

Implantação de testagem rápida para HIV na assistência pré-natal da Atenção Básica

Implementation of HIV rapid testing in prenatal Primary Health Care

Implementación de pruebas rápidas de VIH en asistencia prenatal de Atención Primaria

Thiago Sampaio de Lima^I; José Wagner Martins da Silva^{II}; Paulo Victor Avelino Monteiro^{II};
Maria Lúcia Duarte Pereira^{II}; Paulo César de Almeida^{II}

^IUniversidade Regional do Cariri, Crato, Ceará, Brasil; ^{II}Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Brasil

RESUMO

Objetivo: avaliar a implantação do teste rápido para HIV na assistência ao pré-natal da atenção básica de uma macrorregião de saúde. **Método:** estudo transversal, realizado com equipes da Estratégia de Saúde da Família de uma Macrorregião de Saúde do Ceará. Foi utilizada a estatística descritiva e inferencial, com a determinação do valor-p, por meio da aplicação do teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2). **Resultados:** no marcador relacionado a Estrutura, 64,6% das Unidades Básicas de Saúde apresentaram grau de implantação parcialmente adequado ($p < 0,0001$), diferente do marcador relacionado a Processo, no qual 87,3% obtiveram grau de implantação adequado ($p < 0,0001$), e do marcador de Resultado, onde prevaleceu o grau de implantação adequado em 64,6% ($p < 0,0001$). **Conclusão:** identificou-se uma adequada implantação relacionada aos marcadores de processo de organização do serviço e de resultado da realização dos testes. Com relação aos marcadores de estrutura, apresentou uma implantação parcialmente adequada.

Descritores: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Gravidez; Cuidado Pré-Natal; HIV.

ABSTRACT

Objective: to evaluate implementation of HIV rapid testing in prenatal primary health care in a health macro-region. **Method:** this cross-sectional study was conducted with Family Health Strategy teams from a Health Macro-region in Ceará State. Descriptive and inferential statistics were used and p-values determined by applying Pearson's chi-square test (χ^2). **Results:** the structure marker showed 64.6% of the primary care facilities to be achieving a satisfactory degree of implementation ($p < 0.0001$), unlike the process marker, by which 87.3% showed satisfactory implementation ($p < 0.0001$), or the results marker, by which the degree of implementation was satisfactory in 64.6% ($p < 0.0001$). **Conclusion:** implementation was found to be satisfactory by service organization process markers and test results. By structure markers, implementation was partially satisfactory.

Descriptors: Nursing; Primary Health Care; Pregnancy; Prenatal Care; HIV.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la implementación de la prueba rápida de VIH en la asistencia prenatal en la atención primaria de una macrorregión de salud. **Método:** estudio transversal, realizado junto a equipos de la Estrategia de Salud de la Familia de una Macrorregión de Salud de Ceará. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial, con determinación del valor p, mediante la aplicación de la prueba chi-cuadrado de Pearson (χ^2). **Resultados:** en el marcador relacionado a Estructura, el 64,6% de las Unidades Básicas de Salud presentaron un grado de implementación parcialmente adecuado ($p < 0,0001$), a diferencia del marcador Proceso, en el que el 87,3% obtuvo un grado de implementación adecuado ($p < 0,0001$), y del marcador Resultado, donde prevaleció el grado de implementación adecuado en un 64,6% ($p < 0,0001$). **Conclusión:** se identificó una implementación adecuada relacionada con los marcadores del proceso de organización del servicio y del resultado de la realización de las pruebas. En cuanto a los marcadores de estructura, presentó una implementación parcialmente adecuada.

Descritores: Enfermería; Atención Primaria de Salud; Embarazo; Atención Prenatal; VIH.

INTRODUÇÃO

O pré-natal é o momento oportuno para identificar alterações e, a partir dessa constatação, garantir uma assistência acolhedora e resolutive à gestante. Para que os resultados da gestação sejam uma criança saudável e uma puérpera sadia, faz-se necessário garantir um acompanhamento pré-natal acessível, com qualidade e capaz de intervir nos problemas inesperados. Nesse sentido, uma atenção qualificada requer estratégias envolvendo recursos humanos, estruturais e tecnológicos¹.

