

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

ANDREA CHAVES MALAMAN GUARÁ

AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA  
IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO DOS TESTES DIAGNÓSTICOS RÁPIDOS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

SÃO CARLOS - SP  
2022

**ANDREA CHAVES MALAMAN GUARÁ**

**AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA  
IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO DOS TESTES DIAGNÓSTICOS RÁPIDOS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica; área de concentração: Gestão da Clínica.

*Orientador: Prof. Dr. Bernardino  
Geraldo Alves Souto.*

SÃO CARLOS - SP  
2022

Guará, Andrea Chaves Malaman

As dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na implantação e execução dos testes diagnósticos rápidos na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa / Andrea Chaves Malaman Guará -- 2022. 68f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Bernardino Geraldo Alves Souto

Banca Examinadora: Regiane de Fátima Travensolo,

Aline Guerra Aquilante

Bibliografia

1. Testagem. 2. Doenças sexualmente transmissíveis. 3. Atenção primária. I. Guará, Andrea Chaves Malaman. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

**Folha de aprovação**

Assinatura dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Mestrado do candidato Andrea Chaves Malaman Guará, realizada em 23/11/2022:

---

Profa. Dra. Regiane de Fátima Travensolo  
Universidade de São Paulo

---

Profa. Dra. Aline Guerra Aquilante  
Universidade Federal de São Carlos

---

Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto  
Universidade Federal de São Carlos

**DEDICATÓRIA**

*À minha família, ao meu esposo Marcelo, a meus filhos Mayara e  
João Vitor.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, pela VIDA.

À minha família, ao meu esposo Marcelo, a meus filhos Mayara e João Vitor, ao meu futuro genro Luís Henrique por sempre me apoiarem e me incentivarem.

À minha mãe, Osvalda, e ao meu pai, Emílio, pelos ensinamentos e amor durante a minha vida.

À professora Ana Cláudia O. Duarte, que sempre acreditou que seria possível eu ingressar em um Mestrado e me abriu as portas do seu laboratório.

À Vanessa Muller, secretária do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC), por sempre me encorajar e nunca me deixar desistir.

À professora Sueli Fátima Sampaio, pelos ensinamentos, ajuda e apoio durante toda a minha trajetória no programa de mestrado.

À empresa WAMA Diagnóstica, onde trabalho, por acreditar em mim e me incentivar a estudar e a buscar conhecimento sempre.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Bernardino G. Alves Souto, por compartilhar seu conhecimento comigo.

Toda a minha gratidão a todos que fizeram parte desse programa, aos professores, aos colegas da TURMA VIII, em que fui aluna especial, e colegas da TURMA IX, na qual ingressei como aluna regular.

À professora da graduação e amiga Rosi Jabur Badra, que sempre me apoiou e que, de maneira tão generosa, compartilha seus conhecimentos comigo até hoje.

*“Um sonho que se sonha só, é apenas um sonho.*

*Sonho que se sonha junto é realidade”.*

*Raul Seixas*

## RESUMO

**Introdução:** A aplicação da testagem diagnóstica rápida (TDR) na Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das estratégias do Ministério da Saúde para facilitar o acesso das pessoas ao diagnóstico oportuno de alguns agravos de interesse em saúde individual e coletiva, como infecções pelo *human immunodeficiency virus* (HIV), pelos vírus das hepatites B e C, pelo bacilo causador da sífilis, pelo SARS-Cov-2 e outros. Os TDRs são testes de imunocromatografia que permitem detectar rapidamente a presença do antígeno ou anticorpo na amostra testada. Esses testes têm a vantagem de facilidade no armazenamento e transporte para coleta em campo, não necessitam de técnicas sofisticadas e de reagentes de conservação difícil. Dessa forma, não precisam de estrutura laboratorial complexa para sua execução, leitura e interpretação. Eles têm uma duração máxima de 30 minutos em todas as suas etapas, fator que colabora para a redução da sobrecarga dos laboratórios centrais. Tem-se, hipoteticamente, que a APS enfrenta dificuldades na incorporação dessa tecnologia na rotina dos serviços devido a diversas contingências. **Objetivo:** Descrever as dificuldades dos profissionais de saúde da APS em relação à descentralização e à implantação dos TDRs. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada de março de 2021 a julho de 2022. A busca de dados foi realizada por meio on-line nas plataformas de dados SCIELO, PubMed, Google Acadêmico e biblioteca virtual em saúde (BVS). Em virtude de “teste rápido” não ser um descritor, optou-se por fazer uma busca com palavras que, associadas, pudessem reportar-se a “teste rápido” (HIV; Hepatite Viral Humana; sorologia da Sífilis; sorologia da *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS); testes sorológicos, doenças sexualmente transmissíveis). Essa dissertação é o trabalho de conclusão de curso de um Mestrado Profissional, por meio do qual foi possível elaborar uma proposta de um treinamento para aplicação de testes rápidos na APS. **Resultados:** Foram encontradas 2.200 publicações, sendo 70 estavam duplicados e 579 foram excluídos; 21 foram utilizados nesta revisão integrativa. **Conclusão:** O processo de descentralização da testagem rápida na APS está em andamento e ocorre de forma desigual nas unidades no território nacional. Assim, dentre as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde, destacam-se a falta de ambiente e de materiais adequados, a deficiência no treinamento das equipes, a insegurança dos profissionais na realização de testes rápidos, na entrega dos resultados e a sobrecarga de trabalho. Os profissionais de saúde que atuam na APS, no processo da descentralização e implantação dos testes rápidos têm opiniões parecidas quanto a esse processo, sabem da importância da testagem na melhora direta da saúde da população, acreditam em um novo modelo de atenção à saúde, porém relatam na prática as dificuldades mencionadas acima.

**Palavras-chave:** testagem; doenças sexualmente transmissíveis; atenção primária; descentralização.



## ABSTRACT

**Introduction:** The use of rapid diagnostic testing (RDT) in primary health care (PHC) is one of the strategies of the Brazil's Ministry of Health to make it easier for people to access to timely diagnosis of some diseases of interest to individual and collective health, such as infections by human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis B and C virus, bacillus that causes syphilis, SARS- Cov- 2 and others. RDT are immunochromatographic assays that allow quickly detection of the presence of antigen or antibody in the specimen tested. Its have the advantage of being easy to store and transport for collect in the field, without need of sophisticated techniques or reagents of difficult preservation. Thus, is not necessary complex laboratory structure for its execution, reading and interpretation. Its realization delay up to 30 minutes, considering all steps, what collaborates to reduce the overhead of central laboratories. It is hypothesized that PHC faces difficulties in incorporating this technology into the routine of services due to various contingencies. **Objective:** To describe the difficulties of PHC professionals in relation to the decentralization and implementation of RDT. **Methodology:** This is an integrative literature review carried out from March 2021 to July 2022. The data search was performed online on the SCIELO, PubMed, Google Scholar and virtual health library (VHL) data platforms. Because “quick test” is not a descriptor, we choset o search with words that, when associated, could refer to “rapid test”. (HIV; Human Viral Hepatitis; Syphilis serology; acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) serology; serological tests, sexually transmitted diseases). This dissertation is the conclusion work of a professional master course, through which it was possible to elaborate a training proposal for the application of rapid tests in PHC. **Results:** 2,200 publications were found: 70 were duplicates and 579 were excluded; 21 were used in this integrative review. **Conclusion:** The process of decentralization of rapid testing in PHC is in progress and occurs unevenly in units across the country. Thus, among the difficulties encountered by health professionals, the lack of adequate environment and materials, deficiency in team training, insecurity of professionals in carrying out rapid tests in the delivery of results and work overload. Health professionals who work in PHC, in the process of decentralization and implementation of rapid tests, have similar opinions regarding this process, they know the importance of testing in the direct improvement of the population's health, they believe in a new model of health care, however, they report the difficulties mentioned above.

**Keywords:** testing; sexually transmitted diseases; primary care; decentralization

## LISTAS DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Estratégia PICO.....	33
<b>Quadro 2.</b> Seleção dos descritores e termos alternativos de acordo com as bases de dados. .....	34
<b>Quadro 3.</b> Classificação do Nível de Evidência.....	37
<b>Quadro 4.</b> Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa.....	39
<b>Quadro 5.</b> FEMEA – Relatório de Gerenciamento de Risco. ....	48
<b>Quadro 6.</b> Probabilidade x Severidade.....	49
<b>Quadro 7.</b> Matriz de Riscos. ....	50

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Linha do tempo dos testes rápidos de acordo com as bases de dados. ....	26
<b>Figura 2.</b> Desenho esquemático de um teste rápido. ....	28
<b>Figura 3.</b> Protocolo experimental da revisão integrativa.....	32
<b>Figura 4.</b> Fluxo da informação nas diferentes fases de uma revisão integrativa.....	36
<b>Figura 5.</b> Fluxograma das etapas de seleção dos artigos.....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS	Consultórios de Rua e os Centros de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
COVID-19	<i>Corona virus disease 2019</i>
CRT	Centros de Referência e Treinamento
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais
EPS	Educação Permanente em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drugs Administration</i>
FEMEA	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAM	Programação de Ações e Metas
PICO	Paciente ou Problema, Intervenção, Comparação, Resultado(s)
PIO	Paciente ou Problema, Intervenção, Resultado(s)
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SISLOGLAB	Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TDR	Teste Diagnóstico Rápido
TELELAB	Sistema de Educação a Distância: Cursos de Treinamento para Profissionais de Laboratório
UBS	Unidades Básicas e de Saúde da Família
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UDM	Unidades Dispensadoras de Medicamentos
UNIARA	Universidade de Araraquara
UNIMED	União de Médicos

## SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO .....	14
2.	INTRODUÇÃO.....	15
3.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
	3.1. Sistema Único de Saúde – SUS.....	19
	3.2. Aspectos Históricos e Conceituais da Atenção Primária à Saúde.....	21
	3.3. Atenção Primária no Brasil .....	22
	3.4. Aspectos Técnicos sobre o Teste Diagnóstico Rápido e a Linha do Tempo .....	26
4.	OBJETIVOS .....	30
	4.1. Objetivo Geral .....	30
	4.2. Objetivos Específicos .....	30
5.	METODOLOGIA .....	31
	5.1. Revisão Integrativa da Literatura .....	31
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	38
	6.1. Análise das Categorias.....	41
	6.1.1. Categoria I - Limitações à Aplicação do TDR Inerentes ao Processo de Trabalho dos Profissionais.....	41
	6.1.2. Categoria II - Falta de Aconselhamento Pré/Pós-Teste. ....	43
	6.1.3. Categoria III - Falta de Materiais e Insumos para Realização da Testagem Rápida.....	46
7.	PROPOSTA DE UM TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS DA APS PARA LIDAR COM A DESCENTRALIZAÇÃO DOS TDR.....	51
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	57
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	60

## 1. APRESENTAÇÃO

Rememorar momentos que me levaram a escrever essa dissertação ajuda a compreender as escolhas pelo tema e por que decidi pesquisá-lo.

Eu me formei em Biologia na Universidade de Araraquara (UNIARA), em 1999, porém minha carreira profissional iniciou-se em 1995, na Santa Casa de São Carlos, como auxiliar de laboratório e, em seguida, na União dos Médicos (UNIMED) São Carlos, onde permaneci por quase 18 anos no laboratório de análises clínicas.

Ademais, a vontade de me aprofundar nos conhecimentos sobre o processo de descentralização do teste rápido e, principalmente, no entendimento sobre a aplicação dele na Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu em decorrência da minha experiência profissional. Atualmente, trabalho em uma empresa que produz testes rápidos diagnósticos na cidade de São Carlos, fornecendo-os para todo o território nacional e para alguns países do Mercosul.

Dessa forma, tive a possibilidade de vivenciar experiências em relação à testagem rápida na APS e também perceber como essa experiência constitui uma ferramenta efetiva para a saúde pública, quando usada de forma adequada. Nesse sentido, durante a epidemia de sífilis declarada pelo Ministério da Saúde, em boletim epidemiológico de outubro de 2018, foram notificados quase 230 mil casos novos da doença e, nesse mesmo ano, a empresa onde trabalho forneceu 13 milhões de testes rápidos para diagnóstico de sífilis para o Ministério da Saúde, ficando sob minha responsabilidade os atendimentos técnicos referentes aos testes da mesma, a capacitação de profissionais para a realização dos testes e a testagem rápida na APS em território nacional. Com isso, pude perceber que, mesmo após a proposta de capacitação prévia dos profissionais que iriam executar os testes, parecia haver alguma dificuldade prática em relação à aplicação dos testes diagnósticos rápidos na APS, o que chamou minha atenção para o tema e me incitou a realizar essa revisão.

Inicialmente, o projeto original, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, tinha como tema “Testes Rápidos como medida para a prevenção e detecção precoce de doenças: realidade do município de São Carlos”, cujo objetivo principal era conhecer como acontecia o processo de descentralização dos testes rápidos de *Human Immunodeficiency Virus* (HIV, em português Vírus da Imunodeficiência Humana), sífilis, hepatite B e C e *corona virus disease 2019* (COVID-19, do português doença do coronavírus 2019), nas unidades da APS de São Carlos. Porém, devido à pandemia do coronavírus, esse trabalho infelizmente não pôde ser realizado, o que me levou a mudar o projeto para uma revisão integrativa da literatura

## 2. INTRODUÇÃO

Dentre os problemas de saúde coletiva e individual no nosso país, encontramos as infecções sexualmente transmissíveis (IST). Elas podem ser causadas por vírus, bactérias ou outros micro-organismos; entre essas, incluem-se as hepatites virais, a sífilis e o HIV. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, ocorra cerca de 1,34 milhão de óbitos associados às hepatites virais e que, entre eles, 96% estejam associados às hepatites B ou C; o número de óbitos é comparável às mortes devido à tuberculose e superior àquelas referentes ao HIV. Diante de dados alarmantes, em 2016, a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil. De 2017 para 2019, a taxa de detecção da sífilis adquirida passou de 59 para 72,8 casos por 100 mil habitantes. Para a maioria das doenças infecciosas, um diagnóstico rápido é a estratégia crucial de saúde pública, tendo em vista que dá margem para o acesso ao tratamento oportuno, viabilizando melhor prognóstico e interrupção da cadeia de transmissão sustentada por casos não tratados. A disponibilização do teste rápido diagnóstico é uma dessas estratégias e começou no diagnóstico da infecção pelo HIV, quando houve a liberação pelo *Food and Drugs Administration* (FDA), nos Estados Unidos da América (EUA), do primeiro exame laboratorial para detecção de anticorpos contra esse vírus. Esta liberação repercutiu mundialmente nas políticas públicas de saúde voltadas a este agravo e, posteriormente, naquelas voltadas também a outros problemas abordáveis pela tecnologia da testagem diagnóstica rápida (Brasil, 2013a).

