

TESTES DE IMUNODECTECÇÃO: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO E DA ATENÇÃO PRIMARIA DE SAÚDE



Keilla Tabordes Viegas
Tainire Gonçalves Leandro
Diogo Domingui



EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Keilla Tabordes Viegas
Tainire Gonçalves Leandro
Diogo Domingui

TESTES DE IMUNODECTECÇÃO: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO E DA ATENÇÃO
PRIMARIA DE SAÚDE

1ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

1ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Viegas, Keilla Tabordes
V433T TESTES DE IMUNODETECTECÇÃO: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO E DA
/ Keilla Tabordes Viegas, Tainire Gonçalves Leandro. Diogo Dominguni. – Piracanjuba-GO
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Editora Conhecimento Livre, 2023

51 f.: il

DOI: 10.37423/2023.edcl719

ISBN: 978-65-5367-298-7

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. testes-rápidos 2. competências-do-enfermeiro 3. assistência. 4. acolhimento I. Viegas, Keilla
Tabordes II. Leandro, Tainire Gonçalves III. Dominguni, Diogo IV. Título

CDU: 614

<https://doi.org/10.37423/2023.edcl719>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

MSc Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Wesley Pacheco Calixto

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

MSc Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Gabriela Cristina Borborema Bozzo

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli

MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior

Dra. Suely Lopes de Azevedo

MSc Francisco Odecio Sales

MSc Ezequiel Martins Ferreira

MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio



10.37423/2023.edcl719



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica.
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem.
COREN	Conselho Regional de Enfermagem. DNA Ácido Desoxirribonucleico.
DST	Doença Sexualmente Transmissível.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
HBV	Vírus da Hepatite B.
HCV	Vírus da Hepatite C.
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana.
HU	Universidade de Harvard.
OMS	Organização Mundial de Saúde. RNA Ácido Ribonucleico.
SAE	Serviço de Atenção Especializada.
SC	Santa Catarina.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense.
USP	Universidade de São Paulo.

Resumo: Este estudo propôs identificar as competências do enfermeiro na realização dos testes rápidos de HIV, SÍFILIS, HBV E HCV, assistência prestada pelo enfermeiro do Serviço de Atendimento Especializado e pelas Estratégias Saúde da Família de um município do extremo sul catarinense; refletindo sobre a percepção do mesmo acerca de um cuidado integral e direcionado. A partir deste contexto, respaldamos-nos nos conceitos de Avedis Donabedian e Wanda de Aguiar Horta que priorizam um cuidado humano e holístico, onde todos os profissionais de saúde estejam envolvidos na qualidade da assistência. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa com enfoque em categorias do materialismo dialético, desenvolvido em ambiente de saúde pública. Sendo que os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada realizadas com enfermeiros que realizam os testes rápidos e analisados segundo a temática. Com os resultados obtidos evidenciou-se a real importância da capacitação do enfermeiro, onde o mesmo deve estar preparado para a realização dos testes rápidos desde o acolhimento até o resultado do exame e o laudo a ser entregue e esclarecido para o paciente. A prática educativa-assistencial oportuniza conhecer a organização do serviço desde o acolhimento do paciente até o encaminhamento ao serviço especializado.

Palavras-chave: Testes Rápidos. Competências do Enfermeiro. Assistência. Acolhimento. Resultado.

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 DESENVOLVIMENTO DOS TESTES RÁPIDOS.....	9
2.1 CONCEITO DE TESTE RÁPIDO.....	9
2.1.1 TESTE RÁPIDO HIV.....	10
2.1.2 TESTE RÁPIDO SÍFILIS.....	11
2.1.3 TESTE RÁPIDO HEPATITE B.....	11
2.1.4 TESTE RÁPIDO HEPATITE C.....	12
2.2 SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO.....	13
2.2.1 ACOLHIMENTO E ACONSELHAMENTO.....	13
2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	15
2.3.1 PRINCÍPIOS DO SUS.....	15
2.3.2 DIREITOS DOS USUÁRIOS FRENTE AO SUS.....	17
3 DESENVOLVIMENTO DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM.....	18
3.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.....	18
3.2 TEORIA DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE.....	20
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	22
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	22
4.2 TIPO DE PESQUISA.....	23
4.3 LOCAL DE ESTUDO.....	23
4.4 SUJEITOS DO ESTUDO.....	24
4.5 PROCEDIMENTO DE LEVANTAMENTO DE DADOS.....	24
4.6 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	25
4.7 ANÁLISE DE DADOS.....	25
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
5 COMPREENDO A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	26
5.1 PERFIL DOS ENFERMEIROS QUE REALIZAM TESTES RÁPIDOS EM ESF.....	28

5.2 A ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS	29
CATEGORIA 1 – ASSUNTOS ABORDADOS EM CAPACITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO.....	29
CATEGORIA 2 – CARGA HORÁRIA DA CAPACITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO.....	31
CATEGORIA 3 - DEMANDA PARA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO	31
CATEGORIA 4 – OBJETIVO DA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO	32
CATEGORIA 5– BENEFÍCIOS EXISTENTES NA IMPLANTAÇÃO DE TESTE RÁPIDO	33
CATEGORIA 6 – ENCAMINHAMENTO APÓS RESULTADO POSITIVO	35
CATEGORIA 7 – NOTIFICAÇÃO DE TESTE RÁPIDO COM RESULTADOS POSITIVOS	36
CATEGORIA 8 – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA TESTE RÁPIDO.....	36
CATEGORIA 9 – ORGANIZAÇÃO DO SETOR REFERENTE AO ACOLHIMENTO E INFORMAÇÕES DO RESULTADO AO PACIENTE.....	36
CATEGORIA 10 - DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO	38
CATEGORIA 11- FACILIDADES NA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO	38
5.2 PERCEPÇÃO DO PREPARO DO ENFERMEIRO NA REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES.....	46
APÊNDICE A- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS ENFERMEIROS.....	46

1 INTRODUÇÃO

Com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Constituição Federal de 1988, e por meio de seus princípios norteadores: universalidade, equidade e integralidade, a saúde passa a ser considerada ampliada e o acesso da população a ações e serviços tende a aumentar. De um modelo centrado na doença, baseado na hegemonia médica e hospitalocêntrica, a atenção à saúde evolui com a incorporação de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. (PALÚ, 2004; BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007; ROCHA; ARAUJO, 2009).

Para a efetivação deste novo modelo, tornou-se necessário o fortalecimento da Atenção Básica (AB), entendida como um conjunto de ações, no âmbito individual ou coletivo que abrange o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situados no primeiro nível de atenção do Sistema de Saúde (BRASIL, 2006). Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada em 1994 em nível nacional, apresenta-se como eixo estruturador da AB buscando a ampliação do acesso com base nas necessidades de saúde da população.

Diante das condições da saúde pública atuais, um dos aspectos a ser considerado é o crescente aumento de casos de DST (Doença Sexualmente Transmissível). Entre essas doenças salientam-se a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), Sífilis e Hepatites Virais, que de acordo com a epidemiologia tem apresentado incidência progressiva, principalmente na população feminina (BRASIL, 2012b).

Ao observar a necessidade de ampliar o acesso e a melhoria de qualidade da vida da população, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais, vem implementando estratégias para ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV, Sífilis e Hepatites virais, especialmente em gestantes e populações mais vulneráveis. Exemplo disso é a realização de testes rápidos nas unidades de saúde e aumento de exames laboratoriais disponíveis na rede SUS. O objetivo é possibilitar o início imediato do tratamento dos pacientes com resultados positivos confirmados para interromper a cadeia de transmissão da doença e permitir começar o tratamento já no primeiro dia de diagnóstico (BRASIL, 2012a).

A Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012, traz em seu artigo 1º, que compete às equipes de AB realizar testes rápidos para o diagnóstico de HIV e detecção da Sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção ao pré-natal para gestantes e suas parceiras sexuais. No artigo 2º, enfatiza que a realização deste teste é de competência de profissionais de nível superior, devidamente

capacitados, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (BRASIL, 2012b).

O manual de capacitação para profissionais de saúde para a realização dos testes rápidos trata do acolhimento como estabelecimento de vínculo, mapeamento de situações de vulnerabilidade e orientação sobre o teste. Ainda, que é responsabilidade dos serviços de saúde realizar o aconselhamento, informar sobre os procedimentos a serem realizados e os possíveis resultados e garantir o sigilo e confidencialidade. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio do parecer normativo nº 001 de 2013, aprovou a competência do profissional enfermeiro para realizar testes rápidos para diagnósticos do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Sífilis e outros agravos (COFEN, 2013).

A inserção dos testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C estão ocorrendo de forma gradual, pois há a necessidade de capacitação de profissionais e preparação do serviço para armazenar os insumos e atender adequadamente o paciente quanto ao acolhimento, aconselhamento, testagem, encaminhamento e acompanhamento ao tratamento.

A grande importância do controle da AIDS, Sífilis e Hepatites Virais não se limita a realização do teste rápido, mas este é de grande relevância, uma vez que ao executá-lo o paciente já recebe todo o suporte necessário para o início do tratamento e o aconselhamento adequado. Salienta-se que o impacto do paciente na descoberta da doença é comum, principalmente em relação às mudanças que esta pode causar, mas é dever do profissional de saúde realizar uma assistência baseada na ética e responsabilidade, fatores fundamentais em um trabalho humanizado.

Apesar do grande avanço para controle das DST's ainda existem pessoas que descobrem um diagnóstico tardio, assim como, existem mulheres que só descobrem na hora da parturição, o que pode trazer consequências diretas ao recém-nascido. Encontra-se também resistência por parte do paciente na realização do teste rápido, mesmo após a avaliação do profissional de saúde e observância da necessidade. Por isso a importância da preparação do Enfermeiro para identificar as facilidades e dificuldades encontradas na assistência de enfermagem para a realização do teste rápido. Diante dessas reflexões tem-se como problema de pesquisa: quais as competências do enfermeiro na realização do teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C? Com isso, o presente e-book possui o objetivo de identificar as competências dos enfermeiros na realização do teste rápido de HIV, Sífilis, HBV e HCV.

2 DESENVOLVIMENTO DOS TESTES RÁPIDOS

2.1 CONCEITO DE TESTE RÁPIDO

Os testes rápidos são ensaios imunoenzimáticos simples que podem ser realizados em até 30 minutos. Existem vários formatos de testes rápidos e os utilizados mais frequentemente são: dispositivos (ou tiras) de imunocromatografia (ou fluxo lateral), imunocromatografia de dupla migração (DPP) e dispositivos de imunoconcentração e fase sólida (AIDS, 2014).

De acordo com o estudo de desempenho de diversas marcas de testes rápidos, discussão com diversos segmentos da comunidade científica e instituições regulamentais, foi possível validar um algoritmo para o diagnóstico da infecção pelo HIV, utilizando testes rápidos (BRASIL, 2014).