Por meio da portaria 1.459 de 24 de junho de 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, com a intenção de qualificar a Rede de Atenção Materno-Infantil em todo país e reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil². Essa rede de cuidados contempla a assistência integral, com ações e serviços desenvolvidos na Atenção Básica, bem como na Atenção Secundária e Terciária de saúde³.

Na Atenção Básica, são detectadas as gestantes de alto risco e realizadas atividades de prevenção e tratamento de infecções, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Nesse contexto da Rede Cegonha, a implantação do teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV qualifica a Atenção Básica e proporciona maior resolubilidade e qualidade no atendimento, além de permitir a reestruturação e a ampliação da rede de atenção a pessoas vivendo com HIV/Aids, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, o acolhimento e as ações de prevenção e de cuidado com a saúde⁴.

No Brasil, de acordo com dados do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids do Ministério da Saúde, no período de 2000 até junho de 2018, foram notificadas 134.328 gestantes infectadas com HIV. Destas, 18,1% residiam na Região Nordeste. Somente no ano de 2019, foram identificadas 8.312 gestantes com HIV no Brasil, sendo 22,0% no Nordeste⁵.

Entretanto, somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhoria da qualidade da atenção à gestante que vive com HIV. A implantação dos testes rápidos nos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) é um processo que requer não apenas a capacitação de um grande número de profissionais, mas a organização de uma rede de assistência dentro do próprio SUS, que garanta o acesso das gestantes, das parturientes e dos recém-nascidos à conclusão diagnóstica, ao controle e ao manejo da infecção pelo HIV^{6,7}.

Diante do cenário de implantação do teste rápido de HIV no âmbito da atenção ao pré-natal pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da complexidade que envolve a implantação dessa estratégia, este estudo tem como objetivo avaliar a implantação do teste rápido para HIV na assistência ao pré-natal da Atenção Básica de uma macrorregião de saúde.

MÉTODO

Estudo transversal, avaliativo, realizado com equipes da ESF de uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) na Macrorregião de Saúde do Cariri, no Ceará. Utilizou-se a tríade donabediana (estrutura, processo e resultado) para avaliar a implantação do teste rápido para HIV na assistência ao pré-natal da Atenção Básica⁸.

Foi selecionado um profissional de saúde de cada equipe que atuava nos municípios da CRES pesquisada capacitado para a execução do teste rápido de HIV e responsável por essa tecnologia. Das 92 equipes da ESF, foram selecionadas 91, pois um dos pesquisadores atuava como enfermeiro numa dessas equipes. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados do serviço por férias, licença médica ou licença-maternidade. Ao final, participaram da pesquisa 79 equipes.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário construído e validado, usado para a testagem rápida do HIV na população geral, sendo necessário modificá-lo para incluir as questões relacionadas à assistência pré-natal na Atenção Básica⁹.

Para avaliar a implantação do teste rápido de HIV na Atenção Básica dessa CRES, foram estabelecidos três marcadores, construídos com base no instrumento: estrutura para a realização do aconselhamento e do teste rápido de HIV; processo de organização do serviço e práticas do aconselhamento e do teste rápido para HIV; e resultado da realização do teste rápido de HIV.

As equipes da ESF mostraram atender ou não as condições que compõem o conjunto de itens dos marcadores de implantação do teste rápido para HIV. As respostas a cada um dos itens avaliados foram classificadas como “atende” (valor um) e “não atende” (valor zero), de acordo com os critérios preconizados e recomendados pelo Ministério da Saúde.

As equipes foram classificadas somando-se os marcadores, de acordo com uma escala de grau de implantação do teste rápido para HIV. A escala foi a seguinte: para estrutura, zero a 4 pontos (inadequada); 5 a 7 pontos (parcialmente adequada); 8 a 10 pontos (adequada); para processo, zero a 10 pontos (inadequada); 11 a 19 pontos (parcialmente adequada); 20 a 24 pontos (adequada). para resultado, zero a 2 pontos (inadequada); 3 pontos (parcialmente adequada); 4 a 5 pontos (adequada); para o total de marcadores: zero a 15 pontos (inadequada); 16 a 30 pontos (parcialmente adequada); 31 a 39 pontos (adequada).