A principal temática explorada, no período de 2013 a 2022, no que se refere à realização do teste rápido para IST's na Atenção Primária, foi relacionada às dificuldades para a realização da testagem e com ênfase no HIV. Contudo, quando disponível, a oferta dos quatro testes rápidos simultaneamente é viável e pode trazer incontestáveis benefícios para os envolvidos, visto que o atendimento é otimizado, além de beneficiar mais pessoas em relação ao seu estado de saúde (Araújo; Souza, 2021). Os testes para diagnósticos rápidos são testes de imunocromatografia que permitem detectar rapidamente a presença de um antígeno ou de anticorpos na amostra testada. Tais testes têm a vantagem de maior facilidade de armazenamento, transporte para a coleta em campo, e dispensam técnicas sofisticadas ou reagentes de difícil conservação. Não necessitam de estrutura laboratorial complexa para sua execução, leitura e interpretação. Além disso, tais testes demandam no máximo trinta minutos para serem realizados, colaborando para a redução da sobrecarga dos laboratórios centrais (Brasil, 2006).

A testagem rápida permite um diagnóstico adequado, mesmo em moradores de áreas



remotas, reduzindo o custo diagnóstico (Brasil, 2006). O uso de testes diagnósticos rápidos no Brasil tem paralelismo histórico com a evolução da saúde pública. As políticas de saúde mais atuais vêm da década de 1980. Uma delas é o programa brasileiro de controle da infecção pelo HIV, o qual foi impulsionado pela tecnologia dos testes rápidos tanto quanto estimulou o desenvolvimento de estratégias ligadas à sua aplicação (Brasil, 2013a).

A Lei 7.649 de 25/01/1988 tornou obrigatória a realização do teste anticorpo do HIV no sangue dos doadores, sendo um dos objetivos evitar a transmissão transfusional do HIV (Brasil, 2015). No entanto, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo só tornou obrigatória a realização do teste para detecção do anticorpo anti-HIV em todo o sangue utilizado em atividades hemoterápicas no estado em junho de 1996. Somente em 1997, com a incorporação da estratégia para aconselhamento das pessoas pré e pós-teste, que os serviços de saúde passaram a se chamar de centros de referência e treinamento (CRT), vistos como serviços inovadores no enfrentamento da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS, do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) (Silva, Oliveira, Sancho, 2013). Aos poucos esses serviços foram se estruturando em todo o território brasileiro, seguindo os princípios da confidencialidade, da voluntariedade, do sigilo e da resolutividade do diagnóstico do HIV (Silva, Oliveira, Sancho, 2013).

Posteriormente, foram criados os centros de testagem e aconselhamento (CTA), serviços implantados em locais de fácil acesso para a população, que recebiam demanda espontânea, com equipe multiprofissional, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, como por exemplo os usuários de drogas injetáveis (UDI), profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens (Brasil, 2008).

Somente mediante a Portaria nº 34, de 28 de julho de 2005 (Brasil, 2005), ocorreu a regulamentação e a utilização do teste diagnóstico rápido (TDR), pelos Programas de Saúde da Família, CTA's, unidades de testagem móvel, maternidades e hospitais. Alguns anos depois, por meio da Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012, o departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/AIDS e das hepatites virais (DIAHV) recomendou a aplicação dos testes rápidos fora do ambiente laboratorial (Brasil, 2005; Brasil, 2012). O objetivo foi ampliar as possibilidades de testagem, de acordo com a política pública de acesso ao diagnóstico para toda população, envolvendo a APS, como as Unidades Básicas e de Saúde da Família (UBS), os serviços da Rede Cegonha, os Consultórios de Rua e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Como parte da política nacional para o enfrentamento da epidemia de AIDS, o Ministério da Saúde foi, gradativamente, ampliando os serviços de CTA em todo o país mediante a provisão de recursos para adequação física,

aquisição de equipamentos e capacitação dos profissionais.

A implantação dos testes rápidos na APS proporcionou a integração entre as ações de aconselhamento e testagem, uma vez que, quando os testes eram solicitados em laboratórios e os resultados entregues diretamente aos usuários, isto oportunizava perdas do acompanhamento de usuários que não retornavam à unidade de atendimento para buscar os resultados, fosse por medo, vergonha ou mesmo esquecimento. Dessa maneira, havia uma desvinculação entre o pedido do teste, sua realização e a busca pelo resultado, o que dificultava o aconselhamento adequado e o acolhimento do indivíduo (Zambenedetti; Silva, 2016).

Pensando sempre em melhorar o acesso e a procura pelos TDR, o Ministério da Saúde em 2014, criou o programa de capacitação dos profissionais da APS por meio do sistema de educação a distância: cursos de treinamento para profissionais de laboratório (TELELAB). Este programa de educação permanente disponibiliza cursos gratuitos para profissionais, com a intenção de colaborar para a ampliação do acesso das pessoas à testagem (Brasil, 2014a). Nesse mesmo período, os serviços de saúde passaram a ofertar, além dos testes rápidos para diagnosticar infecção por HIV e sífilis, os TDR para o diagnóstico da infecção pelos vírus das hepatites B e C (Brasil, 2013b). Mais recentemente, foram incluídos, também, os testes rápidos para o diagnóstico da Influenza e da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) (Brasil, 2020).

Promover a descentralização do TDR de IST para a APS é um passo importante e necessário. Todavia, não basta proporcionar o acesso da população ao serviço, é necessário que a testagem aconteça mediante condições e qualidade adequadas. No processo de descentralização, é essencial identificar os principais desafios e traçar alternativas para superá-los da melhor maneira possível. Nesse sentido, é importante acompanhar a prática da descentralização dos TDR para a APS com planejamento e estratégias das ações respectivamente envolvidas, tendo em vista sua importância política e social (Araújo; Souza, 2021).

Entretanto, mesmo sabendo da importância da implementação dessa ferramenta, a disponibilidade de TDR na APS tem sido feita de forma gradual e ainda não alcançou o ideal demandado. Em parte, porque é necessário treinar adequadamente os profissionais e preparar os serviços para a execução do teste, bem como para o acolhimento, o aconselhamento e o encaminhamento assistencial correto (Brasil, 2013b).

Na maioria dos países, assim como no Brasil, o TDR é gratuito e vinculado ao aconselhamento da pessoa que se submete a ele. Por meio deste aconselhamento, a pessoa é informada sobre o significado de seus resultados, dentre outras orientações de saúde

relacionadas ao respectivo teste (Soares, Brandão, 2012).

Com a descentralização do TDR para a APS, algumas dificuldades são observadas na prática em relação à aplicação dos TDR no âmbito da APS (Guedes *et al.*, 2020), o que também observei no ambiente da minha prática profissional. Nesse sentido, é importante que esses problemas sejam identificados para que possam ser administrados em favor da eficiência e dos objetivos das políticas públicas destinadas à ampliação do acesso das pessoas ao TDR.

Para colaborar com a gestão de tais problemas, o presente estudo se interessou por levantar, de modo sistemático, o que há na literatura a respeito das dificuldades encontradas pelos profissionais da APS para a aplicação ideal dos TDR em seu campo de trabalho e propor possibilidades para o encaminhamento dessas dificuldades.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1. Sistema Único de Saúde – SUS**

Efetivamente, a origem do sistema único de saúde (SUS) remonta a 1988, quando foi assinada a Constituição Federal Brasileira vigente até hoje. No artigo 196 do texto, consta que:

a saúde direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Antes de o SUS ser criado, a saúde pública no Brasil era provida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), criado em 1977. Entretanto, esse sistema não fornecia acesso universal à saúde, pois só quem trabalhava em empregos formais e contribuía com a previdência era atendido (Cunha, Cunha, 2001).

De acordo com o médico sanitário e mestre em saúde pública Hêider Aurélio Pinto, o INAMPS surgiu pela pressão das grandes companhias, que não queriam que seus funcionários perdessem dias de trabalho por motivo de doenças. O sistema era mantido pelo governo, pelo empregador e também pela população (Cunha; Cunha, 2001).

Diante disso, as pessoas que não se encaixavam na categoria exigida pelo INAMPS, tinham de buscar atendimento em sistemas privados, Santas Casas de Misericórdia ou em hospitais universitários, que realizavam atendimentos gratuitos. Porém o número dessas instituições era muito pequeno frente à demanda (Matta, 2007).

Nesse sentido, quanto mais desenvolvida fosse a economia do estado, com maior presença das relações de trabalhos formais, maior era o número de beneficiários. Dessa forma, o INAMPS aplicava mais recursos nos estados das regiões Sul e Sudeste, que eram estados mais ricos e com mais trabalhadores com “carteira assinada” (Cunha, Cunha, 2001).

No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da carteira de segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais (Brasil, 1990a). Verificou-se então uma mudança, onde começava a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal,

mesmo antes da aprovação da Lei 8.080 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde), lei que, instituiu o SUS (Brasil, 1990a). Isso foi motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da previdência social e, por outro, pela grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país (Brasil, 1990a).

Todos esses movimentos foram muito importantes, na evolução do SUS, um exemplo foi o Programa Nacional de Imunização (PNI), responsável por 98% da cobertura vacinal em solo brasileiro. É através desse programa que o Brasil disponibiliza gratuitamente todas as vacinas indicadas pela OMS para combater diversas doenças no país (Matta, 2007). Vale lembrar que o SUS, conta com o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo. Esses dados foram divulgados em 2019 pelo Ministério da Saúde indicando que, 96% dos procedimentos médicos de transplantes são realizados através do SUS, o mesmo que também oferece assistência gratuita para a população vítima de HIV, doenças renais crônicas, tuberculose, câncer e hanseníase (Matta, 2007).

Em termos de gestão, todos os programas e as ações implantados e operacionalizados no SUS são pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, dos órgãos de representação dos Secretários Estaduais de Saúde (Conselho Nacional de Secretários da Saúde - CONASS) e dos Secretários Municipais de Saúde (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS). Ademais, a Lei 8142/90 garante a participação popular não só no Conselho Nacional, como também nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (Brasil, 1990b). A Conferência Nacional de Saúde é o principal espaço democrático para a construção de políticas públicas de saúde no Brasil. Com a participação de toda a sociedade civil e representantes do governo, o amplo fórum de debates é organizado com a finalidade de avaliar, planejar e fixar ações e diretrizes que melhorem a qualidade dos serviços de saúde pública, proporcionando melhor qualidade de vida para toda a população. Realizada em 1986, pela primeira vez, seu relatório final serviu de base para o capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, resultando na criação do SUS (Brasil, 1988; Matta, 2007).

No aspecto organizacional do SUS, a APS é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a manutenção da saúde. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção. Desta forma, a APS funciona como o articulador

que organiza o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (Brasil, 1990a).

Essa definição ressalta a importância da APS em direção à oportunidade de acesso universal das pessoas a práticas de cuidado que considerem a integralidade e a equidade em saúde, entre outros benefícios e direitos.

### **3.2. Aspectos Históricos e Conceituais da Atenção Primária à Saúde**

Historicamente a ideia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado relatório Dawson em 1920. Esse documento do governo inglês procurou contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, que preocupava as autoridades daquele país, devido ao elevado custo e à crescente complexidade com baixa resolutividade. O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços complementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares, deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde, deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral. Os casos que os médicos não conseguissem solucionar com os recursos disponíveis, deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou de cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde, estabelecida pela Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, sendo eles: atenção primária, secundária e terciária (Brasil, 2010).

Tal concepção do governo inglês influenciou as organizações de sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, em que os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender às necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, fortalecendo sempre, sem separações, as ações curativas e preventivas (Brasil, 2010). Essas propostas foram amplamente disseminadas em vários países, tendo forte repercussão nos países mais pobres, posto que se transformaram em estratégias dos governos no sentido de fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social (Brasil, 2010). A APS começou a ganhar visibilidade, no final da década de 70, dando início a novas abordagens e formas de organização da atenção em saúde, em uma perspectiva de serviços de APS integrados ao sistema de saúde no nível local (Matta, Morosini, 2006). Foi então que a OMS definiu a APS como:

atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Starfield, 2002).

O fortalecimento da organização da APS está relacionado às ideias formuladas pela medicina preventiva, especialmente para pensar a prática médica. Com base em uma abordagem integral, a medicina preventiva propôs que a atenção médica, em sua fase inicial, se fizesse mais próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos e das famílias, o que respaldaria sua intervenção para a prevenção e controle do adoecimento (Starfield, 2002).

Formou-se, a partir de então, uma cultura sobre os diferentes momentos da atenção, em que a APS se localizaria na fase inicial do cuidado, antecedendo e definindo uma série de outros cuidados que deveriam ser ofertados por outros níveis de atenção mais complexos (Brasil, 2010; Starfield, 1994). Esta concepção foi fundamental para formar a base das práticas de APS, ao conjugar duas questões essenciais: a atenção que se faz em primeiro lugar e que se faz mais próxima do cotidiano dos indivíduos e das famílias.

### **3.3. Atenção Primária no Brasil**

Desde que a OMS, em sua Conferência Internacional sobre APS, realizada no ano 1978, em Alma Ata, reafirmou que a saúde é um direito humano fundamental e a preconizou como meta social mundial a ser alcançada, a APS passou a ser a chave para a obtenção do mais alto nível possível de saúde, definida como:

cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando o máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (UNICEF, 1979).

Starfield (1994) define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pela longitudinalidade e integralidade nas ações, acrescida da

coordenação da assistência, da atenção centrada na pessoa e na família, da orientação comunitária das ações e da existência de recursos humanos com atitude cultural voltada para a APS. A porta de entrada do sistema de saúde, a qual deve receber todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção à pessoa. É o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer as necessidades de saúde, é um espaço privilegiado para intervenções com alto impacto nos indicadores de saúde, e as ações programáticas têm contribuído para importantes avanços na saúde (Lemos, 2014). O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e outras IST's no início possibilita melhor controle da infecção e melhores resultados na profilaxia da transmissão do HIV e na eliminação da sífilis congênita, bem como na redução da mortalidade materna e infantil. A APS deve ser a porta de entrada e o principal ponto de contato das pessoas com o SUS. Ela deve ser resolutiva e pautar-se no vínculo e no cuidado longitudinal, possibilitando uma qualificação dos padrões e estilos de vida da população. Sendo assim, a APS cumpre um papel central e estratégico no SUS, considerando sistematicamente suas práticas sociais referentes à população atendida e aos profissionais que nele atuam (Lemos, 2014).

Historicamente no Brasil, os antecedentes da APS têm origem no serviço especial de saúde pública (SESP) desde os anos 40. As atividades do SESP foram influenciadas dentro dos moldes norte-americanos. Seus programas incorporavam serviços preventivos e curativos, que contemplavam desde campanhas sanitárias, assistência domiciliar até assistência médica ambulatorial, serviços de urgências e de internação hospitalar dispostos em uma rede organizada de atenção à saúde (Fonseca, 2001). As áreas desenvolvidas pelo SESP tinham como base um programa integrado, compreensivo, que conciliava agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. As ações de saneamento e de abastecimento de água potável se integravam às de saúde. No entanto, as estratégias do SESP limitavam-se a ações centralizadas, com pouca ou sem nenhuma articulação com as demais instituições de saúde.