Geralmente os testes rápidos apresentam metodologia simples, utilizando antígenos virais fixados em um suporte sólido e são acondicionados em embalagens individualizadas, permitindo a testagem individual das amostras. Atualmente existem no mercado diversos testes rápidos disponíveis, produzidos por vários fabricantes e que utilizam diferentes princípios técnicos (BRASIL, 2014). Esses testes, que foram inicialmente desenvolvidos no final da década de 80, ganharam maior popularidade a partir do começo dos anos 90. À medida que as tecnologias de desenvolvimento e produção de kits foram se tornando mais refinadas, os testes rápidos revelaram ser tão acurados quanto os ELISA convencionais. Hoje, os testes rápidos em geral apresentam sensibilidade e especificidade similares aos ELISA de terceira geração (AIDS, 2014).

Com base nestas especificidades discutidas em segmentos fundamentais da sociedade, foi publicada a portaria nº. 34 de 29 de Julho de 2005, que regulamenta o uso dos testes rápidos como diagnóstico da infecção pelo HIV. Em virtude desta publicação, o Ministério da Saúde promoveu inicialmente a implantação em locais de difícil acesso, uma vez que estas regiões não dispunham de uma rede de serviços de saúde (inclusive laboratórios) que permitia o atendimento eficiente e integral da demanda existente, dificultando, com isso, a assistência à saúde da população (BRASIL, 2005b). A partir da experiência em regiões de difícil acesso foi possível observar o desempenho dos profissionais de saúde capacitados, conforme o programa de treinamento do Ministério da Saúde, em realizar a metodologia diagnóstica. O bom desempenho destes profissionais fez com que o Ministério da Saúde implantasse o diagnóstico da infecção pelo HIV - utilizando testes rápidos, nas maternidades, inicialmente nas regiões norte e nordeste. Uma vez que esta estratégia promove a melhoria da assistência nestes serviços de saúde, proporcionando as gestantes um acompanhamento especializado. As parturientes

hoje podem contar com esta metodologia que garante o diagnóstico para que medidas de prevenção da transmissão vertical sejam tomadas, como a administração de medicamentos e suspensão definitiva do aleitamento (AIDS, 2014).

De acordo com dados do Ministério da Saúde:

Com a implantação dessa estratégia alternativa e pioneira para implementação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV o Ministério da Saúde vem, mais uma vez cumprir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde: equidade e integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2014, p. 1).

A partir da avaliação da implantação do teste rápido diagnóstico o Ministério da Saúde publicou em 14 de outubro de 2010 a portaria nº. 151 modificando o diagnóstico sorológico do HIV, tanto na fase laboratorial quanto na testagem rápida.

Os profissionais de saúde aptos a realizar os testes rápidos com o diagnóstico da infecção pelo HIV deverão ser capacitados exclusivamente por multiplicadores treinados para a replicação da técnica. Cabe ressaltar que o programa de capacitação é definido pelo Ministério da Saúde em parceria com programas estaduais (AIDS, 2014).

Os resultados não reagentes nos testes rápidos devem ser comunicados por profissionais devidamente treinados, que informem ao indivíduo sobre as limitações do teste. Resultados reagentes nesses testes devem ser obrigatoriamente submetidos a testes confirmatórios antes de serem entregues aos pacientes (AIDS, 2014).

A introdução dos testes rápidos para Sífilis e Hepatites B e C estão acontecendo de forma gradual, pois há a necessidade de capacitação de profissionais nas metodologias e também preparação do serviço para implantar esses insumos e atender adequadamente o paciente quanto ao acolhimento, aconselhamento, testagem, encaminhamento e acompanhamento (AIDS, 2014).

2.1.1 TESTE RÁPIDO HIV

Testes rápidos para a detecção de anticorpos anti-HIV são testes de triagem que produzem resultados rápidos. Atualmente constata-se diversos testes rápidos disponíveis, produzidos por vários fabricantes e que utilizam diferentes princípios técnicos (BRASIL, 2014). O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito em laboratórios, a partir da realização de testes sorológicos e moleculares, ou durante o período de visita do indivíduo (consulta médica, atendimento em Centro de Testagem e Aconselhamento, atendimento em domicílio, atendimento em Unidade de Testagem Móvel, organização não

governamental, etc.), por meio de testes rápidos. No Brasil, o diagnóstico da infecção pelo HIV é regulamentado por meio da Portaria nº. 29, de 14 de dezembro de 2013, que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças. Uma vez diagnosticado como portador da infecção pelo HIV, o indivíduo deve ser encaminhado prontamente para atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) ou para um Serviço de Assistência Especializada (SAE). Após suspeita de risco de infecção pelo HIV, deve-se considerar o tempo necessário para que o exame detecte a presença do HIV no sangue ou fluido corporal utilizado para o diagnóstico da infecção. A duração desse período depende do tipo do teste, da sensibilidade e do método utilizado para detectar o marcador, seja ele ácido ribonucleico (RNA) viral, ácido desoxirribonucleico (DNA) pró-viral, antígeno p24 ou anticorpo. Por isso, é preciso estar atento a esse período em casos de risco de infecção recente e resultado negativo de sorologia anti-HIV (AIDS, 2014).

2.1.2 TESTE RÁPIDO SÍFILIS

O agente etiológico da Sífilis é uma bactéria, espiroqueta, denominada *Treponema pallidum*, gênero *Treponema*, da família dos *Treponemataceae*, que inclui ainda dois outros gêneros: *Leptospira* e *Borrelia*. A transmissão do *T. pallidum* ocorre, na maioria dos casos, durante as relações sexuais. Outras formas de transmissão podem ser observadas: transfusões sanguíneas, passagem transplacentária da mãe infectada para o feto, pela saliva e contato com exsudatos de lesões recentes da pele ou mucosas (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A doença é classificada em “Sífilis adquirida recente” quando há menos de um ano de evolução, e é subclassificada em primária, secundária e latente recente; “Sífilis adquirida tardia”, quando há mais de um ano de evolução, pode ser latente tardia ou terciária; “Sífilis congênita recente” que pode ser diagnosticada até o segundo ano de vida; e a “Sífilis congênita tardia” que é diagnosticada após o segundo ano de vida (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Caso a Sífilis não seja identificada no seu estágio primário, de 10 a 90 dias, ou no seu estágio secundário que ocorre de 1 à 6 meses, mas que também pode perdurar por anos na sua forma latente ou assintomática, a Sífilis entra no estágio terciário. Nessa fase o diagnóstico é bem preciso, mas várias sequelas podem advir da doença (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

2.1.3 TESTE RÁPIDO HEPATITE B

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2 bilhões de pessoas no mundo já tiveram contato com o HBV sendo que 350 a 400 milhões são portadores do mesmo, compreendendo

aproximadamente 5% da população mundial. O risco de desenvolver cronificação, após a infecção, é de 90% em recém-nascidos de mães com o antígeno "e" do HBV (HBeAg) positivo, 25% a 30% em crianças menores de 5 anos, e menos de 5% a 10% em adultos (BRASIL, 2011).

Existem no mundo, 8 tipos de genótipos da Hepatite B (A-H), distintos entre si pela sequência de nucleotídeos no genoma e que variam quanto à distribuição geográfica. O período de incubação do vírus é em média de 2 a 3 meses, podendo variar de 1 a 6 meses após a exposição (a duração do período de incubação pode ser relacionada com o nível de exposição ao vírus) (BRASIL, 2011).

Os testes rápidos utilizam a tecnologia imunocromatográfica, (formato ICT ou lateral flow), que permite a detecção de antígeno do HBs no soro, plasma ou sangue total. O VIKIA HBsAg é um teste qualitativo baseado na associação de anticorpos monoclonais e policlonais específicos do HBsAg. Este teste utiliza o princípio de imunocromatografia lateral para a pesquisa do HBsAg circulante. Permite a detecção dos principais subtipos AD e AY no soro, no plasma e no sangue total (BRASIL, 2011).

O teste é composto por um suporte impregnado com um conjugado constituído por uma mistura de dois anticorpos monoclonais anti-HBs ligada a microsferas de poliestireno de cor vermelha, um complexo BSA-biotiniado ligado a microsferas de poliestireno de cor azul. A amostra é introduzida no poço da amostra e migra por capilaridade ao longo da membrana um complexo BSA-biotiniado que forma um complexo visível numa linha azul na zona de controle C. A ausência desta linha invalida o teste (BRASIL, 2011).

2.1.4 TESTE RÁPIDO HEPATITE C

Estima-se que aproximadamente 3% da população mundial estejam infectados pelo HCV, o que representa cerca de 170 milhões de indivíduos com infecção crônica e sob o risco de desenvolver as complicações da doença. De acordo com a OMS, o Brasil é considerado um país de endemicidade intermediária para Hepatite C, com prevalência da infecção situada entre 2,5% e 10%. Entretanto, estudos de base populacional e com doadores de sangue revelam prevalências inferiores às estimadas, colocando o Brasil como de baixa endemicidade (BRASIL, 2011).

O teste rápido para Hepatite C é feito a partir da determinação qualitativa do anticorpo anti-HCV, por método imunocromatográfico usando antígenos sintéticos e recombinantes imobilizados na membrana para identificação seletiva de anti-HCV em amostras de soro ou sangue total. Os anticorpos anti-HCV presentes na amostra ligam-se ao conjugado ouro coloidal que flui pela membrana da placa-teste indo se ligar aos antígenos do HCV imobilizados, na área da reação positiva (T), determinando o

surgimento de uma banda colorida rosa-clara. Na ausência de anti-HCV não haverá o aparecimento da banda colorida na área T. A mistura da reação continua a fluir pela membrana atingindo a área controle (C). O conjugado não ligado ao antígeno une-se aos reagentes desta área produzindo uma banda colorida rosa clara, demonstrando que os reagentes estão funcionando corretamente (BRASIL, 2011).

2.2 SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

Em visita ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE), a responsável pelo mesmo relatando que o trabalho existe desde 1988 e a estrutura do SAE há seis anos, entretanto a realização de testes rápidos acontece desde maio de 2014.

Com a estrutura já organizada, os profissionais do SAE desenvolveram um protocolo de atendimento ao paciente e realização dos testes rápidos. Sua função frente ao município é atender pacientes com HIV, AIDS, DST's e Hepatites Virais. O enfermeiro responsável pelo serviço relatou ainda que foi capacitada pelo órgão estadual por profissional enfermeiro, bioquímico e psicólogo.

No SAE o atendimento e realização de testes rápidos acontecem em dias específicos, mas com livre demanda, diferentemente das ESF's onde o paciente pode ser atendido a qualquer dia e horário. A única diferença é que o atendimento nas ESF's é prioritário para as gestantes, ou seja, todas que iniciam o pré-natal devem realizar o teste. Todavia os pacientes que o médico da unidade solicita teste rápido no ato da consulta também podem realizar. A realização dos testes rápidos nas ESF's iniciou em julho de 2014.