Foi utilizada a estatística descritiva, por meio de frequência absoluta e relativa, além da estatística inferencial, com a determinação do valor de p, por meio da aplicação do teste do qui-quadrado de Pearson com intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$). Os dados foram ainda analisados com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0.

O estudo foi conduzido conforme as diretrizes contidas nas resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de pesquisas que envolvem seres humanos. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida.

RESULTADOS

Das 79 equipes da ESF participantes da investigação, 45 (58,2%) eram da zona rural e, segundo os profissionais de saúde, 76 (96,2%) delas estavam inseridas em áreas acessíveis para a população. Todos os profissionais do estudo eram enfermeiros, e a maioria 41 (51,9%) possuía menos de três anos de atuação na Unidade Básica de Saúde (UBS). O enfermeiro executava o teste rápido de HIV em todas as UBS e o médico, em nove (11,4%).

O maior número de capacitações para realizar o teste rápido para HIV na CRES aconteceu no período de 2015 a 2017 (82,3%). O período com maior percentual de capacitações esteve relacionado aos anos em que houve maior número de UBS que implantaram o teste rápido para HIV, de 2015 a 2017. Em 51 (64,6%) UBS, a carga horária dessas capacitações foi abaixo de 20 horas e, em 54 (68,4%), foram promovidas pela equipe de Atenção Básica dos municípios.

Com relação ao número de gestantes testadas nas UBS, 62 (78,5%) entrevistados relataram que não era possível obter essa informação. Porém, em 41 (51,9%) UBS, os enfermeiros informaram que nenhuma gestante recebeu resultado reagente, enquanto que, em 7 (8,9%), pelo menos uma gestante já recebeu resultado reagente para HIV.

No conjunto dos itens que compunham os marcadores de estrutura para a realização do aconselhamento e do teste rápido de HIV, apresentam-se os percentuais das UBS que atendiam às condições listadas, de acordo com a Tabela 1.

TABELA 1. Distribuição do número de UBS, segundo os marcadores de Estrutura para a realização do aconselhamento e do teste rápido de HIV. Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

| Marcadores de Estrutura | Sim | | Não | | p-valor |
|--|-----|------|-----|------|---------|
| | N | % | N | % | |
| E1. Itens que compõem o espaço físico para realizar o teste rápido de HIV (iluminação e ventilação adequada, piso lavável, mesa/ bancada impermeável, pia p/ higienização das mãos, relógio/ cronômetro, lixeira). | 16 | 20,3 | 63 | 79,7 | <0,0001 |
| E2. O espaço físico onde é realizado o teste rápido de HIV permite privacidade e sigilo. | 78 | 98,7 | 1 | 1,3 | <0,0001 |
| E3. O espaço físico onde é realizado o aconselhamento e entrega dos resultados permite privacidade e sigilo. | 78 | 98,7 | 1 | 1,3 | <0,0001 |
| E4. Dispõe de sala ou carrinho móvel para realizar o aconselhamento e o teste rápido de HIV. | 69 | 87,3 | 10 | 12,7 | <0,0001 |
| E5. Dispõe de materiais para realizar o teste rápido de HIV (álcool, gaze, curativo adesivo, luvas, óculos de proteção, máscara, jaleco/avental, impressos específicos). | 33 | 41,8 | 46 | 52,2 | 0,177 |
| E6. Dispõe de geladeira específica ou caixa térmica para armazenar os testes rápidos. | 53 | 67,1 | 26 | 32,9 | 0,003 |
| E7. Dispõe de quantidade suficiente de teste rápido de HIV (teste 1) conforme a demanda. | 77 | 97,5 | 2 | 2,5 | <0,0001 |
| E8. Dispõe de quantidade suficiente de teste rápido de HIV (teste 2) conforme a demanda. | 55 | 69,6 | 24 | 30,4 | 0,001 |
| E9. Dispõe de quantidade suficiente de insumos de prevenção (preservativo masculino). | 61 | 77,2 | 18 | 22,8 | <0,0001 |
| E10. Dispõe de quantidade suficiente de insumos de prevenção (preservativo feminino). | 19 | 24,1 | 60 | 75,9 | <0,0001 |

O corte de 80% nas respostas afirmativas, é considerado um bom índice para avaliar uma adequada implantação dos testes rápidos de HIV, identifica-se que são os itens E1, E5, E6, E8, E9 e E10, aqueles que tiveram abaixo deste parâmetro, e são considerados pontos que dificultam uma adequada implantação dos testes rápidos de HIV com relação a estrutura das UBS.

