanais para realizar o teste rápido ○ Com data e horário previamente agendados pela UBS ○ Todos os dias após as atividades agendadas ○ A UBS não organizou a atividade de execução do teste rápido do HIV na rotina da UBS ○ A UBS não prevê demanda espontânea ○ Outro:
4.18	O serviço precisou adaptar o horário de atendimento ou de funcionamento para a realização do teste rápido do HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não
4.19	Quantos períodos por semana a prática de realização do teste rápido do HIV está disponível ao público? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Nenhum período por semana ○ De 1 a 3 períodos por semana ○ De 4 a 5 períodos por semana ○ De 6 a 8 períodos por semana ○ De 8 a 10 períodos por semana
4.20	Como a UBS organiza o quadro de funcionários para realizar o teste rápido do HIV? (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Tem profissionais escalados exclusivamente para realizar o teste rápido ○ O profissional que estiver disponível no momento realiza o teste rápido ○ O profissional realiza o atendimento após terminar suas atividades agendadas ○ Se não tiver profissionais ou vagas disponíveis, o usuário é orientado a retornar em outra data ou horário ○ Não existem profissionais disponíveis para realizar o aconselhamento e o teste rápido do HIV nessa UBS ○ Outro:
4.21	O serviço precisou realocar funcionários para viabilizar a realização do teste rápido do HIV na UBS? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não
4.22	Você considera que há disponibilidade por parte dos profissionais de saúde em realizar o teste rápido do HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não
4.23	O processo de aconselhamento, execução do teste rápido e confecção do laudo é realizado por um único profissional? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não

4.24	<p>Para quais condições o teste rápido do HIV é feito com prioridade (no mesmo período): (múltipla escolha):</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Homossexuais, travestis, transexuais ☐ Indivíduos com diagnóstico de tuberculose ☐ Indivíduos que passaram por situação de violência ☐ Usuários de drogas ☐ Profissionais do sexo ☐ Gestantes ☐ Imigrantes ☐ Indivíduos que passaram por situações de risco ☐ Para qualquer indivíduo que queira saber seu status sorológico ☐ Outro: _____ ☐ Não há priorização de casos
4.25	<p>Em quais atividades da rotina da UBS, o teste rápido do HIV foi incorporado? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ No atendimento em Saúde da Mulher ☐ No pré-natal ☐ Na coleta do Papanicolau ☐ No atendimento de indivíduos com tuberculose ☐ No atendimento de indivíduos que passaram por situação de violência ☐ No atendimento em Saúde do Adulto/ Idoso ☐ No acolhimento/ pronto-atendimento ☐ Nas visitas domiciliares ☐ Outro: ☐ O teste rápido do HIV não foi incorporado em nenhuma atividade
4.26	<p>De que forma os usuários sabem da existência do teste rápido do HIV na UBS? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Via internet/ TV/ rádio ☐ Divulgação interna na UBS (cartazes, folders, etc...) ☐ Os profissionais de saúde oferecem o teste rápido nas atividades já existentes na UBS ☐ ACS ☐ Indicação de amigos e familiares ☐ Outro:
4.27	<p>A UBS realiza atividades extramuros na comunidade relacionadas ao HIV/aids? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim, os grupos educativos ☐ Sim, o aconselhamento ☐ Sim, o teste rápido do HIV ☐ Sim, os testes de sífilis, hepatites B e C ☐ Não, a UBS não realiza atividades extramuros relacionadas ao HIV/aids.
4.28	<p>Os usuários enfrentam dificuldades no acesso ao teste rápido do HIV relacionadas a organização do serviço como falta de vagas, horários inadequados, profissionais indisponíveis (única escolha)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não
4.29	<p>Caso a resposta acima seja SIM, quais são os motivos (múltipla escolha)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Existem poucos profissionais disponíveis para o teste rápido ☐ Existem poucos períodos/horários disponíveis para o teste rápido ☐ Há limite no número de vagas para realizar o teste rápido no período ☐ Faltam materiais/insumos para realizar o teste rápido ☐ Outro:

5.	Questões referentes as práticas para a realização do teste rápido do HIV na UBS:
5.1	Você considera que acesso ao teste rápido do HIV na UBS pelo usuário é difícil? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não
5.2	Quais são as dificuldades que o usuário encontra para realizar o teste rápido do HIV na UBS? (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ A porta de entrada é limitada por horários e períodos disponíveis para a realização do teste rápido ☐ Mesmo no período disponível, o usuário demora em ser atendido ☐ A UBS está em uma área de difícil acesso geográfico e com escassez de transporte público. ☐ Outro:
5.3	Quem você considera que mais realiza o teste rápido do HIV na UBS? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ População fora de área de abrangência da UBS ☐ População pertencente à área de abrangência da UBS
5.4	Você realiza o aconselhamento pré teste? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não ☐ Nem sempre o aconselhamento pré teste é feito
5.5	Em que local é realizado o aconselhamento pré teste? (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Em grupo, em espaços coletivos como salas de espera e espaços na comunidade ☐ Individualmente, em espaços privativos como consultórios e salas de coleta de exames ou laboratórios da UBS ☐ Outros. Quais?
5.6	Antes de realizar o teste rápido do HIV, você realiza a abordagem consentida? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não. Por quê?
5.7	Você executa o teste rápido do HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não
5.8	Em que local é realizado o teste rápido do HIV? (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sala exclusiva ou de referência para esta prática como a sala de coleta de exames ou laboratório ☐ Consultório ☐ Qualquer sala disponível no serviço ☐ Outro:
5.9	Você realiza o aconselhamento pós teste (entrega do resultado)? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não
5.10	O local em que é realizado o aconselhamento pós teste (entrega do resultado) permite privacidade e sigilo? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não
5.11	No atendimento para a execução do teste rápido do HIV e fornecimento do resultado, as informações são registradas em: (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Ficha SICTA ou ficha “Fique Sabendo” ☐ Ficha própria de atendimento da UBS ou prontuário ☐ Este atendimento não é registrado ☐ É fornecida a folha de laudo (impresso específico fornecido nas capacitações com a informação do resultado do teste rápido) ☐ Não é fornecido laudo impresso ao paciente pois o resultado é dado apenas verbalmente

5.12	<p>Para a realização do aconselhamento pré e pós teste e para a execução do teste rápido do HIV: (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ O profissional que realiza o aconselhamento pré e pós, é o mesmo que executa o teste rápido do HIV ○ Um profissional realiza o aconselhamento pré e pós, e outro profissional executa o teste rápido do HIV ○ Um profissional realiza o aconselhamento pré teste e outro profissional realiza a execução do teste e o aconselhamento pós. ○ Um profissional realiza o aconselhamento pré teste e a execução do teste, e outro profissional realiza o aconselhamento pós. ○ Profissionais diferentes realizam o aconselhamento pré, a execução do teste rápido e o aconselhamento pós.
5.13	<p>Você se sente apto em realizar o aconselhamento e o TRD do HIV? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não
5.14	<p>Se você se sente apto em realizar o aconselhamento, assinale os itens que mais se aproximam de você: (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sente-se seguro em realizar o aconselhamento. ○ Acha fácil manusear o teste ○ Acha que a capacitação recebida foi satisfatória para manusear o teste ○ Você confia no teste rápido ○ Acha que foi bem treinado para realizar o aconselhamento. ○ Você acha que sua vivência do dia a dia auxilia na realização do aconselhamento. ○ Outro:
5.15	<p>Se você não se sente apto em realizar o aconselhamento, assinale os itens que mais se aproximam de você: (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sente-se inseguro em realizar o aconselhamento. ○ Tem dúvidas quanto as orientações a serem fornecidas para o usuário ○ Tem dúvidas em conduzir um diálogo sobre sexualidade com o usuário ○ Sente-se constrangido em abordar o assunto da sexualidade com o usuário ○ Acha que precisa de mais capacitações. ○ Tem dificuldade em entregar um resultado positivo para a infecção do HIV ○ Acha difícil manusear o teste ○ Acha que a capacitação recebida foi insatisfatória para manusear o teste ○ Você não confia no teste rápido ○ Outro:
5.16	<p>Realizar o teste rápido do HIV faz parte da sua atribuição? (única escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não
5.17	<p>Na sua prática diária, em que momentos você consegue realizar o teste rápido do HIV? (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Durante o atendimento em Saúde da Mulher ○ Durante o pré-natal ○ Durante a coleta do Papanicolau ○ Durante o atendimento em Saúde do Adulto/ Idoso ○ Durante o acolhimento ○ Durante atendimento da demanda espontânea (pronto-atendimento) ○ Durante as visitas domiciliares ○ Outro: ○ Não é possível incorporar o teste rápido do HIV na minha prática diária

5.18	O que dificulta a realização do teste rápido do HIV no sua prática diária? (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Não ter tempo hábil para se dedicar a esta atividade ○ Sobrecarga de outras atividades de trabalho ○ Falta de apoio da gerência da UBS ○ Falta de estrutura física adequada (iluminação, ventilação, mobília, pia, etc...) ○ Falta de privacidade ○ Falta de testes ○ Falta de insumos (luvas, algodão, etc....) ○ Outro: ○ Não tenho dificuldades
5.19	Em caso de janela imunológica, você costuma orientar o retorno do usuário para um novo teste rápido do HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não
5.20	Você já revelou algum resultado positivo para a infecção do HIV ao executar o teste rápido? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não
5.21	Ao identificar um diagnóstico positivo para o HIV por meio do teste rápido, você: (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Não confiou no resultado do teste ○ Sentiu-se despreparado/ inseguro para contar o resultado ○ Acha que revelar um diagnóstico positivo para o HIV não é sua atribuição ○ Acha que com o aconselhamento que fez, não terá dificuldades em dar o resultado ○ Outro:
5.22	Em caso de diagnóstico positivo para o HIV, você: (múltipla escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Procura sensibilizar o usuário para revelar o diagnóstico e trazer o parceiro para realizar o teste rápido ○ Convoca o parceiro mesmo sem consentimento do usuário ○ Não convoca o parceiro
5.23	Você realiza a notificação para a infecção do HIV? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não
6.	Questões referentes às ações de saúde em situações de diagnóstico para a infecção do HIV por meio do teste rápido:
6.1	Dos casos positivos para o HIV (múltipla escolha): <ul style="list-style-type: none"> ○ Notifica-se o caso mediante o resultado do teste rápido ○ Apenas notifica-se com a confirmação por exame laboratorial ○ Não é feita a notificação ○ Realiza-se CD4/CD8 e carga viral na própria UBS ○ Encaminha-se o usuário para serviço de referência ○ Outro:
6.2	Há retorno (contrarreferência) para a UBS das informações dos casos positivos encaminhados para os serviços de referência? (única escolha) <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim ○ Não
6.3	Há agendamento de retorno dos casos positivos para o HIV na UBS (múltipla escolha)? <ul style="list-style-type: none"> ○ Sim, apenas dos usuários matriculados na UBS ○ Sim, de todos os casos positivos ○ Não

6.4	<p>Caso o usuário com diagnóstico positivo não volte a UBS: (múltipla escolha)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Aguarda-se o retorno espontâneo ☐ Convoca-se com o cuidado de não quebrar o sigilo ☐ Convoca-se apenas usuários matriculados no serviço ☐ Convoca-se apenas gestantes ☐ Não há convocação ☐ Outro:
7.	Para as UBS capacitadas, mas que não realizam o teste rápido do HIV:
7.1	<p>Porque a UBS não realiza o teste rápido do HIV?</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não há estrutura adequada (salas, equipamentos,) ☐ Não há insumos (testes, luvas, óculos de proteção, máscaras...) ☐ Não há recursos humanos disponível (profissionais capacitados estão em outras atividades) ☐ Há pouca demanda por parte dos usuários na procura pelo teste rápido do HIV ☐ Outros. Quais?
7.2	<p>O que falta para que a UBS realize o teste rápido do HIV?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
7.3	<p>Na UBS existem espaços de discussão coletiva com a comunidade a respeito das questões que envolvem o HIV/aids?</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não
7.4	<p>Na UBS existem momentos de educação permanente para os profissionais de saúde?</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Sim ☐ Não

Comentários:

Obrigada!

Anexo

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INCORPORAÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE DIAGNÓSTICO DO HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - BRASIL, NA PERSPECTIVA DA VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

Pesquisador: Fernanda Tavares de Mello Abdalla **Área Temática:** Versão: 2 **CAAE:**

34559814.9.0000.5392 **Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da USP **Patrocinador**

Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 843.979 **Data da Relatoria:** 20/10/2014

Apresentação do Projeto:

Dentre as ações de prevenção e de diagnóstico da infecção pelo HIV, identificam-se o aconselhamento e os exames de diagnóstico para a infecção, mais especificamente os testes rápidos para diagnóstico do HIV. O presente estudo tem por finalidade construir e validar um instrumento para avaliação da realização do teste rápido de HIV, avaliar sua incorporação na Atenção Primária no município de São Paulo, na perspectiva do conceito da Vulnerabilidade Programática. Trata-se de um estudo metodológico e quantitativo que utilizará para a coleta de dados um questionário online a ser respondido por gestores de UBS e profissionais de saúde responsáveis pelo teste rápido do HIV nestes serviços. O estudo tem como hipótese que a incorporação do teste rápido do HIV está relacionada às potencialidades e fragilidades que caracterizam os serviços de saúde e que quanto menor a vulnerabilidade programática, melhor a incorporação do teste rápido. Para avaliar a incorporação do teste rápido do HIV na atenção primária no município de São Paulo na perspectiva da vulnerabilidade programática, foram estabelecidos três marcadores de saúde. 1) Aspectos relacionados a Estrutura para a realização do Aconselhamento e do TR do HIV nas UBS, 2) Aspectos relacionados a Organização dos serviços de saúde nas práticas do aconselhamento e do TR do HIV nas UBS, 3) Aspectos relacionados as Ações de saúde sobre o aconselhamento e o TR do

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419 **Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000 **UF:** SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 843.979
HIV nas UBS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a incorporação do teste rápido do HIV na Atenção Primária no município de São Paulo, Brasil, na perspectiva do conceito de Vulnerabilidade Programática. **Objetivos**

Secundários:

- Construir e validar um instrumento para avaliação da incorporação do teste rápido do HIV nas UBS.
- Analisar a conformidade das práticas do aconselhamento e do teste rápido do HIV presentes no processo de trabalho das UBS, conforme preconizado por protocolos estabelecidos. . Identificar marcadores da vulnerabilidade programática presentes nas práticas da atenção primária para a realização do teste rápido do HIV, na perspectiva do serviço de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: mínimos, será preenchido um questionário online. **Benefícios:** contribuir para a melhoria da assistência nos serviços de saúde no que tange o diagnóstico de HIV.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No município de São Paulo 70 UBS estão capacitadas para a realização do teste rápido de diagnóstico de HIV, mas somente 33 o realizam. O instrumento para a coleta de dados será submetido a avaliação semântica e de conteúdo por 5 juízes utilizando-se a técnica Delphi. Ao final da validação, o questionário com perguntas abertas e fechadas será disponibilizado ao gestor e ao profissional de saúde, a fim de identificar ações desenvolvidas, os fluxos estabelecidos de atividades e de atendimentos, e as prioridades definidas pelos serviços de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ainda não foi incluído o contato do CEP da instituição proponente no TCLE. Apresenta minuta de anuência da instituição para coleta de dados após aprovação pelo Comitê de Ética da instituição co-participante.

Recomendações:

Incluir também o contato do CEP da instituição proponente no TCLE. Substituir o termo "cópia" por "via".

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419 **Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000 **UF:** SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 843.979

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atender as recomendações e não precisa retornar ao CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição coparticipante para o início da pesquisa. O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 23 de Outubro de 2014

**Assinado por: Ruth
Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)**

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419 **Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000 **UF:** SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INCORPORAÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE DIAGNÓSTICO DO HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - BRASIL, NA PERSPECTIVA DA VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

Pesquisador: Fernanda Tavares de Mello Abdalla **Área Temática:** **Versão:** 1 **CAAE:**

34559814.9.3001.0086 **Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da USP **Patrocinador**

Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 860.688 **Data da Relatoria:** 05/11/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto pretende avaliar a incorporação do Teste Rápido Diagnóstico para o HIV na Atenção Primária no município de São Paulo, na perspectiva do conceito da Vulnerabilidade Programática. Trata-se de um estudo quantitativo que utilizará um questionário online a ser respondido por gestores de UBS e profissionais de saúde responsáveis pelo teste rápido do HIV nestes serviços.

O projeto será desenvolvido em 70 UBS da cidade que já foram treinadas para a utilização deste teste e entrevistará um gestor e um profissional envolvido com este procedimento, em cada unidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a incorporação do teste rápido do HIV na Atenção Primária no município de São Paulo, Brasil, na perspectiva do conceito de Vulnerabilidade Programática. **Objetivos Secundários:**

1- Construir e validar um instrumento para avaliação da incorporação do teste rápido do HIV nas UBS. 2- Analisar a conformidade das práticas do aconselhamento e do teste rápido do HIV presentes no processo de trabalho das UBS, conforme preconizado por protocolos estabelecidos. 3- Identificar marcadores da vulnerabilidade programática presentes nas práticas da atenção

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 860.688

primária para a realização do teste rápido do HIV, na perspectiva do serviço de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco reduzido, será preenchido um questionário online. Vale ressaltar o risco de desconforto na participação do estudo. Benefícios: contribuir para a melhoria da assistência nos serviços de saúde no que tange o diagnóstico do HIV.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, principalmente em função de que o diagnóstico de HIV ainda é tardio na cidade e, das 70 UBS já capacitadas para a utilização deste método diagnóstico, apenas 33 o realizam. A metodologia é adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. Cronograma e orçamento detalhado foram adequadamente informados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador.

Há benefícios previstos na realização do estudo. TCLE foi retificado.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS. Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 06 de Novembro de 2014

**Assinado por: SIMONE
MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)**