Outra situação pertinente ao assunto é que no município de Araranguá só os profissionais com autorização para a realização dos testes rápidos e laudo dos mesmos são os enfermeiros. De acordo com informações da enfermeira responsável pelo SAE, os testes rápidos só começaram a ser realizados há um ano no município, em decorrência da liberação do estado.

2.2.1 ACOLHIMENTO E ACONSELHAMENTO

O conceito de acolhimento vem passando por discussões e transformações na tentativa de torná-lo mais adequado às necessidades das pessoas que procuram os serviços de saúde. Acolher vai muito além da receptividade e da triagem. O acolhimento deve ser realizado com uma postura ética, que começa na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento da necessidade do mesmo, no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução do problema com ativação de outras redes disponíveis. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que

procuram os serviços de saúde tendo como foco principal o sujeito e as suas necessidades. Com isso acontece o processo de responsabilização e vínculo por meio de um atendimento humanizado e resolutivo.

O acolhimento, entendido como um modo diferenciado de operar o processo de saúde, não se limita à criação de um espaço físico especial nem exige um profissional ou hora específica. Nos últimos anos, o acolhimento vem ganhando importância crescente e marcando uma mudança nos serviços caracterizada especialmente pela comunicação entre trabalhador e usuário. Tendo o diálogo como elemento fundamental, proporcionando a busca pelo reconhecimento das reais necessidades dos usuários e a construção do vínculo. Na integralidade do cuidado, o acolhimento é indispensável para o desenvolvimento de boas práticas em saúde. Mais do que a construção de vínculo, a integralidade propõe mudanças no modelo tecnoassistencial. No geral, as práticas em saúde desenvolvidas pelos serviços não ocorrem de forma acolhedora (ARAÚJO, 2011).

Quando se trata de pessoas com DST's, a situação torna-se mais complexa. Estudos mostram que pessoas com diagnóstico de HIV/AIDS vivenciam situações de preconceito e violência nos serviços de saúde, sentindo-se, inclusive, rejeitadas porque ainda existe um tabu em relação às DST's.

Faz-se necessário que os serviços de saúde repensem as suas práticas para melhor atender a população, readequando-se às mudanças ocorridas no perfil epidemiológico da AIDS. Nos últimos anos, a epidemia passou a acometer a população feminina e exigiu uma nova postura dos serviços para se adequar a essa realidade. O diagnóstico de HIV durante a gestação gera situações de stress e requer dos profissionais atitudes que valorizem o acolhimento, situação fundamental para a formação do vínculo e da relação de confiança (ARAÚJO, 2011).

O aconselhamento é de suma importância para a quebra da cadeia de transmissão das DST e HIV/AIDS na medida em que propicia uma reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção. O aconselhamento no teste rápido tem por objetivo promover uma decisão informada, preparar para uma eventual má notícia, transmitir informação sobre o HIV e AIDS, avaliar o risco individual e informar sobre comportamentos seguros, entre outros. O aconselhamento no teste rápido é um processo de reflexão sobre os comportamentos (de risco). Contudo um bom aconselhamento leva à realização do teste e detecção precoce das DST's.

No pós-teste o aconselhamento tem como objetivo fundamental perceber se a pessoa compreendeu o resultado do teste, encorajar para a expressão de sentimentos, oferecer apoio emocional, negociar um plano de redução de riscos e identificar fontes de apoio caso seja necessário. O essencial numa

intervenção eficaz de aconselhamento é ajudar a pessoa a fazer um compromisso interno de redução de riscos das DST's e também é um momento propício para iniciar um processo de mudança de comportamentos, essenciais para a prevenção (VIDINHA, 2009).

2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.3.1 PRINCÍPIOS DO SUS

O SUS foi criado pelas leis 8080/90 e 8142/90 que detalham os princípios, diretrizes gerais e condições para organização e funcionamento do sistema.

Segundo os aspectos conceituais do SUS – Legislação Básica (SC, 2002, p. 12), este é “um sistema formado por várias instituições dos três níveis de governo (união, estados e municípios), e pelo setor privado controlado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo.” Assim, o serviço privado, quando contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as normas do mesmo.

Constitucionalmente, o SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- a. Deve atender a todos de acordo com suas necessidades, independentemente que a pessoa pague ou não a Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento;
- b. Deve atuar de maneira integral, isto é, não ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo que faz parte de uma sociedade. As ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo, para a comunidade, para prevenção, promoção, recuperação e acima de tudo respeitar a dignidade humana. A atenção a saúde inclui tanto os meios curativos e individuais quanto os coletivos. Em outras palavras a necessidade de saúde das pessoas (ou de grupos) deve ser levada em consideração mesmo que não seja igual à da maioria;
- c. Deve ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre a solução. Isso significa que as ações e serviços que atendem a população de um município devem ser municipais, as que alcançam vários municípios devem ser estaduais, e aquelas que são dirigidas a todo território nacional devem ser federais;
- d. Deve ser racional, onde o SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população. Para isso, o SUS deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado para as suas populações. É essencial, conforme o princípio da descentralização, que essas decisões sejam tomadas por uma autoridade de saúde a nível local;
- e. Deve ser eficiente e eficaz, isto é, deve produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram devido a um problema que se apresenta na comunidade ou mesmo no âmbito hospitalar; para tanto precisa ter qualidade;

f. Deve ainda ser democrático, assegurando o direito à participação de todos os seguimentos envolvidos com o sistema - dirigentes institucionais, prestadores de serviços de saúde, trabalhadores de saúde e principalmente a comunidade, a população, os usuários dos serviços em geral. Por isso a idéia de organização dos Conselhos de Saúde - nacional, estaduais e municipais, para exercerem esse controle sobre o SUS, devendo respeitar o critério de composição paritária: participação igual entre usuários e os demais, além de ter poder de decisão (não apenas consultivo); e,

g. Deve ser equânime, onde existe igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde. Como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam, as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e suas necessidades são diversas. Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns e deixando de atender as necessidades de outros, mantendo as desigualdades. (SANTA CATARINA, 2002).

O princípio da equidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta às desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população.

Para Matsumoto (2001 apud BARROS, 2005, p. 37):

Os profissionais de saúde devem ter um projeto de intervenção coerente com os princípios do SUS, de acesso a universalidade do direito à saúde, equidade e integralidade, respeitando o direito à cidadania. Um projeto no qual tomamos o homem – incluindo-nos nele – na qualidade de um ser constituído socialmente, um ator social que tem um projeto, uma intencionalidade no fazer, e que esta em uma linha de produção de fatos sociais.

Assim ainda nesse contexto Silva (2001) salienta que o SUS é o sistema de saúde do governo, colocado gratuitamente ao acesso de todos que tem o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, onde qualquer pessoa, independente da sua renda e local de moradia tenha o direito a ser atendida em estabelecimento ambulatorial ou hospitalar ligado ao SUS. Não importa a doença, os sintomas ou procedimento, esta deverá ser assistida pela rede pública de saúde com muita dignidade pelos que a oferecem.

Está claro que o SUS foi criado para oferecer um atendimento satisfatório à população, com realização de ações assistenciais e de atividades preventivas, contando com instalações adequadas, inclusive que ofereça todos os tipos de tratamento a todas as doenças existentes, ou que possam advir.

Desta forma, sendo a saúde garantida a todos os indivíduos, cabe aos usuários tornarem-se os maiores credores desse benefício assegurado por lei a todos os cidadãos. Cabe ainda por parte dos profissionais de saúde oferecer um serviço que atenda os anseios dos clientes de forma humanizada e holística.

2.3.2 DIREITOS DOS USUÁRIOS FRENTE AO SUS

Atualmente observa-se uma discrepância no atendimento oferecido pelo SUS aos seus usuários. De modo crescente, vem se descrevendo problemas éticos na saúde, não somente a nível de saúde pública, mas como uma problemática que atinge todos os clientes que utilizam o serviço.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem reúne normas e princípios, direitos e deveres, pertinentes a conduta ética dos profissionais que necessitam ser assumidos por todos os trabalhadores da área, levando em consideração prioritariamente, a necessidade e o direito a assistência de qualidade sem riscos nem discriminação, acessível a todos. A assistência prestada necessita ser humanizada, respeitosa, justa, favorecendo a comunicação e interação da equipe multiprofissional com os clientes, de modo que seus direitos como cidadãos sejam assegurados. (COREN - Conselho Regional de Enfermagem/SC, 2004).

A saúde está garantida na Constituição Federal da República Federativa do Brasil como direito a todos os cidadãos, assim afirma o artigo 196 onde diz que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2003, p. 47).

Ainda neste enfoque, a Declaração Universal dos Direitos do Homem afirma no artigo 1º que “todos os homens nascem livres e iguais em dignidades e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (DOTTI, 1999, p. 7), não sendo necessárias ações individualizadas, mas sim, ações coletivas que tenham como objetivo promover o bem-estar do outro.

No dizer de Mendes (2000 apud BEDIN, 2004, p. 404):

[...] mais do que qualquer outro profissional de saúde os enfermeiros tem frequentemente tempo, oportunidade e acima de tudo preparo para demonstrar seu conhecimento pelo direito do paciente, ser assistido com dignidade e ainda mais, de promover estes direitos através de suas ações.

É possível observar que o atendimento dedicado ao paciente se distancia demasiadamente da teoria, já que na prática em várias situações, a atenção individualizada é praticada de forma mecânica. Assim, a ética profissional que tanto deve ser conservada acaba sendo substituída por práticas adotadas devido à escassez de tempo ou mesmo por comodidade de certos profissionais, tornando o ambiente desumano.

Faz-se necessário que toda equipe multiprofissional se livre do seu papel puramente técnico e integre-se no cuidado humanizado assegurado também na Constituição da República Federativa do Brasil - Art.196-200. (BRASIL, 2003).

Sendo assim, entendemos a humanização como estratégia de interferência quando se trata de respeitar os direitos do paciente à saúde universal, levando em conta que sujeitos sociais quando mobilizados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo.

Partindo-se dessa avaliação Mota (2006, p. 326) evidencia que:

As reflexões sobre a tarefa assistencial conduzem também ao campo ético. A ética surge quando alguém se preocupa com a consequência de sua conduta sobre o outro. Para que exista ética é necessário perceber o outro; e se para a assistência humanizada também é preciso ver o outro, conclui-se então que a assistência humanizada e a ética caminham juntas.

Dessa forma entende-se que a melhoria na qualidade do atendimento e as condições de trabalho dos profissionais está diretamente ligada à humanização e a ética profissional.

A ação do profissional de saúde deve ser orientada para o respeito à liberdade de escolha do paciente diante da situação que lhe é imposta. À medida que se viola a autonomia deste, estaremos tratando-o como um objeto. Mas na medida em que este exercer sua autonomia, reconhecendo seus direitos e deveres, estaremos construindo cada vez mais sua cidadania.