Os marcadores de Processo de organização do serviço e práticas do aconselhamento e do teste rápido de HIV são apresentados na Tabela 2.

TABELA 2. Distribuição do número de UBS, segundo os marcadores de Processo de organização do serviço e práticas do aconselhamento e do teste rápido de HIV. Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

| Marcadores de Processo | Sim | | Não | | p-valor |
|--|-----|-------|-----|------|---------|
| | N | % | N | % | |
| P1. Há um profissional responsável para o controle de temperatura dos testes rápidos. | 68 | 86,1 | 11 | 13,9 | <0,0001 |
| P2. Há um profissional responsável para o controle de estoque dos testes rápidos. | 79 | 100,0 | 0 | 0 | 1,000 |
| P3. Não há atraso na entrega dos testes rápidos de HIV. | 79 | 100,0 | 0 | 0 | 1,000 |
| P4. Não há perda dos testes rápidos de HIV por vencimento. | 76 | 96,2 | 3 | 3,8 | <0,0001 |
| P5. Os usuários têm autonomia para acessar os insumos de prevenção. | 37 | 46,8 | 42 | 53,2 | 0,653 |
| P6. Os insumos são distribuídos de acordo com a necessidade/ quantidade solicitada pelos usuários. | 46 | 58,2 | 33 | 41,8 | 0,177 |
| P7. Realiza o teste rápido de HIV na assistência ao pré-natal. | 79 | 100,0 | 0 | 0 | 1,000 |
| P8. Disponibilidade dos profissionais para realizar os testes rápidos de HIV. | 77 | 97,5 | 2 | 2,5 | <0,0001 |
| P9. O aconselhamento, a execução do teste rápido e a confecção do laudo são feitos por um único profissional. | 72 | 91,1 | 7 | 8,9 | <0,0001 |
| P10. Prioriza a realização do teste rápido de HIV na gravidez. | 78 | 98,7 | 1 | 1,3 | <0,0001 |
| P11. Divulga o teste rápido de HIV na UBS. | 78 | 98,7 | 1 | 1,3 | <0,0001 |
| P12. Realiza atividades extramuros na comunidade relacionadas ao HIV/aids. | 61 | 77,2 | 18 | 22,8 | <0,0001 |
| P13. O usuário não encontra dificuldades para realizar o teste rápido de HIV nas UBS com relação a profissionais disponíveis, falta de vagas e de materiais. | 78 | 98,7 | 1 | 1,3 | <0,0001 |
| P14. O usuário não encontra dificuldades para acessar o teste rápido de HIV nas UBS. | 77 | 97,5 | 2 | 2,5 | <0,0001 |
| P15. Realiza o aconselhamento pré-teste. | 71 | 89,9 | 8 | 10,1 | <0,0001 |
| P16. Realiza a abordagem consentida antes de realizar o teste rápido de HIV. | 78 | 98,7 | 1 | 1,3 | <0,0001 |
| P17. O profissional executa o teste rápido. | 79 | 100,0 | 0 | 0 | 1,000 |
| P18. Realiza o aconselhamento pós-teste. | 73 | 92,4 | 6 | 7,6 | <0,0001 |
| P19. Registra informações sobre a execução do teste rápido e fornecimento do resultado. | 74 | 93,7 | 5 | 6,3 | <0,0001 |
| P20. O profissional sente-se apto em realizar o aconselhamento e o teste rápido de HIV. | 69 | 87,3 | 10 | 12,7 | <0,0001 |
| P21. O profissional entende que realizar o teste rápido de HIV faz parte da sua atribuição. | 75 | 94,9 | 4 | 5,1 | <0,0001 |
| P22. O profissional não encontra dificuldades para realizar o teste rápido de HIV na sua prática diária. | 38 | 48,1 | 41 | 51,9 | 0,822 |
| P23. Orienta o retorno do usuário para um novo teste em caso de janela imunológica. | 70 | 88,6 | 9 | 11,4 | <0,0001 |
| P24. Notifica os casos com diagnóstico reagente para a infecção do HIV. | 63 | 79,7 | 16 | 20,3 | <0,0001 |

Identificou-se um conjunto de itens que compunham a forma como os serviços se organizavam para tentar incorporar a testagem rápida na rotina e a realização das ações específicas do aconselhamento e da execução do teste rápido de HIV.

No conjunto dos marcadores de processo de organização do serviço e práticas do aconselhamento e do teste rápido de HIV, observaram-se cinco condições que não foram atendidas nos serviços (itens P5, P6, P12, P22 e P24), pois tiveram percentuais abaixo de 80%.

Dessas condições, em apenas 37 (46,8%) das UBS, os usuários tinham autonomia para acessar os insumos de prevenção, sem ter a necessidade de passar por atendimento ou palestra antes de retirá-los (item P5). Além disso, em 46 (58,2%), os insumos eram distribuídos de acordo com a quantidade solicitada pelos usuários (item P6).

Identificou-se também que 61 (77,2%) UBS realizavam atividades extramuros relacionadas ao HIV/Aids, como em eventos, mutirões e datas comemorativas, de acordo com exemplos dados (item P12). Observa-se, ainda, no item P22, que, em apenas 38 (48,1%) das UBS, o profissional de saúde não encontrava dificuldades para realizar o teste rápido de HIV na sua prática diária, e não chegou a 80,0% a realização da notificação dos casos diagnosticados para a infecção do HIV pelos profissionais participantes da pesquisa (item P24).

A Tabela 3 apresenta os marcadores de resultado da realização do teste rápido de HIV nas UBS estudadas.

TABELA 3. Distribuição das UBS, segundo os marcadores de Resultado da realização do teste rápido de HIV. Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

| Marcadores de Resultado | Sim | | Não | | p-valor |
|---|-----|------|-----|------|---------|
| | N | % | N | % | |
| R1. O profissional confia no aconselhamento que fez quando entrega um resultado reagente para HIV. | 35 | 44,3 | 44 | 55,7 | 0,368 |
| R2. Procura sensibilizar o usuário com o diagnóstico da infecção do HIV para revelar ou convoca o parceiro do usuário. | 77 | 97,5 | 2 | 2,5 | <0,0001 |
| R3. Encaminhamento para o serviço especializado de referência. | 57 | 72,2 | 22 | 27,8 | <0,0001 |
| R4. Contrarreferência das informações dos casos reagentes para a infecção do HIV. | 56 | 70,9 | 23 | 29,1 | <0,0001 |
| R5. Há convocação do usuário com resultado reagente para HIV. | 78 | 98,7 | 1 | 1,3 | <0,0001 |

Identificou-se um conjunto de itens relativos ao modo como os profissionais de saúde conduzem o encerramento do processo de testagem com possíveis resultados reagentes ao HIV.

Ainda considerando o corte de 80% nas respostas afirmativas, observou-se que em 35 (44,3%) das UBS os profissionais relataram que confiavam no aconselhamento que fizeram quando entregaram um resultado reagente para HIV (item R1). Após o diagnóstico da infecção do HIV, 57 (72,2%) UBS encaminharam o usuário para o serviço especializado de referência (item R3) e 56 (70,9%) receberam contrarreferência dos casos encaminhados (item R4), sendo essas condições não atendidas, pois apresentaram um percentual abaixo de 80%.

Observou-se que, no marcador relacionado à estrutura para a realização do aconselhamento e do teste rápido para HIV, 51 (64,6%) UBS apresentaram grau de implantação parcialmente adequado, diferente do marcador relacionado a processo de organização do serviço e práticas do aconselhamento e do teste rápido de HIV, no qual 69 (87,3%) UBS obtiveram o grau de implantação adequado, e do marcador de resultado da realização do teste rápido para HIV, no qual também prevaleceu o grau de implantação adequado em 51 (64,6%) das UBS.

Após o teste de Friedman, verificou-se que houve diferença entre os marcadores ($p < 0,0001$). Pelo teste de Conover, verificou-se que diferiam estrutura de processo ($p < 0,0001$) e de resultado ($p < 0,0001$) e, ainda, processo de resultado ($p < 0,0001$).

Na análise estatística, a partir da aplicação do teste do qui-quadrado de Pearson, todos os marcadores tiveram $p > 0,05$, indicando que não há diferença significativa entre as UBS com carga horária de capacitação inferior e superior a 20 horas quanto a estrutura, ao processo e ao resultado da realização do teste rápido de HIV. Desse modo, a carga horária da capacitação não interfere estatisticamente no grau de implantação dos testes rápidos para HIV nas UBS dessa CRES.

DISCUSSÃO

Ao longo dos anos, de 2009 a 2018, ocorreu uma intensificação no número de capacitações e, conseqüentemente, da implantação do teste rápido de HIV nas UBS, mais especificamente no período de 2015 a 2017, demonstrando que essa nova tecnologia ainda se encontra em fase de implantação na Atenção Básica do Brasil.

Considerando que o teste rápido de HIV dispõe de técnicas simplificadas e pode ser realizado nos próprios consultórios médicos e de enfermagem, torna-se imperativo investir para que sua implantação ocorra efetivamente na Atenção Básica e durante o primeiro atendimento da gestante na assistência ao pré-natal¹⁰.

Na caracterização das UBS, em relação ao perfil dos profissionais participantes dessa pesquisa, os enfermeiros foram os profissionais que responderam o formulário como responsáveis pelo teste rápido para HIV em todas as UBS. O enfermeiro é um profissional indispensável nesse processo de testagem rápida, articulando junto à gestante todas as etapas, desde a oferta do teste até a entrega do resultado. Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, concluiu-se que a ampliação da visão sobre a importância do enfermeiro, no que se refere aos cuidados com a mulher no ciclo gravídico puerperal, é algo primordial e que vem de um trabalho árduo, comprovando a relevância da categoria de enfermagem ser a mais capacitada, nesse estudo, para a realização da testagem rápida de HIV na Atenção Básica¹¹.

De acordo com o Guia Orientador para a Realização das Capacitações para Executores e Multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em IST/Aids na Atenção Básica para Gestantes, os estados e municípios têm autonomia para planejar e realizar as capacitações de acordo com seus objetivos, necessidades e condições, podendo utilizar-se de cursos a distância para reduzir a carga horária presencial das capacitações. Entretanto, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, a carga horária total das capacitações deve ter, no mínimo, 30 horas, sendo 15 horas presenciais e 15 horas na modalidade a distância¹².

Percebe-se, neste estudo, que essa recomendação foi seguida até o ano de 2015, quando se iniciou a implantação dos testes rápidos nos municípios que compõem a CRES estudada, porém, a partir de 2016, as capacitações tiveram uma redução da carga horária, contribuindo para um déficit de aprofundamento sobre o tema pelos profissionais na execução dos testes e entrega adequada dos resultados.

O pouco tempo da capacitação não é suficiente para deixar o profissional preparado para lidar com as outras etapas envolvidas na testagem rápida, como o aconselhamento e o encaminhamento do usuário com um resultado reagente. Assim, a fim de melhorar a implementação do teste rápido de HIV nos municípios, faz-se necessário realizar uma política de educação permanente, a qual aborde, além dos procedimentos técnicos da testagem, os aspectos psicológicos, emocionais e sociais que permeiam o HIV/Aids¹³.

Outros elementos que chamam a atenção neste estudo são o fato da participação marcante de enfermeiros nas capacitações e a ausência de outras categorias profissionais, mesmo a testagem se caracterizando como um procedimento multiprofissional. Apenas um município incluiu os médicos na capacitação, ampliando o acesso dessa tecnologia à população, visto que o enfermeiro, além de desenvolver atividades assistenciais e educativas, assume funções administrativas, como o gerenciamento da UBS, dificultando a oferta dos testes na rotina do serviço.

Observa-se que um grande desafio para a implementação da ESF consiste na estrutura física das UBS. Percebe-se a existência de unidades, muitas vezes, com estrutura física inadequada, o que compromete o processo de trabalho e, conseqüentemente, a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS¹⁴. Em vários estudos analisados no Brasil sobre a implantação dos testes rápidos na ESF, pode-se observar que a maioria das UBS apresenta inadequação do espaço físico ou em algum aspecto estrutural avaliado, comprometendo a efetiva implantação dos testes^{4,9,10,13}.

Com relação ao processo de organização do serviço e das práticas do aconselhamento e do teste rápido de HIV, ressalta-se que a liberação do preservativo não deve estar obrigatoriamente atrelada a um atendimento. Essa ação evita a dificuldade que o usuário possa ter ao expor sua intimidade ao profissional e comprometer a continuidade da assistência⁹.

Outra estratégia que deve ser estimulada pelos gestores para ampliar o acesso ao teste rápido para HIV na Atenção Básica é a realização de ações de saúde na comunidade. As atividades de educação em saúde devem ser implementadas na Atenção Básica, sendo divulgadas por meio da veiculação de campanhas de massa para toda a população e ações específicas de intervenção na comunidade, enfocando a participação popular no processo de planejamento e execução, para angariar melhores resultados e, por conseguinte, reduzir vulnerabilidades da população adstrita¹⁵.

Considerando os marcadores de resultado da realização do teste rápido para HIV nas UBS pesquisadas, menos da metade enfermeiros entrevistados confiava no aconselhamento que realizara quando necessitava entregar um resultado reagente para HIV. Em investigação, os profissionais da Atenção Básica avaliaram que conhecer as características dos diferentes públicos que são atendidos facilita a abordagem de apoio. Assim, uma relação de maior proximidade fortalece os vínculos para a personalização do aconselhamento¹⁶.

Ainda com relação aos marcadores de resultado da realização do teste rápido para HIV, identificaram-se défices no encaminhamento dos casos reagentes para o serviço especializado de referência e no recebimento da contrarreferência desses casos. A falta de um encaminhamento adequado ou o desconhecimento do local para onde encaminhar o usuário com resultado reagente para HIV contribuem para agravar ainda mais seu sofrimento, uma vez que pode levá-lo a percorrer vários itinerários, por vezes distantes, até a chegada no serviço de referência correto¹³.

Nesse sentido, a comunicação entre os serviços torna-se fundamental para a continuidade da assistência e o atendimento eficaz ao usuário com resultado reagente para HIV. Assim, o conhecimento dos usuários e profissionais de saúde sobre a organização da rede de serviços é primordial para o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência. O desconhecimento sobre a referência põe em questão a qualidade da capacitação recebida pelos profissionais de saúde e pode ser atribuído também à falta de uma política de educação permanente voltada para a testagem rápida no contexto da ESF¹³.

Sobre os referidos graus de implantação, identificou-se, neste estudo, que os marcadores relacionados à estrutura para a realização do aconselhamento e do teste rápido HIV apresentaram, na maioria das UBS, uma implantação parcialmente adequada. Este resultado também foi verificado em estudos anteriores, indicando que, em geral, as UBS têm aspectos estruturais que não interferem na implantação do teste rápido de HIV, mas que esses aspectos podem ser melhorados, para que haja uma adequada implantação dos testes⁹.

No conjunto dos marcadores relacionados ao processo de organização do serviço e de resultado da realização dos testes, prevaleceu, na maioria das UBS pesquisadas, uma adequada implantação, indicando que, mesmo com as dificuldades enfrentadas, as UBS conseguem se organizar para realizar o teste rápido de HIV. A ESF tenta, mesmo com a falta de recursos estruturais, humanos e materiais, agregar a oferta do teste rápido no dia a dia dos atendimentos nas UBS⁹.

As limitações deste estudo incluem a classificação da implantação e o tipo de estudo. No estudo transversal, os dados indicam um único momento, não mostrando as modificações da implantação do teste rápido para HIV ao longo do tempo. Além disso, pode ter ocorrido subestimação nas respostas dos profissionais entrevistados relacionados a alguns marcadores analisados.

CONCLUSÃO

As Unidades de Atenção Básica apresentaram adequada implantação relacionada aos marcadores de processo de organização do serviço e de resultado da realização dos testes. Com relação aos marcadores de estrutura, a maioria das Unidades de Atenção Básica tiveram implantação parcialmente adequada.

O enfermeiro é o profissional de saúde mais capacitado e que mais executa o teste rápido de HIV nas Unidades de Atenção Básica, sendo também responsável por atividades administrativas, gerenciais e assistenciais, podendo ficar sobrecarregado com inúmeras atribuições. A testagem rápida para HIV deve ser descentralizada para as demais categorias que compõem a equipe multiprofissional, promovendo aumento da oferta de realização de testes para a população.

As capacitações com carga horária abaixo de 20 horas não são suficientes para deixar o profissional preparado para lidar com as etapas envolvidas na testagem rápida. Dessa forma, faz-se necessário realizar uma política de educação permanente, a qual aborde os aspectos psicológicos, emocionais e sociais que permeiam o HIV/Aids.

Os achados desta pesquisa oferecem subsídios na perspectiva de colaborar para a adequada implantação do teste rápido de HIV na assistência ao pré-natal da Atenção Básica, contribuindo com os gestores e também para o ensino, a pesquisa e a prática assistencial. Faz-se necessário também a realização de novos estudos, que considerem a perspectiva dos profissionais de saúde e usuários na avaliação da implantação do teste rápido de HIV na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro Filho MA. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família [Dissertação de Mestrado]. Crato: Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Regional do Cariri; 2016.
2. Ministério da Saúde (Br). Portaria n.º 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [DOU]. Brasília, 27 jun 2011; Seção 1, n.121. [cited 2021 Aug 17]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
3. Thurow MRB. Ações do Enfermeiro nos serviços que integram a Rede Cegonha na Perspectiva Ecológica [Dissertação de Mestrado]. Rio Grande: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande; 2016.
4. Araújo WJ, Quirino EMB, Pinho CM, Andrade MS. Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. Rev Bras Enferm. 2018 [cited 2021 Aug 17]; 71(Supl. 1):631-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0298>.
5. Ministério da Saúde (Br). Boletim Epidemiológico HIV-Aids. Brasília: 2020. [cited 2021 Aug 17]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>.
6. Loureiro MDR, Cunha RV, Ivo ML, Pontes ERJC, Fabbro MMFD, Ferreira Júnior MA. Syphilis in pregnancies and vertical transmission as a public health problem. J Nurs UFPE. 2012 [cited 2021 Aug 17]; 6(12):2171-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7705>.
7. Souza MCM, Freitas MIDF. HIV/AIDS counselling: representations of primary health care professionals. Rev. Min. Enferm. 2012 [cited 2021 Aug 17]; 16(1):18-24. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/495#:~:text=Representa%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20a%20preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20HIV%20e%20Faida&text=Os%20profissionais%20destacam%2C%20tamb%C3%A9m%2C%20a,%22na%20ponta%20do%20atendimento%22>.
8. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988 [cited 2021 Aug 17]; 260(12):1743-8. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>.
9. Abdalla FTM. A vulnerabilidade programática na implantação do teste rápido de diagnóstico do HIV nas Unidades Básicas de Saúde da atenção primária, município de São Paulo, Brasil [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2016.
10. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care in Fortaleza - Ceará. Rev Bras Enferm. 2016 [cited 2021 Aug 17]; 69(1):54-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i>.
11. Feliciano NB, Pradebon VM, Lima SS. Nursing during the Low-risk Prenatal Period as Part of a Family Health Strategy. Aquichan. 2013 [cited 2021 Aug 17]; 13(2):261-69. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74128688002>.
12. Ministério da Saúde (Br). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes. Brasília: 2013. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_orientador_capitacao.pdf.
13. Silva ITS. Cartografia da implementação do teste rápido anti-HIV na Estratégia Saúde da Família [Dissertação de Mestrado]. Natal: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.



14. Borges NS, Santos AS, Fischer LA. Estratégia de Saúde da Família: Impasses e desafios atuais. *Saúde em Redes*. 2019 [cited 2019 Oct 20]; 5(1):105-14. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n1p105-114>.
15. Moura AS. Doenças Infectocontagiosas na Atenção Básica à Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2016. [cited 2021 Aug 17]. Available from: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1931>.
16. Rocha KB, Ew RAS, Moro LM, Zanardo GLP, Pizzinato A. Counselling through the perspective of professionals of primary health care: challenges of decentralization of rapid test for HIV/Aids. *Ciências Psicológicas*. 2018 [cited 2021 Aug 17]; 12(1):67-78. DOI: <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1597>.