

UNIVERSIDADE DO CONTESTADO - UnC

GRASIELLY CRISTINA ALVES

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO
DO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS EM MUNICÍPIOS DO PLANALTO NORTE
CATARINENSE

MAFRA-SC

2016

GRASIELLY CRISTINA ALVES

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA DIAGNÓSTICO
DO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS EM MUNICÍPIOS DO PLANALTO NORTE
CATARINENSE.

Projeto de Pesquisa apresentado como exigência para obtenção de nota na disciplina de metodologia científica, do curso de pós graduação de Gestão em Saúde Pública, ministrado pela Universidade do Contestado – UnC, Campus Mafra, sob Orientação da Professora Me. Luciana M. Mazon. Pesquisa financiada pelo FUMDES.

MAFRA

2016

Grasielly Cristina Alves

Avaliação da implantação dos testes rápidos para diagnóstico do HIV/AIDS e hepatites virais em municípios do planalto norte catarinense.

Esta Monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Especialista em Gestão de Saúde Pública

E aprovada na sua versão final em 07 de maio de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade do Contestado e Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Saúde Pública.



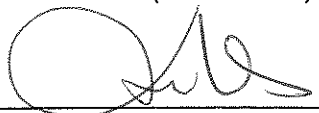
Prof. Ms. Esvaldo Antunes

Coordenador do Curso de Pós-graduação em Gestão de Saúde Pública

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Ms. Luciana Maria Mazon

(Orientador)



Prof^o. Ms. Esvaldo Antunes

(Avaliador)



Prof^a. Dr^a Renata Campos

(Avaliador)

RESUMO

Este estudo avalia a implantação das testagens rápidas para HIV/AIDS/Hepatites virais em municípios do planalto norte catarinense. Procurou-se identificar os fatores compreendidos nas dimensões de aceitabilidade e satisfação do usuário, e organizacionais nas dimensões de disponibilidade, oportunidade e conformidade, que influenciaram na implantação do teste rápido. Foram selecionados quatro municípios, dois pertencentes a 25ª região de saúde e dois pertencentes a 26ª região de saúde. Para definir o grau de implantação foi utilizada uma matriz de julgamento, explorando o conceito de acesso ao diagnóstico em suas várias dimensões. As dimensões foram categorizadas em índices de adequação, aceitabilidade e satisfação do usuário, com escores específicos classificando os serviços de saúde em: implantado; parcialmente implantado; incipiente e não implantado. Na avaliação, pode-se observar que a implantação da estratégia do teste rápido como nova metodologia diagnóstica do HIV/AIDS e hepatites virais nos municípios do planalto norte catarinense, mostrou-se implantado em todos os índices avaliados. O índice de maior pontuação foi o de satisfação do usuário com 100%, seguidos da aceitabilidade com 85% e de adequação com 75,1%.

Palavras-chave: Avaliação de programas; Testagens rápidas, Acesso, HIV, Hepatites virais.

ABSTRACT

This study evaluates the implementation of rapid testings for HIV / AIDS / Viral Hepatitis in municipalities of northern Santa Catarina plateau. We sought to identify the factors included in the dimensions of acceptance and user satisfaction, and organizational dimensions in the availability, timeliness and compliance, which influenced the implementation of the rapid test. four municipalities, two belonging to the 25th health region and two belonging to the 26th health region were selected. To set the degree of implementation an array of judgment was used, exploring the concept of access to diagnosis in its various dimensions. The dimensions were categorized adequacy ratios, acceptability and user satisfaction with specific scores rating the health services: implemented; partially implemented; incipient and not deployed. In the evaluation, it can be observed that the implementation of the rapid test strategy as a new diagnostic methodology of HIV / AIDS and viral hepatitis in the municipalities of northern Santa Catarina plateau, proved to be deployed in all the indices evaluated. The highest score index was the user satisfaction with 100%, followed by acceptance of 85% and adequacy to 75.1%.

Keywords: Program evaluation; Testings quick, access, HIV, viral hepatis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
1.2 OBJETIVOS.....	7
1.2.1 Objetivo Geral.....	7
1.2.2 Objetivos Específicos.....	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1 IMPLANTAÇÕES DE PROGRAMAS DE SAÚDE.....	7
2.2 AS TESTAGENS RÁPIDAS NO BRASIL	10
2.3 IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS NA SAÚDE	11
3. METODOLOGIA.....	12
4. RESULTADOS.....	13
5. DISCUSSÃO.....	20
6. CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS	24
APÊNDICE.....	29

1. INTRODUÇÃO

O hábito de avaliar instituições, programas e projetos, com métodos e técnicas científicas, é relativamente novo em nível de Brasil e no mundo. Após a segunda guerra mundial se tornou mais frequente nos países centrais do capitalismo, acompanhando os maciços investimentos em políticas públicas de bem estar social. Com essa inserção na realidade que a avaliação passou nos últimos 60 anos, a fazer parte da pauta de investimentos teóricos e práticos, ao lado das metodologias e modelos das pesquisas sociais visando a maior eficiência na aplicação de recursos e a efetividade nas ações institucionais, sociais e econômicas (MINAYO, 2011).

Segundo Scriven (2005), a avaliação deve ser considerada, na atualidade, não apenas como uma técnica, mas como uma “transdisciplina”, ou seja, um campo de estudo próprio que ao mesmo tempo oferece instrumentos de reflexão para outras áreas de conhecimento.

No campo das políticas públicas é preciso reconhecer que, a partir dos anos 90, no Brasil se intensificaram as práticas de avaliação, na área social, de segurança e em vários âmbitos institucionais. Vários fatores têm contribuído para isso. Dentre eles, destacam-se, a reforma do Estado, a focalização da ação governamental em determinadas atividades exigindo análise de eficácia dos investimentos, a entrada de organizações não governamentais e da iniciativa privada na prestação de inúmeros serviços de interesse público, as exigências dos órgãos internacionais que financiam projetos sociais e estratégicos, a ampliação e o aprofundamento dos mecanismos de controle social sobre as políticas sociais e instituições, colocando os recursos que utilizam sob vigilância da sociedade civil e gerando pressão dos meios de comunicação e da opinião pública (COHEN, et al, 2003).

No rumo desse crescimento das práticas avaliativas, é necessário levar em conta, também, o aumento da capacidade teórica metodológica, técnica e crítica dos intelectuais e pesquisadores brasileiros na análise de programas e projetos governamentais, das instituições públicas e privadas e do terceiro setor (CARVALHO, 2001).

É importante enaltecer tanto o sentido como a orientação prática social, pois, como lembra Penna Firme (2008), nem toda avaliação é produtiva: avaliar pode ser

um empreendimento de sucesso, mas também de fracasso, pode conduzir a resultados significativos ou a respostas sem sentido, pode defender ou ameaçar, dependendo de seus propósitos e da postura ética com que é feita. Podem existir avaliações tendenciosas, mal elaboradas e superficiais que poucos resultados trazem para a aprendizagem das instituições. Deve-se ressaltar que mesmo uma avaliação bem realizada e cercada de cuidados, sozinha, não consegue solucionar os problemas da prática, pois solucioná-los é uma tarefa da administração e de outros responsáveis operacionais.

As intervenções realizadas pelos serviços de saúde, embora muito frequentes, de forma geral não são avaliadas quanto aos resultados alcançados, o que pode levar a uma sistemática repetição de equívocos, sem possibilidade de correção das práticas e melhoria efetiva das ações de saúde (SARACENI, et al, 2003).

Neste contexto, com base no arcabouço teórico da avaliação, buscou-se avaliar a introdução dos testes rápidos em municípios do planalto norte catarinense.

O conceito de avaliação que norteou este estudo diz que “avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção” (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Os testes rápidos tiveram início no Brasil, na década de 90, onde houve a disponibilização de testes rápidos e aconselhamento para gestantes nas maternidades.

Em 2004, o Brasil iniciou a implantação dos testes rápidos como triagem, com o Projeto Nascer, no estado do Amazonas. Em 2005 publicou-se a portaria que regulamenta o uso de testes rápidos como diagnóstico da infecção pelo HIV portaria 34, de 28 de julho de 2005, e em 2006 iniciou-se o processo de implantação de teste rápido como diagnóstico da infecção pelo HIV no Brasil, em locais de difícil acesso.

Somente em 2011, foi realizada uma capacitação aos multiplicadores para a nova plataforma, com novas testagens. Foi então que houve a implantação dos novos testes rápidos além do HIV, foram implementados sífilis, hepatite B e C (SANTOS 2002). Na região norte do estado de Santa Catarina a implantação dos testes rápidos iniciou no ano de 2014.

Diante do exposto traçou-se as questões seguintes: após implementados os testes rápidos nos serviços de saúde, este serviço já foi avaliado, no sentido de identificar suas potencialidades e limitações? Os profissionais estão capacitados e

preparados para realizar as testagens? Os testes rápidos para HIV/AIDS, hepatite B e C têm sido procurados pela população?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar a implantação dos testes rápido para diagnóstico do HIV/AIDS, hepatite B e C em municípios do Planalto Norte do Estado de Santa Catarina.

1.2.2 Objetivos Específicos

- i. Identificar a disponibilidade dos testes rápidos para diagnóstico do HIV/AIDS, hepatite B e C nos serviços de saúde;
- ii. Avaliar a conformidade da realização dos testes rápidos com as normativas vigentes no estado de Santa Catarina para testes rápidos;
- iii. Identificar a aceitabilidade dos profissionais de saúde em realizar os testes rápidos;
- iv. Verificar a satisfação dos usuários com a testagem rápida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 IMPLANTAÇÕES DE PROGRAMAS DE SAÚDE

Segundo Figueiredo (2004), políticas públicas é a materialização do estado, no caso da saúde se materializam como programas de atenção de saúde, os quais surgiram para garantir a melhoria do atendimento e qualidade prestada aos usuários, gerando mais satisfação a quem procura os serviços de saúde no âmbito do SUS.

A reforma brasileira da saúde, de 1988, introduziu mudanças significativas no modo de operação do sistema. A reforma do modelo de assistência pública à saúde ocorreu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse novo modelo, inscrito na própria Constituição brasileira de 1988 definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização dos municípios e um

novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada. Pode-se afirmar que as mudanças demográficas e epidemiológicas tem fator importante nas mudanças do perfil da população as quais exigiram a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções (VIANA, et al, 2005).

Um ponto central para desenvolver qualquer programa é definir seus objetivos a curto, médio e longo prazo (CARVALHO, et al, 2007).

O Programa Saúde da Família (PSF) ou Estratégia Saúde da Família (ESF) foi um dos primeiros programas criados pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 1994, por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) instituído em 1991, com o objetivo de redirecionar a forma de assistência da saúde prestada, e surgiu da necessidade de existir maior vínculo assistencial à atenção básica da população (FERREIRA, et al, 2008).

Em 12 de abril de 2002, o ministro de Estado da Saúde considerando a necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na Política Nacional do Idoso; resolve criar mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, e determinar às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde a adoção das providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Hospitais Gerais e dos Centros de Referência que integrarão estas redes (MIYATA, et al, 2005).

Com o fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença, foram necessárias melhorias na qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor. Com a integração das ações de controle da dengue na atenção básica, com a mobilização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Programa de Saúde da Família (PSF), foram desenvolvidos instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, estados e municípios com a criação do PNCD, programa Nacional de Controle da Dengue no ano de 2002 (BRASIL, 2002).

O Programa Bolsa Família foi criado em outubro de 2003 com o objetivo reduzir a pobreza e a desigualdade social, fornecendo um mínimo de renda para as

famílias mais pobres. Reforçar direitos sociais básicos nas áreas de saúde, educação e assistência social. Oferecendo programas complementares, os quais contribuíram para uma melhor inserção social e produtiva das famílias beneficiárias, com foco na família e compromisso de contribuir para a quebra do ciclo geracional da pobreza (BRASIL, 2003).

Em 2003, teve início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, quando a equipe técnica de Saúde da Mulher avaliou os avanços e retrocessos alcançados na gestão anterior. Em maio de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construídos a partir da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) e respeitando as características da nova política de saúde (BRASIL, 2002).

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2007).

A política de segurança e saúde do trabalhador foi instituída no ano de 2011, com a adoção de políticas nacionais coerentes de saúde e trabalho, bem como o desenvolvimento de ações a serem efetivadas pelos governos e empresas para promover a segurança e saúde no trabalho e melhorar as condições de trabalho (OLIVEIRA, 1992).

Em 5 de fevereiro de 2002 que o Ministério da Saúde criou, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV), que veio para contribuir e aprimorar o conjunto de ações de saúde relacionadas às hepatites virais, devido a mudança de comportamento no perfil epidemiológico das hepatites virais (BRASIL, 2002).

Nos últimos anos, a epidemia de HIV/AIDS e hepatites virais vem colocando novos desafios para as políticas públicas. Para enfrentá-los, é importante situá-los nacionalmente, em sentido amplo, e, de forma específica, no setor saúde. A implantação de ações necessárias para a prevenção e a assistência, bem como o estabelecimento de mecanismos de apoio que visem à redução da vulnerabilidade da população e que garanta os direitos de todas as pessoas infectadas pelo vírus,

requer vontade política. O programa das DST passou por várias mudanças desde sua frágil criação em 1994, e desde então busca o aperfeiçoamento para detecção e diagnóstico precoce, com a implantação dos testes rápidos nos serviços de saúde (BRASIL, 1999).

2.2 AS TESTAGENS RÁPIDAS NO BRASIL

As políticas públicas podem ser vistas como mecanismo de mobilização, compreendendo esse termo na concepção de Araújo (2005) em que as mesmas não se restringem a seu papel normativo, mas cumprem missão de transformação social. Nos últimos anos, assiste-se no Brasil a um novo paradigma na formulação das políticas públicas em saúde centradas no reconhecimento de problemas e na criação de competências institucionais estratégicas que gerem melhorias na qualidade da atenção.