3 DESENVOLVIMENTO DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM

Compreende-se por Referencial Teórico uma das fases mais importantes de uma pesquisa, pois atua como guia para o desenvolvimento da mesma e, posteriormente, respalda os dados encontrados. Na busca do alcance dos nossos objetivos, fundamentamos este estudo na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta, descrita por Leopardi (2006), e também o modelo de AvedisDonabedian, contextualizado por Dr. Otero M, e Dr. Otero I. (2002), que prioriza uma estratégia de avaliação de qualidade em saúde.

3.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Wanda de Aguiar Horta nasceu em 11 de agosto de 1926, em Belém do Pará, filha de Alberico Herketh de Aguiar e Felice Cardoso de Aguiar. Recebeu diploma de Enfermagem pela escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), em 1948. Recebeu certificado de pós-graduação em Pedagogia e Didática Aplicada a Enfermagem, pela Escola de Enfermagem da USP, em 1962. Em 1968, conquistou

o título de doutora e docente livre em Fundamentos de Enfermagem, na escola Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Exerceu funções administrativas, técnicas e didáticas. Realizou palestras, conferências, aulas e ministrou inúmeros cursos. Obteve bolsas de estudos e viagens culturais em vários países, realizou atividades também em bancas examinadoras, orientações de teses de mestrado e doutorado.

Para Leopardi (2006, p. 192):

O alcance de sua proposta é vasto, sendo sua aplicação viável tanto em atenção individual quanto coletiva, em todas as fases da vida e em qualquer domínio de assistência [...] Wanda Horta incentivou à busca da Sistematização da Assistência. Horta foi uma pioneira no Brasil e isto não poderá ser esquecido na história e evolução da Enfermagem no país.

A teoria das necessidades humanas básicas está relacionada com uma abordagem humanística, empírica e holística, que busca uma sistematização na assistência e acima de tudo que se preocupa com a motivação do ser humano no próprio cuidado. Para tanto, o presente estudo permeia-se principalmente em motivar o paciente através do acolhimento realizado na realização do teste rápido para sua realidade, fazendo que o mesmo seja o ator principal do seu tratamento, quando necessário.

Segundo Horta (1979 apud LEOPARD, 2006, p. 191) o foco de trabalho da Enfermagem:

É levar o ser humano ao estado de equilíbrio, ou seja, à saúde, pelo atendimento de suas necessidades básicas, constituídas conceitualmente como problemas de enfermagem. O enfermeiro tem como responsabilidade avaliar as necessidades não cobertas por ações do próprio paciente, para supri-las como cuidados planejados de acordo com o grau de dependência do mesmo.

Sabe-se que o cuidado faz parte das necessidades humanas para sobrevivência, desta forma, evidencia-se que o enfermeiro é parte primordial neste contexto por estar diretamente envolvido no exercício do cuidado. Porém, o mesmo não é um fazer privativo da enfermagem, mas de todos os profissionais de saúde envolvidos no resgate da reabilitação do paciente. Frente ao exposto Horta (1979, p. 29) ainda afirma que:

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter, promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Diante de tantas evidências, a arte do cuidar inclui o reconhecimento de uma interligação entre os profissionais da saúde, a fim de estabelecer benefícios na qualidade da assistência reverenciada ao

paciente em seu sentido multidimensional. Sendo esta, uma ação terapêutica que irá influenciar suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

A teoria de Horta apoia-se em leis que garantem cientificamente a qualidade da assistência. Lei do equilíbrio pela qual todo universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres; lei da adaptação onde todos os seres do universo interagem com seu meio externo, buscando sempre formas de ajustes para se manter em equilíbrio; e lei do holismo que apresenta o universo como um todo, o ser humano é um todo, sendo assim, procura ajustar-se para manter-se em plena harmonia. (LEOPARDI, 2006).

Em relação à aplicação dessa teoria na prática optamos por selecioná-la porque todas as necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo: o ser humano. É claro que se pode perceber a inter-relação mais estreita entre algumas necessidades e o distanciamento de outras, mas em maiores ou menores intensidades todas elas sofrem alterações quando qualquer uma se manifesta. Sendo assim, a teoria das necessidades humanas básicas se aplica ao processo de acolhimento e aconselhamento na realização de testes rápidos, pois do mesmo se encontram afetadas pelo procedimento desconhecido, daí a importância de uma orientação adequada, auxiliando e incentivando o autocuidado, conforme potencial do paciente para tal.

3.2 TEORIA DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

AvedisDonabedian, segundo Dr. Otero M, e Dr. Otero I (2002) nasceu em Beirut, Líbano, no dia 07 de junho de 1919, no seio de uma família Armênia, e viveu em um povo árabe ao norte. Depois de graduar-se como médico na Universidade Americana de Beirut (AUB) sua ânsia pela aprendizagem o levou em 1953, aos Estados Unidos para estudar Saúde Pública na Universidade de Harvard (HU). Morreu com a idade de 81 anos em 9 de novembro de 2000. É conhecido como fundador do estudo da avaliação da qualidade em saúde.

Para Contandriopoulos (1997) a avaliação representa uma atividade bastante antiga, presente desde os primórdios na história da humanidade. Esta é uma função ao qual se destina a ajudar no processo de decisão para a melhoria na qualidade em um serviço de atenção à saúde ou em qualquer outro contexto que necessite ser avaliado. Isto é, responder a objetivos avaliativos que contemplem, necessariamente, os interesses dos beneficiários. Todavia, o objetivo de avaliar é contribuir para formulação de um processo interativo que priorize a adequação de normas construtivas. É dentro desta perspectiva de mudanças, no âmbito da realidade, que a avaliação deve auxiliar na compreensão

dos impactos porventura existentes em decorrência das atividades desenvolvidas, visando o alcance das ações propostas.

O processo participativo da equipe multiprofissional de saúde é importante visto que, uma visão integrada e deliberativa aliada aos recursos disponíveis proporcionará a eficácia da intervenção articulada. Em artigo publicado em 1978, Donabedian (apud REIS, 1990) refere que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; e o relacionamento pessoal com o mesmo, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades.

Donabedian, dentro da classificação das abordagens possíveis para a avaliação em saúde, desenvolveu um modelo que originou a tríade “estrutura, processo e resultado.” Para este autor a estrutura corresponde às características relativamente estáveis dos provedores, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência em saúde, ou seja, avalia as características dos recursos empregados. O processo refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas - sendo estas geralmente realizadas através de normas, rotinas e protocolos específicos de cada instituição - na relação entre os profissionais de saúde e os clientes. De certa forma, tudo que diz respeito ao tratamento e no momento em este é realizado pode ser caracterizado como processo. Por último o resultado, descreve o estado de saúde do usuário mediante as ações assistenciais desempenhadas pelos profissionais de saúde. O indicador do resultado abrange as consequências dos cuidados ou de sua falta.

Com base no foi que exposto, a intenção de utilizar a tríade no presente estudo é importante por se tratar de uma pesquisa onde a junção destes fatores predispõe medidas coerentes empregadas ao paciente. Medidas estas, que visam à qualidade da assistência.

Entende-se que o processo de avaliação deve analisar todos os fatores que englobam o dia a dia do profissional de saúde enquanto provedor do cuidado, pois muitas vezes o local de trabalho não oferece recursos necessários para sua prática eficaz.

Segundo Brasil (2005a, p. 18):

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente,

devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades.

É fundamental avaliar a qualidade dos serviços de saúde, pois esta, já é uma área consolidada em suas várias linhas de abordagens. Chen (1987 apud SALA, 1998) constata que as avaliações devem ser consideradas as características dos programas e seus valores associados, mediante uma teorização prévia acerca de suas proposições. A avaliação é uma intervenção constituída por resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes, onde há cinco componentes: objetivos, recursos, serviços, bens ou atividades, efeitos e contextos precisos em um dado momento.

Para Cohen (1999 apud SILVA, 2001, p. 21):

Existem diferentes modelos de avaliação, que são derivados tanto do objeto a ser avaliado como da formação acadêmica daqueles que realizam essa tarefa. Entretanto, a constante é, por um lado, a pretensão de comparar um padrão almejado (imagem-objetivo em direção à qual se orienta a ação) com a realidade (a medida potencial na qual esta vai ser modificada, ou o que realmente ocorreu como consequência da atividade empreendida) e, por outro lado, a preocupação em alcançar eficazmente os objetivos propostos.

Compreende-se que para promoção da melhoria na assistência e êxito em uma avaliação dos serviços em saúde à utilização dos “sete pilares da qualidade” desenvolvidos por Donabedian é essencial, sendo estes: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A utilização destes atributos relaciona-se com a objetividade do presente estudo por estarem diretamente interligados no que tange a fundamentação da orientação ao paciente momento da realização do teste rápido. À vista disso, o cuidado deve ser eficaz em relação às condições atuais do paciente e ao mesmo tempo positivo gerando resultados satisfatórios.

A satisfação do usuário diz respeito a sua percepção mediante o serviço que recebe. Quando este é realizado de maneira a proporcionar uma relação interpessoal entre profissionais de saúde e paciente, trará como resultado um alto grau de adesão deste ao tratamento, interferindo positivamente em seu processo terapêutico.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem metodológica adotada neste estudo foi a quali-quantitativa, pois se busca conhecer os desafios enfrentados pelos enfermeiros na realização do teste rápido de HIV, Sífilis e Hepatite B e C,

uma vez que esse conhecimento aprofundado permitiu a realização de entrevistas e observações que nos deram possibilidade de ter uma análise mais completa da situação investigada.

Segundo Minayo (2002, p.23):

A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante neste item é “quais indivíduos sociais tem uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?” A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade de problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Optou-se Por tal abordagem a fim de estabelecer condições de estudo sem que este seja mecânico, fragmentado, descontinuado e desatualizado frente ao atual conhecimento técnico científico.

4.2 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa descritiva e de campo, uma vez que além de explorar uma situação determinada, buscou descrevê-la para conhecimento dos profissionais da área da saúde e da comunidade acadêmica. O presente estudo teve como participantes os enfermeiros que realizam o teste rápido de HIV; Sífilis e Hepatite B e C no município de Araranguá.

Segundo Trivinos (1995, p.110), a” pesquisa descritiva pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade.”

De acordo com Leopardi (2002, p.130):

A pesquisa de campo são aquelas desenvolvidas geralmente em cenários naturais. Tais estudos são investigações feitas em campo, em locais de convívio social, como hospital, clínicas, unidades de tratamento intensivo, postos de saúde, asilos, abrigos e comunidades. Procuram examinar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto em ação, na vida real.

Dessa forma, é possível estarmos próximos da realidade, observando o que acontece no dia-a-dia dos sujeitos do estudo, obtendo assim informações necessárias para apuração dos fatos caracterizados e resolução dos problemas.