Nessa perspectiva, o papel da equipe da APS extrapolou a demanda de saúde do usuário e passou a assumir a responsabilidade sanitária e um papel de organizador da demanda local, exigindo dos profissionais uma maior capacidade de análise, intervenção e autonomia e o estreitamento dos elos entre a compreensão e a execução do trabalho.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) se posicionou em agosto de 2007, dizendo que a APS deve ser parte integrante do desenvolvimento dos sistemas de saúde (Brasil, 2020). Sob tal perspectiva, verifica-se a necessidade da descentralização da gestão rápida, de modo ampliado, por toda a APS (Brasil, 2009).

A estratégia da descentralização da gestão rápida na APS é relativamente recente, e



por isso necessita de uma abordagem ampla para os profissionais, abordagem essa que ocorra preferencialmente de forma contínua e constante. Para tal estratégia dar certo, é fundamental capacitar os profissionais de saúde para a testagem rápida, afim de que eles percebam o quanto é essencial sua participação para promoção da saúde da população.

Sabendo que APS é o primeiro nível de atenção em saúde, caracterizada por um conjunto de ações de saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo, abranger a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde são estratégias fundamentais para desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (Brasil, 2020).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) considera que este nível de atenção como a porta de entrada preferencial do SUS, possuindo um espaço privilegiado na gestão do cuidado das pessoas, cumprindo um papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade (Brasil, 2017). Para tanto, é necessário que a APS tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado, além da articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Um dos principais objetivos da APS é a descentralização do atendimento, proporcionando a ampliação do acesso da população aos demais serviços da rede e estruturando a criação de vínculos entre usuários e profissionais. A partir disso, busca-se oferecer relações de cuidado mais eficazes, profundas e coerentes às realidades comunitárias e familiares dos usuários da área de abrangência (Brasil, 2012; Conill, 2008; Rocha *et al.*, 2016).

De acordo com a recomendação do Ministério da Saúde (Brasil, 2013b), a prática do aconselhamento e a testagem do HIV/sífilis/hepatite B e C devem ser organizadas nas unidades de saúde da APS para atender à demanda espontânea, acolhendo e entendendo a APS como a porta de entrada do SUS e tendo alta capacidade de resolução. Nesse sentido a descentralização e a implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem da sífilis e das hepatites virais, são exemplos de estratégias eficientes para melhora da qualidade de vida da população.

A fim de garantir uma APS de qualidade, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, identificou a RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção, redefinindo o modelo de regionalização e de gestão, apontando a necessidade de readequar as regiões de saúde (Brasil, 2010).

A APS foi ratificada e balizada como o centro de comunicação da RAS, tendo um papel chave na sua estruturação como ordenadora desta e coordenadora do cuidado. A partir da criação das RAS, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite foram priorizadas as

Redes Temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

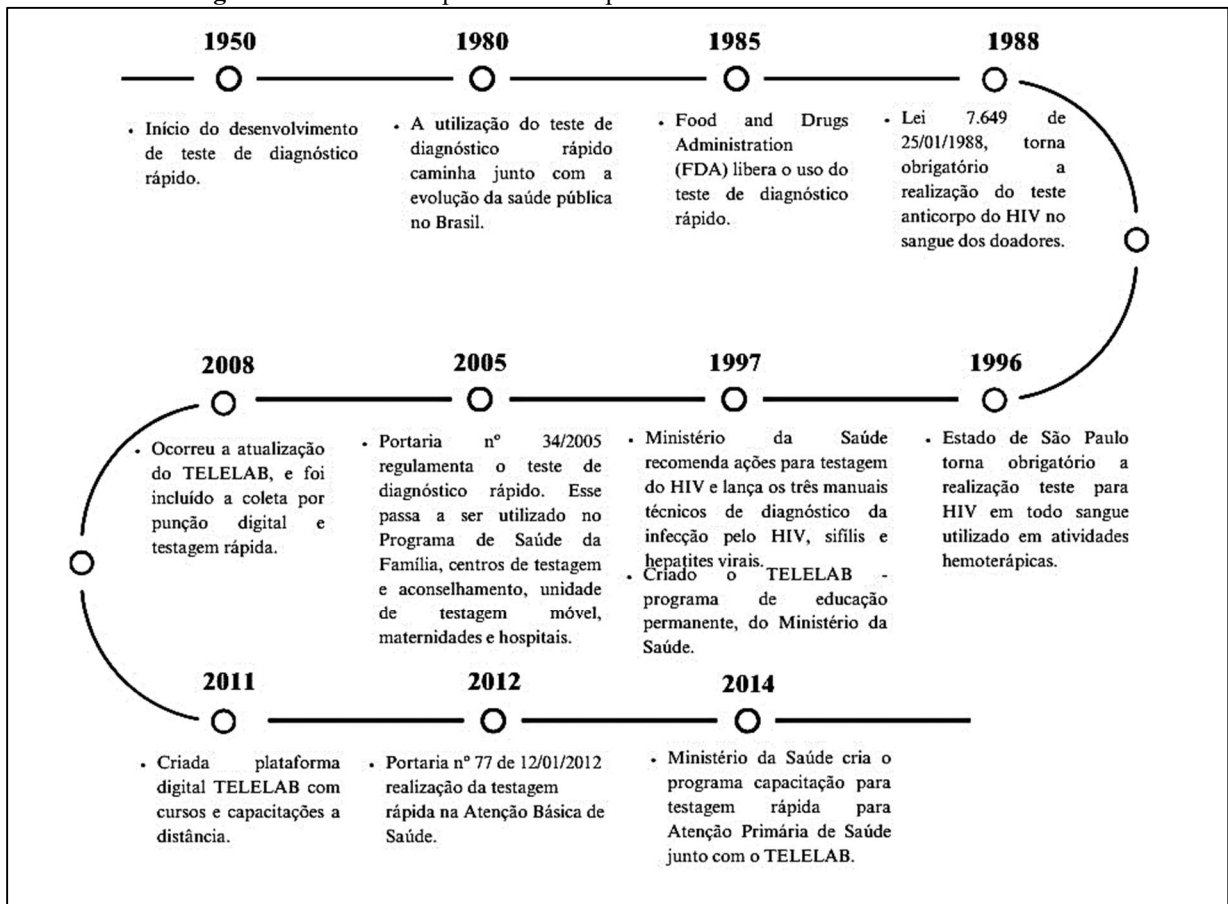
Nesse cenário, novas propostas assistenciais passam a surgir em nível local, conectadas a diretrizes políticas do Ministério da Saúde, envolvendo promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada. Vale lembrar que, com a finalidade de melhorar a saúde da população, é fundamental que os testes diagnósticos rápidos sejam incluídos nas rotinas da APS, de maneira efetiva, ampliando o acesso a todos. Para que essa iniciativa seja realidade, é fundamental a identificação dos problemas, afim de administrá-los em favor das políticas públicas e da eficiência. O presente estudo se interessou por levantar, de modo sistemático, o que há na literatura a respeito das dificuldades encontradas pelos profissionais da APS para a aplicação ideal dos TDR em seu campo de trabalho e propor possibilidades para o encaminhamento dessas dificuldades.

Nesse sentido, a implantação do teste rápido no processo de trabalho da APS é influenciada por diversos fatores, como afirmam os autores dessa revisão, visto que a implantação de uma nova política não ocorre mecanicamente, mas mobiliza desejos, recursos e significados entre os participantes do processo, os quais podem tanto facilitar quanto dificultar a sua implementação (Guedes *et al.*, 2020).

### 3.4. Aspectos Técnicos sobre o Teste Diagnóstico Rápido e a Linha do Tempo

O desenvolvimento de testes imunocromatográficos de fluxo lateral teve início na década de 1950 e utilizava a técnica de aglutinação em látex (Plotz, Singer, 1956). O desenvolvimento da tira teste de imunocromatografia é o resultado da união de várias tecnologias, aglutinação em látex, ensaio imunoenzimático, radioimunoensaio e cromatografia clássica (O'Farrell, 2009). A fusão de todos esses métodos resultou na metodologia de fluxo lateral conhecida e utilizada até hoje. Entretanto, foi na década de 1980 que os testes diagnósticos rápidos ganharam impulso tecnológico, aplicativo e industrial. Hoje já existem mais de 500 patentes registradas (O'Farrell, 2013) – Figura 1.

**Figura 1.** Linha do tempo dos testes rápidos de acordo com as bases de dados.



*Fonte: Elaborada pela autora.*

Há diferentes formatos de testes rápidos para diagnósticos, tais como dispositivos de imunoconcentração, testes baseados em aglutinação, testes baseados em imunocromatografia e testes de fase sólida, por exemplo (Koczula, Gallotta, 2016).

Os testes de fluxo lateral, utilizados pelo Ministério da Saúde para diagnóstico de HIV,

sífilis, hepatite B, hepatite C e COVID-19, são um formato de teste rápido fundamentado no método imunocromatográfico. Eles são utilizados para detecção e/ou quantificação de analitos em misturas complexas e os resultados são obtidos de 5 a 30 minutos após a realização do teste (O'Farrell, 2008).

Os testes imunocromatográficos rápidos são importantes aliados para um diagnóstico laboratorial imediato e seguro de algumas infecções (O'Farrell, 2008). Além dos diagnósticos laboratoriais em humanos, os testes de fluxo lateral são aplicados na veterinária, agricultura, indústria de alimentos, segurança e qualidade ambiental, nos ensaios industriais e no diagnóstico molecular (O'Farrell, 2008; Posthuma-Trumpie; Korf; Van Amerongen, 2009).

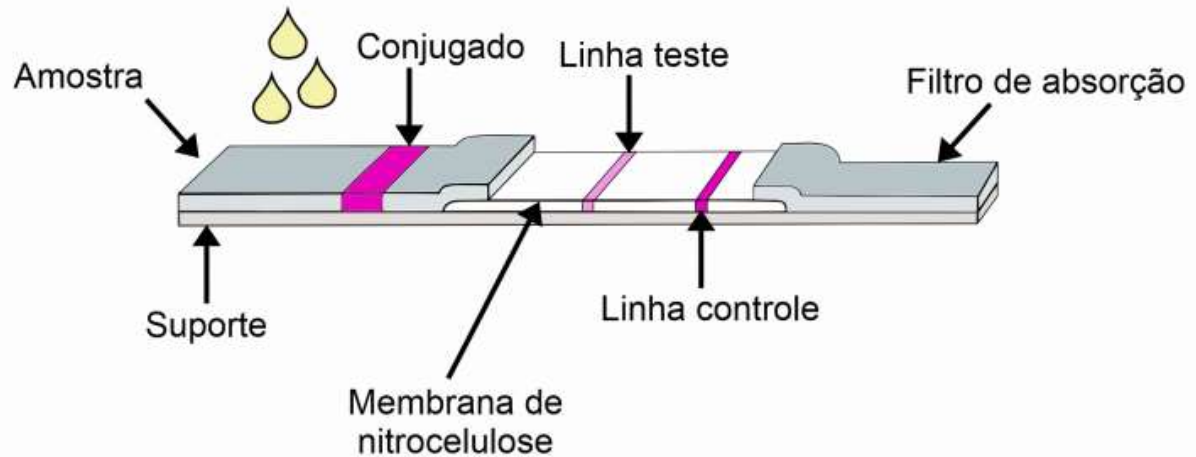
Dessa forma, a implantação de testes rápidos possibilita que, no mesmo atendimento, a pessoa realize o teste, tenha conhecimento do resultado, inicie sua terapêutica e receba as orientações necessárias. Assim, algumas populações sob risco específico e com dificuldade de acesso, como trabalhadores itinerantes, profissionais do sexo, usuários de drogas ilícitas, entre outros, encontram oportunidade para o diagnóstico e tratamento oportuno de determinados agravos a que estão mais expostos graças ao uso dos testes de fluxo lateral (Brasil, 2006; Posthuma-Trumpie; Korf; Van Amerongen, 2009).

Nesse sentido, o baixo custo, bem como a facilidade de produção e realização desses testes têm resultado na expansão de sua aplicação em vários setores. Assim, os testes de fluxo lateral (testes rápidos, como são conhecidos) são amplamente utilizados em hospitais, consultórios médicos e laboratórios clínicos para detecções quantitativas e qualitativas de antígenos, anticorpos ou contaminantes específicos. Tais testes podem ser feitos em amostra de soro, plasma, sangue total, urina, saliva, suor, raspados superficiais e outros espécimes (Koczula; Gallotta, 2016; Grangeiro *et al.*, 2010).

Tradicionalmente, os testes imunocromatográficos rápidos são compostos por uma variedade de membranas, as quais são impregnadas com reagentes secos. Estas membranas são sobrepostas umas às outras e montadas sobre um cartão plástico para melhorar a estabilidade e facilitar o manuseio. Dessa forma, a interação entre os diversos componentes determinará o desempenho e o correto funcionamento do teste (O'Farrell, 2008).

A estrutura básica de um teste rápido pode ser visualizada na figura 2:

**Figura 2.** Desenho esquemático de um teste rápido.



*Fonte: Adaptado de Willen; Mertens; Volf, 2018.*

Como apresentado na **figura 2**, a amostra é aplicada em uma extremidade da tira, denominada base de amostra, a qual é impregnada com soluções tamponantes e surfactantes que a tornam compatível com o restante do teste. A base de amostra garante que o analito presente nela seja capaz de se ligar aos reagentes de captura do conjugado e à membrana. A amostra tratada migra para a base do conjugado, na qual o reagente de detecção está imobilizado. O reagente de detecção ou conjugado é um complexo formado por anticorpos ou antígenos ligados a partículas capazes de gerar um sinal, como, por exemplo, ouro coloidal, esferas de látex coloridas e partículas fluorescentes. A amostra solubiliza o conjugado seco e o analito presente nela interage com o conjugado, formando um complexo que migra para a próxima seção da tira, a matriz reacional, que consiste em uma membrana hidrofóbica porosa de nitrocelulose ou acetato de celulose, na qual anticorpos antianalito ou antígenos são imobilizados em linhas (bandas teste e controle). O reconhecimento do analito da amostra resulta em resposta apropriada na banda teste, ao passo que o aparecimento da banda controle garante a funcionalidade do teste. O excesso de reagente flui ao longo do teste pela força de capilaridade do material da tira e, para manter o fluxo em uma única direção, a base absorvente é acrescentada ao final da tira. O papel dessa última base é absorver o excesso de reagentes e prevenir refluxo do líquido. O resultado, representado pela presença ou ausência da banda teste, pode ser visualizado a olho nu (Koczula; Gallotta, 2016; Grangeiro *et al.*, 2010).

Existem dois formatos de testes de fluxo lateral: direto (sanduíche) e competitivo. O formato sanduíche é utilizado para analitos com alto peso molecular, com múltiplos determinantes antigênicos. Este formato pode ser utilizado para detecção de anticorpo ou

antígeno. No caso de detecção de antígeno, um conjugado contendo um anticorpo específico para o antígeno é aplicado na base do conjugado e outro na banda teste. Assim, o antígeno presente na amostra interage com o conjugado e esse complexo se liga aos anticorpos impregnados na área teste da membrana reacional. Por outro lado, para detecção de anticorpo, utiliza-se um conjugado contendo um antígeno reconhecido pelo anticorpo e outro antígeno na banda teste. Os resultados obtidos pelo formato sanduíche são a presença da banda teste (resultado positivo) ou a ausência da mesma (resultado negativo) (O'Farrell, 2008). Já o formato competitivo é utilizado para compostos de baixo peso molecular, os quais não podem se ligar a dois anticorpos simultaneamente. Nesse tipo de teste, o analito bloqueia os sítios de ligação dos anticorpos ou antígenos impregnados como banda teste, impedindo a interação entre eles e o conjugado. Sendo assim, um resultado positivo é indicado pela ausência de banda teste, ao passo que o aparecimento da banda teste indica um resultado negativo. O formato competitivo também pode detectar antígeno ou anticorpo. Para detecção de antígeno, utiliza-se um conjugado contendo um anticorpo específico para o antígeno, e o mesmo antígeno a ser detectado é aplicado na banda teste. Assim, o antígeno presente na amostra e o da banda teste competem pelo mesmo conjugado (O'Farrell, 2008; Posthuma-Trumpie; Korf; Van Amerongen, 2009). Os testes de fluxo lateral são realizados em uma única etapa e apresentam resultados fáceis de serem interpretados, dispensando a necessidade de profissionais especializados para realização dos mesmos; eles necessitam apenas de treinamentos. Ademais, os testes permitem diagnósticos com infraestrutura laboratorial mínima ou inexistente, reduzindo a demanda dos laboratórios centrais e as despesas com transporte e conservação de amostras (Brasil, 2006).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo Geral**

Identificar e descrever os problemas e desafios que tensionam a descentralização e a implantação dos testes rápidos na APS.

### **4.2. Objetivos Específicos**

- Apontar as principais dificuldades encontradas no processo de descentralização da testagem rápida na APS;
- Propor um treinamento profissional teórico-prático destinado a colaborar para a qualificação da aplicação dos testes rápidos na APS.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. Revisão Integrativa da Literatura**

A revisão integrativa da literatura determina o conhecimento atual sobre um tema específico. Esse método tem a finalidade de reunir os dados obtidos sobre um tema ou questão, e de maneira ordenada, sintetizar e integrar os achados, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do assunto investigado. Diante disso, espera-se que a revisão integrativa da literatura, se dê, não somente pelo desenvolvimento de protocolos e processos, mas também desperte o pensamento crítico.

Dentro de uma revisão integrativa da literatura, espera-se que ela inclua análises relevantes, que deem suporte a tomadas de decisões e que ajude a melhorar a prática clínica, possibilitando, assim, a síntese do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar as lacunas que precisam ser preenchidas.

Nesse sentido, é preciso sistematizar a revisão integrativa conforme demonstrado na Figura 3.



Figura 3. Protocolo experimental da revisão integrativa.



Fonte: Adaptado de Mendes, Silveira, Galvão, 2008.

Assim, as etapas necessárias para o desenvolvimento desta revisão foram: identificação do tema e elaboração da questão norteadora, busca dos artigos nas plataformas de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos textos encontrados, avaliação dos estudos incluídos, organização das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, categorização dos achados segundo os objetivos específicos da revisão, descrição dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento consolidado (Mendes, Silveira, Galvão, 2008).

A primeira fase dessa revisão foi definir o tema e formular a pergunta de pesquisa, com auxílio da estratégia PICO (Paciente ou Problema, Intervenção, Comparação, Resultado(s)), apresentada no Quadro 1. Segundo Akobeng (2005), uma boa questão clínica deve ser estruturada com três ou quatro componentes essenciais no formato PICO ou PIO (Paciente ou Problema, Intervenção, Resultado(s)). Uma pergunta de pesquisa bem elaborada permite que sejam definidas as informações de forma correta e necessária para a resolução da questão pesquisada, aumenta o potencial de busca e recuperação de evidências nas bases de dados, direciona o escopo da pesquisa, evitando a realização de buscas desnecessárias (Santos, Pimenta, Nobre, 2007). Para a construção da questão norteadora foi utilizada a estratégia PIO para revisões de literatura. A pergunta então ficou definida como: Quais as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na descentralização e implantação da testagem diagnóstica rápida na APS?

**Quadro 1.** Estratégia PICO.

<b>ACRÔNIMO</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
P	Paciente ou População	Profissionais da saúde.
I	Intervenção ou Interesse	Descentralização da testagem rápida.
C	Comparação ou Controle	Não se aplica.
O	Outcome ou Desfecho	Impacto na prática profissional, dificuldades encontradas nos serviços da Atenção Primária à Saúde.

*Fonte: Elaborado pela autora.*

Como temática norteadora, usou-se a realização de testes rápidos para ISTs pela APS. Em virtude de “teste rápido” não ser um descriptor, optou-se por fazer uma busca com palavras que, associadas, pudessem reportar-se a “teste rápido”.

Uma vez que a questão norteadora deste estudo remete à APS, definiu-se que um descriptor referente ao cenário deveria sempre estar presente nos cruzamentos, portanto, foi realizado o cruzamento entre eles, por meio do conector AND sempre com um “Descriptor

Chave”, deste modo, todas as combinações aconteceram com dois e três descritores. Para cada base de dados, foram realizados vários cruzamentos diferentes, lembrando que PubMed, APS e atenção básica têm o mesmo descritor em inglês: “*Primary Health Care*” – Quadro 2.

**Quadro 2.** Seleção dos descritores e termos alternativos de acordo com as bases de dados.

<b>Português</b>	<b>Inglês</b>	<b>“Cruzamentos-Chave”</b>
HIV	HIV	Serviço Básico de Saúde
Sífilis	<i>Syphilis</i>	Atenção Primária à Saúde
Hepatite Viral Humana	<i>Hepatitis</i>	Atenção Primária à Saúde
Soro Diagnóstico da Sífilis	<i>Syphilis Sero Diagnosis</i>	<i>Basic Health Services</i>
Soro Diagnóstico da AIDS	AIDS Sero Diagnosis	<i>Primary Health Care</i>
Testes Sorológicos	<i>Serologic Tests</i>	<i>Primary Health Care</i>
Doenças Sexualmente Transmissíveis	<i>Sexually Transmitted Diseases</i>	Atenção Primária à Saúde
Diagnósticos	<i>Diagnosis</i>	Atenção Primária à Saúde

*AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV: Human Immunodeficiency Virus*

*Fonte: Elaborada pela autora.*

Na etapa 2, ocorreu a busca nas plataformas de dados, no período de março de 2021 a julho de 2022, para identificar quais estudos seriam selecionados. Essa parte necessitou de uma avaliação crítica, foi analisado os artigos se eles tinham concordância com os objetivos da pesquisa, se respondiam integralmente à pergunta de pesquisa, se tinham consistência metodológica, de forma que essa análise desse validade à revisão.

É recomendado que a busca e a seleção dos artigos sejam realizadas preferencialmente por dois revisores de forma independente (Mendes, Silveira, Galvão, 2008). Nessa etapa, também foram definidos os critérios de inclusão e de exclusão. O presente estudo foi realizado com apenas um revisor (autor), por uma questão de necessidade e logística.

A busca de dados foi realizada por meio online nas plataformas de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scielo, PubMed e Google Acadêmico.

Os critérios de inclusão e exclusão adotados foram os mesmos para todas as bases de dados consideradas. Foram incluídos nessa revisão, estudos publicados em inglês, espanhol e português. O recorte temporal dessa pesquisa determinou-se em virtude do ano de expansão da

testagem para a APS, que ocorreu em 2012. Foram incluídos os artigos de 2012 a 2022.

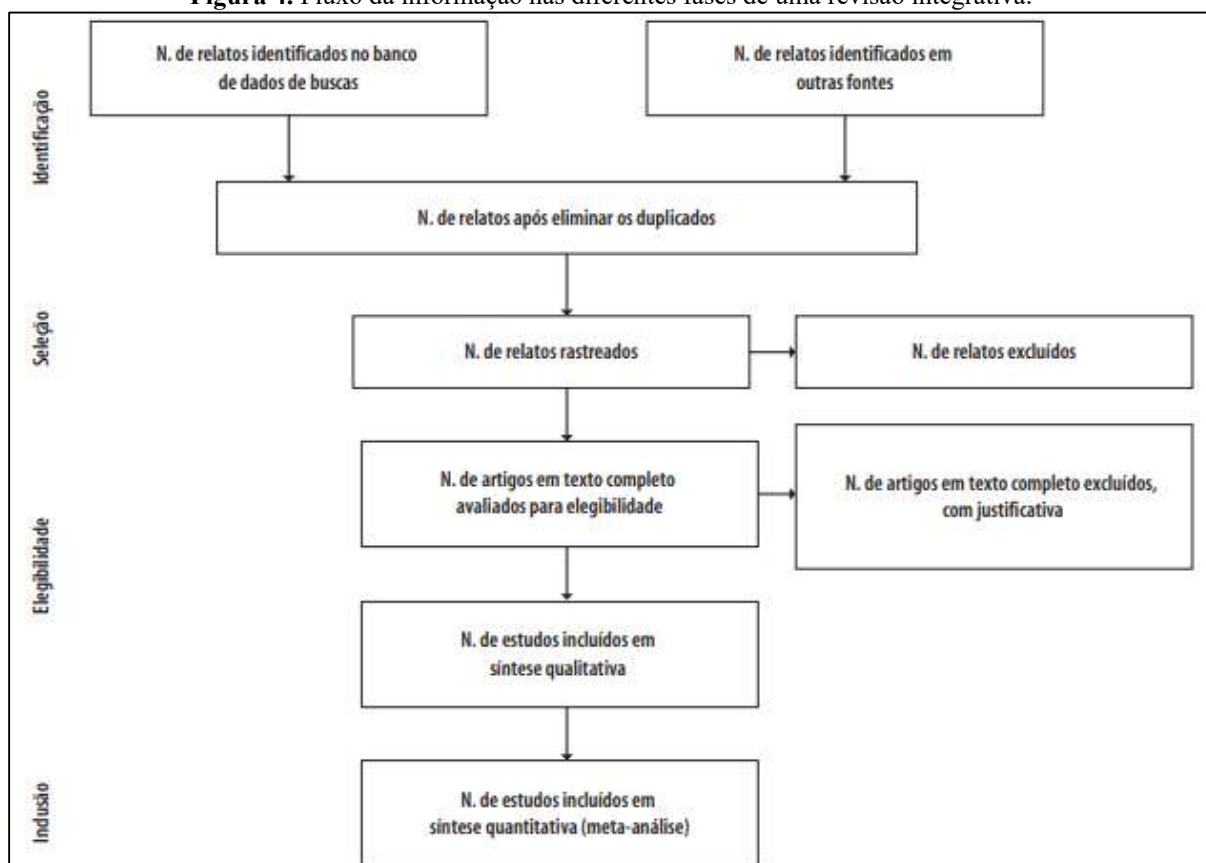
A pesquisa foi realizada, de modo a considerar as evidências mais recentes sobre o tema, com abordagem quantitativa e qualitativa, estudos primários e revisões de literatura. Incluíram-se ainda estudos que abordassem a testagem rápida apenas na APS, sobre a descentralização e as dificuldades dos profissionais relacionadas à implantação na APS. Em relação à APS, foram incluídos todos os estudos que abordassem TDR como assunto principal.

Dos critérios de exclusão, foram excluídos artigos de revisão bibliográfica não sistematizados, estudos cujo título e o resumo não respondiam à pergunta de pesquisa, artigos sem acesso disponível na íntegra, resumos sem conclusões e coerência, teses, dissertações e monografias, cujo respectivos artigos já foram incluídos nessa revisão.

Passou-se então para a coleta de dados, que seguiu a seguinte trajetória: identificação e localização dos artigos para pesquisa, leitura exploratória do material selecionado, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, o registro das informações extraídas das fontes bibliográficas.

O processo de busca e seleção dos estudos dessa revisão seguiu o modelo apresentado na figura 4, elaborado por Moher *et al.* (2015).

**Figura 4.** Fluxo da informação nas diferentes fases de uma revisão integrativa.



*Fonte: Moher et al., traduzido por Galvão, Pansani & Harrad, 2015.*

Na etapa 3, caracterizada pela organização das informações que foram extraídas dos artigos selecionados e categorização dos mesmos, foi avaliado o nível de evidência dos estudos, com a finalidade de determinar a confiança no uso dos resultados e o fortalecimento das conclusões.

Com os artigos já selecionados, após novas leituras, decidiu-se realizar uma categorização das pesquisas a partir dos objetivos anunciados.

Para Moraes (2003):

*a categorização é um processo de comparação constante entre as unidades definidas no processo inicial da análise, levando a agrupamentos de elementos semelhantes. Os conjuntos de elementos de significação próximos constituem as categorias. [...]. Essa explicitação das categorias se dá por meio do retorno cíclico aos mesmos elementos, no sentido da construção gradativa do significado de cada categoria. Nesse processo, as categorias vão sendo aperfeiçoadas e delimitadas cada vez com maior rigor e precisão. – p. 197*

O objetivo prático desta etapa foi sintetizar as informações, formando um banco de

dados de fácil operação (Mendes, Silveira, Galvão, 2008). As etapas de extração dos achados e análise dos resultados foram realizadas apenas pelo autor desta dissertação.

Foram extraídas as informações dos estudos selecionados referentes ao ano de publicação, autores, títulos, tipos de publicação. Os artigos foram classificados de acordo com o nível de evidência proposta por Melnyk, Fineout-Overholt (2005), a fim de auxiliar na avaliação crítica dos estudos como descrito no Quadro 3.

**Quadro 3.** Classificação do Nível de Evidência.

<b>Nível</b>	<b>Descrição</b>
I	Provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados.
II	Derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado.
III	Obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização.
IV	Provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.
V	Originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
VI	Derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.
VII	Oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

*Fonte: Adaptado de Galvão, 2006.*

A utilização deste sistema de classificação de evidências proporciona subsídios para uma avaliação crítica de resultados da pesquisa (Galvão, 2006).

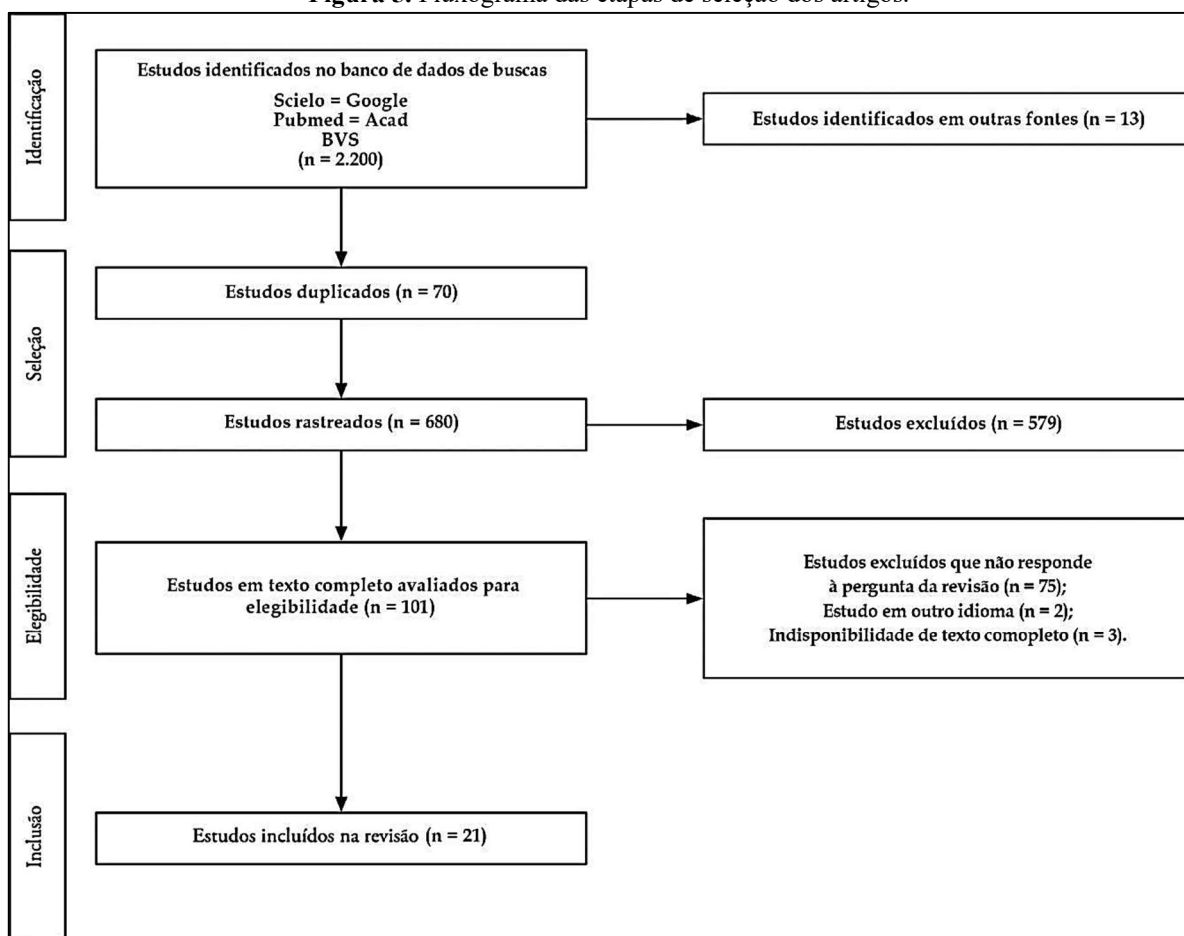
Os artigos efetivamente utilizados na revisão foram discriminados em um quadro-síntese e, em seguida, descreveram-se os resultados da revisão em resposta à sua pergunta norteadora e aos seus objetivos específicos.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa, ao longo do seu desenvolvimento, gerou um produto que se encontra compondo este manuscrito.

Foram identificadas 2.200 publicações nas bases de dados. Para leitura na íntegra, foram selecionados 101 artigos, dos quais, 21 foram efetivamente aproveitados.

**Figura 5.** Fluxograma das etapas de seleção dos artigos.



*Fonte: Elaborada pela autora.*

Após seleção dos textos nas bases de dados e aplicação dos critérios de exclusão e inclusão, foram incluídos nessa revisão os artigos conforme descrito no Quadro 4.

**Quadro 4.** Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa.

<b>AUTORES</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>ANO PUBLICAÇÃO</b>	<b>BASE DADOS</b>	<b>NÍVEL EVIDÊNCIA</b>
Araújo <i>et al.</i>	Percepção dos enfermeiros executores de testes rápidos em Unidade Básica Saúde.	2018	SCIELO	VI
Araújo, Souza	Realização do teste rápido para infecções sexualmente transmissíveis pela Atenção Primária à saúde.	2020	BVS	V
Araújo, Souza	Atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde no teste rápido para Infecções Sexualmente Transmissíveis.	2021	SCIELO	VI
Barth, Beck	Importância da implantação de testes rápidos para o diagnóstico de doenças com impacto na saúde pública: revisão.	2018	Google Acadêmico	V
Ew <i>et al.</i>	Estigma e teste rápido na atenção básica: percepção de usuários e profissionais.	2018	BVS	VI
Ferreira	Implantação de testes rápidos para diagnóstico e triagem de HIV/sífilis/hepatites virais na atenção básica do município de Barra do Garça/MT.	2017	Google Acadêmico	N/A projeto de intervenção
Ferreira <i>et al.</i>	Abordagem de organização facilitada para otimização de testes rápidos de detecção de infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência.	2022	BVS	VII
Guedes <i>et al.</i>	Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV.	2020	BVS	VI
Lima <i>et al.</i>	Percepção dos enfermeiros acerca do processo de descentralização do atendimento ao HIV/AIDS: testagem rápida.	2021	SCIELO	VI
Lima <i>et al.</i>	Percepções de enfermeiros sobre aconselhamento e testagens rápidas para infecções sexualmente transmissíveis.	2022	BVS	VI



Lopes <i>et al.</i>	Implantação dos testes rápidos para Sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza/CE.	2016	SCIELO	VI
Moraes, Nascimento	Planejamento estratégico e implantação dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais em uma capital brasileira; relato de experiência.	2016	BVS	VII
Fernandes-Nascimento <i>et al.</i>	Relato da dificuldade da implementação do teste rápido de sífilis em gestantes na atenção básica do SUS em um município do Sul do Brasil.	2018	BSV	VII
Pereira, Santos, Gomes	Realização de testes rápidos de sífilis em gestantes por enfermeiros da atenção básica	2020	BVS	VI
Rocha <i>et al.</i>	Aconselhamento na perspectiva dos profissionais na atenção básica.	2018a	SCIELO	VI
Rocha <i>et al.</i>	Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: desafios na descentralização do teste rápido HIV/AIDS.	2018b	SCIELO	VI
Sá	Implantação de testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites no pré-natal nos Municípios da XI Região de Saúde/PE.	2017	SCIELO	N/A projeto de intervenção
Santos	Implantação do teste rápido de HIV e sífilis em Porto Alegre/RS: Avaliação a partir dos profissionais da Atenção Primária em saúde e gestantes.	2016	SCIELO	VI
Santos <i>et al.</i>	Percepção dos profissionais para implantação teste rápido para HIV e sífilis na Rede Cegonha.	2018	BVS	VI
Silva <i>et al.</i>	Cartografia da implementação do teste rápido anti-HIV na Estratégia Saúde da Família: perspectiva de enfermeiros.	2017	SCIELO	VI
Zambenedetti <i>et al.</i>	Descentralização da atenção em HIV/AIDS para a atenção básica: tensões e potencialidades.	2016	SCIELO	VI

*AIDS: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. HIV: Human Immunodeficiency Virus. SUS: Sistema Único de Saúde. RS: Rio Grande do Sul. MT: Mato Grosso. CE: Ceará.*

**Fonte:** Elaborado pela autora.

A escassez de publicações abordando o teste rápido pela APS pode ser comprovada pelo número final de publicações encaixadas nos critérios do estudo, que representaram menos de 1% do total inicial. A quantidade dos artigos qualitativos pode ser justificada devido ao elevado número de estudos que abordavam fenomenologicamente os fatores que facilitam e dificultam a realização do teste na APS, tanto pelo ponto de vista dos profissionais de saúde, como pela ótica dos usuários. Ou seja, o objeto é predominantemente de natureza subjetiva.

## **6.1. Análise das Categorias**

Continuando pela etapa de categorização dos achados, foi possível definir os seguintes tópicos descritivos:

### **6.1.1. Categoria I - Limitações à Aplicação do TDR Inerentes ao Processo de Trabalho dos Profissionais.**

Em relação ao processo da aplicação dos testes rápidos, verificou-se que todos os serviços dos artigos analisados já possuem a testagem em suas rotinas, com dinâmica própria em cada unidade. Encontrou-se também que os profissionais que trabalham na APS são de diferentes formações, mas, os testes diagnósticos rápidos são maioritariamente realizados por enfermeiros (as), mesmo que todas as categorias de profissionais tivessem recebido a capacitação (Lima, 2021). Nesse contexto, houve relatos da ocorrência de repressão à demanda para testagem devido à sobrecarga induzida pela multiplicidade de tarefas atribuídas aos profissionais da enfermagem (Lima, 2021).

Esse fato, muitas vezes, faz com que as equipes elejam um profissional específico para realizar a testagem, sobrecarregando o escolhido e criando um sentimento de desobrigação dos outros profissionais em relação à testagem diagnóstica rápida (Lima, 2021).

De acordo com Zambenedetti *et al.* (2016), o processo de descentralização da testagem para a Atenção Primária envolve uma mobilização subjetiva do trabalhador e sua efetivação tem maiores condições de ocorrer sob a perspectiva de corresponsabilidade em vez de transferência de responsabilidade. Corroborando esses apontamentos, Souza, Freitas (2012) identificam a necessidade de ampliar a interação dos sujeitos envolvidos nesse cuidado específico e no aprimoramento da assistência.

Zambenedetti, Silva (2016) também apontam para a sobrecarga de trabalho relacionada

às diversas ações de responsabilidade das equipes, assim como a existência de equipes incompletas e a rotatividade dos profissionais como alguns dos principais problemas e desafios que tensionam a descentralização.

Na mesma linha, Lopes *et al.* (2016), comentam que as dificuldades na implantação da testagem rápida na APS estão relacionadas a questões organizacionais e, também, à falta de profissionais capacitados. Achado semelhante foi o relato de alguns profissionais sobre a falta de encontros para discutirem as situações cotidianas que envolvem a questão da testagem rápida (Araújo, Vieira, Araújo, 2009).

Nesse sentido, entende-se que a estratégia fundamental é a melhora nas capacitações, uma vez que o conhecimento e a segurança do profissional são imprescindíveis para que as testagens aconteçam (Barbosa, 2020).

Sendo assim, para que seja efetiva a aplicação da testagem rápida no serviço da APS, existe a necessidade da melhora de alguns pontos importantes, como por exemplo, a necessidade de revisão em relação ao número de profissionais que trabalham nas unidades e como está a rotina de treinamentos e reciclagens, visto que em alguns artigos as dificuldades na implantação estão relacionadas à organização das unidades e à falta de profissionais suficientemente capacitados (Lopes *et al.*, 2016).

Durante essa revisão, a Educação Permanente em Saúde (EPS) ganha força, uma vez que precisa estar inserida no cotidiano das equipes atuantes na APS, em especial, das equipes de enfermagem. A capacitação foi muito valorizada pelos autores, despontando como chave para uma descentralização bem-sucedida. Contudo, é fundamental capacitar os usuários e os profissionais em aconselhamento e educação popular em saúde, a fim de ajudar a resolver o estigma em relação a algumas doenças. É indispensável que os profissionais de saúde consigam desmistificar as doenças nas comunidades, com informações claras, sobretudo, a capacidade de orientar a população sobre a importância do diagnóstico oportuno e tratamento.

Vale ressaltar que a capacitação não deve se limitar a determinada classe profissional, preferencialmente toda a equipe deve ser envolvida pela temática (Araújo, Vieira, Araújo, 2009).

Ao refletir sobre o processo de trabalho dos profissionais, é necessário pensar também na relação entre o profissional e o usuário do serviço. A transformação nos serviços de saúde, não pode ser considerada questão simplesmente técnica. Ela envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente mudanças nas pessoas.

Ademais, estudos apontam que, além de todos esses desafios já observados pelos autores supracitados, há também a desconfiança em relação aos testes e suas tecnologias, sendo

considerados importantes limitadores à adequada implantação e aplicação da testagem diagnóstica rápida na APS.

Em síntese, os achados referentes às limitações da aplicação do TDR, relacionados ao processo de trabalho mostraram problemas derivados da insuficiência de pessoal nas equipes, da rotatividade de profissionais, capacitação insuficiente, acrítica e não conscientizadora dos trabalhadores, equipes incompletas, da falta de envolvimento coletivo das equipes, da falta de gestão estratégica e organizacional da aplicação dos TDR, da concentração da testagem em um único profissional já sobrecarregado e pela grande demanda no fluxo de trabalho. Percebe-se que esses fatores impactam diretamente a organização dos serviços quanto à forma de acolhimento para a realização do teste, entre outras coisas.

Sendo assim, para que seja efetiva a aplicação desse serviço na APS, é fundamental que todos os profissionais estejam preparados para a descentralização e caso seja necessário, busquem o apoio dos demais setores de saúde. Embora o processo esteja em andamento, observam-se pontos importantes a serem melhorados, como por exemplo, a necessidade de revisão em relação ao número de profissionais que trabalham nas unidades, treinamento dos mesmos, visto que em alguns artigos as dificuldades na implantação estão relacionadas à organização das unidades e à falta de profissionais suficientemente capacitados (Lopes *et al.*, 2016).

### **6.1.2. Categoria II - Falta de Aconselhamento Pré/Pós-Teste.**

Os problemas ligados ao processo de trabalho discutidos na categoria anterior repercutem sobre o aconselhamento pré e pós-teste. A dificuldade no trabalho entre os níveis básico e especializado e a resistência de alguns profissionais foram citados como entraves a esta proposta de aconselhamento, porque criam dificuldades aos profissionais para o trato e o encaminhamento assistencial da pessoa quando o resultado do teste é positivo (Zakabi, 2012). Nos relatos obtidos, os profissionais executores do teste rápido também ressaltam que os estigmas associados a algumas doenças ainda estão muito presentes na população e que existe a necessidade de ações de educação em saúde relacionadas a essas doenças na comunidade. Assim, apesar de os profissionais da APS reconhecerem a importância pré e pós-teste como ferramenta do cuidado, nem sempre eles o utilizam em nível primário por falta de tempo (Araújo, Vieira, Araújo, 2009).

O advento do teste rápido é considerado um dos aspectos que possibilitam a inserção do diagnóstico na atenção básica, outro aspecto importante que pesa favoravelmente à

descentralização é a capilarização da rede básica, em decorrência de sua forte expansão no Brasil nas últimas décadas. Porém por outro lado, também são apontadas fragilidades da atenção básica que poderiam comprometer esse processo. Evidenciou-se que o processo de descentralização do aconselhamento deve se fazer por meio de corresponsabilidade e melhor integração dos profissionais; o que com isso aumentaria as possibilidades para o acolhimento e aconselhamento adequados. O aconselhamento exige a habilidade para lidar com uma ampla gama de dúvidas e perguntas, relacionadas ao âmbito da sexualidade humana em suas várias formas de expressão, exigindo habilidades para colocar em análise preconceitos e pré-julgamentos. Enquanto o teste tem como finalidade o diagnóstico, abrindo a possibilidade para um tratamento, o aconselhamento possibilita a identificação e discussão dos motivos e problemas que demandam o teste, permitindo ao paciente refletir e compreender os modos pelos quais pode evitar as infecções e adotar as medidas de proteção e cuidado.

Nessa perspectiva, é fundamental que o profissional esteja preparado para oferecer apoio emocional, respeitando o tempo do paciente e a reação dele diante do resultado. Pensando nisso, é importante que os serviços de saúde tenham uma atenção voltada para o tempo de atendimento e consigam reformular o fluxo das demandas e as funções dos seus colaboradores (Brasil, 2016). Um aconselhamento bem feito contribui para a adesão ao tratamento e para a percepção de que é possível levar uma vida normal, mesmo com o diagnóstico de uma doença crônica e ou até incurável nesta etapa da vida.

Identificamos, por meio desse estudo que os profissionais da atenção básica atribuíam a não realização do teste/aconselhamento por falta de tempo disponível, pela dinamicidade dos serviços devido às múltiplas atividades atribuídas a enfermagem. Pelo exposto, vê-se que os problemas que afetam o aconselhamento pré e pós testes, são os mesmos que afetam o processo de trabalho, acrescido das limitações impostas pela falta de articulação do trabalho assistencial. Esta limitação tende a deixar a atenção primária desamparada diante de problemas de maior complexidade como o resultado positivo de um TDR.

Nota-se em mais da metade dos estudos as dificuldades que envolvem o teste, seja com relação à resistência que os usuários encontram em realizar a testagem, ou nas dificuldades que os profissionais enfrentam no processo de trabalho, fluxo de atendimento, horários de testagem, existe a necessidade de definições pelo gestor de cada unidade de acordo com a demanda e fluxo de trabalho da unidade correspondente, visando melhor distribuição de afazeres entre os profissionais.

A concentração da responsabilidade pelas ações de testagem maioritariamente pertence aos enfermeiros, embora outros profissionais possam compartilhar da mesma, evidenciando que

a repressão da demanda também pode estar ligada à sobrecarga, à centralização da responsabilidade ou a equipes incompletas.

A infraestrutura, adequação das salas, materiais disponíveis, internet de boa qualidade, definições de papéis e metas e a organização das equipes, são indispensáveis para o êxito na descentralização.

Mesmo com os esforços do Ministério da Saúde para a descentralização da testagem rápida na APS, ainda encontra-se reduzida a cobertura (Lima, 2021). Observa-se que as dificuldades encontradas são tratadas de forma isolada. Entende-se que um conjunto de ações envolvendo todos os problemas, se faz necessário, para garantir que a eficácia seja melhor, capaz de diminuir ou eliminar os problemas e de propor soluções para avanço da descentralização.

Desse modo, o TDR deve ser realizado na APS com a utilização de protocolos e manuais a fim de nortear e direcionar o fluxo de ações a serem desenvolvidas, garantindo a eficiência do cuidado disponibilizado ao usuário (Lima, 2021). Cabe ressaltar a importância do registro oficial perante o tema sobre testagem rápida na APS, servindo assim como alicerce para a segurança do profissional e do usuário. Em suma, evidencia a relevância do assunto na APS e como esse tema carrega consigo o peso de um estigma.

Diante disso, a inserção de uma nova forma de cuidado não deve ocorrer de forma mecânica, mas sim participativa em um processo de cogestão, no qual os principais envolvidos tenham voz ativa, visto que as inquietações dos profissionais surgem à medida em que o processo de trabalho se consolida (Araújo, Vieira, Araújo, 2009). Segundo Arretche (2003), ao longo dos anos, a estrutura organizacional das políticas públicas sociais estão sendo redesenhadas, a partir da implantação de programas de descentralização que transferem atribuições de gestão para os níveis estadual e municipal de governo. Ao considerar que boa parte das atividades relativas à gestão estiveram até o início dos anos 90 centralizadas no governo federal, nota-se a dimensão da transformação institucional ocorrendo no sistema brasileiro de proteção social, no qual há um expressivo crescimento da descentralização nas diversas áreas da política social brasileira, dentre as quais destacamos a área da saúde. Dessa forma, se faz necessário avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na APS acerca da descentralização e de sua aplicabilidade neste contexto (Arretche, 2003).

Somado a isso, vale ressaltar que a EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, a qual promove e produz sentidos. A transformação das práticas profissionais deverá ser baseada na reflexão crítica sobre a práxis na rede de serviços. Observando que a EPS é a realização do encontro entre o mundo de formação e o do trabalho, em que o aprender e o

ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao processo laboral, propõe-se, que as qualificações dos profissionais se baseiam nas necessidades dos indivíduos de um determinado local, objetivando a mudança das ações e organização do trabalho das unidades. O processo de EPS tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho (Brasil, 2009). Cabe ressaltar, a importância do modo de proposição de saúde, através da reflexão vivida em trabalho propriamente dito, produzindo assim a mudança necessária para qualificar a atenção à saúde. A problematização da realidade dos serviços de saúde e da formação profissional está sendo trabalhada em programas do Ministério da Saúde, entretanto é necessário o fortalecimento do ensino-serviço, inovação dos métodos de ensino, fomentando a pesquisa e a articulação das necessidades sociais e da saúde, estimulando a educação interprofissional na APS (Mendes, Miskulin, 2017).

### **6.1.3. Categoria III - Falta de Materiais e Insumos para Realização da Testagem Rápida.**

É importante e necessário considerar a questão do fluxo logístico, que consiste na distribuição, monitoramento e acondicionamento adequados dos testes rápidos e dos insumos necessários para testagem. A gestão da distribuição é feita pelo Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SISLOGLAB). Esse sistema é utilizado por mais de 700 unidades dispensadoras de medicamentos (UDM), além das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nas diferentes regiões do país, com a participação das três esferas de governo na logística dos medicamentos e insumos. Os municípios, por meio desse sistema, indicam as unidades executoras. Cada unidade é responsável por preencher mensal das informações de movimentação de estoque e uso dos TDR, de forma organizada, mantendo a consolidação final dos pedidos de ressurgimento pelo estado ou municípios, que recebem de forma descentralizada os testes rápidos (Brasil, 2014a).

Esse sistema é o canal de comunicação entre as unidades de saúde e as coordenações municipal, estadual e federal para o planejamento da programação de testes, aquisição, distribuição e uso de testes rápidos nas unidades. O SISLOGLAB colabora tanto para a gestão, quanto para a tomada de decisão na operacionalização e distribuição dos TDR pelo Ministério da Saúde. Dessa forma o profissional de saúde da unidade que realiza o TDR, é responsável pelo gerenciamento dos estoques, acompanhamento dos testes realizados nas unidades, perdas ocorridas, reposições, análise de cobertura de testes no Brasil, não permitindo que por deficiências do preenchimento no sistema, possam acarretar danos na testagem (Brasil, 2014a).

Ademais, o sistema de informação está entre as principais dificuldades para a ampliação

da testagem rápida, correspondendo a 13% nas dificuldades encontradas no preenchimento do SISLOGLAB (Brasil, 2014b), porém alguns outros problemas aparecem nessa categoria, como a falta de infraestrutura, número limitado de funcionários, falta de acesso a internet e falta de equipamentos de informática disponíveis nas unidades (Guedes *et al.*, 2021).

Nesse sentido é fundamental que o material de apoio para realização da testagem rápida esteja disponível em todas as unidades, dentre eles, internet de boa qualidade, equipamentos de informática, etc. Importante que o profissional receba treinamento adequado no sistema; SISLOGLAB, conheça seu funcionamento, para conseguir controlar o fluxo de testes realizados, não deixando a falta de insumos prejudicar a testagem na sua unidade.

Em outras palavras, o sistema tem a finalidade de solucionar os problemas relacionados a falta de abastecimento de insumos, controlar o número de testes realizados e/ou atualizar qualquer informação sobre os dados da unidade. Por isso é fundamental que o profissional de saúde saiba que a qualidade das informações inseridas no sistema SISLOGLAB é primordial para uma melhor gestão dos TDR na sua unidade.

Diante do exposto, entende-se que a descentralização da testagem rápida para APS está em andamento. Contudo, é um processo contínuo de aprendizado e de desenvolvimento, visto as evidências. Nos estudos, os profissionais de saúde aparecem como peça-chave, logo, considerado o ponto essencial na questão da descentralização, seguidos de problemas das condições e processos de trabalho, além da logística de distribuição, da desarticulação da rede assistencial e vários outros que apareceram nas categorias acima. Em suma, apenas a capacitação dos profissionais de saúde sozinho não favorece a implantação e a descentralização da testagem, trata-se de um conjunto de estratégias, porém diante das evidências, o processo de capacitação é a chave para o sucesso de uma descentralização efetiva, conforme citaram os vários autores incluídos nessa revisão.

Afim de compreender, identificar e descrever os riscos que podem impedir o alcance dos objetivos e resultados do processo, foi realizado o gerenciamento de riscos ilustrado no Quadro 5 e a matriz de riscos disposta nos quadros 6 e 7.



**Quadro 5.** FEMEA - Failure Mode and Effect Analysis – Relatório de Gerenciamento de Risco.

Riscos/Perigos	Consequências	Medidas de Controle	Severidade	Probabilidade	Avaliação Risco	Status	Ações Recomendadas	Responsável	Prazos	Severidade	Probabilidade	Avaliação Risco	Status
Falta de capacitação	Resultados inadequados para aquele paciente	■ Treinamento TELELAB.	4	3	12	Tomar ações	■ Realização de treinamento na admissão do profissional na UBS e realização de reciclagens constantes.	Gestor da Unidade/ Multiplicador	Imediato	4	1		
Falta de profissionais nas UBS	Acúmulo de funções	■ Contratação de mão de obra, por meio de concurso.	3	3	9	Tomar ações	■ Treinamentos e revisão de funções, descrevendo detalhadamente as atividades de cada profissional da unidade.	Gestor da Unidade/ Multiplicador	Imediato	3	1		
Falta de tempo do profissional para realização do aconselhamento pré e pós teste rápidos	Insatisfação do cliente com o atendimento	■ Mesmo profissional realiza o cuidado inerentes ao cargo de enfermagem e é responsável pela testagem na unidade.	2	2	4	ok	■ Montar uma equipe capaz de realizar o aconselhamento pré e pós testagem, com informações claras e objetivas que sejam capazes de ajudar e orientar os usuários.	Gestor da Unidade/ Multiplicador	Imediato	2	1		
Falta de outras classes de profissionais aptos a realizarem testes rápidos nas unidades.	Acúmulo de funções e não realização da testagem em todos os usuários	■ Sobrecarga de trabalho em um único profissional (enfermeiro).	3	3	9	Tomar ações	■ Treinamentos em todas as classes de profissionais da saúde que possam realizar a testagem rápida.	Gestor da Unidade	Imediato	3	1		
Falta de profissionais capacitados nas unidades.	Baixo números de testes realizados na unidade	■ Falta de reciclagem e acompanhamento do profissional quando ele ingressa no serviço, voltado a realização da testagem	4	3	12	Tomar ações	■ Reciclagens.	Gestor da Unidade	Imediato	3	1		
Falta de material de consumo para realização dos testes nas unidades	Baixo ou nenhuma realização de teste rápido nas unidades	■ Procedimentos e treinamento no sistema SISLOGLAB.	3	2	6	ok	■ Reciclagens.	Gestor da Unidade	Imediato	3	1		
Falta de determinação nos horários para realização de testagem.	Insatisfação do cliente/Muitas vezes os pacientes acabam indo embora devido o fechamento da unidade.	■ Poucas informações sobre os horários de testagem na UBS	2	2	4	ok	■ Treinamentos e revisão descrevendo detalhadamente a atividade a ser realizada.	Gestor da Unidade	Imediato	2	1		
Falta de infraestrutura nas UBS.	Insatisfação do paciente	■ Avaliação do espaço físico, sala de atendimento. ■ Montar salas separadas para realizar os testes rápido.	3	2	6	ok	■ Treinamentos e cuidado com as informações das etiquetas, que serão afixadas no tubo a ser utilizado.	Gestor da Unidade	Imediato	3	1		

*Fonte: Elaborado pela autora.*

**Quadro 6. Probabilidade x Severidade.**

<b>MATRIZ DE RISCO</b>		<b>SEVERIDADE</b>			
		<b>Muito crítico 4</b>	<b>Crítico 3</b>	<b>Moderada 2</b>	<b>Menor 1</b>
<b>PROBABILIDADE</b>	<b>Frequente 3</b>	12	9	6	3
	<b>Ocasional 2</b>	8	6	4	2
	<b>Rara 1</b>	4	3	2	1

*Fonte: Elaborado pela autora.*

**Legenda:**

**Severidade**

- ❖ **Risco Alto**  $\geq 8$ .
- ❖ **Risco Intermediário** 4-7.
- ❖ **Risco Baixo** 1-3.

**Probabilidade**

- ❖ **Frequente** = ocorre imediatamente ou dentro de curto período de tempo (ocorre várias vezes no trimestre).
- ❖ **Ocasional** = provavelmente ocorrerá (ocorre várias vezes entre 3 meses a 1 ano).
- ❖ **Raro** = há a possibilidade de ocorrer (pode ocorrer em 1 a 5 anos).

**Quadro 7. Matriz de Riscos.**

MATRIZ DE RISCO		SEVERIDADE					
		Leve	Menor	Moderado	Crítico	Muito Crítico	
		1	2	3	4	5	
PROBABILIDADE	Muito Provável	E				Falta de tempo e sobrecarga de trabalho dos professores nas unidades.	Falta de profissionais capacitados na unidade.
	Provável	D				Falta de materiais de consumo e infraestrutura.	
	Possível	C					Falta de tempo dos profissionais para realizar aconselhamento pré e pós testagem.
	Pouco Provável	B		B2	Falta de outras classes de profissionais para realizar a testagem.		
	Raro	A					

*Fonte: Elaborado pela autora.*

Essas análises dos riscos, ajudam a compreender as incertezas, causas, origem, consequências e impactos que eles causam. Lembrando que um risco pode ter múltiplas causas e consequências, ou seja, elementos que, individualmente ou combinados, têm o potencial intrínseco de dar origem ao risco e as possíveis consequências (efeitos/impactos), caso o risco se materialize.

## **7. PROPOSTA DE UM TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS DA APS PARA LIDAR COM A DESCENTRALIZAÇÃO DOS TDR.**

Como fruto de uma dissertação de mestrado profissional, apresentou-se uma proposta de treinamento para as equipes da APS e algumas sugestões de aperfeiçoamento das condições operacionais destinadas à efetivação da descentralização dos testes rápidos, que contemple além do técnico operacional, a epidemiologia, aconselhamento, escuta ao paciente e preocupação com a saúde da população.

É fundamental que a vivência de prática dos profissionais de saúde, remetam sempre ao processo de construção e desconstrução, mostrando que é fundamental uma equipe multiprofissional trabalhando em equipe na APS.

Referenciando a Portaria nº 1.996/2007, que implementa a Política Nacional de Educação Permanente junto com as recomendações do Ministério da Saúde, a educação e integração ensino-serviço é fundamental. Nesse sentido, a EPS é um processo de aprendizado realizado no trabalho, no cotidiano das organizações, partindo dos problemas enfrentados na realidade. Pauta-se na aprendizagem significativa visando modificar as práticas profissionais (Brasil, 2007). Como ferramenta importante na construção desse processo, adota-se a EPS, com o objetivo de promover mudanças na maneira de agir dos profissionais (Almeida *et al.*, 2016).

Todavia, implementar a EPS é um desafio constante, tornar o profissional protagonista desse processo, fazendo com que ele identifique as falhas do processo de trabalho e com autonomia seja capaz de solucionar problemas. As metodologias ativas de ensino-aprendizagem têm se mostrado importantes recursos para uma formação mais completa e complexa dos profissionais da saúde. A EPS é a realização do encontro entre o mundo de formação e do trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao processo laboral (Rodrigues, Vieira, Torres, 2010).

O termo capacitação refere-se a atividades pontuais, pautadas em um modelo de transmissão de conhecimento. A capacitação tem a intenção de ser um processo sistemático e global, visando alcançar mudanças institucionais a partir da problematização e reflexão do fazer (Brasil, 2009). Portanto, as capacitações para a realização dos testes rápidos devem ter um enfoque amplo, contemplando vários aspectos do atendimento do usuário.

Sendo assim, a sugestão de uma capacitação prática em testes rápidos, demonstrada nesse projeto, tem como objetivo incentivar que os profissionais reciclem os treinamentos já realizados, a fim de que se aproximem mais da testagem rápida e consequentemente possa evoluir na descentralização dos testes rápidos na APS. O pré-requisito para a realização dessa

capacitação é que o profissional de saúde exerça atividade nos ambientes da APS. Salienta-se ainda a necessidade de que os coordenadores das unidades de saúde estejam inseridos e envolvidos nessas capacitações, pois são eles os profissionais que darão todo o suporte caso as equipes necessitem.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013b), o recurso financeiro para realização das capacitações pode ser obtido por meio do Programação de Ações e Metas (PAM) e da coordenação local de IST/AIDS e hepatites virais.

Após a definição dos recursos financeiros necessários para a realização da EPS, é imprescindível definir os recursos humanos, lembrando que estes são fundamentais. Para tanto, o MS faz uma distinção entre multiplicadores e executores de testes rápidos. Os multiplicadores são profissionais de saúde de nível superior, com experiência na realização da testagem ou em aconselhamento das IST/AIDS, alguma experiência didática e disponibilidade para fazer as capacitações. Já os executores são os profissionais responsáveis pela execução dos testes rápidos e liberação dos laudos nas unidades de saúde (Brasil, 2013b).

O preparo prévio dos multiplicadores é essencial para a realização do processo de EPS. Os multiplicadores também devem passar por capacitações, uma vez que estes devem dominar estratégias didáticas adequadas para realizar as ações educativas (Brasil, 2013b). É função do multiplicador replicar a técnica para os executores, que serão os profissionais que lidarão diretamente com o paciente.

Em relação à capacitação de executores para a realização dos testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e C, COVID-19, é importante os executores não se restringirem somente às técnicas de execução dos testes rápidos. Eles devem também reduzir o impacto do resultado reagente para os agravos testados, orientar a população sobre transmissão das doenças, promover a adesão ao tratamento, bem como promover a adesão a práticas de prevenção (Brasil, 2013b; Brasil, 2020).

Hoje os cursos ofertados pelo Ministério da Saúde têm a finalidade de certificar e preparar, os profissionais de saúde, de nível superior ou nível técnico, que participam do diagnóstico e do controle das doenças sexualmente transmissíveis no Brasil.

São 10 cursos atualizados disponíveis e o cadastro é realizado no site - <https://telelab.aids.gov.br/>. Atualmente não existe um modelo de prática contínua, não existe EPS, apenas capacitação técnica operacional. Os profissionais de saúde são treinados quase que somente para a execução do teste por punção digital e leitura do resultado. Não existe atualmente um programa de acompanhamento e reciclagem dos profissionais. A necessidade de um acompanhamento das dificuldades que possam surgir no dia a dia dos profissionais junto

com a reciclagem da técnica, são elementos fundamentais, para que o profissional executor se sinta amparado e qualificado para o desempenho de suas funções.

Para finalizar, é de grande importância que exista um local onde os profissionais pratiquem o aprendizado do treinamento, sugere-se que o município proporcione outras oportunidades de aperfeiçoamento da prática profissional. A prática do aprendizado deve ser estruturada em cada unidade, acompanhada sempre pelos gestores e multiplicadores, a fim de que os profissionais executores treinem a técnica com tranquilidade e segurança.

As capacitações de testes rápidos devem ser planejadas e executadas por uma equipe multidisciplinar. Nessas equipes, é importante incluir, profissionais com experiência em aconselhamento e em ações educativas, sobretudo com conhecimento técnico na realização dos testes rápidos, além do conhecimento da rotina das unidades (Brasil, 2013b).

A responsabilidade na capacitação para a realização dos testes rápidos pertence à esfera municipal e objetiva uma cooperação entre a APS, a área de Saúde da Mulher, a coordenação de IST/AIDS, a Rede Cegonha e a Comissão de Ensino, dentre outros (Brasil, 2016; Brasil, 2013b). O projeto de capacitação indica que o número de pessoas que realizarão a capacitação deve ser de, no máximo, 20 pessoas para a parte teórica e prática. Cabe ao facilitador acompanhar, sobretudo orientar, as atividades de cada participante (Brasil, 2013b). Ressalta-se a necessidade de um espaço físico e de materiais adequados, incluindo sala para as atividades teóricas e práticas, infraestrutura adequada (cadeiras, mesas, lousa e pincéis, computador e projetor), bem como materiais específicos previamente preparados para as atividades em grupos.

Propõe-se uma metodologia expositiva em menor proporção, tendo seu foco principal em metodologias ativas, abordando solucionar os problemas encontrados nessa revisão de literatura. Pretende-se uma ementa que desenvolva nos profissionais a autonomia, a reflexão, a criticidade e a capacidade de solucionar impasses, aproximando o conhecimento teórico e técnico da realidade em que eles vivem. Incluiremos nesse novo modelo, abordar todos os problemas e as soluções, a fim de aumentar a testagem rápida nas unidades. As metodologias ativas de ensino têm sido estimuladas e visam à formação de profissionais críticos, proativos e com desenvoltura para trabalhar em equipe. Esse treinamento contempla ainda que o profissional seja capacitado a trabalhar com o sistema de logística - SISLOGLAB, permitindo ele controlar o número de testes realizados, os locais onde os testes foram realizados, controlar o recebimento dos testes e insumos de acordo com a demanda da sua unidade etc.

Nesse projeto, serão apresentadas aos profissionais as metas estabelecidas em relação à testagem, programas de saúde com a população da região onde ela se encontra, treinamento

prático e realístico, simulando a realidade vivida por eles na APS.

Durante o treinamento prático, os testes rápidos serão realizados pelos profissionais em duplas, respeitando o código de ética, ficando terminantemente proibido, dentro das capacitações, que os profissionais, ao realizarem as testagens, obtenham os resultados de tais exames. O treinamento prático terá a finalidade de desmistificar a prática, desenvolver a habilidade prática dos profissionais, sem qualquer interesse além do ensino. Portanto, o profissional executará os procedimentos da testagem e desprezará imediatamente o cassete utilizado, sem aguardar o resultado. Esse procedimento visa proteger os profissionais de saúde em relação a um possível diagnóstico reagente que não pode ser fornecido durante uma capacitação.

A fim de melhorar a aplicação dos testes rápidos na atenção primária e atualizar a capacitação já existente, oferecido pelo Ministério da Saúde, um modelo de um curso foi proposto com a finalidade de contemplar todos aspectos que envolvem a testagem rápida na APS, de modo crítico, reflexivo e conscientizador.

A proposta de capacitação a ser implantada na APS, prevê 2 dias de treinamentos com carga horária de 16 horas (dividida em 2 dias).

**EMENTA:** Elaboração de uma proposta de treinamento aos profissionais de saúde da atenção primária para lidar com a descentralização da testagem rápida. Orientações gerais. Orientações sobre epidemiologia, modo de transmissão de algumas doenças, acolhimento, escuta pré e pós testagem. Orientações sobre fluxo de trabalho e sistema de informática utilizado na rede - SISLOGLAB.

**Dia 1.** Descentralização dos testes rápidos para sífilis, HIV, hepatite B e C, COVID-19 na APS.

**Carga horária:** 8 horas.

Abertura do treinamento com 1 slide, informando as atualizações sobre as IST's, modo e cadeia de transmissão, tratamentos, janela imunológica e situação atual no Brasil e na cidade de São Carlos em relação a essas doenças. Num segundo slide do mapa do Brasil, mostrar como está avançando algumas patologias em determinados estados, lincando que através da testagem rápida podemos mapear as doenças e conseqüentemente interromper a cadeia de transmissão das mesmas. Posteriormente, utilizando as metodologias ativas, solicitar que os profissionais falem brevemente, qual o conhecimento prévio, experiências vividas, que ele tem sobre a situação das IST's na sua cidade, no bairro onde fica sua unidade, e se eles já refletiram de como a realização da testagem rápida, influência no contexto de saúde. Em seguida com o auxílio de uma dinâmica em grupo, utilizando placas com palavras que remetam ao modo de transmissão, janela imunológica, testagem rápida etc. solicitar que cada participante escreva na sua placa 3 palavras que eles considerem importantes e que ajudam a entender o processo de descentralização no seu local de trabalho. Feito isso iniciaremos com as apresentações e reflexões sobre o tema, começaremos pelo papel fundamental que cada profissional exerce no contexto da descentralização na APS, propondo uma roda de conversa, com reflexões críticas sobre o processo de descentralização da testagem rápida e quais as melhorias a serem implantadas nas unidades de cada participante. Em seguida, dividiremos a sala em duas turmas, juntamente com as placas já escritas, separando-as por problemas e soluções. Continuando as reflexões, abordaremos todos os problemas e questões relatadas pelos profissionais, que levam as dificuldades em descentralizar os TDR na APS e quais as soluções para os problemas encontrados. Esperamos que questões como o aconselhamento pré e pós-teste; a organização assistencial da rede; a logística, distribuição, acondicionamento, falta de organização, alta demanda de trabalho, falta de profissionais nas unidades, centralização da testagem apenas no enfermeiro apareçam, porém nesse momento caso seja necessário o facilitador poderá sugerir algumas frases e solicitar que diante dos problemas encontrados, quais as melhorias que eles sugerem para facilitar o processo.

Para finalizar a primeira etapa do treinamento, realizaremos um treinamento prático, visando tirar as dúvidas da técnica na realização dos testes. A turma irá se posicionar em dupla, o material de testagem será distribuído, e em duplas cada participante irá realizar o teste rápido no parceiro, esclarecendo as dúvidas que poderão surgir nesse momento.



**Dia 2.** Aconselhamento e vivência de casos na prática.

**Carga horária:** 8 horas.

Apresentação do filme “Uma nova Carta para Além dos Muros”, buscando após o filme fazer uma mesa de redonda, para que os profissionais de saúde, reflitam sobre o que é aconselhamento, o porque do preconceito tão presente em algumas IST’s e como o aconselhamento e a escuta pré e pós teste, impacta a vida e na saúde das pessoas. Propor uma reflexão crítica sobre o tema.

Posteriormente, numa roda de conversa, solicitar que cada profissional fale como ele se enxerga no processo de descentralização, aconselhamento, escuta aos pacientes e de que maneira ele está inserido nesse contexto.

E para finalizar, na sala montada com alguns computadores, faremos um treinamento no sistema de logística – SISLOGLAB, que permitirá aos participantes cadastro no sistema, adquirir conhecimentos sobre a padronização do processo de análise e levantamento de dados, solicitação de insumos para unidade, informações sobre perdas de testes, controle de abastecimentos das unidades, emissão de relatórios que ajudarão no monitoramento da descentralização, aprenderão a importância da qualidade das informações inseridas no sistema. Este procedimento é essencial para monitorar e controlar o programa da descentralização da testagem na APS.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar da relevância do TDR, sua implementação na APS brasileira, ocorrida em 2012 por meio da Portaria nº 77, enfrenta barreiras relacionadas com infraestrutura, logística e treinamento de profissionais (Brasil, 2012).

Percebe-se que o processo de descentralização, no que se refere às políticas de combate à infecção por HIV e a outros agravos, apresentou avanços e conquistas, bem como evidenciou fragilidades no âmbito das dimensões organizacionais, operacionais e de sustentabilidade, sob a forma de desafios para os municípios nas práticas de saúde (Landim, 2008), porém ainda há muito para melhorar e então alcançar as metas desejadas.

Promover a descentralização do TDR de IST para a APS é um passo importante e necessário, todavia, não basta proporcionar o acesso da população ao serviço, é necessário que a testagem aconteça com as condições de qualidade necessárias, tanto para os usuários quanto para os profissionais.

Diante do exposto, alguns relatos feitos pelos profissionais de saúde, chamam atenção, como por exemplo, a concentração da demanda de testagem rápida em um único profissional sobrecarregando o escolhido, a alta rotatividade dos profissionais nas unidades, a falta de definições de papéis e metas, as questões organizacionais, a falta de recursos tecnológicos, os problemas com a falta de infraestrutura da unidade e a falta de materiais, são problemas que tensionam a descentralização.

Corroborando com esses relatos, os estudos apontaram para a necessidade de ampliação do quadro de profissionais capacitados, organização dos papéis e metas, infraestrutura adequada nas unidades etc. A implantação da testagem rápida na APS consiste numa sequência de fatos que precisam ser bem estabelecidos para o bom andamento da implantação.

Sendo assim, ao mapear e ao discutir as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde no processo da descentralização da testagem na APS, percebe-se que não se trata apenas de capacitar profissionais, mas de aprimorar a assistência por meio de uma melhor integração entre eles na organização das tarefas, oferecer recursos humanos, melhorar a infraestrutura e ter horário flexível de atendimento à população.

Em síntese, os achados referentes as limitações da ampliação dos TDR, estão relacionados ao processo de trabalho, problemas derivados da insuficiência de pessoal nas equipes, alta rotatividade de profissionais, capacitação insuficiente, equipes incompletas, falta de gestão estratégica e organizacional, concentração da testagem rápida em um único profissional já sobrecarregado pela alta demanda do fluxo de trabalho, insuficiência de

computadores e internet nas unidades e falta de fluxo e processamento de informações. Vale enfatizar que é por meio do sistema de informação que são monitorados os passos da descentralização, que incluem desde o número de testes realizados em cada unidade de saúde, solicitação de insumos, controle e gestão de violação e desperdícios dos testes nas unidades, até o acompanhamento de aumento ou queda de testagem em uma determinada unidade.

Diante da importância e da relevância do tema dessa revisão, propõe-se que o processo de descentralização da testagem e implantação deve ser acompanhado mais de perto pelos municípios, de forma estratégica e pontual em cada unidade. O processo está acontecendo de forma lenta, o que contribui para atrasos nos diagnósticos de doenças importantes e causa impacto negativo na saúde pública.

Com os dados analisados nessa revisão, espera-se que os mesmos possibilitem aos responsáveis por tais processos a criação de ações direcionadas, a fim de superar grande parte dos obstáculos encontrados em diversas unidades espalhadas pelo país. Nesse sentido, é importante atentar para o fato de que a mobilização dos profissionais de saúde atuantes na APS é peça fundamental para a melhoria dos referidos serviços.

Foi possível através dessa revisão, identificar e descrever os problemas e desafios que tensionam a descentralização e implantação dos testes rápidos na APS. Em contrapartida, constatou-se que existe uma lacuna entre a proposta de descentralização dos testes rápidos diagnósticos na APS e sua aplicação prática. Contudo, por ser uma estratégia considerada fundamental pelo Ministério da Saúde, visto que pode possibilitar um diagnóstico oportuno e uma intervenção mais eficaz, é importante que a lacuna observada seja preenchida de maneira produtiva.

Portanto, é fundamental incentivar a APS para a realização de testes diagnósticos rápidos em suas unidades e uma das sugestões é que se criem estratégias capazes de reconhecer as demandas postas por este nível da atenção, para que os objetivos da descentralização dos testes rápidos se efetivem.

Dentre tais estratégias, enfatizam-se o aconselhamento pré e pós-teste; a organização assistencial da rede; a logística de distribuição, monitoramento e acondicionamento dos testes; a compreensão social e epidemiológica dos problemas de saúde que o TDR ajuda na solução; a gestão do processo de trabalho e da demanda, o treinamento dos profissionais, etc.

Espero que as contribuições práticas desse projeto sejam utilizadas como ferramenta de trabalho no SUS, contribuindo ativamente na implantação e na descentralização da testagem rápida na APS e que o novo modelo de treinamento proposto, e seja aplicado em breve,

melhorando a descentralização da testagem e melhorando acima de tudo a saúde da população.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKOBENG, A. K. Principles of evidence based medicine. **Archives of Disease in Childhood**, v. 90, n. 8, p. 837–840, ago. 2005. DOI: 10.1136/adc.2005.071761. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16040884/>.
- ALMEIDA, J. R. S. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Rev. ABENO**, v.16, n. 2, p. 07-15, 2016. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-59542016000200003](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-59542016000200003)
- ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; ARAÚJO, C. L. F. Aconselhamento coletivo pré-teste anti-hiv no pré-natal: Uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 122-135, 2009. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br>.
- ARAÚJO, W. J. *et al.* Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 631-6, 2018. DOI: [10.1590/S1980-220X2019006203645](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019006203645). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jYMTwVH4MgXkV3R4n9grHcQ/?lang=en>.
- ARAÚJO, T. C. V.; SOUZA, M. B. Team adherence to rapid prenatal testing and administration of benzathine penicillin in primary healthcare. **Rev Esc Enferm USP**, v. 54, p. e03645, 7 dez. 2020. DOI: 10.1590/S1980-220X2019006203645. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/GJKMK7gxhQWLSgz3mkNbCDF/?lang=en>.
- ARAÚJO, T. C. V.; SOUZA, M. B. Atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde no teste rápido para Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 1075–1087, 8 dez. 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0298. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5639>.
- ARRETCHE, M. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003. DOI: 10.1590/S0102-69092003000100001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/gR4pxgbyns7R5hTKfmMDkxG/abstract/?lang=pt>.
- BARBOSA, F. E. S. *et al.* Abrangência territorial de pesquisas com interface em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia de Saúde da Família do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00123420, 6 jul. 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00123420. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VLwQrMHHqMTPKRbBWrMRCfR/?lang=pt>.
- BARTH, P. O.; BECK, S. T. Importância da implantação de testes rápidos para o diagnóstico de doenças com impacto na saúde pública: Revisão. **Disciplinarum Scientia**, v. 19, n. 3, p. 537–548, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2710/2264>.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico. 1988. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf).

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

BRASIL. **Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, n. 249, set. 1990b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm).

BRASIL. **Portaria nº.34 de 28 de julho de 2005.** Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Edição de 29 jul. 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0034\\_28\\_07\\_2005.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0034_28_07_2005.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/Aids, hepatites e outras DST. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). **Cadernos de Atenção Básica**, n. 18. Brasília; 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca18.pdf>.

BRASIL. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, v. 144, n. 162, 20 ago 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços.** Brasília, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_testagem\\_aconselhamento\\_brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_testagem_aconselhamento_brasil.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** - 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidemiologica\\_7ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf).

BRASIL. **Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles: atenção primária, atenção secundária e terciária. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, Edição de 30 de dez. 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

BRASIL. **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. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, Edição de 13 jan. 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077\\_12\\_01\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Manual Técnico para o diagnóstico de infecção pelo HIV**, Brasília, 2013a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_diagnostico\\_infeccao\\_hiv.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes**. Rede Cegonha. Brasília; 2013b. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_orientador\\_capacitacao.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_orientador_capacitacao.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica: guia para gestores**. Brasília, 2014a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico: HIV/Aids. Ano III, nº1 - da 27ª à 52ª semana epidemiológica (julho a dezembro de 2013) e da 01ª à 26ª semana epidemiológica (janeiro a junho de 2014)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: 84 p. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de orientações para promoção da doação voluntária de sangue**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília, 2015. 152p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_orientacoes\\_promocao\\_doacao\\_voluntaria\\_sangue.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_promocao_doacao_voluntaria_sangue.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília, 2016. 149p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/ptbr/node/57787>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/diretrizes-para-organizacao-do-cta-noambito-da-prevencao-combinada-e-nas-redes-de-atencao>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus**. Brasília, 2020. Disponível em: [https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Protocolo-de-Tratamento-do-Novo-Coronavirus\\_1-edi%C3%A7%C3%A3o\\_2020.pdf](https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Protocolo-de-Tratamento-do-Novo-Coronavirus_1-edi%C3%A7%C3%A3o_2020.pdf).

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s7–s16, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008001300002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3gfC4HQzBnfprcdP8793hJf/abstract/?lang=pt>.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. **Sistema Único de Saúde: princípios**. Em: Ministério da Saúde (Ed.). *Gestão municipal de saúde: textos básicos* (p. 285-304). Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0103gestao1.pdf>.

EW, R. A. S. et al. Estigma e teste rápido na atenção básica: percepção de usuários e profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 3, 31 out. 2018. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/7463>.

FERREIRA, T. K. B. O. **Implantação de testes rápidos para diagnóstico e triagem de HIV/sífilis/hepatites virais na atenção básica do município de Barra do Garças/MT**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização sobre Gestão da Política de DST, AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Barra do Garças, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/44001/2/ImplantacaoTestesRapidosDiagnosticoo\\_Ferreira\\_2017.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/44001/2/ImplantacaoTestesRapidosDiagnosticoo_Ferreira_2017.pdf)

FERREIRA, M. G. B. L. *et al.* Abordagem de organização facilitada para otimização de testes rápidos de detecção de infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência. **Rev. APS**, v. 25, p. 190–197, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1371070>.

FONSECA, C.O. **As campanhas sanitárias e o ministério da saúde (1953-1990)**. Em: BENCHIMOL, J. (Coord.) *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Bio-Manguinhos, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2006. DOI: [10.1590/S0103-21002006000200001](https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/JXrfXqCfD4vPztQFQBrkB7g/>.

GRANGEIRO, A. *et al.* Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 15–33, 2010. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/789/776>.

GUEDES, H. C. S. *et al.* Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20190386, 2 set. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1124796>.

KOCZULA, K. M.; GALLOTTA, A. Lateral flow assays. **Essays in Biochemistry**, v. 60, n. 1, p. 111–120, 30 jun. 2016. DOI: [10.1042/EBC20150012](https://doi.org/10.1042/EBC20150012). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4986465/>.

LANDIM, E. **Descentralização da gestão do Programa de DST/AIDS no Estado do Bahia: Desafios para o município como território de práticas de saúde**. 145 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Escola de Administração, UFBA, Salvador, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/8083>.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Saúde Debate**, v. 38, n. 101, p. 244-253, 2014.



LIMA, M. C. L. *et al.* Percepção dos enfermeiros acerca do processo de descentralização do atendimento ao HIV/Aids: testagem rápida. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 4, 2021. DOI: [10.1590/2177-9465-EAN-2020-0428](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0428). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HMhYvChWstJWqFnhDjydx9n/#>.

LIMA, R. C. R. O. *et al.* Nurses' perceptions of counseling and rapid testing for sexually transmitted infections. **Rev Rene**, v. 23, p. e71427, 5 Jan. 2022. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0428. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/71427>.

LOPES, A. C. M. U. *et al.* Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care in Fortaleza – Ceará. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 1, p. 54-8, 2016. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690108i. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xYYsjZ4kHBYBQLhhY5fXz8s/?format=pdf&lang=en>.

MATTA, G. C. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Em: Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.** Em: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. p. 61-80, 2007.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. **Atenção Primária a Saúde.** Em: EPSJV (Org.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 1.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/Pol%3%adticas%20de%20Sa%3%bade%20-%20Princ%3%adpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%3%9anico%20de%20Sa%3%bade.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Making the case for evidence-based practice.** Em: Melnyk, B.M. and Fineout-Overholt, E., Eds., Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice, Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, p. 758–764, dez. 2008. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ#>.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, p. 1044-1066, 2017. DOI:10.1590/198053143988. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/198053143988>.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação (Bauru)**, v. 9, p. 191–211, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/SJKF5m97DHykhL5pM5tXzdi/?format=pdf&lang=pt>.

MORAES, J. T.; NASCIMENTO, R. L. F. Planejamento estratégico e implantação dos testes rápidos de hiv, sífilis e hepatites virais em uma capital brasileira: relato de experiência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 139–140, 2016. DOI: 10.5020/18061230.2016.p139. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/4146>.

FERNANDES NASCIMENTO, D. S. F. *et al.* Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 13, n. 40, 2018. DOI: 10.5712/rbmfc13(40)1723. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1723>.

O'FARRELL, B. **Evolution in Lateral Flow–Based Immunoassay Systems**. Lateral Flow Immunoassay. p. 1–33, 2008. DOI: 10.1007/978-1-59745-240-3\_1.

O'FARRELL, B. **Evolution in Lateral Flow–Based Immunoassay Systems**. Em: WONG, R.; TSE, H. (Eds.). Lateral Flow Immunoassay. Totowa, NJ: Humana Press. p. 1–33, 2009.

O'FARRELL, B. **Lateral flow immunoassay systems: Evolution from the current state of the art to the next generation of highly sensitive, quantitative rapid assays**. Em: WILD, D.G. (ed.). The Immunoassay Handbook. 4. ed. New York: Elsevier, cap. 24, p. 89-107, 2013.

PEREIRA, B. B.; SANTOS, C. P.; GOMES, G. C. Realização de testes rápidos de sífilis em gestantes por enfermeiros da atenção básica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. E82, 2020. DOI: 10.5902/2179769240034. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40034>.

PLOTZ, C. M.; SINGER, J. M. The latex fixation test. I. Application to the serologic diagnosis of rheumatoid arthritis. **The American Journal of Medicine**, v. 21, n. 6, p. 888–892, dez. 1956. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13372565/>.

POSTHUMA-TRUMPIE, G. A.; KORF, J.; VAN AMERONGEN, A. Lateral flow (immuno)assay: its strengths, weaknesses, opportunities and threats. A literature survey. **Analytical and Bioanalytical Chemistry**, v. 393, n. 2, p. 569–582, jan. 2009. DOI: 10.1007/s00216-008-2287-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18696055/>.

MOHER, D. *et al.* Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Disponível em: [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org). Traduzido por: GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342, jun. 2015. DOI: 10.5123/S1679-49742015000200017. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742015000200017](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000200017)

ROCHA, K. B. *et al.* Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 22–33, jun. 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201610902. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xnMs4mbSNrdLJrTBH7hJJ8m/#>.

ROCHA, K. B. *et al.* Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica. **Cienc. Psicol.**, v. 12, n. 1, p. 67-78, mayo 2018a. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4595/459555547008/html/>.

ROCHA, K. B. Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: **Cienc. Psicol.**, v. 12, n. 1, p. 67-78, mayo 2018b. DOI: 10.22235/cp.v12i1.1597. Disponível em: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212018000100067&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212018000100067&lng=es&nrm=iso)

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200041>.

SÁ, E. S. A. **Implantação de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatite no pré-natal nos municípios da XI região de saúde - PE**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Pública). Escola De Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco, Serra Talhada, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119843>

SANTOS, C. M. DA C.; PIMENTA, C. A. DE M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p. 508–511, jun. 2007. DOI: 10.1590/S0104-11692007000300023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy>.

SANTOS, R. R. G. **Implantação do teste rápido de HIV e sífilis na rede cegonha, em Porto Alegre (RS): avaliação a partir da percepção dos profissionais da atenção primária em saúde e gestantes**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: [https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/6684/2/DIS\\_REJANE\\_ROSARIA\\_GRECCO\\_DO\\_S\\_SANTOS\\_PARCIAL.pdf](https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/6684/2/DIS_REJANE_ROSARIA_GRECCO_DO_S_SANTOS_PARCIAL.pdf).

SANTOS, R. R. G. DOS *et al.* Percepção dos profissionais para implantação do teste rápido para HIV e Sífilis na Rede Cegonha. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 17–29, dez. 2018. DOI: 10.20435/pssa.v10i3.555. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2177-093X2018000300003&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2177-093X2018000300003&script=sci_abstract).

SILVA, I. T.; VALENÇA, C. N.; SILVA, R. A. R. Cartografia da implementação do teste rápido anti-hiv na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 21, n.4, 2017; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Cx4PBFmRb7ddXMfx3KRwCFd/?format=pdf&lang=pt>.

SILVA, N. E. K. E; OLIVEIRA, L. A.; SANCHO, L. G. Testagem anti-HIV: indagações sobre a expansão da oferta sob a perspectiva do acesso e da construção da demanda. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 636–645, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xDY5zRKBKfb9kk3gJpZ7PFm/?lang=pt>.

SOARES, P.; BRANDÃO, E. R. O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 940–953, dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xDY5zRKBKfb9kk3gJpZ7PFm/?format=html>.

SOUZA, M. C. M. R.; FREITAS, M. I. F. Aconselhamento em hiv/aids: representações dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde. **REME rev. min. enferm**, v. 16, p. 18–24, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-651192>.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **Lancet (London, England)**, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, 22 out. 1994. DOI:10.1016/s0140-6736(94)90634-3.

STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.

**UNICEF annual report 1979 | UNICEF.** Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/annual-report-1979>.

ZAKABI, D. **Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na atenção básica: a perspectiva dos profissionais de saúde.** Dissertação (Mestre em Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo, 10 dez. 2012.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 785–806, set. 2016. DOI: /10.1590/S0103-73312016000300005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/RQS4MYyn5zV9f7FZjNbLLFn/abstract/?lang=pt#>

BRASIL. Ministério da saúde. **TELELAB.** Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/>.

WILLEN, L.; MERTENS, P.; VOLF, P. Evaluation of the rSP03B sero-strip, a newly proposed rapid test for canine exposure to *Phlebotomus perniciosus*, vector of *Leishmania infantum*. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 12, n. 8, p. e0006607, 2 ago. 2018. DOI: 10.1371/journal.pntd.0006607. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006607>