A implantação do teste rápido, como política pública baseada em evidências científicas marca a trajetória do Programa Nacional de DST e AIDS no desafiante cenário de controle da epidemia. Existem algumas reações críticas e resistências ao enquadramento do teste rápido como política pública, o balanço fornece um saldo positivo e revela a conformação de um modelo de gestão que começa a produzir mudanças na sociedade, impactando na saúde da população. Não é a primeira ocasião que esse órgão inova no aprimoramento da gestão do SUS, nem tampouco a primeira vez que se defronta com resistências. Isso requer competência e vontade política para incorporar mudanças e persuadir profissionais de saúde de áreas classicamente não laboratoriais a se envolverem num campo novo de trabalho, qual seja a testagem e o aconselhamento (BÔAS, 2007).

Desde 1999, realiza-se no Brasil teste rápido, no momento do parto, cumprindo um papel estratégico para parturientes que, por algum motivo, não foram testadas no pré-natal, possibilitando a profilaxia da transmissão vertical do HIV, quando indicada. Para implementar essa estratégia, foi criado o Projeto Nascer, em 2003, envolvendo um total de 570 maternidades cadastradas (BRASIL, 2004).

Conforme vigora na legislação brasileira atual (Portarias Nº 59:2003 e Nº 34 de 28/07/2005), o diagnóstico da infecção do HIV é realizado conforme a disponibilidade de uma estrutura laboratorial complexa ou por meio do teste rápido para situações em que se faz necessário (BRASIL, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2 bilhões de pessoas no mundo já tiveram contato com o vírus da hepatite B (VHB) sendo que 350 a 400 milhões são portadores do mesmo, compreendendo aproximadamente 5% da população mundial, estima-se ainda que 3% da população mundial estejam infectados pelo vírus da hepatite C (HCV), o que representa cerca de 170 milhões de indivíduos com infecção crônica e sob risco de desenvolver as complicações da doença (BRASIL, 2008).

Pensar nesses termos fez com que o Programa Nacional de DST e AIDS, órgão responsável pela implementação da política no País, tomasse medidas para favorecer o acesso ao diagnóstico por meio da incorporação do teste rápido para HIV, em algumas localidades. Sua implantação apresenta as vantagens desse tipo de teste, não apenas na perspectiva de sua eficiência e confiabilidade, mas também em termos da sustentabilidade econômica e da relação custo benefício que o mesmo pode trazer (PASCUM, et al, 2008).

Segundo o Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, pesquisas realizadas indicam que existem hoje no Brasil cerca de 630 mil pessoas vivendo com o HIV, o vírus da AIDS, e que, dentre estas, cerca de 255 mil nunca teriam feito um teste de diagnóstico e, por isso, não conhecem sua sorologia. O diagnóstico da infecção pelo HIV e hepatites virais é feito por meio de testes realizados a partir da coleta de uma amostra de sangue. Do ponto de vista epidemiológico, pode-se afirmar que o diagnóstico é fundamental para o controle da epidemia (BRASIL, 2009).

2.3 IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS NA SAÚDE

A avaliação tem o objetivo de esclarecer os procedimentos, aumentar a efetividade, possibilitar de modo eficiente a tomada de decisão em relação a que esses programas estão realizando ou se estão afetando. Envolve, portanto, a coleta sistemática de informações sobre as atividades e resultados dos programas, recursos humanos e produtos à disposição de pessoas específicas (PERTENCE, et al, 2010).

Assim, pode-se afirmar que a avaliação é uma função de gestão. A qual se dá a aplicação no processo decisório, fornecendo informações e tendo sempre como

horizonte níveis cada vez maiores de racionalidade e efetividade das ações ou serviços de saúde (TANAKA, 2000).

Segundo MALIK (1996);

Os indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo, ou seja, resumidamente, são parâmetros geralmente utilizados em escala numérica, seguindo padrões, para fazer a verificação do desempenho do trabalho. Ao longo do percurso do estudo da qualidade, vários têm sido os modelos propostos. Prêmios de qualidade (Europeu, Malcolm Baldrige e Nacional) e International Standardization Organization (ISO) são os modelos de avaliação externa da qualidade atualmente mais empregada nas empresas privadas e na administração pública, tanto no Brasil quanto no exterior. Há modelos específicos desenvolvidos para determinadas realidades, como a "acreditação" na área da saúde. Esses diferentes modelos podem ser utilizados dos mais diferentes modos, adaptando-se, assim, às especificidades dos mais variados ambientes organizacionais.

A tarefa de avaliar é necessária, porém complexa, requer um investimento cuidadoso. Consistente na construção de uma série de consensos. Trata-se, não apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde (BRASIL, 2005).

3. METODOLOGIA

Foram selecionadas oito Unidades de Saúde distribuídas em quatro municípios da região norte do estado de Santa Catarina, os quais tiveram profissionais treinados para a estratégia de implantação do Teste Rápido para diagnóstico do HIV hepatites Virais. Os municípios que contribuíram a amostra foram os dois maiores e os dois menores municípios que compreendem pela 25ª e 26ª Região de Saúde de SC. Como critério de inclusão, será considerado a realização de testes rápidos nas Unidades de Saúde desde o ano de 2014.

Para a análise de implantação, foram utilizados instrumento de coleta de dados adaptado¹ em anexo, os quais incluíram: entrevista com profissionais de saúde e

entrevista com usuários. Foram utilizados ainda relatórios de controle de estoque e logística de insumos para relacionar o grau de implantação e o contexto organizacional.

Para definir o grau de implantação, foi utilizado o modelo lógico e a matriz de julgamento proposto por Mie Okamura (2006). De acordo com a autora as dimensões foram categorizadas em três conjuntos de índices: Adequação, Aceitabilidade e Satisfação do Usuário, que receberam pontuação específica de acordo com o anexo.

4. RESULTADOS

Para definir o grau de implantação, as dimensões foram categorizadas conforme os três conjuntos de índices: Adequação, Aceitabilidade e Satisfação do Usuário, os quais receberam pontuação específica de acordo com a importância no processo de implantação, conforme explicitado no Quadro 1.

Quadro 01: Matriz de julgamento por componente do programa e dimensões da avaliação, consolidado dos municípios.

Componente	Índices de adequação			Índices de aceitabilidade		Índices de satisfação do usuário		∑ Componente
Insumo	Oportunidade	30	110	Profissional da saúde	70			180
	Disponibilidade	50						
	Conformidade	30						
Atividade	Oportunidade	60	126	Profissional da saúde	30	Usuário	100	156
	Disponibilidade	40						
	Conformidade	26						
∑ Dimensões da avaliação	236			100		100		436

Fonte: Matriz adaptada de Okamura, 2006.

Essa pontuação foi aplicada conforme a matriz de intervenção proposta pela autora Mie Okamura (2006), que seguem em anexo, priorizando as dimensões consideradas críticas para a implantação do teste rápido. O índice de adequação é composto pelas dimensões oportunidade (5 indicadores), disponibilidade (4 indicadores) e conformidade (9 indicadores).

Os resultados foram obtidos a partir dos dados lançados na matriz de julgamento (Quadro 1), e foram apresentados da seguinte forma: 1) análise e julgamento detalhado das unidades de observação por dimensão/índice e

componente do programa; 2) apresentação do consolidado da pontuação dos municípios selecionados da 25ª e 26ª região de saúde.

Conforme descrito e detalhado no quadro 2, foi realizado uma análise detalhada da soma dos componentes dos municípios e apresentadas em índices por componente do programa. No quadro está delineado as pontuações esperadas por tipo de componente, a somatória das pontuações obtidas por componente e o grau de implantação por componente. Os tipos de componente insumo são: kits de teste rápido e profissionais; e os de componente atividade são: testagem, aconselhamento e gestão de serviços.

Referente ao insumo kit, na dimensão oportunidade conforme relato dos profissionais de enfermagem, foi identificada a falta de kit de testagem para hepatite B em todos os municípios da região do planalto norte por mais de três vezes nos últimos meses, o que acarretou por uma nota menor no componente oportunidade/kit.

Ainda sobre o componente oportunidade foi atribuído nota máxima ao insumo kit/profissional, pois há profissional que realiza testagem e aconselhamento todos os dias da semana nas unidades de saúde analisadas.

Sobre o insumo kit, no componente disponibilidade, foi atribuída nota inferior devido à falta dos testes de hepatite B para 100% das gestantes, já no insumo kit/profissional foi atribuída nota máxima, pois tem profissionais para realizar a testagem em 100% das gestantes.

No insumo kit/componente/conformidade foi atribuída nota máxima, pois os kits encontram-se dentro do prazo de validade e armazenados em sala climatizada ou geladeira exclusiva. Apesar de os kits não necessitarem especificamente de geladeira para o seu armazenamento.

Referente ao insumo atividade no componente oportunidade foi aplicado nota máxima, pois o paciente não precisou retornar aos serviços mais que uma vez para fazer o teste e o serviço nunca deixou de funcionar por um mês consecutivo.

No componente disponibilidade, o insumo atividade aconselhamento/testagem levou nota menor devido não disponibilizar de testagem para 100% das gestantes devido à falta do kit de hepatite B.

Já no componente conformidade, no insumo atividade/gestão foram atribuídas notas menores novamente devido à falta de testagem para 100% das gestantes e

crianças expostas, devido falta do kit de hepatite B, além do que, os serviços não elaboraram rotina de serviço após implantação das testagens rápidas.

Em síntese os testes rápidos para HIV, hepatite B e Hepatite C, estão implantados nos municípios do planalto norte catarinenses avaliados no ano de 2015. Mesmo apresentando falta dos kits de testagem rápida de hepatite B, durante alguns meses do ano de 2015.

Quadro 2. Grau de implantação dos testes rápidos índice adequação em municípios do planalto norte catarinenses, 2015.

COMPONENTE	ÍNDICES DE ADEQUAÇÃO						GRAU DE IMPLANTAÇÃO
		PE	PO	%	PE	PO	
INSUMO	Disponibilidade	60	50	83,3	150	110	73,3
	Oportunidade	60	30	50			
	Conformidade	30	30	100			
ATIVIDADE	Disponibilidade	60	40	66,6	130	115,5	88,8
	Oportunidade	60	50	83,3			
	Conformidade	30	25,5	85			
Σ DOS COMPONENTES					300	225,5	75,1%
Grau de implantação	Implantado						

PE: Pontuação Esperada PO: Pontuação Observada.

No que se refere à caracterização dos serviços, dos usuários e dos profissionais envolvidos com a implantação do teste rápido para diagnóstico dos testes rápidos de HIV/AIDS e hepatites virais nos municípios analisados, foram utilizados dados coletados das entrevistas com profissionais de saúde e usuários.

Conforme mostra o quadro 3, pode se levar em consideração que os profissionais que realizam as testagens rápidas confiam no resultado e consideram sua atribuição, apenas um dos profissionais considera que não é sua atribuição realizar o aconselhamento, pois sente que necessita de mais treinamento.

Quadro 3. Grau de implantação de aceitabilidade

COMPONENTE	ÍNDICES DE ACEITABILIDADE			GRAU DE IMPLANTAÇÃO
		PE	PO	
INSUMO				
	Profissional de saúde	70	70	100

ATIVIDADE	Profissional de saúde	30	15	50	Implantado
∑ DOS COMPONENTES		100	85	85	
GRAU DE IMPLANTAÇÃO	Implantado				

PE= pontuação esperada ; PO= pontuação observada

Relacionado à satisfação dos usuários entrevistados que frequentam o serviço de saúde, todos os entrevistados mostraram 100% de grau de satisfação em relação a testagem rápida e ao aconselhamento pré e pós teste, ou seja, o profissional utilizou linguagem clara e objetiva ao dar o resultado do exame.

Quadro 4. grau de implantação do índice de satisfação do usuário.

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

Os parâmetros do grau de implantação foram definidos por meio de quartis, utilizando o modelo testado e validado por Cosendey, permitindo, assim, atribuir aos serviços uma pontuação que classificou em graus de implantação, conforme exposto na Tabela 1. O grau de implantação se refere, portanto, ao percentual obtido em relação a soma da pontuação máxima de cada conjunto de índices (adequação, aceitabilidade e satisfação do usuário).

Tabela 1: Parâmetros para o grau de implantação

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

Fonte: Cosendey, 2003

Foram analisadas 8 entrevistas de profissionais de saúde todos enfermeiros. Quando questionados sobre o tempo de atuação profissional, 5 responderam que atuam há mais de 5 anos, 2 atuam à 2~5 anos e 1 atua a menos de dois anos. Em relação à composição da equipe, 8 eram profissionais da equipe de trabalho que lidam diretamente com o usuário, sendo coordenadores de unidade apenas 7 dos entrevistados que, além de exercerem o cargo de chefia, realizam o procedimento de aconselhamento e testagem.

Quando inquiridos sobre os tipos de capacitação que haviam recebido, todos os entrevistados disseram que receberam treinamento para o diagnóstico através do teste rápido. Em relação ao tipo de capacitação, 7 receberam treinamento presencial pelo do programa do Ministério da Saúde e 1 por meio de colegas de trabalho.

Em relação ao registro da testagem, 7 registram em prontuários e 4 ainda em livro registro. O aconselhamento pré e pós-teste não foi registrado por nenhum dos profissionais entrevistados e não foi identificado nenhum registro relacionado a aconselhamento.

Em relação à realização da testagem, 5 dos entrevistados consideraram se aptos a realizar a testagem e 1 dos entrevistados considerou não ser a testagem sua atribuição.

Quanto ao aconselhamento, 5 entrevistados sentiram-se aptos a realizar o aconselhamento, 2 dos entrevistados sentiram-se inseguros e 1 respondeu que gostaria de receber mais treinamento.

Referente à utilização do protocolo de testagem e aconselhamento 3 responderam que utilizam o protocolo e 5 não utilizam/não tem protocolo na unidade de saúde (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização dos profissionais de saúde em relação a realização dos testes rápidos e aconselhamento, 2015.

Variáveis	n	%
Capacitação		
Presencial com profissionais habilitados pelo MS ou SES	7	87,5
Por colegas ou outros profissionais do município	1	12,5
Registros de testes rápidos		
Livro de registro	4	50
Prontuário	7	87,5
Registros de aconselhamento		
Livro de registro	0	0
Prontuário	0	0
Aptidão para realizar teste rápido		
Sentiu-se apto	6	75
Sentiu-se inseguro	-	0
Não é sua atribuição	1	12,5
Sentiu necessidade de mais treinamento	1	12,5
Aptidão para realizar aconselhamento		
Sentiu-se apto	5	62,5
Sentiu-se inseguro	2	25
Não é sua atribuição	0	0
Sentiu necessidade de mais treinamento	1	12,5
Utilização de protocolo para teste rápido e aconselhamento		
Sim	3	37,5
Não	0	0
Não há protocolo na Unidade de Saúde	5	62,5

MS- Ministério da Saúde; SES- Secretaria do Estado da Saúde

No que tange ao atendimento dos usuários durante a testagem rápida, foram realizadas 16 entrevistas com usuários nos 8 serviços de saúde analisados, no período entre 16 de novembro de 2015 a 20 de fevereiro de 2016, onde 12 eram mulheres e 4 homens. O número de entrevistados por localidade não foi homogêneo devido à dificuldade de conciliar: horário de funcionamento do serviço, períodos de viagem, a presença do pesquisador com o fluxo de usuários nos serviços que realizaram o teste rápido e aceitabilidade dos usuários em responder os questionários. Interessante salientar que na percepção do entrevistador 14 declararam-se de cor branca e 2 de cor parda.

A faixa etária variou entre 14 a 59 anos, a escolaridade predominante é de nível secundário completo e superior completo, demonstrando nível de escolaridade alto da população entrevistada.

Tabela 3. Caracterização dos usuários de saúde atendidos pelos serviços que realizam testagem rápida nos municípios da 25ª Região de saúde, 2015.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	4	25
Feminino	12	75
Raça/cor		
Branca	14	87,5
Parda	2	12,5
Faixa etária		
18-19	3	18,75
20-29	3	18,75
30-39	4	25
40-49	-	
> 50	4	25
Não respondeu	2	12,5
Escolaridade		
Analfabeto	0	0
Ensino Fundamental	0	0
Ensino médio completo	8	50
Ensino médio incompleto	2	12,5
Ensino superior completo	5	31,25
Ensino superior incompleto	1	6,25

Quanto ao motivo que levaram os usuários ao serviço, 5 foram em busca da testagem para HIV e hepatites virais, 10 foram para realizar alguma consulta, 3 para receberem alguma informação.

Quando questionados sobre a realização das testagens rápidas para HIV e hepatites virais 5 dos entrevistados referiram realizar as testagens rápidas pela primeira vez, para 10 dos usuários, o teste lhes foi oferecido pelos profissionais,

ocorrendo a testagem com o seu consentimento e 1 demonstrou interesse em realizar o teste.

Em relação ao usuário, 11 informaram não ter tido dificuldade em entender o que lhes foi explicado e 5 dos entrevistados nunca realizaram o teste rápido. Dos 11 entrevistados que realizaram o teste rápido referiram achar bom o teste que dá resultado na hora, pois não tiveram que gastar com condução, o teste foi realizado na sua presença, demorou menos de uma hora para o resultado, evitou a ansiedade, o teste foi feito na sua presença.

Quando questionados se o profissional realizou o aconselhamento pré e pós teste os 11 entrevistados que já realizaram o teste rápido para HIV e hepatites virais responderam que sim, o que pode verificar que todos os profissionais estão sensibilizados para o aconselhamento.

Ainda questionados sobre como ficaram sabendo sobre a testagem para HIV e hepatites virais, 8 dos usuários ficaram sabendo sobre a realização do teste no próprio serviço de saúde e 3 através de amigos/parentes.

Tabela 4. Motivo de procura dos usuários de saúde atendidos pelos serviços que realizam testagem rápida nos municípios da 25ª Região de saúde, 2015.

Variável	n	%
Motivo da procura pelos serviços de saúde		
Fazer uma consulta	10	62,5
Receber informação	3	18,75
Fazer teste rápido	5	31,25
Motivo pelo qual já realizou testagem rápida		
Profissional ofertou	10	62,5
Mostrou interesse em realizar o teste	1	6,25
Nunca realizou teste rápido	5	31,25
Percepção em relação ao aconselhamento para testagem rápida		
Não teve dificuldade de entendimento	11	68,75
Nunca realizaram o teste	5	31,25

Interessante verificar que 9 dos entrevistados sabem como se transmite o HIV e hepatites virais, 9 sabem como se prevenir e 9 sabem avaliar seus riscos e apenas 2 não quiseram informar.

5. DISCUSSÃO

As avaliações de implantação buscam identificar e conhecer o impacto que os programas causam, medindo assim sua efetividade e aceitabilidade da população que o utiliza. À medida que a atenção à saúde exige respostas às necessidades de populações específicas com maior vulnerabilidade e/ou alto risco, a avaliação de programas baseada em princípios epidemiológicos, necessários para determinar estratégias de maior efetividade é tida como indispensável, para avaliar seus resultados (HARTZ, 1999).

A análise da implantação é particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos, a mesma consiste em medir a influência da variação no grau de implantação da intervenção em diferentes contextos. Até mesmo uma ausência de efeito pode ser consequência do fato de que a intervenção avaliada não foi realmente implantada (CONTANDRIOPOLUS et al, 1992).

O Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Estado da Saúde têm buscado constantemente a definitiva implementação do teste rápido em Santa Catarina, visando ampliar o diagnóstico precoce, a fim de alcançar uma redução da transmissão de DST's e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos portadores desses tipos de doença, além de melhorar o acesso e inserir os portadores na rede assistencial (BRASIL, 2014). Pode se observar que a implantação dos testes rápidos de HIV/AIDS e hepatites virais nos municípios da 25ª e 26ª região de saúde, encontram-se implantados conforme aplicado e verificado nas matrizes de intervenção utilizadas neste estudo.

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (Coren), por meio do parecer normativo nº 014 de 2013, ficou definido que é competência dos enfermeiros realizar os testes rápidos, e devem estar devidamente capacitados por encontro presencial ou seja que realizaram o curso aplicado pelo ministério da saúde ou pela SES (Secretaria de estado da Saúde) através das regionais de saúde. Além de realizar acolhimento e aconselhamento, garantindo o sigilo e confidencialidade (COREN/SC, 2013).

Em relação à capacitação dos profissionais entrevistados observamos que dos 8 entrevistados somente 1 não passou por capacitação presencial do Ministério da saúde ou SES, recebeu treinamento através de outro enfermeiro, o que necessita ser revisto pois conforme legislação do órgão regulamentador da enfermagem os enfermeiros devem realizar encontro presencial para realizar tais testagens.

Relacionado aos registros dos testes rápidos, Stetz, et al, Innocenzo (2009) relatam que a qualidade dos serviços de enfermagem inclui não só a formação do enfermeiro ou o processo de restauração da saúde do cliente, mas também engloba a qualidade do registro das ações assistenciais reflete a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho. E, com base nesses registros, pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem melhorias nos resultados operacionais. Em relação ao registro dos testes rápidos os profissionais entrevistados registram em prontuário e em livro de registro.

Vale ressaltar que dos entrevistados nenhum realiza registro do aconselhamento, até porque pelo ministério da saúde não há necessidade de registrar e não há nenhum protocolo específico para as testagens rápidas/aconselhamento, apenas a orientação/folheto informativo de cada marca de teste.

Dos entrevistados apenas 37,5% dos profissionais utilizam protocolo de aconselhamento, porém não há protocolos específicos para aconselhamento, somente os aplicados na capacitação dos enfermeiros, visto que o aconselhamento favorece a atenção integral e contribui para que as pessoas participem ativamente do processo de promoção da saúde, prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS/Hepatites virais. No aconselhamento por ocasião do teste rápido, deve-se reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem, indicar o motivo do teste, trocar informações sobre os sistemas de testagem e janela imunológica, trocar informações sobre o significado e impacto dos possíveis resultados e reforçar a necessidade da adoção de práticas seguras frente às DST's, como uso de preservativo nas relações sexuais, uso de seringas e agulhas descartáveis para usuários de drogas injetáveis e sexo sem penetração (CARNEIRO et al, 2010).

Em relação à procura e utilização dos serviços de saúde é um comportamento complexo, resultante de um conjunto amplo de determinantes que incluem as características de organização da oferta, as características sociodemográficas dos usuários, o perfil epidemiológico, além de aspectos relacionados aos prestadores de

serviços. No Brasil, a organização dos serviços de saúde é de tipo misto, havendo um sistema público com orientação universal, integral e equânime, o Sistema Único de Saúde (RIBEIRO ET al, 2003).

Vários estudos constataam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. Entretanto, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção básica à saúde é menor do que a das mulheres (GOMES et al, 2007).

Em uma pesquisa realizada por Gomes (2008), obteve como um dos principais motivos dos homens não irem aos serviços de saúde, a vergonha de se expor. Segundo o autor essa vergonha é associada à falta de hábito do homem em se expor ao médico ao contrário da mulher que em sua socialização foi mais acostumada a ter o seu corpo exposto para a medicina. Fato este que se observa no perfil dos usuários entrevistados, os quais somaram mais mulheres do que homens.

Com relação aos anos de escolaridade, Barata 2006, relata que a demanda por serviços de saúde mostra-se inversamente proporcional, refletindo a pior condição de saúde nos grupos com menor escolaridade, ou seja, acabam buscando os serviços de saúde com menos proporção do que os com maior escolaridade. Fato este que se observa na pesquisa, pois a amostra revelou dado significativo em relação ao nível de escolaridade dos usuários a maior parte apresenta nível médio completo e superior completo.

Quando se fala em procura aos serviços de saúde, nos deparamos com o princípio da universalidade que afirma que toda a população brasileira tem garantia de acesso ao SUS e, portanto, ratifica a saúde com o um direito do cidadão. A utilização do SUS vai variar com o tipo de problema (necessidade) e a oferta existente, segundo Pimentel, et al (2011) a procura dos usuários a unidade de saúde se dá por vários motivos, tais como: diagnóstico e tratamento de alguma doença, prevenção de doenças por meio da imunização e dos exames de rastreamento, planejamento familiar, tratamento de doenças crônicas pelo recebimento regular de medicamentos, transferência para serviços especializados e outros motivos diversos. Portanto, conhecer a demanda ambulatorial na rede pública tornou-se tarefa necessária tanto para a avaliação de serviços, como para a orientação do trabalho em gerência, programação e planejamento em saúde. Fato este que podemos

observar, que as pessoas têm buscado mais informação, e a procura aos serviços de saúde essenciais aumenta a cada dia, o que nos mostra que a população está mais encorajada a cuidar de sua saúde e esta mais conhecedora das doenças e suas possíveis causas, o que foi observado pelo pesquisador nos relatos dos usuários entrevistados.

6. CONCLUSÃO

Na prática cotidiana de gestão do SUS, em qualquer nível de governo, coloca um enorme desafio aos gestores, que é o de identificar e selecionar os métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que o ajudem a tomar decisões e a conduzir o processo de implementação das políticas, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade.

Na avaliação global podemos observar que a implantação da estratégia do teste rápido como nova metodologia diagnóstica do HIV/AIDS e hepatites virais nos municípios do planalto norte catarinense, mostrou-se implantado em todos os índices avaliados.

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

Nesta estratégia de implantação do teste rápido como nova metodologia diagnóstica do HIV/AIDS/Hepatites Virais nos municípios do Planalto Norte Catarinense, o estudo mostrou-se útil ao apresentar, passo-a-passo, como o processo avaliativo deve ser conduzido, tornando-se uma ferramenta de coordenação e evitando, muitas vezes, esforços desordenados e conflitantes a gestão.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Roberto. Revisão das políticas públicas de saúde. 2005. Disponível em: www.aids.gov.br/sites/default/.../teste_rapido_pq_ao2_pdf_29374.pdf. Acessos em 24/06/2015.
- BARATA, Rita Barradas. Acesso e uso de serviços de saúde considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006 São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008 . Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf. Acessos em 21/02/2016
- BÔAS, Nadia Elizabeth Barbosa Villas. Direitos humanos: Risco e Vulnerabilidade. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/nadiaecb/teste-rpido-por-que-no-2007>
- BRASIL, 1999. Caderno de saúde da política nacional de DST/AIDS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf
- BRASIL, 2002. Fonte: Plano Nacional de Controle da Dengue - PNCD - FUNASA - JULHO 2002
<http://sistemas.saude.rj.gov.br/vigilanciaemsaude/Manual/MonitoraDengue.html?11PogramaNacionaldeControladaD1.html>
- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Hepatites Virais. Avaliação da Assistência às Hepatites Virais no Brasil. Brasília;
- BRASIL, 2002 Programa Nacional de Saúde da Mulher. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/419-sa-raiz/dapes/saude-da-mulher/l1-saude-da-mulher/9658-apresentacao>
- BRASIL, 2003., O Programa Bolsa Família e seus resultados na área de saúde Ministério do Desenvolvimento Social e Social e Combate Combate à Fome, 2003. www.mds.gov.br/bolsafamilia
- BRASIL, 2004. Caderno de saúde das doenças sexualmente transmissíveis. Disponível em: www.departamentodsteaids.gov.br
- BRASIL, 2005. Avaliação na atenção básica, caminhos da institucionalização. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf

BRASIL, 2007. Programa Saúde na Escola (PSE), 2007
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>.

BRASIL, 2008. Ministério da Saúde (Brasil). Hepatites virais: o Brasil está atento. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, 2009. Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Brasília, 2009
Disponível em: <http://www.pelavidda.org.br/site/index.php/teste-rapido-de-hiv/>

BRASIL, 2011. Programas nacionais de DST. Disponível em:
http://www.aids.gov.br/noticia/2011/sus_adota_testes_rapidos_para_hepatites_b_e_c

BRASIL, 2014. Testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C estão disponíveis em Santa Catarina, 24 de fevereiro de 2014. Disponível em: <http://sc.gov.br/mais-sobre-saude/5976-testes-rapidos-de-hiv-sifilis-e-hepatites-b-e-c-estao-disponiveis-em-santa-catarina>. Acessos em 08/03/2016.

CARNEIRO, Ana Jaqueline Santiago; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. s1, 2010.
<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/031.pdf>

CARVALHO, MCB. Avaliação de projetos sociais. In: Ávila CM. (org.) *Gestão de Projetos Sociais*. São Paulo: APCCS; 2001. p.59-73.

CARVALHO, Marley M.; LUCINDO, Fernando J. Barbin. A estratégia competitiva dos conceitos à implementação. São Paulo: Atlas, 2007. Disponível em <http://www.administradores.com.br/artigos/marketing/planejamento-estrategico-e-processo-decisorio/64798/>. Acessos em 24/08/2015

COHEN, E, Franco R. *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73 Avenida Mauro Ramos, 224, Centro Executivo Mauro Ramos 6º ao 9º andar, Centro, Florianópolis/SC. CEP 88020-300 Caixa Postal 163 - Fone/Fax: (48) 3224-9091 E-mail: coren-sc@coren-sc.org.br – Site: www.corensc.gov.br PARECER COREN/SC Nº 014/CT/2013. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-014-2013-CT.pdf>, Acesso em 26/03/2016

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; Champagne, F.; Denis, J. L. & Pineault, R., 1997. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-48, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

CONTANDRIOPOULOS. André-Pierre. François Champagne Jean-Louis Denis Raynald Pineault. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676- 36-1. Available from SciELO Books .

FERREIRA. Ana Rita Alves. Riane Tiara da Silva Soares. A importância das ações educativas realizadas pelo enfermeiro do programa saúde da família (psf). Disponível em <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I15248.E8.T4328.D4AP.pdf>. Acessos em 29/05/2015.

FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves; MELLO, Débora Falleiros de. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 15, n. 6, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600018&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600018>

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007. Disponível em: acesso em 15/03/2016.

GOMES, R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Pag. 37.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200009>.

MALIK, A. M. Qualidade em Serviços de Saúde nos Setores Público e Privado", in Cadernos Fundap. São Paulo, 19:7-24, 1996. Disponível em: <http://enfermeiopsf.blogspot.com.br/2009/10/ndicadores-usos-indicadores-de-saude.html>

MINAYO. Maria Cecília de Souza. 2011. Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.3, p.02-11, 2011. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação.

MIYATA, Daniela Ferreira..Gislaine Cristina Vagettl. Hellen Regina Fanhani. José Gilberto Pereira* Oseias Guimarães de Andrade. Políticas e programas na atenção à

saúde do idoso: um panorama nacional. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, 9(2), mai./ago. p.135-140, 2005. Disponível em:
<http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/RgMetropolitana/idoso/Documents/Artigos%20e%20Documentos%20%20Relacionados/PolProglds.pdf>

OLIVEIRA, Maria Helena B. de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos F.. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, jun. 1992. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 mar 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000200006>

OKAMURA, Mie. Avaliação da implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no estado do Amazonas. 2006. Disponível em:
<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/4940/2/929.pdf>. Acesso em 09/03/2016.

PASCOM, Ana Roberta Pati. Celia Landmann. Sex inequalities in HIV-related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008 Disponível em:
<http://www.arca.fiocruz.br/handle/123456789/1/browse?type=author&order=ASC&rp=20&value=Pascom%2C+Ana+Roberta+Pati>.

PENNA, Firme T. Avaliação em rede, 2008 Disponível em:www.rits.org.br. Acesso em 15/07/2015.

PERTENCE, Poliana Prioste; MELLEIRO, Marta Maria. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 4, Dec. 2010. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400024&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400024>

PIMENTEL, Talo Rossy Sousa. Bhagavan de Castro Coelho, Jussié Correia Lima, Fabrício Gurgel Ribeiro⁴, Felipe Pereira de Castro Sampaio⁵, Rômulo Pedroza Pinheiro⁶, Fernando dos Santos Rocha Filho Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2011 Jul-Set; 6(20): 175-81. Disponível em
<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/95/364>. Acessos em 02/02/2016

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, Dec. 2006. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400022&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Mar. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400022>.

SARACENI, Valéria; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1341-1349, Oct. 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500012&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Apr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500012>.

SANTOS, Edivaldo, 2002. TESTES RÁPIDOS, Edivaldo Luiz dos Santos edivaldo.santos@ aids.gov.br Direitos Humanos Risco e Vulnerabilidade – DHRV Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais WWW.AIDS.GOV.BR

SCRIVEN, M. Evaluation in the new millennium: the transdisciplinarity vision. Pp.1-30. In: Donaldson P, Steward I, Scriven M. (editors). Evaluating social programs and problems: visions for a new millennium. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates Publishers; 2005. p.1-30.

STETZ. Vanessa Grespan . DÍInnocenzo , Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):313-7.

TANAKA, OY, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. Interface Comum Saúde Educ. 2000;4(7):113-28

VIANA. Ana Luiza D'ávila. Mario Roberto Dal. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11>

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO/ENTREVISTA COM USUÁRIO

1-Idade
2-Sexo () Masculino () Feminino
3-Raça/Cor () Branca () Parda () Amarela () Negra () Indígena () Outros, especifique:
4- Escolaridade: () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () superior incompleto () superior completo () analfabeto () não quer informar
5- Somando o que você ganha qual sua renda aproximada por mês? R\$ _____,00 () não tem renda () não quer informar
6-Quantas pessoas contando com você moram em sua casa? _____ pessoas () não quer informar
7-Qual seu estado conjugal? () solteiro (a) () união estável () casado (a) () viúvo () não quer informar
8-por que você veio a este serviço de saúde? () receber informação () fazer uma consulta () Trazer filho (a)/ou outro parente para consulta () Fazer teste rápido () Outros, especifique _____ () Não quer informar
19-Você já ouviu falar sobre os testes rápidos para HIV/AIDS e hepatites virais? () sim () não
10-Já realizou teste rápido alguma vez? () sim () não
11-Se a resposta anterior foi sim, como ficou sabendo do uso dos testes rápidos nas unidades de saúde? () Amigos/parentes () Companheiro (a)/namorado (a) () No serviço de saúde () Rádio/televisão/internet () Escola () Outros, especifique _____ () Não quer informar
12-Antes de fazer o teste o profissional: () Perguntou se você gostaria de fazer o exame e explicou o procedimento () Disse que deveria fazer o exame, porque é bom () Outro motivo, especifique _____ () Não quer informar
13-Você recebeu aconselhamento antes de fazer o teste? () sim () não
14-Se sim teve dificuldade em entender o que o profissional explicou? () Sim () Não Se teve dificuldade, foi por quê? () O profissional usou linguagem difícil () O profissional falou muito rápido () O profissional estava nervoso

<input type="checkbox"/> Você teve vergonha de fazer perguntas <input type="checkbox"/> Outro motivo, especifique _____
15-Quando você recebeu o resultado do teste, o profissional fez um aconselhamento após o resultado? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
16-Depois de ter passado pelo aconselhamento, você acha que tem condições de: Saber como pega e não pega DST/HIV/AIDS/Hepatites virais <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se prevenir contra DST HIV/AIDS/Hepatites virais <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Avaliar seus riscos em relação HIV/AIDS/Hepatites virais <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Não quer informar
17-O que você achou do teste que dá resultado na hora? <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> não precisou gastar com condução <input type="checkbox"/> não gastou mais um dia de trabalho <input type="checkbox"/> evitou a ansiedade da espera do resultado <input type="checkbox"/> o teste foi realizado na sua presença <input type="checkbox"/> teve oportunidade de conversar com o profissional <input type="checkbox"/> se estivesse doente, já poderia iniciar logo o tratamento <input type="checkbox"/> teve certeza que seu resultado não foi trocado <input type="checkbox"/> não se sentiu preparado para receber o resultado na hora <input type="checkbox"/> gostaria de receber o resultado com um acompanhante <input type="checkbox"/> ficou muito ansioso, durante o tempo de espera <input type="checkbox"/> Outros, especifique _____ <input type="checkbox"/> Não quer informar
18- Na sua opinião é importante fazer este teste novamente? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Por quê? <input type="checkbox"/> Tem problemas de saúde que necessita tomar sangue <input type="checkbox"/> não usa preservativo em todas as relações <input type="checkbox"/> é usuário de drogas e compartilha agulhas <input type="checkbox"/> seu companheiro (a) é usuário (a) de drogas <input type="checkbox"/> Acha que seu companheiro (a) tem relação sexual com outras pessoas <input type="checkbox"/> Teve vários parceiros sexuais nestes 12 meses <input type="checkbox"/> seu companheiro (a) é portador do vírus HIV ou hepatites virais <input type="checkbox"/> Teve DST nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> O resultado pode estar errado <input type="checkbox"/> Outros, especifique _____ <input type="checkbox"/> Não quer informar
19-Quando procurou a unidade de saúde para realizar os testes conseguiu realizar no dia ou teve que voltar outra vez? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se não realizou por quê? <input type="checkbox"/> O profissional não estava na unidade <input type="checkbox"/> Não havia testes disponíveis na unidade <input type="checkbox"/> os testes rápidos são realizados somente após agendamento <input type="checkbox"/> Outros, especifique _____

Observações (caso tenha alguma):

Muito obrigada pela sua atenção e colaboração. Seu esforço ajudará a identificar problemas que devem ser corrigidos para melhorar a qualidade dos serviços.

QUESTIONÁRIO/ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE

1-Idade
2- O entrevistado é: <input type="checkbox"/> enfermeira <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> outros, especifique _____
3-Tempo de atuação <input type="checkbox"/> 0~2 anos <input type="checkbox"/> 2~5 anos <input type="checkbox"/> mais que cinco anos
4-Cargo <input type="checkbox"/> chefe da unidade <input type="checkbox"/> outros, especifique _____
5-O entrevistado recebeu treinamento específico para a metodologia dos testes rápidos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
6-Perfil da instituição <input type="checkbox"/> unidade básica de saúde <input type="checkbox"/> estratégia de saúde da família
7-o serviço funciona: <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> os dois períodos
8-O que o serviço realiza hoje? <input type="checkbox"/> apenas aconselhamento <input type="checkbox"/> apenas coleta <input type="checkbox"/> aconselhamento e testagem <input type="checkbox"/> nenhuma das anteriores
9- Quais dias da semana o teste rápido é realizado? <input type="checkbox"/> uma vez por semana <input type="checkbox"/> duas vezes na semana <input type="checkbox"/> três vezes na semana <input type="checkbox"/> todos os dias
10- Quantos profissionais foram treinados para o teste rápido <input type="checkbox"/> um <input type="checkbox"/> dois <input type="checkbox"/> mais que dois
11-Dos profissionais treinados, todos permanecem no serviço? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
12-Foi definido qual profissional deve realizar o aconselhamento e a testagem? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual, especifique _____
13-O profissional realiza o aconselhamento e a testagem em: <input type="checkbox"/> Consultório individual <input type="checkbox"/> Sala compartilhada com outros profissionais <input type="checkbox"/> Sala de espera <input type="checkbox"/> Outro, especifique _____
14-Na sua opinião quanto tempo deveria levar um aconselhamento? <input type="checkbox"/> 1 a 10 minutos <input type="checkbox"/> 11 a 15 minutos <input type="checkbox"/> Mais de 15 minutos
15-No serviço existe um protocolo de aconselhamento? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
16-O aconselhamento pré e pós-teste é realizado sempre? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se não por quê: <input type="checkbox"/> Só tem um profissional treinado <input type="checkbox"/> os treinados, não suficientes para atender a demanda <input type="checkbox"/> Só atende com agendamento <input type="checkbox"/> Outros, especifique _____
17-O serviço oferece testes anti HIV, anti HBsag e anti HCV? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
18-Na sua percepção o teste deve ser oferecido a: <input type="checkbox"/> Todas as pessoas <input type="checkbox"/> Todas as pessoas sexualmente ativas <input type="checkbox"/> Pessoas com mais de 50 anos <input type="checkbox"/> Somente gestantes <input type="checkbox"/> Somente população mais vulnerável

<input type="checkbox"/> Outros, especifique _____
19-No serviço existe um protocolo de testagem? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
20-O serviço recebe os kits sempre que necessita? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
21-Teve algum problema com o recebimento dos kits? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim qual (is)? <input type="checkbox"/> Governo Federal não enviou <input type="checkbox"/> Governo Estadual não enviou <input type="checkbox"/> Empresa de transportes não entregou <input type="checkbox"/> Os kits vieram danificados <input type="checkbox"/> O prazo de vencimento era inferior a 60 dias <input type="checkbox"/> Outros, especifique _____
22-O serviço guardar/estocar os kits de testagem em: <input type="checkbox"/> Geladeira específica <input type="checkbox"/> Geladeira para medicamentos/vacinas <input type="checkbox"/> Almojarifado com ar condicionado <input type="checkbox"/> Almojarifado sem ar condicionado <input type="checkbox"/> Outros, especifique _____
23-O serviço realiza controle de estoque em: <input type="checkbox"/> Computador <input type="checkbox"/> Livro de registro <input type="checkbox"/> Planilhas <input type="checkbox"/> Cartões <input type="checkbox"/> Outros, especifique _____
24-O serviço registra a testagem e o aconselhamento em: <input type="checkbox"/> Computador <input type="checkbox"/> Livro de registro <input type="checkbox"/> Prontuário <input type="checkbox"/> Cartões <input type="checkbox"/> Outros, especifique _____
25-O serviço fez adaptação no espaço físico, após implementação do diagnóstico pelo teste rápido? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
26-O serviço fez adaptação no quadro funcional, após implementação do diagnóstico pelo teste rápido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
27- O serviço fez adaptação no horário de atendimento, após implementação do diagnóstico pelo teste rápido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
28- Em relação ao treinamento específico para teste rápido, foi através de: <input type="checkbox"/> Treinamento presencial <input type="checkbox"/> Ensino a distância <input type="checkbox"/> Aprendeu com outros profissionais que foram ao treinamento <input type="checkbox"/> Aprendeu sozinho
29-Em relação ao diagnóstico dos testes rápidos você: <input type="checkbox"/> Sentiu-se apto a realizar a testagem <input type="checkbox"/> Sentiu-se inseguro para realizar a testagem <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade de mais treinamento <input type="checkbox"/> Pensou melhor e percebeu que não é sua atribuição
30-Em relação ao aconselhamento para teste rápido você <input type="checkbox"/> Sentiu-se apto a realizar o aconselhamento <input type="checkbox"/> Sentiu-se inseguro a realizar o aconselhamento <input type="checkbox"/> Sentiu necessidade de mais treinamento <input type="checkbox"/> Pensou melhor e percebeu que não é sua atribuição
31-Ainda sobre os testes rápidos onde registra os testes realizados? <input type="checkbox"/> Prontuário do paciente <input type="checkbox"/> Livro de registro

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

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

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

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

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

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