4.3 LOCAL DE ESTUDO

O local de estudo para o desenvolvimento da pesquisa deve dispor de instrumentos favoráveis que visem à colaboração para coleta de dados do investigador.

De acordo com Gil (2002, p. 100):

Para que o ambiente se torne o mais adequado para a realização da pesquisa, uma série de cuidados devem ser tomados. É preciso, primeiramente, assegurar que o fenômeno ocorra numa forma suficientemente pura ou notável para que se torne exequível a pesquisa.

A presente investigação foi realizada no SAE onde se realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com DST's. O objetivo deste serviço é prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médico, psicólogo, enfermeiro e farmacêutico. As atividades principais deste serviço são cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e Aids.(BRASIL, 2014).

As ESF's que realizam testagem rápida no município de Araranguá também foram se destacaram como locais do estudo.

4.4 SUJEITOS DO ESTUDO

A amostra foi composta por 12 enfermeiros que realizam teste rápido de HIV, Sífilis e Hepatite B e C no SAE e nas ESF's do município de Araranguá.

Segundo Leopardi (2002, p. 166) “Para uma pesquisa qualitativa, a amostra pode ser constituída de maneira randômica, ou seja, aleatória, ou não, podendo-se seguir vários métodos de amostragem.”

Como critérios de inclusão foram usados:

1. Enfermeiros que receberam a capacitação para a realização do teste rápido de HIV, Sífilis e Hepatite B e C no município de Araranguá;
2. Aceitação por parte dos participantes da pesquisa, seguindo preceitos éticos da Resolução 466/12, por meio de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE - APÊNDICE A).

4.5 PROCEDIMENTO DE LEVANTAMENTO DE DADOS

A seguir, apresentam-se os momentos de desenvolvimento da pesquisa, buscando sempre efetuar um estudo relacionado com a prática dos enfermeiros nas coletas dos testes rápidos.

1º Momento: Procedimentos iniciais

O projeto de Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e aprovado com parecer 02/2015; sendo que após a aprovação foi solicitado autorização para a realização da pesquisa ao local pesquisado.

2º Momento: Conhecimento do campo de pesquisa.

3º Momento: Realizou-se a seleção intencional dos enfermeiros de acordo com os seguintes critérios:

1. Inclusão: enfermeiros que realizam testagem rápida atuantes no serviço público do município; aceitação para participar da pesquisa segundo Resolução 466/12.
2. Exclusão: enfermeiros que não realizam testagem rápida atuantes no serviço público do município; não aceitação para participar da pesquisa ou não assinarem o TCLE (APÊNDICE A).

4º Momento: Realizou-se a entrevista semi-estruturada com os enfermeiros (APÊNDICE B).

5º Momento: Realizou-se análise e interpretação dos dados.

4.6 RISCOS E BENEFÍCIOS

Não existem riscos presumíveis, desde que resguardados os valores éticos recomendados pela resolução 466/12 da pesquisa com seres humanos; sendo garantido aos sujeitos participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.

Como benefício conhecemos o protocolo para a realização do teste rápido pelo enfermeiro com orientações de acolhimento; além de identificar as facilidades e dificuldades encontradas pelo enfermeiro na assistência de enfermagem para a realização do teste rápido.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise qualitativa e interpretação dos dados foi utilizada a categorização de dados de acordo com Minayo (2000) que refere que este tipo de análise é empregado para estabelecer classificações, podendo ser estabelecida na fase de exploração da pesquisa ou na coleta de dados.

Pela análise dos dados e conteúdos “[...] podemos encontrar repostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação” (MINAYO, 2002, p. 74). A mesma autora ainda refere que esta análise apresenta passos que seguem: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

Para a análise quantitativa de dados, os mesmos foram inseridos em planilha eletrônica e a análise estatística calculada pelo software estatístico SPSS. As variáveis categóricas foram analisadas utilizando teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, conforme indicado, e apresentadas com frequência absoluta e relativa. Já as variáveis contínuas serão analisadas utilizando teste T de *Student*. Foi considerada diferença estatisticamente significativa quando $p \leq 0,05$.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento, sendo que este assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com a Resolução 466/12 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes foram esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (BRASIL, 2012a, p.2).

A resolução incorpora referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012a, p. 1). A Resolução 466/12 visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem devem ser asseguradas aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa.

A pesquisa em seres humanos foi sempre tratando-o com dignidade, respeito e defendido em sua vulnerabilidade. Na pesquisa foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa (APÊNDICE A).

5 COMPREENDO A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

A apresentação dos resultados do estudo desenvolvido está transcrita em momentos distintos, a fim de facilitar a compreensão do leitor ao tema proposto.

A pesquisa foi construída a partir dos legados propostos por AvedisDonabedian visando à qualidade da assistência disponibilizada ao paciente que realiza o teste rápido bem como, todos os recursos disponíveis para a realização do mesmo e nos conceitos de Wanda de Aguiar Horta que prioriza um cuidado humanizado e holístico, onde todos os profissionais de saúde estejam envolvidos diretamente na prática da assistência.

Para o estudo primeiramente foi realizado um levantamento dos sujeitos da pesquisa através de uma busca juntamente com a enfermeira responsável pelo SAE para identificar o número de unidades de ESF's no município de Araranguá. Após esta etapa procedeu-se às entrevistas com todos os enfermeiros que realizam testes rápidos no SAE e ESF's.

A partir da realização da entrevista semi-estruturada com os enfermeiros foram organizadas as seguintes categorias de análise:

Categoria 1: Assuntos abordados em capacitação para realização de teste rápido;

Categoria 2: Carga horária da capacitação para realização de teste rápido,

Categoria 3: Demanda para realização de teste rápido;

Categoria 4: Objetivo da realização de teste rápido;

Categoria 5: Benefícios existentes na implantação de teste rápido;

Categoria 6: Encaminhamento após resultado positivo;

Categoria 7: Notificação de teste rápido com resultados positivos;

Categoria 8: Protocolo de atendimento para teste rápido;

Categoria 9: Organização do setor referente ao acolhimento e informações do resultado ao paciente;

Categoria 10: Dificuldades na realização de teste rápido;

Categoria 11: Facilidades na realização de teste rápido.

Para a apresentação dos resultados da etapa qualitativa utiliza-se a letra “E” para identificar o profissional Enfermeiro, garantindo o sigilo e anonimato referente dos sujeitos pesquisados, conforme preceitos recomendados pela resolução 466/12. Todas as falas foram agrupadas por similaridade e apresentadas a seguir.

5.1 PERFIL DOS ENFERMEIROS QUE REALIZAM TESTES RÁPIDOS EM ESF

Para a realização do presente estudo contamos com a participação de doze profissionais enfermeiros atuantes na equipe multiprofissional das ESF's da cidade de Araranguá. Na tabela 1 é demonstrado que a mediana de idade é 37 anos, variando de 27 a 53 anos. Ainda é possível verificar que o tempo de formação acadêmica mais frequente é 8 anos (75%) mas com 4 anos ou mais de atuação no serviço (75%), porém a maioria tem experiência com realização de testes rápidos menos que 1 ano (75%).

Tabela 1 - Características gerais dos enfermeiros que realizam testes rápidos

Características	N=12
<i>Idade, mediana (mín-máx)</i>	<i>37 (27-53)</i>
Tempo de formação acadêmica	
até 4 anos	1 (8,3)
5 a 6 anos	1 (8,3)
6 a 7 anos	0
7 a 8 anos	1 (8,3)
8 anos ou mais	9 (75)
Tempo de atuação no serviço	
Até 1 ano	0
1 a 2 anos	0
2 a 3 anos	2 (16,7)
3 a 4 anos	1 (8,3)
4 anos ou mais	9 (75)
Tempo que realiza os testes rápidos	
Menos de 1 ano	9 (75)
1 a 2 anos	3 (25)

Os dados estão apresentados com mediana, valor mínimo (mín) e valor máximo (máx), ou frequências absoluta (n) e relativa (%).

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os profissionais foram questionados quanto à capacitação e órgãos que promovem a mesma (tabela 2). Percebe-se que todos os profissionais que realizam testes rápidos receberam capacitação, sendo que a maioria foi oferecida pela esfera municipal (91,7%). Todos os profissionais de enfermagem entrevistados realizam testes rápidos para HIV, Sífilis, HBV e HCV.

Tabela 2 – Capacitação dos profissionais e testes rápidos realizados

Variáveis	N=12
Recebimento de capacitação para realização de testes rápidos, sim, n (%)	12 (100)
Órgão que ofereceu capacitação, n (%)	
Municipal	11 (91,7)
Estadual	1 (8,3)
Testes rápidos realizados na unidade em que o profissional atua, n (%)	
HIV	12 (100)
Sífilis	12 (100)
HBV	12 (100)
HCV	12 (100)

Os dados estão apresentados com frequências absoluta (n) e relativa (%). HIV=...HBV=...HCV=...

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Jesus et al (2013) enfatiza que:

A transição da academia para o campo de trabalho é um processo desafiador para os enfermeiros recém-formados. A preocupação com esse momento é algo comumente observado nos graduandos e egressos; há, muitas vezes, ansiedade por terem de assumir as responsabilidades atribuídas ao enfermeiro e as novas demandas de atitudes e competências.

Desta forma, sabe-se que a receber capacitação para a execução de novas atividades é de suma importância no processo de trabalho.

5.2 A ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS

CATEGORIA 1 – ASSUNTOS ABORDADOS EM CAPACITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO

Capacitar um profissional para a execução de suas atividades é de suma importância, pois só assim, este será capaz de desempenhar seu trabalho adequadamente. Com isso buscou-se respostas acerca dos assuntos abordados na capacitação de teste rápido realizada pelos enfermeiros pesquisados.

Dentre os doze entrevistados, todos receberam capacitação, sendo que cinco (05 – E1, E2, E3, E4, E9) relatam como assuntos abordados na capacitação acolhimento e aconselhamento.

E1 “Aconselhamento pré e pós teste, prática de realização dos testes.”

E2 “Prevenção, coleta de dados, sigilos, acolhimento ao paciente positivo.”

E3 “Rede cegonha, testes rápidos, indicação, HIV, Sífilis, HBV, HCV, aconselhamento para realização do teste rápido.”

E4 “Portarias, indicações do teste rápido, aconselhamento, diagnostico, mapas, laudos e aulas práticas.”

E9 “Aconselhamento, como realizar os testes rápidos.”

Oito relatam prática de realização de teste rápido e indicação (08 – E1, E3, E4, E6, E7, E9, E10, E11).

E1 “Aconselhamento pré e pós teste, prática de realização dos testes.”

E3 “Rede cegonha, testes rápidos, indicação, HIV, Sífilis, HBV, HCV.”

E4 “Portarias, indicações do teste rápido, aconselhamento, diagnostico, mapas, laudos e aulas práticas.”

E6 “Como executar os testes rápidos. Implantação na UBS.”

E7 “Implantação nas UBS e como realizar os testes.”

E9 “Aconselhamento, como realizar os testes rápidos.”

E10 “Objetivos e aplicações dos testes rápidos de HIV, Hep. C, B e Sífilis”

E11 “Realização, prática dos TR. Cuidados no manuseio.”

Quatro relatam doenças detectadas pelo teste rápido (04 – E3, E5, E10, E12).

E3 “Rede cegonha, testes rápidos, indicação, HIV, Sífilis, HBV, HCV.”

E5 “Treinamento teórico e prático dos testes HIV, Sífilis, HBV, HCV.”

E8 “Objetivos e aplicação dos testes rápidos.”

E10 “Objetivos e aplicações dos testes rápidos de HIV, hep. C e B e Sífilis.”

E12 “Doenças sexualmente transmissíveis HIV, HbsAg, HCV e Sífilis.”

Dois relatam implantação e portarias (02 – E4, E7) e apenas um (E2) relata sigilo como assunto abordado na capacitação.

E4 “Portarias, indicações do teste rápido, aconselhamento, diagnostico, mapas, laudos e aulas práticas.”

E7 “Implantação nas UBS e como realizar os testes.”

E2 “Prevenção, coleta de dados, sigilos, acolhimento ao paciente positivo.”

CATEGORIA 2 – CARGA HORÁRIA DA CAPACITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO

Dentre os doze entrevistados, nove relatam que sua capacitação para teste rápido obteve uma carga horária de 8 horas (09- E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E11 e E12), dois relatam uma carga horária de 12 e 16 horas (01-E1 e E9), e apenas um (01- E10) não relatou carga horária no questionário.

Quadro 1: Carga horária de capacitação teste rápido

Carga horária	Nº (Equipe de Enfermagem)
Carga horária de 8 horas	09 (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E11, E12)
Carga horária de 12 horas	01 (E9)
Carga horária de 16 horas	01 (E1)
Não relatou carga horária no questionário	01 (E10)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com pesquisas realizadas, observa-se que a literatura não explora a carga horária ideal utilizada para a capacitação.

CATEGORIA 3 - DEMANDA PARA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO

De acordo com a literatura pesquisada pôde-se constatar que inicialmente o foco primordial para realização de teste rápido era para as gestantes em decorrência do pré-natal. Entretanto, sabe-se que este deve ser realizado para toda a população que procure o serviço de saúde. Baseado neste contexto, procuramos ir em busca respostas a respeito da demanda de realização de teste rápido nas ESF's de Araranguá.

Dentre os doze entrevistados oito relatam realizar testes rápidos em gestantes e em pacientes quando são encaminhados pelo médico (08 - E2, E3, E4, E5, E8, E9, E10 e E11).

E2 “Gestante e paciente a pedido medico.”

E3 “Gestante e por solicitação médica.”

E4 “Gestantes 1º trimestre e 3º trimestre quando estiver próximo ao parto sem exames e pacientes encaminhados pelos médicos.”

E5 “Gestantes no 1º trimestre e pacientes encaminhados pela medica do ESF.”

E8 “Gestantes tem prioridade e quando necessário encaminhamento pelo médico.”

E9 “Gestantes ou quando solicitados pelo médico, ou quando o paciente relata que quer realizar o exame também é feito.”

E10 “Gestantes como prioridade e população em geral quando necessário.”

E11 “Realizo somente nas gestantes, a demanda depende de quantas gestantes iniciarem o pré-natal no mês.”

Quatro (04 - E1, E6, E7 e E12) relatam testes rápidos com demanda de 20 a 30 testes realizados no mês e um (E12) relata baixa demanda.

E1 “Em torno de 30 testes semanais.”

E6 “Mais ou menos 20/mês.”

E7 “Em média de 20 ao mês.”

E12 “Baixa.”

Dois entrevistados responderam que realizam os testes na população em geral quando necessário ou quando algum paciente deseja (02 - E9 e E10) e apenas um relata realizar o teste rápido somente com gestantes (01- E11).

E9 “Gestantes ou quando solicitados pelo médico, ou quando o paciente relata que quer realizar o exame também é feito.”

E10 “Gestantes como prioridade e população em geral quando necessário.”

E11 “Realizo somente nas gestantes, a demanda depende de quantas gestantes iniciarem o pré-natal no mês.”

Conforme as falas dos entrevistados, pode-se perceber que a demanda com prioridade nas ESF's para a realização dos testes rápidos vem acontecendo com as gestantes como foco principal e as demais somente com encaminhamento médico.

CATEGORIA 4 – OBJETIVO DA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO

O principal objetivo da realização do teste rápido encontrado pela equipe de enfermagem foi ofertar para a população um melhor acesso a este serviço e um diagnóstico mais rápido, agilidade no tratamento e tratamento imediato quando o paciente apresenta resultados positivos (08 - E1, E3, E4, E5, E8, E9, E10 e E11).

E1 “Ofertar a população diagnóstico o mais rápido possível.”

E3 “Agilidade no tratamento.”

E4 “Melhorar o acesso a população e agilidade no resultado.”

E5 “Melhorar o acesso a população.”

E8 “Diagnóstico e tratamento imediato.”

E9 “Agilizar exames para pacientes que necessitam de um diagnóstico rápido.”

E10 “Diagnóstico e tratamento se necessário.”

E11 “Iniciar tratamento rápido para testes positivos.”

Dois dos entrevistados relataram como objetivo dar prioridade para gestantes e detecção do resultado positivo das mesmas (E6, E7).

E6 “Priorizar para as gestantes”

E7 “Prevenção e detecção de resultados em gestantes.”

Somente um relata como objetivo a prevenção (01- E2) e encaminhamento para o serviço especializado (01- E12).

E2 “Prevenção.”

E12 “Detectar previamente o portador desta doença e encaminhá-lo para tratamento.”

CATEGORIA 5— BENEFÍCIOS EXISTENTES NA IMPLANTAÇÃO DE TESTE RÁPIDO

De acordo com Duarte et al (2001) alguns testes não permitem resultados rápidos, por esta finalidade foram criados os testes rápidos, mais simples e de baixo custo com o objetivo de detecção mais rápidas para a identificação de portadores do vírus, fazendo assim com que reduza a cadeia de transmissão do microorganismo. Dentre os doze entrevistados, seis (06 – E1, E4, E5, E6, E7 e E11) relatam agilidade e rapidez que o teste rápido oferece ao paciente.

E1 “Sim, agilidade nos resultados, tratamento precoce e encerramento da cadeia de transmissão.”

E4 “Sim, rapidez no resultados.”

E5 “Sim, facilidade nos exames, e rapidez no resultado.”

E6 “Sim, é rápido e eficaz, tomamos as providencias necessárias nos casos positivos.”

E7 “[...] são testes que nos fornecem agilidade e eficácia.”

E11 “Sim, agilidade no diagnostico de alguma doenças específicas do teste rápido. Também no tratamento.”

Seis (06- E1, E3, E8, E9, E10 e E12) relataram tratamento precoce e início imediato do tratamento.

E1 “Sim, agilidade nos resultados, tratamento precoce e encerramento da cadeia de transmissão.”

E3 “Sim, diagnóstico precoce, podendo fazer o tratamento mais rápido.”

E8 “Sim, o tratamento imediato diminuindo a transmissão.”

E9 “Sim, principalmente para as gestantes, com diagnóstico precoce para estas doenças, para iniciar o tratamento e evitar futuras complicações para o bebê.”

E10 “Sim, identificação precoce e início do tratamento precoce.”

E12 “Sim, o início imediato do tratamento e o vínculo com o paciente.”

Dois (02- E9 e E11) descreveram o diagnóstico precoce e outros dois (02- E1 e E8) o encerramento da cadeia de transmissão.

E9 “Sim, principalmente para as gestantes, com diagnóstico precoce para estas doenças, para iniciar o tratamento e evitar futuras complicações para o bebê.”

E11 “Sim, agilidade no diagnostico de alguma doenças específicas do teste rápido. Também no tratamento.”

E8 “Sim, o tratamento imediato diminuindo a transmissão.”

E1 “Sim, agilidade nos resultados, tratamento precoce e encerramento da cadeia de transmissão.”

E apenas um (01- E5) relatou facilidade nos exames, um (01-E2) prevenção e por fim um (01- e E12) falou do vínculo com o paciente.

E5 “Sim, facilidade nos exames, e rapidez no resultado.”

E2 “Sim, prevenção e conscientização da população.”

E12 “Sim, o início imediato do tratamento e o vínculo com o paciente.”

Conforme as falas acima pode-se perceber que os entrevistados reconhecem como benefícios do teste rápido a rapidez do resultado, a facilidade para realização do mesmo, a identificação precoce do

microrganismo presente no portador, fazendo assim com que comece o tratamento logo em seguida e o encerramento da cadeia de transmissão.

CATEGORIA 6 – ENCAMINHAMENTO APÓS RESULTADO POSITIVO

Quanto a um resultado positivo, os doze entrevistados relatam que estes são encaminhados diretamente para o SAE (11- E1 , E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11e e E12).

E1 “Acolhimento e aconselhamento, encaminhamento para médico, psicólogo e demais exames complementares.”

E2 “ Encaminho paciente para o “DST” do município.”

E3 “ Encaminhado para o SAE pra nova coleta de TR2 confirmatório.”

E4 “São realizados teste confirmatórios no SAE e acompanhamento no serviço especializado.”

E5 “O paciente é encaminhado pra teste confirmatório e acompanhamento no serviço especializado,”

E6 e E7 “Tratamento na UBS ou no SAE.”

E8 “ O teste de VDRL positivo, tratamos no posto mesmo, ou outros são encaminhados para o SAE.”

E9 “ Se for HIV e HCV são encaminhados para o serviço especializado do município, os outros são agendados com o médico aqui do posto.”

E10 “HIV e hepatite C e B positivos encaminhados para o SAE. VDRL positivos tratados na unidade.”

E11 “ Encaminhar para O SAE.”

E12 “Ao DST com enfermeira [...].”

Apenas um descreve todas as fases de atendimento para o paciente com resultado positivo que chega ao serviço especializado (01- E1)O mesmo relata que após chegar este encaminhamento no SAE acontece o acolhimento, aconselhamento e encaminhamento para médico, psicólogo e demais exames complementares.

E1 “Acolhimento e aconselhamento, encaminhamento para médico, psicólogo e demais exames complementares.”

Três colocam a realização de testes confirmatórios no SAE (03-E3, E4, E5).

E3 “ Encaminhado para o SAE pra nova coleta de TR2 confirmatório.”

E4 “São realizados teste confirmatórios no SAE e acompanhamento no serviço especializado.”

E5 “O paciente é encaminhado pra teste confirmatório e acompanhamento no serviço especializado.”

Cinco dos entrevistados falaram do tratamento de HCV e VDRL na própria unidade (05- E6, E7, E8, E9 e E10).

E6 e E7 “Tratamento na UBS ou no SAE.”

E8 “O teste de VDRL positivo, tratamos no posto mesmo, ou outros são encaminhados para o SAE.”

E9 “Se for HIV e HCV são encaminhados para o serviço especializado do município, os outros são agendados com o médico aqui do posto.”

E10 “HIV e hepatite C e B positivos encaminhados para o SAE. VDRL positivos tratados na unidade.”

CATEGORIA 7 – NOTIFICAÇÃO DE TESTE RÁPIDO COM RESULTADOS POSITIVOS

Dentre os doze entrevistados, onze relatam que sim, os casos são todos notificados (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11 e E12) destaca-se a fala do profissional E1 que relata a notificação e encaminhamento para vigilância.

E1 “É realizado notificação compulsória e encaminhado a mesma para vigilância.”

Somente o profissional E2 relata que não é realizado notificação em casos positivos. Pelo questionário observamos que E2 relata ter recebido a capacitação em abril de 2015, mas ao mesmo tempo relata que realiza os testes rápido a 6 meses. Com isso pode-se constatar que o profissional E2 realizou durante 2 meses os testes rápidos em sua unidade sem estar devidamente capacitado.

CATEGORIA 8 – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA TESTE RÁPIDO

Todos os entrevistados relatam que existe um protocolo de atendimento para a realização de testes rápidos que é elaborado pelo SAE com isso fomos em busca e tal informação e constatamos que o serviço apresenta um roteiro para implantação e execução de testes rápidos nas ESF's.

CATEGORIA 9 – ORGANIZAÇÃO DO SETOR REFERENTE AO ACOLHIMENTO E INFORMAÇÕES DO RESULTADO AO PACIENTE

No âmbito da realização do teste de detecção, é disponibilizado um aconselhamento pré-teste. Este tem por objetivo promover uma decisão informada por parte do paciente, prepara-lo para uma eventual má notícia, transmitir informação sobre as possíveis patologias existentes, avaliar o risco individual e informar sobre comportamentos seguros. Desta forma foi questionado os entrevistados

quanto a existência deste processo de trabalho. Dentre os doze entrevistados cinco relatam que os testes são realizados somente pelo enfermeiro da unidade em sua própria sala. (05- E2, E3, E4, E5 e E10).

E2 “Estes testes são realizados na sala do enfermeiro, pelo enfermeiro e resultados entregues em local privado.”

E3 “Enfermeiro.”

E4 “[...] o teste e o resultado são realizados pelo enfermeiro do setor.”

E5 “[...] o atendimento é realizado exclusivamente pelo enfermeiro.”

E10 “[...] o teste é realizado com total consentimento e sigilo, o exame é realizado somente pela enfermeira na sala dela. O resultado é entregue em 20 min. É realizado aconselhamento pré teste antes do exame.”

Cinco entrevistados relatam orientação sobre possíveis resultados, aconselhamento e acolhimento ao paciente que realiza o teste rápido (05-E6, E7, E9, E10, E11).

E6 “Orientamos a importância do exame e realizamos a entrevista antes da realização do teste.”

E7 “É realizado o acolhimento e aconselhamento e orientação antes da realização do teste.”

E9 “Durante o acolhimento já é explicado tudo para o paciente sobre a possibilidade de resultado positivo.”

E10 “[...] o teste é realizado com total consentimento e sigilo, o exame é realizado somente pela enfermeira na sala dela. o resultado é entregue em 20 min. É realizado aconselhamento pré-teste antes do exame.”

E11 “... paciente é orientado quanto a resultado e possíveis encaminhamentos e tratamentos. Paciente fica na unidade até resultado do teste.”

Os profissionais pesquisados relatam que é realizado um acolhimento e aconselhamento, onde há uma orientação sobre a realização do teste e possível resultado positivo. Cabe salientar que no município de Araranguá o profissional capacitado para realizar todas estas etapas do teste rápido nas ESF's é somente o enfermeiro.

Dois (02 - E8 e E11) descrevem que o paciente aguarda resultados na unidade e só sai do local com resultados obtidos. E apenas um (01- E10) relata consentimento do paciente para realização do teste e sigilo do profissional quanto ao resultado.

E8 “ Os testes ficam armazenados na sala de procedimentos, e realizamos os testes lá, o paciente só vai embora com o resultado.”

E11 “... paciente é orientado quanto a resultado e possíveis encaminhamentos e tratamentos. Paciente fica na unidade até resultado do teste.”

E10 “[...] o teste é realizado com total consentimento e sigilo, o exame é realizado somente pela enfermeira na sala dela. o resultado é entregue em 20 min. É realizado aconselhamento pré teste ante do exame.”

Apenas um entrevistado (E12) não respondeu a esta questão.

CATEGORIA 10 - DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO

Conforme os entrevistados, nove relatam que não encontram dificuldades alguma na realização do teste rápido (09 – E1, E2, E3, E7, E8, E9, E10, E11 e E12) e dois relatam encontrar dificuldades somente quando precisam fornecer resultados positivos aos pacientes. (02- E4 e E5).

E4 “sim, somente quando forem aos resultados positivos.”

E5 “Sim, na informação dos resultados positivos aos pacientes.”

Podemos destacar a fala de E6, onde o mesmo relata não haver dificuldade na execução do teste em si, mas encontra dificuldades em relação ao tempo específico para esta demanda na ESF.

E6 “Não, porém nós enfermeiras das ESF’s temos várias atividades, não nos restringimos a execução dos testes rápidos.”

CATEGORIA 11- FACILIDADES NA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO

Quando perguntados sobre as facilidades que os profissionais encontram na realização de teste rápido, cinco relatam diagnóstico rápido, agilidade dos resultados, e possível fazer um encaminhamento mais ágil. (03 - E1, E2, E3, E4, E5).

E1 “Agilidade de resultados e possíveis encaminhamentos.”

E2 “ Agilidade do resultado e possíveis encaminhamentos mais rápidos.”

E3 “Diagnostico rápido.”

E4 “Diagnóstico rápido para tratamento caso haja exame positivo. Agilidade no serviço.”

E5 “Diagnóstico rápido.”

Quatro relatam que o material do teste rápido é confiável e de fácil manuseio (04- E6, E7, E8, E10). Os testes rápidos por suas características de execução e interpretação facilitadas podem ser utilizados fora do ambiente laboratorial por profissionais capacitados para essa metodologia (BRASIL, 2012).

E6 “A capacitação foi eficaz, o material é confiável.”

E7 “ resultados em tempo real, o material é confiável, a capacitação foi importante.”

E8” Os teste são de fácil manuseio, procedimento tranquilo.”

E10 “Testes confiáveis, de fácil manuseio.”

Dois relatam a eficácia e importância da capacitação para realização do teste rápido (02- E6, E7).

E6 “A capacitação foi eficaz, o material é confiável.”

E7 “ resultados em tempo real, o material é confiável, a capacitação foi importante.”

Destaca-se entre os profissionais a fala do E12 onde o mesmo relata a importância do vínculo entre o profissional enfermeiro e o paciente da unidade, isso faz com que o paciente sinta-se mais acolhido e consegue expor suas reais necessidades.

E12 “O vínculo deste paciente com a unidade de saúde e o profissional enfermeiro, com isto ele vem à unidade expor qualquer necessidade de atendimento.”

Apenas um entrevistado (E11) não respondeu a esta questão.

5.2 PERCEPÇÃO DO PREPARO DO ENFERMEIRO NA REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO

Avalia-se que três dos entrevistados concordam totalmente em sentir-se preparados para a realização do teste rápido, quatro dos entrevistados concordam parcialmente estarem preparados e não relatam nenhuma observação sobre o mesmo e cinco dos entrevistados concordam parcialmente em estarem preparados para a realização dos testes e relatam os motivos (05- E6, E7, E10, E11 e E12).

E6 “Parcialmente, pois haverá o confirmatório realizado em laboratório. É muito angustiante dar a notícia de HIV(+).”

E7 “O sentimento de angustia está presente quando é preciso informar ao paciente que o HIV(+).”

E10 “O resultado positivo por mais preparados que estejamos me dá uma certa angustia. É um mal necessário, mas nem por isso deixa de ser impactante, para algumas pessoas pode ser encarado como uma sentença de morte.”

E11 “Discordo quanto a informar o paciente do resultado positivo. Nunca fui portadora desta informação mas, acredito que não deve ser fácil mexer com a esperança de vida de alguém, ainda mais estando gestante.”

E12 “Não sei como o paciente vai receber esta informação.”

Os profissionais de saúde aptos a realizarem os testes rápidos como diagnóstico da infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatites Virais deverão ser capacitados exclusivamente por multiplicadores treinados para a replicação da técnica. Cabe ressaltar que o programa de capacitação deverá ser definido pelo Ministério da Saúde em parceria com Programas Estaduais de DST/AIDS (BRASIL, 2012c).

Isto pode possibilitar uma avaliação contínua e processual do serviço realizado, através de um olhar crítico. Pois estando os profissionais inseridos numa prática e iniciando suas atuações aproximadamente em um mesmo período fica mais fácil seguir um plano de ação.

Tabela 3 - Percepção de preparo para realização de teste rápido

Sinto-me suficientemente preparado para realizar os testes rápidos e informar os resultados dos testes aos pacientes	n (%)
Enfermeiros que concordam parcialmente com a afirmativa	9 (75)
Enfermeiros que concordam totalmente com a afirmativa	3 (25)

Os dados estão apresentados com frequências absoluta (n) e relativa (%).

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na tabela 3 é abordada a percepção do enfermeiro quanto ao próprio preparo para realização de testes rápidos e informação dos resultados. Percebe-se que os enfermeiros sentem-se preparados para realização e informação dos resultados aos pacientes que realizam testes rápidos, apesar de a maioria (75%) não estar totalmente preparado para estas atividades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os novos tempos estão a exigir do profissional de saúde muita competência, não apenas nas áreas científicas e tecnológicas, mas também nas vivências dos valores sociais. Vêm se tornando uma necessidade crescente, à medida que se desenvolvem novas prioridades do cuidado. É preciso ter consciência de que o ato assistencial é componente essencial na valorização da vida. Portanto, o profissional de saúde deve integrar-se nos aspectos que regem um cuidado humanizado.

Ao observar a necessidade de ampliar o acesso e a melhoria de qualidade da vida da população, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais, vem implementando estratégias para ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV, Sífilis e Hepatites virais, especialmente em gestantes e populações mais vulneráveis. Exemplo disso é a realização de testes rápidos nas unidades de saúde e aumento de exames laboratoriais disponíveis na rede SUS. O objetivo é possibilitar o início imediato do tratamento dos pacientes com resultados positivos confirmados para interromper a cadeia de transmissão da doença e permitir começar o tratamento já no primeiro dia de diagnóstico (BRASIL, 2012a).

Julga-se então, importante enfatizar a necessidade do aprimoramento e qualificação, cada vez maior, dos profissionais, para que possam acompanhar a evolução das novas tecnologias introduzidas. Convém ressaltar que a qualificação profissional passa também pelo cultivo de valores éticos e demonstração de solidariedade, que poderá ser construída na convivência com os clientes. A humanização nas relações do cuidado poderá tornar-se realidade quando o contexto social também incorporar essa atitude de humanidade e valorização da individualidade humana.

Tomando-se como referência o estudo feito para realização deste trabalho, pôde-se inferir que os momentos que antecedem o resultado do teste realizado são vivenciados pelo paciente de uma forma apreensiva e muitas vezes até assustadora em função do resultado a ser revelado no mesmo instante. Diante disso, é papel fundamental do enfermeiro realizar um acolhimento correto e sanar todas as dúvidas referentes ao teste rápido.

Com os resultados obtidos podemos identificar que os enfermeiros em sua totalidade receberam a capacitação para a realização dos testes rápidos e que a principal demanda para a realização dos testes rápido nas ESF's são gestantes e no serviço especializado é livre.

Os enfermeiros ainda utilizam um protocolo criado pelo SAE do município para a realização de testes rápidos, acolhimento e encaminhamento dos pacientes. Estes identificam os benefícios à promoção

da saúde e prevenção com a realização de testes rápidos, tendo como facilidade o diagnóstico rápido, agilidade dos resultados, possibilidade de encaminhamento ágil, de fácil manuseio e confiável. Já como dificuldades relataram não sentir-se seguros no momento em que precisam orientar o paciente sobre o resultado positivo.

A inserção dos testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C está ocorrendo de forma gradual, pois há a necessidade de capacitação de profissionais e preparação do serviço para armazenar os insumos e atender adequadamente o paciente quanto ao acolhimento, aconselhamento, testagem, encaminhamento e acompanhamento ao tratamento.

Buscar formas efetivas para uma assistência na prática em saúde implica em aproximações críticas que permitem compreender a convergência entre a comunicação e o trabalho da equipe multiprofissional. Esta precisa estar inserida no cotidiano de cada gestor do cuidado para que o cliente seja beneficiado.

Frente aos aspectos da comunicação descritos neste estudo, consideramos que a interação verbal-oral desenvolvida nas orientações aos pacientes, pelo enfermeiro, foi adequada.

Portanto, evidencia-se que a grande importância do controle da Aids, Sífilis e Hepatites Virais não se limita a realização do teste rápido, mas este é de grande relevância, uma vez que ao executá-lo o paciente já recebe todo o suporte necessário para o início do tratamento e o aconselhamento adequado, quando necessário. Salienta-se que o impacto do paciente na descoberta da doença é comum, principalmente em relação às mudanças que esta pode causar, mas é dever do profissional de saúde realizar uma assistência baseada na ética e responsabilidade.

Ao finalizarmos o presente estudo, percebemos o grande aprendizado desenvolvido, decorrente da importância de uma assistência integralizada, no que refere as competências do enfermeiro na realização dos testes rápidos. Isto nos trouxe uma visão ampliada acerca do tema em questão e uma reflexão sobre nossas práticas e ações como futuras enfermeiras.

REFERÊNCIAS

- AIDS. Síndrome do imunodeficiência adquirida. Testagem para HIV. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/testagem-para-hiv>> Acesso em: 18 Out. 2014.
- ARAÚJO, Maria Alix leite; ANDRADE, Roumayne Fernandes Vieira; MELO, Simone Paes. O acolhimento como estratégia de atenção qualificada: percepção de gestantes com HIV/AIDS em Fortaleza, Ceará. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.35, n.3, 2011. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/327/pdf_136> Acesso em: 13 jun. 2015.
- AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 81, n. 2, 2006.
- BACKES, Dirce Stein; FILHO, Wilson Danilo Lunard; LUNARD, Valéria Lerch. A construção de um ambiente de cuidado humano: percepção dos integrantes do grupo de humanização. *Nursing, Barueri*, v.101, n.9, p. 1057-1063, out. 2006.
- BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. N. G.; COSTA, I. C. C. Saúde Bucal no programa de Saúde da Família, da inclusão ao momento atual, percepção de cirurgiões dentistas e auxiliares no contexto do um município. *Ciência Odontológica Brasileira*, v.10, n. 3, Jul/Set, 2007.
- BARROS, Marcelle Aparecida de. O sistema único de saúde sob a ótica de graduandos de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.10, n.2 mai./ago.2005. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5000/3782>>. Acesso em: 03 jun. 2015.
- BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane A. Santos Soares. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 6, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 04 jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília, Coordenação de Publicações, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV). MS: Brasília: 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 77 de 12 de Janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. MS: Brasília, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html> Acesso em: 18 out. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Realização do Teste Rápido para HIV e Sífilis na Atenção Básica e Aconselhamento em DST/Aids. Brasília, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. Manual de capacitação para profissionais de saúde utilizando testes rápidos, 2012c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual_do_multiplicador_de_trd_14_07_2011_pdf_23160.pdf> Acesso em: 13 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. Portaria nº. 34 de 28 de Julho de 2005. MS: Brasília, 2005b, p. 77.

_____. Ministério da Saúde. Testes rápidos: considerações gerais para seu uso com ênfase na indicação de terapia anti-retroviral em situações de emergência. Unidade de assistência e laboratório, 2014.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466/12. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 25 de outubro de 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer normativo nº. 001 de 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermeiro-passa-a-realizar-testes-rapidos-de-hiv-sifilis-e-hepatites-virais_18177.html> Acesso em: 18 Out. 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M, A. (Org). Avaliação em saúde, dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COREN-SC. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA -. 4. ed. Florianópolis: Alternativa Gráfica, 2004.

DireitoNet, abr., 2005. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/x/20/20/2020/#perfil_autor> Acesso em: 02 jun. 2015.

DOTTI, René Ariel. Declaração universal dos direitos do homem e notas da legislação brasileira. 2. ed. Curitiba: J.M., 1999.

HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JESUS, Bruna Helena de; GOMES, Diana Coelho; SPILLERE, Lia Beatriz Bortolotto; PRADO, Marta Lenise do; CANEVER, Bruna Pedroso. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. Esc. Anna Nery, v. 17, n. 2, Rio de Janeiro, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452013000200019&lng=pt&nrml=iso&tlng=pt> Acesso em: 13 jun. 2015.

LEOPARDI, Maria Tereza. Metodologia da pesquisa na saúde. Florianópolis: UFSC, 2002.

_____. Teoria e método em assistência de enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.5, n.1, 239-262, 2000.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v.11, n. 2, mai./ago., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>> Acesso em: 04 jun. 2015.

OTERO, Jaime M.; OTERO, Jaime I. AvedisDonabedian Y la calidad de la atención de salud, out., 2002. Disponível em: <<http://www.gerenciasalud.com/art04.htm>>. Acesso em: 04 jun. 2015.

PALÚ, Adriana Prestes do Nascimento. A inserção da Saúde Bucal no PSF, Perspectivas e Desafios: a visão de Odontólogos do Paraná. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/pos/mestrados/mural/dissertacao/Adriana%20Palu/Adriana_Palu_completo.pdf> Acesso em: 18 Out. 2014.

REIS, Eduardo J. F. B. dos et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: notas Bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: v.6, n.1, jan. /mar. 1990.

Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1990000100006&lng=es> Acesso em: 04 jun. 2015.

ROCHA, E. C. A; ARAÚJO, M.A.D.; Condições de trabalho de equipe de Saúde Bucal no PSF: o caso do distrito sanitário norte em Natal, RN. *Revista de Administração Pública*, v. 43 n. 2, Mar/Abr, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a10.pdf>> Acesso em: 18 Out. 2014.

SALA, Arnaldo, NEMES, Maria Ines Baptistella e COHEN, Diane Dede. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, out./dez., 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102311X1998000400016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 05 jun. 2015.

SC. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS), Legislação básica da secretaria de estado da saúde. 2. ed. Florianópolis: SES, 2002.

SILVA, Alessandra Priscila Moura; ARAÚJO, Júnior Jorge J. de. *Direito à saúde & SUS*, 2001.

TRIVINOS, Augusto N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

VIDINHA, Fátima. Implementação do Teste Rápido para Detecção Precoce da Infecção VIH/SIDA no Algarve. *ArqMed*, v.23n.2, mar.2009. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0871-34132009000200019&script=sci_arttext> Acesso em: 13 jun. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A- ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS ENFERMEIROS

Perfil dos enfermeiros

Sexo: ☐ feminino ☐ masculino
Idade: _____ anos
Tempo de Formação: _____ ☐ meses ☐ anos
Tempo de atuação no serviço: _____ ☐ meses ☐ anos
Tempo que realiza os testes rápidos: _____ ☐ meses ☐ anos
Você recebeu capacitação para realização de testes rápidos? ☐ sim ☐ não
Se sim. Quando você foi capacitado para a realização do teste rápido? ____/____ (mês/ano)
A capacitação foi realizada/promovida por órgão: ☐ municipal ☐ estadual ☐ ☐ federal ☐ outro
Quais os assuntos abordados na capacitação?
Qual a carga horária da capacitação?
Quais os testes rápidos realizados neste setor? ☐ HIV ☐ sífilis ☐ HBV ☐ HCV ☐ outros _____
Como é a demanda para a realização do teste rápido?
Qual o objetivo de realizar o teste rápido no serviço?
Você percebe algum benefício a partir da implantação do serviço de testagem rápida? Se sim, quais?
Após um teste rápido com resultado positivo, quais são os encaminhamentos realizados?
A vigilância epidemiológica é notificada quando há um teste rápido com resultado positivo?
Neste setor há algum protocolo de atendimento e de teste rápido a ser seguido? ☐ sim ☐ não Se sim, por quem é elaborado?
Como é a organização deste setor quanto ao acolhimento e informação do resultado ao paciente que realiza o teste rápido?
Você encontra dificuldades na realização dos testes rápidos? Quais são?
Quais as facilidades encontradas pelo enfermeiro na assistência de enfermagem para a realização do teste rápido?

Sobre a frase: “Sinto-me suficientemente preparado para realizar os testes rápidos e informar os resultados dos testes aos pacientes”, você:

- ☐ Discorda totalmente
- ☐ Discorda parcialmente
- ☐ Neutro
- ☐ Concorda parcialmente
- ☐ Concorda totalmente

TESTES DE IMUNODECTECÇÃO: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO E DA ATENÇÃO PRIMARIA DE SAÚDE



conhecimentolivre.org/home



contato@conhecimentolivre.org



[editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)

Keilla Tabordes Viegas
Tainire Gonçalves Leandro
Diogo Domingui



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE