

**Instrumento de Avaliação da Descentralização do Teste Rápido Anti-HIV para
Atenção Primária a Saúde.**

Autor: Adelson Francisco Ferreira

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro

Instituição desenvolvedora: Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
Mestrado Profissional em Saúde da Família-FACENE

Ano: 2017

IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO	
Município:	
Nome da UBS:	
Iniciais do profissional:	
Nome do avaliador:	
ESTRUTURA	
E1. Qual a formação acadêmica do(a) Sr.(a)?	
	<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> outros _____
E2. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) atua na realização do teste rápido?	
	<input type="checkbox"/> menos de um ano <input type="checkbox"/> de 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> de 3 a 4 anos <input type="checkbox"/> mais de 4 anos
E3. O(a) Sr.(a) realizou alguma capacitação para a realização do teste rápido?	
	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
E4. Se sim, qual a modalidade?	
	<input type="checkbox"/> presencial <input type="checkbox"/> na plataforma de ensino a distância TELELAB
E5. Se não, como aprendeu a técnica de realização?	
	<input type="checkbox"/> com outro profissional <input type="checkbox"/> através do Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV <input type="checkbox"/> outros _____
E6. O(a) Sr.(a) realizou alguma capacitação de biossegurança em laboratório de saúde pública?	
	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
E7. Se sim, qual a modalidade?	
	<input type="checkbox"/> presencial <input type="checkbox"/> na plataforma de ensino a distância TELELAB
E8. Quanto à realização do teste rápido como o(a) Sr.(a) sente-se?	
	<input type="checkbox"/> sente-se apto <input type="checkbox"/> sente-se inseguro <input type="checkbox"/> sente necessidade de mais treinamento <input type="checkbox"/> sente que não é sua atribuição
E9. A realização do teste rápido acontece exclusivamente dentro da unidade de saúde?	
	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

<p>E10. Se não, quais os locais?</p> <p><input type="checkbox"/> equipamentos sociais (escolas, abrigos, associações e etc...)</p> <p><input type="checkbox"/> usinas</p> <p><input type="checkbox"/> fabricas</p> <p><input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p>E11. Em qual ambiente dentro da Unidade de Saúde acontece à realização do teste rápido?</p> <p><input type="checkbox"/> sala própria para coleta</p> <p><input type="checkbox"/> sala de procedimentos de enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> consultório de enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> sala de imunização</p> <p><input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p>E12. O(a) Sr.(a) consulta o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV quando necessário?</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>
<p>E13. A Unidade de Saúde recebe os kits de diagnóstico do teste rápido com qual frequência?</p> <p><input type="checkbox"/> semanal</p> <p><input type="checkbox"/> mensal</p> <p><input type="checkbox"/> trimestral</p> <p><input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p>E14. A Unidade de Saúde ficou sem realizar o teste rápido por falta de kits de diagnóstico?</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>
<p>E15. Se sim, qual foi o motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> falta de estoque na secretaria estadual</p> <p><input type="checkbox"/> não houve solicitação de kits pelo responsável da UBS</p> <p><input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p>E16. O(a) Sr.(a) ficou sem realizar o teste rápido por falta de equipamentos de proteção individual?</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>
<p>E17. Quanto(s) o(s) modelo(s) de Kit(s) de diagnóstico existente na sua Unidade de Saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> único fabricante do mesmo lote</p> <p><input type="checkbox"/> único fabricante com lotes diferentes</p> <p><input type="checkbox"/> dois ou mais fabricantes diferentes</p> <p><input type="checkbox"/> não sabe informar</p>
<p>E18. Qual o local que os kits de diagnósticos são armazenados?</p> <p><input type="checkbox"/> geladeira específica</p> <p><input type="checkbox"/> geladeira para medicamentos/imunobiológicos</p> <p><input type="checkbox"/> almoxarifado com ar condicionado durante 24hs</p> <p><input type="checkbox"/> almoxarifado com ar condicionado em horário de funcionamento</p> <p><input type="checkbox"/> almoxarifado sem ar condicionado</p> <p><input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p>E19. O local de armazenamento dos kits de diagnóstico tem controle de temperatura?</p>

<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
E20. Se sim, qual a temperatura desse ambiente? <input type="checkbox"/> entre 2 a 30 °C <input type="checkbox"/> acima de 30 °C <input type="checkbox"/> abaixo de 2 °C
E21. Se não, como os kits de diagnóstico são armazenados? <input type="checkbox"/> armários <input type="checkbox"/> estantes <input type="checkbox"/> caixas térmicas <input type="checkbox"/> outros _____
E22. O serviço de realização do teste rápido tem computador exclusivo? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
E23. Ocorre controle de estoque dos kits de diagnóstico? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
E24. Se sim, acontece de que forma? <input type="checkbox"/> planilhas <input type="checkbox"/> livro de registro <input type="checkbox"/> computador <input type="checkbox"/> outros _____
E25. Como ocorre o registro das realizações dos testes rápido? <input type="checkbox"/> planilhas <input type="checkbox"/> livro de registro <input type="checkbox"/> computador <input type="checkbox"/> outros _____
E26. A unidade de saúde realiza o aconselhamento pré e pós teste? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
E27. A unidade realiza ações educativas com foco na realização do teste rápido? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
E28. Além do(a) Sr.(a) existe outro profissional na Unidade de saúde capacitado para realização do teste rápido? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
E29. Se sim, qual profissional? <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> técnicos de enfermagem <input type="checkbox"/> odontólogo <input type="checkbox"/> auxiliar de consultório dentário <input type="checkbox"/> agente comunitário de saúde <input type="checkbox"/> outros _____
E30. Após confirmação do diagnóstico, ocorre o encaminhamento do usuário para outro serviço de saúde? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

<p>E31. Se sim, para onde é encaminhado?</p> <p><input type="checkbox"/> serviço especializado</p> <p><input type="checkbox"/> serviço não especializado</p> <p><input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p>E32. Qual a disponibilidade com que ocorre à realização do teste rápido na unidade?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de uma vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre que houver a necessidade</p> <p><input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p>E33. Qual o turno de realização do teste rápido?</p> <p><input type="checkbox"/> manhã e tarde</p> <p><input type="checkbox"/> manhã</p> <p><input type="checkbox"/> tarde</p>
<p>E34. O(a) Sr.(a) recebe remuneração extra para a realização do teste rápido?</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>
<p>E35. A disponibilidade da realização do teste rápido é ofertada para qual público?</p> <p><input type="checkbox"/> toda a população irrestritamente</p> <p><input type="checkbox"/> exclusivamente as gestantes durante o pré-natal</p> <p><input type="checkbox"/> parcerias de pessoas vivendo com HIV/Aids</p> <p><input type="checkbox"/> população que tenha vivenciado uma situação de vulnerabilidade à infecção pelo HIV</p> <p><input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p>E36. A Unidade de Saúde foi alvo de avaliação quanto à realização do teste rápido?</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>
<p>E37. Se sim, qual o órgão que realizou a avaliação?</p> <p><input type="checkbox"/> secretaria estadual de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> secretaria municipal de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> conselho municipal de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> distrito de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> a própria equipe de saúde da família</p> <p><input type="checkbox"/> outros _____</p>
<p>E38. O(a) Sr.(a) teve acesso ao resultado da avaliação?</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>
<p>E39. Se sim, houve planejamento de estratégias para o melhoramento do serviço?</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>
<p>E40. O(a) Sr.(a) já participou do Programa de Avaliação Externa da Qualidade para Testes Rápidos (AEQ-TR) do Ministério da Saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não</p>
<p>E41. Se sim, qual foi a sua porcentagem de acerto?</p> <p><input type="checkbox"/> 100% de acerto</p>

<input type="checkbox"/> entre 70% e 99% <input type="checkbox"/> menor ou igual a 69%
E42. Se não, qual foi o motivo? <input type="checkbox"/> desconhece o programa <input type="checkbox"/> falta de tempo para participar <input type="checkbox"/> não tem interesse em participar <input type="checkbox"/> outros_____
PROCESSO
P1. Em quais dedos o(a) Sr.(a) realiza a punção digital para realização do teste rápido? <input type="checkbox"/> qualquer dedo <input type="checkbox"/> dedos polegar ou mínimo <input type="checkbox"/> dedos médio, anelar ou indicador
*Variáveis aplicadas para o kit de testagem DPP, questões P2-P7.
P2. Onde deve ser inserida a alça coletora com sangue? <input type="checkbox"/> no frasco de tampão <input type="checkbox"/> no frasco de eluição <input type="checkbox"/> outros_____
P3. Quantas gotas da amostra eluída são necessárias para realizar a testagem? <input type="checkbox"/> 1 gota <input type="checkbox"/> 2 gotas <input type="checkbox"/> 3 gotas <input type="checkbox"/> 4 gotas <input type="checkbox"/> mais de 4 gotas
P4. As gotas necessárias da amostra eluída para realizar a testagem devem ser colocadas em qual “poço”? <input type="checkbox"/> “poço” 1 <input type="checkbox"/> “poço” 2
P5. Após adicionar a amostra eluída, quanto tempo de espera é necessário para adicionar a solução tampão? <input type="checkbox"/> adiciona logo em seguida, sem intervalo de tempo <input type="checkbox"/> 3 minutos <input type="checkbox"/> 5 minutos <input type="checkbox"/> 10 minutos
P6. Quantas gotas da solução tampão são necessárias para realizar a testagem? <input type="checkbox"/> 1 gota <input type="checkbox"/> 2 gotas <input type="checkbox"/> 3 gotas <input type="checkbox"/> 4 gotas <input type="checkbox"/> mais de 4 gotas
P7. As gotas da solução tampão que são necessárias para realizar a testagem devem ser colocadas em qual “poço”? <input type="checkbox"/> “poço” 1 <input type="checkbox"/> “poço” 2
*Variáveis aplicadas para o kit de testagem de fluxo lateral, questões P8-P9
P8. Onde deve ser inserida a amostra de sangue coletada pelo tubo capilar? <input type="checkbox"/> “poço”

<input type="checkbox"/> no frasco de tampão <input type="checkbox"/> outros _____
P9. Após adicionar a amostra, quanto tempo de espera é necessário para adicionar a solução tampão? <input type="checkbox"/> adiciona logo em seguida, sem intervalo de tempo <input type="checkbox"/> 3 minutos <input type="checkbox"/> 5 minutos <input type="checkbox"/> 10 minutos
*Variável aplicada para o kit de testagem DPP
P10. Quanto tempo pode ser realizado a leitura do diagnóstico? <input type="checkbox"/> entre 10 e 20 minutos <input type="checkbox"/> entre 10 e 25 minutos <input type="checkbox"/> entre 10 e 30 minutos <input type="checkbox"/> antes de 10 minutos <input type="checkbox"/> depois de 30 minutos
*Variável aplicada para o kit de testagem de fluxo lateral.
P11. Quanto tempo pode ser realizado a leitura do diagnóstico? <input type="checkbox"/> entre 10 e 20 minutos <input type="checkbox"/> entre 10 e 25 minutos <input type="checkbox"/> entre 10 e 30 minutos <input type="checkbox"/> antes de 10 minutos <input type="checkbox"/> depois de 30 minutos
P12. Quando o resultado do diagnóstico é considerado não reagente? <input type="checkbox"/> quando não houver formação de uma linha colorida na área de controle (C) <input type="checkbox"/> quando houver formação duas linhas coloridas: uma na área de teste (T) e outra na área de controle (C) controle <input type="checkbox"/> quando houver formação de uma linha colorida somente na área de controle (C) <input type="checkbox"/> quando não houver formação de uma linha colorida na área de controle (C) nem na área de teste(T)
P13. Quando o resultado do diagnóstico é considerado reagente? <input type="checkbox"/> quando não houver formação de uma linha colorida na área de controle (C) <input type="checkbox"/> quando houver formação duas linhas coloridas: uma na área de teste (T) e outra na área de controle (C) controle <input type="checkbox"/> quando houver formação de uma linha colorida somente na área de controle (C) <input type="checkbox"/> quando não houver formação de uma linha colorida na área de controle (C) nem na área de teste(T)
P14. Quando o resultado do diagnóstico é considerado inválido? <input type="checkbox"/> quando não houver formação de uma linha colorida na área de controle (C) <input type="checkbox"/> quando houver formação duas linhas coloridas: uma na área de teste (T) e outra na área de controle (C) controle <input type="checkbox"/> quando houver formação de uma linha colorida somente na área de controle (C) <input type="checkbox"/> quando não houver formação de uma linha colorida na área de controle (C) nem na área de teste(T)
P15. O que deve ser feito após a realização de um teste rápido com resultado reagente? <input type="checkbox"/> solicitar novo teste rápido após 30 dias <input type="checkbox"/> realizar outro teste rápido de fabricante diferente <input type="checkbox"/> encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral (RNA HIV-1) e contagem de linfócitos T CD4+

<input type="checkbox"/> encaminhar para tratamento em serviço especializado <input type="checkbox"/> outros _____
<p>P16. O que deve ser feito quando houver confirmação de diagnóstico não reagente, e persistir a suspeita de infecção pelo HIV?</p> <input type="checkbox"/> solicitar novo teste rápido após 30 dias <input type="checkbox"/> realizar outro teste rápido de fabricante diferente <input type="checkbox"/> encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral (RNA HIV-1) e contagem de linfócitos T CD4+ <input type="checkbox"/> encaminhar para tratamento em serviço especializado <input type="checkbox"/> outros _____
<p>P17. O que deve ser feito quando houver confirmação de diagnóstico reagente durante a realização do teste rápido?</p> <input type="checkbox"/> solicitar novo teste rápido após 30 dias <input type="checkbox"/> realizar outros testes rápidos de fabricantes diferentes <input type="checkbox"/> encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral (RNA HIV-1) e contagem de linfócitos T CD4+ <input type="checkbox"/> encaminhar para tratamento em serviço especializado <input type="checkbox"/> outros _____
<p>P18. O(a) Sr.(a) inspeciona o sachê contendo gel de sílica que acompanha o kit de diagnóstico de teste rápido?</p> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<p>P19. Quando o kit de teste rápido deve ser descartado baseado na coloração do gel de sílica?</p> <input type="checkbox"/> quando apresenta coloração verde <input type="checkbox"/> quando apresenta coloração amarela <input type="checkbox"/> quando apresenta coloração transparente <input type="checkbox"/> outros _____



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional