
Avaliação de Novas Tecnologias para Ampliar o Acesso aos Centros de Testagem e Aconselhamento em Aids

(Fapesp, processo 09/53692-1 – Vigência: 01/09/2010 a 31/08/2013)

Relatório Científico Final

Equipe de pesquisadores

Maria Mercedes Loureiro Escuder – Instituto de Saúde SES/SP (coordenadora)

Alexandre Grangeiro – Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP

Diva Maria Faleiros Camargo Moreno – Prefeitura Municipal de São Paulo

Karina Wolffbuttel – Centro de Referência e Tratamento de DTS/Aids SES/SP

Lígia Rivero Pupo – Instituto de Saúde SES/SP

Paulo Henrique Nico Monteiro – Instituto de Saúde SES/SP

Bolsistas: Treinamento Técnico

Ana Paula Santiago Rocha – CTA Olinda

Carolina Simone Souza Adania – CTA Santo Amaro

Eucleia da Frota Pereira – CTA Santarém

Tainara Oliveira – Instituto de Saúde

Instituto de Saúde, Novembro de 2013

Índice

- I. Resumo do projeto
- II. Realizações do período
- III. Descrição e avaliação do apoio institucional recebido no período
- IV. Descrição da aplicação dos recursos da reserva técnica
- V. Publicações
- VI. Lista dos trabalhos preparados ou submetidos
- VII. Bolsas treinamento técnico do projeto

I. RESUMO DO PROJETO PROPOSTO

O projeto objetiva desenvolver, implantar e avaliar tecnologias para ampliar o acesso ao diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e outras DST e às ações de prevenção desenvolvidas nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). O desenvolvimento das tecnologias tomou por base os eixos organizativos dos serviços (porta de entrada, oferta de serviço e o aconselhamento) e busca reduzir barreiras de acesso para populações com maior prevalência do HIV, aumentar a resolubilidade do serviço e apoiar usuários para lidarem, de forma mais autônoma, com o resultado dos exames sorológicos e a prevenção das DST e aids.

As tecnologias propostas compreendem as direcionadas para a: (1) identificação e mobilização de segmentos sociais na comunidade para o uso dos CTA; (2) organização do serviço a partir da demanda e do acolhimento do usuário desde a porta de entrada; (3) aprimoramento dos processos de trabalho e de gestão para a oferta oportuna do diagnóstico, insumos e ações de prevenção; e (4) aconselhamento continuado para o apoio aos indivíduos positivos e com práticas que aumentam o risco de infecção.

A implantação e avaliação das tecnologias vêm ocorrendo em três serviços do País, que se diferenciam pela organização, estrutura, perfil dos usuários atendido e contexto epidemiológico da aids, sendo eles: CTA de Santo Amaro, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, CTA de Santarém, da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém-PA e CTA de Olinda, pertencente à Secretaria Municipal de Olinda-PE.

O desenvolvimento do projeto está previsto em quatro etapas. Na primeira foram delineadas as tecnologias propostas, o processo de implantação das mesmas e as estratégias e instrumentos de avaliação. Essa etapa foi desenvolvida a partir da revisão do diagnóstico situacional da Rede Nacional de CTA, das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e das teorias sobre o acesso e uso de serviços de saúde em geral e os específicos em aids. Na segunda etapa foram conduzidos estudos qualitativos e quantitativos para realizar o diagnóstico situacional dos CTA incluídos no projeto, constituir a linha de base para a avaliação e adequar as novas tecnologias à realidade local. A terceira etapa compreende a implantação das inovações, com a capacitação dos gestores e profissionais e a adequação dos processos de trabalho pertinentes; A quarta etapa consiste na avaliação da efetividade, factibilidade e pertinência das tecnologias implantadas.

Para a análise da efetividade foram estabelecidos indicadores para mensurar eventuais alterações na demanda dos serviços, na oferta oportuna do diagnóstico, na inclusão de populações de maior prevalência, na resolubilidade da oferta de serviço e no aumento da autonomia dos indivíduos frente ao diagnóstico do HIV e às situações de risco. Para a mensuração dos indicadores serão analisados os sistemas de informação existentes e o padrão de uso dos serviços e realizados inquéritos com usuários no momento de início e após o uso do serviço.

A análise da factibilidade visa estudar as possibilidades e limites de uso das tecnologias nos CTA analisados e na rede de serviços e será desenvolvida, fundamentalmente, por meio dos estudos qualitativos. As dimensões a serem analisadas envolvem a adequação das inovações propostas em relação à complexidade dos CTA, a aceitação dos gestores e profissionais de saúde e reprodutibilidade em outros CTA.

A análise da pertinência está direcionada para o usuário, enfocando a motivação para o uso do serviço, a avaliação da resolubilidade segundo suas demandas e a satisfação na utilização do CTA. Para tanto serão utilizados os estudos qualitativos e o inquérito com usuários.

Estas análises serão realizadas por meio da comparação entre proporções ou médias observadas durante a linha de base e após a implantação das tecnologias e serão aplicadas técnicas de análise multivariada para compreender os aspectos associados à variação dos indicadores e eventos de interesse pré-estabelecidos. No componente qualitativo será utilizada a análise temática.

II. REALIZAÇÕES NO PERÍODO

O presente relatório expõe a síntese do processo de elaborar, implantar e avaliar tecnologias para ampliar o acesso aos CTA de segmentos mais expostos ao HIV. O projeto propôs uma intervenção em três serviços com características diferentes, no que tange ao cenário geográfico, político, epidemiológico e organizacional. As tecnologias propostas foram aperfeiçoadas ao longo do tempo, levando em consideração as especificidades do contexto e necessidades de cada serviço, caracterizando um processo interativo. O conjunto de novos processos de trabalho e de organização do serviço, resultou no modelo tecnológico denominado CTAmáis.

O CTAmáis propõe uma mudança conceitual da missão e da forma de organização do CTA, que deixa de ser um serviço focado na oferta de testagem para a população, para tornar-se um serviço centrado no acesso e cuidado integral dos segmentos sociais mais expostos ao HIV. Além das especificidades de cada serviço, para a construção do CTAmáis procurou-se incorporar à concepção de organização dos serviços de saúde, o conhecimento científico da área de prevenção, até então, no Brasil, disperso na produção de grupos de pesquisa.

A estratégia usada para apoiar os serviços na incorporação das tecnologias, constituiu-se, por si só, o maior desafio do projeto, em particular pela reduzida formação dos novos profissionais dos serviços e a heterogeneidade de conhecimentos das equipes, na área de prevenção de HIV e aids. Por meio da ferramenta de ensino à distância, foi possível unir o conteúdo relacionado às tecnologias propostas a outros temas fundamentais ao aprimoramento da organização do serviço e do cuidado à população mais exposta, assim como promover um processo que integrou, no ambiente virtual, as equipes dos três serviços, que tiveram a oportunidade de manter um processo de produção coletiva.

Com relação à efetivação da incorporação das tecnologias propostas, consideramos que as mudanças fazem parte de um processo e foram avaliadas segundo essa perspectiva. Pode-se dizer que o conjunto de tecnologias propostas foi avaliado, pelos gestores e profissionais de saúde, como pertinente para adequar a organização do serviço ao novo contexto de enfrentamento da epidemia, possibilitando o aprimoramento dos processos de trabalho que visam a ampliação do acesso e a garantir de maior resolubilidade as atividades realizadas. Porém, sua efetiva implantação foi dependente do grau de compreensão das equipes a cerca das reais necessidades de mudanças dos serviços e da qualidade dos processos de gestão, que são fragilizados pela falta de definições claras sobre o papel e a importância dos CTA nas políticas de enfrentamento da epidemia, pela incipiência dos procedimentos gerenciais e a falta de autonomia política dos serviços.

Com isso, os resultados observados foram diferentes para cada serviço. O CTA Santo Amaro alcançou um estágio mais avançado de incorporação das tecnologias, pois conseguiu fazer mudanças na organização das ações, porta de entrada e cuidado ofertado. Nos outros dois serviços, as mudanças percebidas foram pontuais e setORIZADAS, em especial na individualização do cuidado ofertado. O quadro 1, na página seguinte, sintetiza o estágio de incorporação em que se encontra cada serviço estudado.

Por fim, a avaliação da efetividade e pertinência das tecnologias só será possível após a implantação também da captação, que está em andamento, com apoio do Ministério da Saúde (convênio 028506/2012). Novos inquéritos mostrarão se houve mudanças no perfil de exposição dos usuários após a prática dessa tecnologia. Com certeza, os investimentos realizados com recursos deste projeto foram fundamentais para possibilitar a execução dessa última etapa e estão descritos neste relatório.

Relatamos, nas páginas seguintes, os quatro componentes que tiveram destaque no último ano do projeto: 1. tecnologia CTAmMais; 2. incorporação das tecnologias; e 3. avaliação do processo; 4. investimentos para aprimoramento da tecnologia de captação.

Quadro 1. Síntese da incorporação das tecnologias pelos CTA Olinda, Santarém e Santo Amaro

Níveis de Implantação	Percepção / Compreensão (entenderam o que é?)			Predisposição (existe o incômodo da situação existente e a disposição de testar algo novo?)			Planejamento (foi traçado algum tipo de plano para a implantação das mudanças?)			Implantação (foi posto em prática?)		
	Unidades de Análise	OLINDA	SANTAREM	S. AMARO	OLINDA	SANTAREM	S. AMARO	OLINDA	SANTAREM	S. AMARO	OLINDA	SANTAREM
AUTONOMIA	X	---	X	X	X(parcial)	X	---	---	X	---	---	X
RESOLUBILIDADE	X	X	X	X	---	X	---	---	X	---	X (parcial)	X (parcial)
ACESSIBILIDADE	X	X(parcial)	X	X	X (parcial)	X	---	---	X	---	X (parcial)	X (parcial)
ACOLHIMENTO	X	---	X	X	---		----	---	X	----	---	X (parcial)
ACONSELHAMENTO	X	X (parcial)	X	X	---	X	---	---	X	X (parcial)	---	X

1. Tecnologia CTAmáis

Na etapa final do projeto, consolidamos uma proposta de organização do CTA que se diferenciou substancialmente daquela que confere identidade aos serviços desde os anos de 1980, e que orientou o desenvolvimento do projeto em sua fase inicial. Essa consolidação foi denominada de *CTAmáis* e sintetiza a confluência de três processos desenvolvidos ao longo do presente projeto, que propiciaram um acúmulo de diferentes experiências e conhecimentos.

O primeiro deles, que podemos nomear do componente empírico, diz respeito à observação do processo de trabalho dos CTA, ao conhecimento das motivações dos usuários para realizar o teste anti-HIV e da avaliação que realizam dos serviços recebidos, e à experiência acumulada no processo de intervenção para a implantação das tecnologias propostas na fase inicial do projeto, sendo elas a captação de novos usuários, o acolhimento, o aconselhamento e o aprimoramento da resolubilidade dos serviços.

O segundo, o componente epidemiológico, refere-se aos esforços empreendidos no sentido de melhor compreender o comportamento da epidemia de aids no Brasil, e, a partir disto, analisar os limites e as possibilidades de contribuição de serviços com as características dos CTA, tanto no que diz respeito ao seu modelo organizativo, como da população prioritariamente atendida, para um efetivo enfrentamento da epidemia.

O terceiro, o componente de intervenção, trata-se da incorporação no projeto dos novos conhecimentos produzidos no campo da aids nesses últimos anos, que promoveram uma inflexão nas diretrizes da área de prevenção, com a incorporação de novos métodos e estratégias preventivas, especialmente de cunho biomédico. Esses novos conhecimentos, e as oportunidades de intervenção que propiciam, têm incentivado um amplo debate sobre as possibilidades de um maior controle da epidemia em todo o mundo e dos serviços que serão necessários para promover o acesso da população ao diagnóstico da infecção pelo HIV e aos métodos preventivos.

Assim, a articulação do conhecimento propiciado por esses três componentes possibilitou, em síntese, compreender os limites do atual modelo organizativo dos CTA, essencialmente concentrado na oferta do teste anti-HIV e com uma reduzida capacidade de promover mudanças de comportamento e a incorporação de métodos preventivos de forma duradora ao longo do tempo; a necessidade de, em epidemia concentrada, fundamentar os processos de intervenção nas redes de busca de parceiros sexuais, como forma de alcançar segmentos sociais mais expostos ao HIV, que frequentemente são invisíveis aos serviços de saúde; e as potencialidades de uso do conjunto de métodos preventivos existentes na atualidade, como forma de aprimorar a intervenção nos diversas etapas da cadeia de transmissão e criar um ciclo virtuoso para o enfrentamento da epidemia, que é baseado na prevenção, diagnóstico oportuno e tratamento da infecção.

Com isso, a proposta de organização do CTA elaborada ao final desse projeto buscou superar essas especificidades, radicalizando as proposições discutidas nos anos iniciais do projeto, especialmente no que se refere à missão, aos objetivos e à reorganização do processo de trabalho dos serviços. Assim, ela está fundamentada nos mesmos elementos conceituais e técnicos que desenvolvemos anteriormente, porém, agora, articulados de forma a aprofundar uma proposição de serviço cuja centralidade são as necessidades e demandas dos usuários

para lidarem com a epidemia de aids sem se infectar ou, se infectado, sem aumentar o risco de morrer devido a doença.

Com isso, o objetivo principal do serviço, que desde os anos de 1980 era sintetizado na promoção do conhecimento do status sorológico, passou, na proposição atual, a estar expresso na finalidade de que os indivíduos expostos á infecção tornem-se mais protegidos contra o HIV.

Isso implicou deslocar um modelo organizativo estruturado em torno da oferta do teste anti-HIV, com um fluxo de atendimento fortemente baseado nos momentos pré e pós-teste, para um processo de trabalho que conjuga uma diversidade de protocolos de cuidado adotados conforme necessidades apreendidas de cada usuário por meio da técnica de acolhimento. Os protocolos podem combinar a resolução de problemas de saúde, como o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, a identificação de riscos de infecção pelo HIV, com o uso da técnica de aconselhamento, ou, ainda, a realização de profilaxias pré ou pós-exposição sexual.

O novo modelo organizativo pressupõe, ainda, uma alteração do vínculo do serviço com os usuários, que, em grande parte, se estendia pelo curto período necessário à realização do diagnóstico do HIV. Com a adoção de protocolos de cuidados diversificados e o objetivo de tornar os indivíduos mais protegidos contra o HIV, a exigência é de seguimentos clínicos continuados, que devem ser finalizados somente no momento em que houver a resolução das necessidades de saúde identificadas.

Do ponto vista conceitual, outra alteração esteve relacionada ao enfoque de prevenção, que estava concentrado na promoção do uso do preservativo e intrinsecamente associado à realização do teste anti-HIV, com a abordagem ocorrendo prioritariamente nos atendimentos pré e pós-teste. As mudanças propostas foram na adoção do princípio da "gestão do risco", que busca reduzir vulnerabilidades e promover a autonomia do indivíduo para realizar escolhas informadas sobre métodos e estratégias preventivas e a formulação de protocolos de atendimento dissociados da realização do teste anti-HIV, utilizando, para tanto, a técnica de aconselhamento.

Importante chamar a atenção para o fato de que a formulação dessa nova organização dos CTA não reduz o papel estratégico desses serviços na promoção do diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV, mas, transforma a testagem em um dos protocolos de cuidado ofertado pelo serviço, assim como pressupõe a adoção da técnica de aconselhamento para apoiar os indivíduos infectados a lidarem com o seu status sorológico e a se vincularem aos serviços de tratamento. Com isso, há fortalecimento do papel estratégico dos CTA dentro das políticas de testagem e tratamento universal de pessoas infectadas.

Além disso, a formulação dessa nova proposta assumiu como pressuposto que a população prioritária para o atendimento são os segmentos sociais mais expostos à infecção pelo HIV, que apresentam necessidades e demandas que conformam um padrão de acesso e uso do serviço distinto do da população geral. Por isso, a técnica de captação de novos usuários baseada na rede de busca de parcerias sexuais é indissociável do modelo organizativo proposto, mesmo que o serviço apresente uma clientela com essas características ou alta proporção de positividade de HIV.

Outro aspecto importante para chamar a atenção é o fato de que para orientar uma reorganização dos serviços adotamos três princípios que devem orientar a organização dos processos de trabalho, que estão descritos a seguir:

- 1) **Autonomia** – por meio do qual cada pessoa deve *poder ter os meios e as condições necessárias para tomar decisões em relação a seu próprio tratamento e à sua própria saúde e sobre o uso que fará do cuidado oferecido*. Para tanto, deve ter acesso a tudo que seja importante a uma escolha consciente. Respeitar tal princípio implica em identificar todas as situações no serviço que podem ser objeto de escolha do indivíduo e garantir as condições para que tal escolha consciente possa efetuar-se.
 - 2) **Acessibilidade** – por meio do qual o acesso a um cuidado está relacionado *“a um conjunto de fatores e elementos que facilitam ou dificultam a busca, alcance e obtenção de cuidados de saúde. Quando os facilitadores excedem as barreiras o acesso é realizado”*. O acesso visa facilitar a entrada e o uso de todos os recursos existentes no serviço.
 - 3) **Resolubilidade:** por meio do qual a atenção ofertada é *capaz de resolver demandas e necessidades dos usuários até o nível de sua competência*. No plano individual, a resolubilidade envolve entender a especificidade de cada pedido de ajuda individual, e ajudar o usuário a fazer um bom uso da rede de cuidados disponível.
- A proposta do CTAmMais está disponível no blog <http://ctamais.wordpress.com/> (Anexo 1).

2. Incorporação das tecnologias

Os resultados do diagnóstico mostraram que mudanças organizacionais nos três CTA aprimorariam o acesso de pessoas mais expostas ao HIV aos serviços. Essas mudanças também se faziam necessárias para a implantação das tecnologias de acolhimento e captação, e no manejo do aconselhamento. Partindo do pressuposto formulado por Everett Rogers^{1,2} de que a incorporação das novas tecnologias é um processo ativo e que exige esforço e desacomodação de quem participa, passou-se a compreender que a incorporação das tecnologias propostas só ocorreria de forma efetiva se os profissionais as reconhecessem como uma inovação e que considerassem seus resultados vantajosos. Para isto era necessário desenvolver um processo interativo, no qual os profissionais dos serviços, além de apreenderem os principais conceitos que norteiam a proposta, tivessem a oportunidade de participar no seu desenho e aperfeiçoamento, a partir da discussão do seu processo de trabalho.

A partir do exposto por Trindade³ como etapas essenciais para que inovações (entendidas como produtos e processos) sejam incorporadas de maneira efetiva, o processo de trabalho junto aos CTA se pautou nos seguintes momentos: (i) conhecimento da existência da inovação; (ii) persuasão relativa à opinião favorável ou não, formada na unidade de decisão; (iii) decisão de adotar ou rejeitar a inovação; (iv) implementação da inovação.

A importância da dimensão formativa fica evidente a partir dessa estrutura, na medida em que é a partir do conhecimento sobre a inovação e principalmente sobre os benefícios relacionados aos usuários e ao processo de trabalho que a incorporação passa a se tornar significativa. Elegeu-se como conteúdo básico da formação algumas temáticas que serviram de base para a discussão das inovações: epidemiologia da aids (características históricas e atuais), organização de serviço e o papel estratégico do CTA, o acolhimento e o aconselhamento como estratégias que têm o usuário no centro do cuidado e, a gestão de serviços de saúde.

Num primeiro momento, optou-se por se estabelecer um processo de formação junto às equipes, pautado em reuniões presenciais coordenadas pela equipe da pesquisa, intercaladas com momentos em que os serviços deveriam discutir os temas apresentados nesses encontros e elaborar propostas com vistas às modificações desejadas. Alguns fatores contribuíram para dificultar essa estratégia, como as relacionadas à reduzida formação dos novos profissionais presentes nas equipes; heterogeneidade de conhecimento entre os profissionais; fragilidade do processo de gestão dos serviços; e distância geográfica entre as equipes de pesquisa e dos serviços. Como estratégia para a superação dessas dificuldades, incorporou-se a estratégia de ensino à distância (EaD). De acesso livre, o *Moodle* é um sistema aberto de Gerenciamento de Cursos, conhecido como Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Como eixo do processo de capacitação, foram tomados três dos princípios básicos que regem o funcionamento dos CTA, como consta no *Manual de Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA*⁴: Autonomia, Resolubilidade e Acessibilidade. Os conceitos desses princípios adotados pelo projeto foram elaborados a partir de uma revisão de literatura⁵⁻¹¹, e adaptados ao contexto de um serviço de saúde. A partir de cada um desses princípios, foram discutidas questões relacionadas aos usuários, à gestão e organização do trabalho, a relação das tecnologias propostas com os princípios trabalhados, além dos aspectos teóricos de cada um dos princípios. O desenho instrucional incluiu leituras, vídeos e atividades individuais com vistas à reflexão sobre os temas propostos, de modo a propiciar condições necessárias para as mudanças desejadas e possíveis em cada um dos serviços.

Todos os funcionários dos CTA foram estimulados a participar do processo de capacitação, sem obrigatoriedade. Uma pessoa com habilidade em informática e com formação na área da saúde foi contratada pelo projeto para dar suporte às pessoas que não tinham familiaridade com ambiente computacional, e foi disponibilizado equipamento para propiciar o acesso ao curso durante o horário de expediente. Para a maioria dos participantes, essa foi a primeira experiência em EaD. Este profissional monitor, presente no serviço e disponível para o trabalho junto ao *Moodle*, estimulando a participação das pessoas e apoiando-as na navegação do sistema foi fundamental para o sucesso do processo. O Anexo 2 mostra algumas telas do curso, disponível até 31/12/2013 em: <http://www.ctamais.com.br/>.

Ao final do curso, foi realizada uma avaliação do CTAmiais, por meio de um questionário estruturado, autorrespondido por toda a equipe dos CTA, inclusive pelos profissionais que não participaram do processo formativo (Anexo 3). O questionário envolveu três temas: conhecimento anterior de informática, pertinência dos temas abordados e usabilidade percebida no e-learning^{12,13}. Sobre o conhecimento anterior de informática, considerou-se a familiaridade do indivíduo com a internet, o uso de redes sociais, a disponibilidade de computador em casa e a experiência anterior em EaD. A usabilidade percebida foi caracterizada pela funcionalidade do sistema proposto e facilidade e motivação para utilização. Neste relatório serão apresentados os dados sobre esta categoria.

Trinta e uma pessoas responderam o questionário. Em Santo Amaro, das 20 pessoas da equipe, 15 responderam. No CTA Santarém, 9 dos 11 da equipe responderam. Em Olinda, 7 de 9 funcionários do CTA responderam. Os que não responderam estavam de férias ou se aposentaram. O maior número de respondentes trabalha no atendimento individual (14); 8 na recepção; 6 na coleta e 3 na gestão. A grande maioria, 74,2% fez curso superior e 3,2% fez

apenas o fundamental. Ou seja, 77,5% das pessoas que trabalhavam nos CTA responderam o questionário.

Uma parte dos respondentes (12 - 38,7%) não participou da capacitação. Desses, 6 nunca experimentaram e 6 desistiram, alegando falta de tempo. O envolvimento no processo de capacitação não está associado estatisticamente com a escolaridade, nem mesmo com a familiaridade no uso de computadores ou com a frequência de uso da internet.

Para análise da usabilidade do sistema, foram aplicadas questões que compuseram os temas: procedimentos didático-pedagógicos, funcionalidade do sistema proposto; satisfação e motivação; resultados gerais; e conteúdo geral. As questões deveriam ser respondidas em graus de concordância, de acordo com uma escala de Likert de 5 categorias: discordo totalmente, discordo, não discordo nem concordo, concordo e concordo plenamente, representados pelos valores de 1 (pior) a 5 (melhor).

O quadro 2 apresenta todas as questões que compõe a análise da usabilidade percebida no e-learning, sintetizadas com a média das respostas, e a média geral de cada tema.

Quadro 2 – Médias dos temas avaliados em cada CTA e no total dos respondentes.

TEMAS	CTA			
	Santo Amaro	Santarem	Olinda	Total
Número de pessoas que analisou a usabilidade	11	6	3	20
Procedimentos didático-pedagógicos	3,7	3,5	4,2	3,7
Funcionalidade do sistema	3,1	2,9	2,8	3,0
Satisfação e motivação	3,3	3,2	3,5	3,3
Resultados gerais	4,1	3,5	4,2	3,9
Conteúdo geral	4,3	4,4	4,8	4,4

A médias foram ponderadas pelo número de respondentes de cada CTA, em razão da diferença entre eles. Os valores abaixo de 3 são considerados pontos críticos e acima de 3,5, os pontos positivos. Os valores intermediários são considerados indiferentes.

O tema menos apreciado pelos 3 CTA foi Funcionalidade do Sistema, em particular a navegação no Moodle, a organização do material didático, a facilidade em fazer download de arquivos e as mensagens de erro do sistema. Nesse sentido, para que possa ser mais eficiente em futuras aplicações o desenho instrucional do ambiente - que considera tanto a estrutura e o encadeamento lógico das atividades como a engenharia do ambiente virtual de aprendizagem - deve ser revisto a fim de que sua navegação seja mais simples, de certo modo intuitiva e que favoreça sua utilização. Sob esse aspecto, há a intenção do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo de usar essa ferramenta para a formação de alguns CTA no estado.

Por outro lado o tema com melhor avaliação foi o Conteúdo Geral, mostrando que as equipes dos CTA consideraram o conteúdo atual e necessário para a modificação da visão dos participantes sobre a epidemia de aids no Brasil e sobre o papel estratégico do CTA no enfrentamento da epidemia.

Apesar de positivo no que tange à proposta, esse aspecto chama a atenção e reforça o dado sobre a precariedade e heterogeneidade de formação das equipes que foi coletado no diagnóstico. Os conteúdos desenvolvidos dizem respeito a princípios básicos de funcionamento desses serviços que se baseiam num determinado papel que o CTA deve

exercer que estão descritos pelo Ministério da Saúde desde 2010. Ou seja, mesmo que validadas, as diretrizes não foram efetivamente incorporadas nos serviços e não houve, ao que parece, qualquer tipo de ação ministerial com vista a essa incorporação.

Essa experiência mostra a potencialidade desse tipo de ferramenta para a formação de equipes nos serviços de saúde, assim como alguns aspectos que devem ser levados em conta. Principalmente fatores relacionados ao manejo da ferramenta, definidos aqui como usabilidade, devem ser vistos como fundamentais para a elaboração de propostas dessa natureza. Apesar de muitos dos participantes se sentirem motivados para a participação, as dificuldades com o manejo do ambiente se mostrou com um aspecto que desestimula e dificulta a participação. Além disso, questões relacionadas ao acesso ao computador e à internet, assim como relacionadas à rotina de trabalho, via-de-regra sobrecarregada, e ao tempo necessário à consecução das atividades devem ser entendidos como cruciais.

Referências bibliográficas

1. Rogers, E.M., Takegami, S., Yin J (2001). Lessons learned about technology transfer. *Technovation* 21(4), 253-261.
2. Goulart, E. , Caprino, M. P., & Giacomini Filho, G. (2007). Difusão de inovações: apreciação crítica dos estudos de Rogers. *Revista FAMECOS: mídia, cultura e tecnologia*, 1(33). Disponível em <http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/famecos/article/viewArticle/3258>. [Acesso:m 2 Nov 2012].
3. Trindade, E. (2008). A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo Adoption of new technologies by health services: the challenge of analyzing relevant factors. *Cad. saúde pública*, 24(5), 951-964.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. (2010). *Diretrizes para o funcionamento dos CTA no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde,
5. Morin E. (2003) *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro. Editora Bertrand Brasil.
6. Soares, J.C.R.S, Camargo Jr, K.R. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 11(21), 65-78.
7. Marchi, M. M., & Sztajn, R. (2009). Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. *Revista Bioética*, 6(1).
8. Segre, M., Silva, F., & Schramm, F. R. (2009). O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. *Revista Bioética*, 6(1)
9. Frenk, J., & White, K. L. (1992). The concept and measurement of accessibility. *OPS. Publicación Científica*, (534), 929-943.10
10. Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20(Sup 2), S190-S198.12
11. Piteira, M. R., & Costa, C. J. (2006). Avaliação da usabilidade percebida: plataforma de e-learning Moodle. In *Conferência IADIS Ibero-Americana WWW/Internet* (Vol. 2006). Disponível em <http://design.itml.org/carlos/papers/2006/CIAWI2006.pdf>. [Acesso em: 15 Jul. 2013].
12. Freitas, R., & Dutra, M. (2009). Usabilidade e Interatividade em Sistemas Web para Cursos Online. *Revista Brasileira De Informática Na Educação*, 17(02), 48. doi:10.5753/ RBIE.2009.17.02.48. Disponível em: <<http://br-ie.org/pub/index.php/rbie/article/view/98/85>>. [Acesso em: 15 Jul. 2013].
13. Barbosa, J. G., Rufino de Sá, S., Olímpio de Gusmão, E. H., Medeiros Valentim, R. A., & Garcia Rêgo, A. H. (2012). Usabilidade e navegabilidade no uso do Moodle: estudo de caso no Curso de Capacitação de Gestores em Saúde do Ministério da saúde. In *Anais dos Workshops do Congresso Brasileiro de Informática na Educação* (Vol. 1, No. 1).

3. Avaliação do processo

Nessa etapa do projeto foi avaliada a incorporação das tecnologias no processo de trabalho dos CTA, empregando-se a metodologia qualitativa. Para o delineamento do objeto tomou-se como referência a conceituação propostas por Trindade, como etapas essenciais à incorporação de uma inovação (descritas no capítulo *Implantação das tecnologias*), assim como as finalidades pretendidas com as tecnologias desenvolvidas no contexto do presente projeto, sendo elas: 1) dar real prioridade aos segmentos sociais mais expostos ao HIV,

organizando a atenção conforme a lógica das demandas e necessidades identificadas nesses grupos; 2) reduzir as barreiras de acesso; 3) identificar de forma acurada as demandas e necessidades dos usuários e organizar o atendimento nessa direção; 4) estar apto para resolver, conveniente e apropriadamente, as demandas e necessidades identificadas; 5) incorporar no atendimento os novos métodos e conhecimentos sobre prevenção e cuidado às DST/Aids que oferecem algum benefício aos usuários.

A obtenção dos dados foi realizada entre agosto e setembro de 2013, por dois pesquisadores, que atuaram nos três CTA participantes, de forma consecutiva, utilizando-se dos mesmos procedimentos metodológicos aplicados na fase de diagnóstico, sendo eles:

1. Observação direta dos setores: Recepção e Porta de Entrada, Palestra, Coleta, atendimentos Pré-Teste e pós-teste, com uso de um roteiro e de máquina fotográfica, para registrar também as mudanças físicas e/ou estruturais dos serviços;
2. Entrevistas com gestores: uma em Santarém, uma em Santo Amaro e duas em Olinda (com a atual coordenadora e com a coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids e anterior coordenadora do serviço).
3. Entrevistas com aconselhadores: 6 em Santarém, 4 em Santo Amaro e 3 em Olinda.
4. Entrevistas com profissionais da Recepção: 1 em Santarém e 2 em Santo Amaro. Olinda estava sem funcionário na recepção.
5. Entrevistas com profissionais da coleta (laboratório): 3 em Santarém, 3 em Olinda e 3 em Santo Amaro.
6. Entrevistas com usuários: 9 em Santarém, 7 em Olinda e 9 em Santo Amaro.

As entrevistas foram conduzidas com os roteiros anexos (ANEXO 4), gravadas e transcritas. As informações foram, posteriormente, sistematizadas por categorias e subcategorias assim discriminadas: **a) Caracterização dos entrevistados:** escolaridade e formação profissional; **b) Gestão:** capacidade e autonomia de gestão, equipe de serviço; **c) O Serviço:** adequação da estrutura física, recursos humanos (RH), missão do CTA; fluxo, organização e processo de trabalho, estratégias e insumos de prevenção; **d) Acolhimento:** entrada e recepção do usuário, identificação e resolução das demandas, informações para reorganização, autonomia; **e) Captação:** populações específicas, busca ativa/captação; **f) Aconselhamento:** concepção e uso, perfil do profissional, qualidade, manejo e condução, conteúdo e foco, dificuldades; **g) Usuários:** motivos de busca ao serviço, satisfação do usuário quanto ao serviço, avaliação do aconselhamento, avaliação da ação educativa e **h) Ações educativas:** preparo e condução, conteúdo e temas.

Para a síntese dos resultados, selecionou-se seis unidades de análise (autonomia, resolubilidade, acessibilidade, acolhimento, aconselhamento, serviço) focando-se nas mudanças ocorridas nos serviços segundo quatro níveis de implantação: 1) Percepção/compreensão da tecnologia/princípio; 2) Predisposição para a mudança; 3) Planejamento de ações; 4) Implantação de ações. Foi feita uma análise por serviço para identificar individualmente o nível de implantação de cada tecnologia e princípio propostos.

No anexo 5 encontra-se uma seleção das entrevistas que ilustra a análise a seguir.

CTA Santo Amaro

A. Contextualização

Este serviço esteve inicialmente sob uma frágil gestão técnica e política, apresentando baixa capacidade de decisão e maior dependência da equipe do projeto para implantar as ações propostas. Durante o processo houve substituição da direção do serviço, a princípio por um colegiado e, em seguida, por uma técnica da equipe, que mostrou-se comprometida com a proposta deste projeto. Observou-se, em todo o processo, coesão, comprometimento e interesse dos profissionais do serviço em torno da melhoria da atenção ali prestada, o que favoreceu a adesão às propostas e a participação coletiva em todas as etapas. O CTA está inserido em um conjunto de unidades assistenciais da região, com coordenação formal distinta do Programa Municipal de DST/Aids, o que provoca uma dupla hierarquia, potencializando situações por vezes conflitantes. Houve ainda mudança de gestão no Programa Municipal de DST/Aids, com franca priorização dos serviços de assistência em relação aos CTA, enfraquecendo ainda mais o serviço. Houve perda de funcionários, não sendo repostos três indivíduos que se aposentaram.

B. Porta de entrada (acolhimento e acesso):

Este serviço sempre se caracterizou por uma recepção organizada e humanizada, com profissionais atentos aos usuários e integrados à dinâmica institucional. Isso facilitou uma mudança na porta de entrada, que passou a realizar atendimentos individualizados e privativos, para escuta e identificação dos motivos de busca, necessidades e demandas, adotando fluxos diferenciados em função destas. Esse atendimento na entrada foi concebido pela equipe como *acolhimento*, e o atendimento oferecido ao usuário antes da coleta tornou-se mais individualizado e centrado na singularidade do sujeito e não apenas na testagem. Neste atendimento, o profissional avalia as necessidades do usuário e oferece a relação de exames existentes, estratégias de prevenção disponíveis, ou um atendimento mais individualizado para ajuda pessoal (aconselhamento). Esse tipo de atendimento permite ao usuário exercer a própria autonomia dentro dos limites de recursos oferecidos pelo serviço. Também permite maior flexibilidade na escolha de estratégia de prevenção que seja adequada a cada situação específica, constituindo o que se chama atualmente de *gestão individual de riscos*¹. Esta mudança ocorreu também a partir da percepção da falta de privacidade do ambiente da coleta, onde o usuário dizia o motivo de sua vinda, ao lado de outro usuário que estava sendo atendido concomitantemente. Assim, o atendimento privativo contribuiu para uma menor exposição do usuário durante a coleta. Essa importante mudança indica uma clara compreensão, predisposição, planejamento e execução da *tecnologia do acolhimento*. Porém os próprios profissionais reconhecem que para completar o acolhimento, falta ainda incorporar o processo de reorganização das ações a partir da sistematização e uso das informações fornecidas pelos usuários. Outra mudança relevante foi o estabelecimento de um *plantão* para *entrega dos resultados de exames*. Esta ação torna o serviço mais flexível, ágil, favorece a eliminação da barreira de acesso criada pelo agendamento e possibilita a diminuição do número de usuários que não retornam para buscar seus resultados.

C. Organização das ações (o serviço e sua resolubilidade)

¹ Gestão individual de riscos: manejo das situações de vida, de forma a fazer escolhas e adotar num dado momento, período e contexto, uma combinação de estratégias de prevenção muitas vezes parcialmente protetoras, mas possíveis e convenientes ao indivíduo num dado momento.

Com a diminuição de profissionais nesse período, o serviço acabou restringindo os horários de oferta do teste rápido de HIV, sífilis e hepatites, introduzindo uma barreira de acesso a essa modalidade de testagem. No entanto, cabe salientar que a equipe mantém uma postura de flexibilidade, atendendo a situações específicas quando percebe-se a necessidade ou trata-se de um segmento mais exposto ao HIV.

O acolhimento descrito trouxe para o serviço maior racionalidade na sala de coleta, por triar os usuários de acordo com a necessidade (teste rápido, convencional ou sem necessidade de testagem); maior resolubilidade, ao dar respostas mais apropriadas a demandas específicas; e contribuiu para a implantação de um aconselhamento oferecido segundo a percepção da necessidade de uso desta técnica (em momentos de tomada de decisão e de resolução de problemas individuais). Os profissionais entrevistados relataram que passaram a ter um olhar mais individualizado no atendimento na porta de entrada e maior abertura à diversidade da realidade de cada usuário, com maior variabilidade de respostas possíveis para cada momento de vida e para cada situação apresentada. Outra consequência da implantação do acolhimento é que o preenchimento da ficha de atendimento (SI-CTA) é realizado neste momento, desonerando o atendimento pós-teste, possibilitando reforçar a natureza de ajuda e cuidado característica desse atendimento.

Em relação a outras demandas para além da testagem, o serviço manteve a falta de resolubilidade observada na fase do diagnóstico de situação: falta de referência para as DST, violência e uso de álcool e drogas. Isso se deve, em parte, à precariedade da estrutura assistencial do município e, em parte, à fragilidade do serviço em estabelecer rotinas de referência e contra referência.

Apesar da percepção dos profissionais sobre a necessidade de acessar grupos de maior exposição, não se tem clareza sobre como mudar a população que vai ao serviço, identificando as atividades extra-muros como a única ação possível. Cabe ressaltar que esse serviço apresentou a maior proporção de segmentos sociais mais expostos na sua clientela.

D. Cuidado ofertado (atendimento individual, aconselhamento e autonomia).

Percebeu-se que o serviço qualificou as ações de cuidado do usuário durante todo o fluxo de atendimento. As concepções de aconselhamento identificadas nas entrevistas mostram que houve plena compreensão da natureza e objetivos desta tecnologia, pois concentram-se na ideia de que o aconselhamento não é uma atividade de coleta ou passagem de informações, mas um espaço de reflexão personalizada sobre situações, contextos e atitudes vividas, possibilitando um aumento de consciência e percepção do indivíduo, bem como um aumento de sua capacidade de realizar a prevenção e o autocuidado. Ademais, todos os aconselhadores afirmaram que mudaram *sua prática* de atendimento, tornando esta atividade mais individualizada e dialogada, passando a ter uma maior atenção às falas e conteúdos trazidos pelos usuários, singularizando as respostas oferecidas. Os profissionais percebem a diferença conceitual entre o acolhimento e o aconselhamento e mesmo a diferença entre uma sessão de aconselhamento e o atendimento para a entrega de resultados.

Outra mudança observada em relação ao aconselhamento, é que sua inserção no serviço passou a ser flexível e direcionada aos usuários que, de fato, necessitam, ou seja, quando se identificar uma necessidade de ajuda estruturada e personalizada em relação à

prevenção, diagnóstico ou cuidado, bem como em qualquer momento que o usuário apresente um problema ou dúvida de natureza pessoal que precise de ajuda para resolvê-lo.

Com relação ao manejo no aconselhamento, houve um aprimoramento dos profissionais, que passaram a construir uma relação interpessoal e um ambiente de conversa no qual os contextos, motivações e preocupações individuais são colocadas no centro do cuidado, sem se prenderem a roteiros e conteúdos pré-estabelecidos.

O princípio de autonomia passou a ser incorporado ao atual modo de atendimento, na medida em que se privilegia as escolhas e interesses do usuário em relação a resolução de seus problemas (fazer ou não o teste, tipo de exame, modalidades de prevenção), ampliando inclusive o leque de opções preventivas para além do preservativo, chegando o mais próximo possível da prática de *gestão individual de riscos*.

CTA Olinda

A. Contextualização

No período estudado houve mudança de gerência do serviço, com melhoria da competência técnica e do comprometimento do serviço, porém, problemas gerenciais não foram superados. Percebe-se pouca autonomia e baixa capacidade de resolução de problemas cotidianos. Neste período, o serviço que apresentava restrição no horário de atendimento (somente manhã) e equipe reduzida, perdeu um terço da equipe. A atual gerente acumula múltiplas funções: gerente, aconselhadora, única executora de teste rápido, prestadora de assistência para DST e formadora de teste rápido do município. No momento da entrevista, ela mostrou-se exaurida, aguardando a contratação de novos profissionais. Relatou a sensação da falta de condições para desenvolver um trabalho de qualidade e eficiente, sem que a prefeitura veja o CTA como um serviço estratégico. A equipe encontra-se fragilizada e sem perspectivas quanto ao futuro, o que limitou as possibilidades de implantação das tecnologias. Não houve mudança nas condições físicas do CTA, que já eram precárias.

B. Porta de entrada (acolhimento e acesso)

A porta de entrada dos usuários manteve-se restrita ao recolhimento dos cartões dos usuários para organizar o atendimento pré ou pós-teste. O local destinado a esta atividade sempre foi inadequado, pois se trata de uma mesa num corredor de passagem, sem privacidade. Não havia recepcionista (que está licenciada há 2 meses) e os outros profissionais fazem rodízio para a coleta dos cartões.

A diminuição do número de profissionais foi acompanhada pela redução significativa no número de usuários novos atendidos por dia (10 pessoas). A solução proposta pela secretaria era o agendamento de consultas, o que descaracterizaria a missão do CTA, como serviço de porta aberta. Entrevistados relatam que essa situação fere os princípios de resolubilidade, autonomia e acessibilidade dos usuários. Mesmo com tais dificuldades o serviço realizou uma mudança favorável ao acesso dos usuários no serviço, retirando a palestra como atividade prévia obrigatória para a entrada no serviço.

O *acolhimento* foi compreendido pelos profissionais e há predisposição para sua implantação, porém não foi traçado um plano para isto. Nota-se que os profissionais realizam uma escuta qualificada na atividade de pré-teste, ainda que boa parte do atendimento seja

conduzido pela ficha do serviço. Entretanto, as informações coletadas *não tem* finalidade de reorganização do serviço, *nem são* utilizadas na diferenciação de fluxos de atendimento.

O serviço mantém uma concentração significativa de gestantes na clientela. Embora os profissionais percebam a necessidade de acessar grupos de maior exposição, eles identificam que essa mudança só ocorreria com a ampliação da oferta da testagem na atenção básica. Não foi estabelecida uma estratégia para aumentar a população de maior exposição no serviço, assim como, a população de gestante permanece sem ser referenciada para serviços de atenção básica capacitados para o teste rápido.

C. Organização das ações (o serviço e sua resolubilidade)

Não houve melhora em relação a fluxo de atendimento. Ainda ocorre perda de exames, atrasos de entrega de exames laboratoriais, falta de articulação com o laboratório e com outras unidades de referência. Acrescido a isso, os dias em que se faz o teste rápido são limitados por haver somente um profissional executor, e o usuário acaba sendo direcionado para o teste convencional.

O espaço físico limita a possibilidade de qualificação dos atendimentos, e os princípios do sigilo e confidencialidade são ainda prejudicados pelas sucessivas interrupções do atendimento, uma vez que as salas de aconselhamento servem a múltiplas funções: armazenamento de prontuários, de insumos e outros materiais.

D. Cuidado ofertado (atendimento individual, aconselhamento e autonomia).

Foi observada uma mudança de percepção em relação à autonomia do usuário. O princípio de autonomia é visto como uma oportunidade de escolha consciente e informada entre opções existentes, possibilitando ao usuário o conhecimento de vantagens e desvantagens das mesmas. Esta visão ampliou a oportunidade de decisão do usuário em relação ao tipo de teste. Mesmo com limitações de dias em que é ofertado, o teste rápido é realizado para todos que desejam.

A relação com o usuário tornou-se mais horizontalizada com maior escuta das necessidades individuais, contribuindo para a especificidade da resposta do serviço. Apesar de o atendimento individual ter se tornado mais personalizado, as opções preventivas oferecidas pelo serviço ainda são restritas ao preservativo masculino e feminino. O gel lubrificante, mesmo quando solicitado, não é disponibilizado a todos e a oferta é restrita à população HSH.

Em relação ao aconselhamento, foram identificadas concepções semelhantes às observadas na fase do diagnóstico situacional: espaço para coleta de informações, identificação do perfil de risco e orientação padronizada (mostrando uma preocupação maior com os dados para o serviço do que com o usuário). Já se delineia, porém, uma concepção mais elaborada, na direção proposta pelo projeto.

O aconselhamento não é oferecido conforme a necessidade dos usuários e permanece certa confusão entre as tecnologias de aconselhamento e acolhimento. No entanto, os profissionais entrevistados identificam mudanças em sua prática, afirmando que há maior individualização da atenção, o que permite menor padronização da ação, dando mais espaço de escolha para o usuário. Essas mudanças não são similares entre os profissionais, havendo percepção e manejo diferenciado das sessões de aconselhamento entre os técnicos da equipe.

O fato do acolhimento não ter sido implantado faz com que o atendimento pré e pós-teste fique sobrecarregado, sendo os únicos momentos de contato interpessoal no serviço. Neles são passadas as informações sobre o serviço e sobre as doenças, são coletados dados padronizados sobre o usuário, além do acolhimento à demanda individual.

Em relação ao nível de implantação da tecnologia de aconselhamento, considera-se que houve compreensão da natureza da atividade e predisposição para mudança, sem haver ainda plena compreensão dos horizontes normativos ou o planejamento de mudanças consistentes.

CTA Santarém

A. Contextualização

O CTA de Santarém também mudou de gerência, mas em função da mudança do governo municipal. A equipe do serviço foi aumentada, recebendo dois enfermeiros, dois auxiliares administrativos e uma assistente social. Apesar disso, a equipe do serviço mostra-se pouco coesa e pouco comprometida com o projeto e com as mudanças. Existe certa acomodação e um individualismo nas práticas. Há dificuldades para implantar e sustentar ações de caráter coletivo. As decisões realizadas em reuniões coletivas são raras e pouco sustentadas pelos profissionais. O serviço tem apoio municipal e é referência importante para a testagem de gestantes da rede básica.

B. Porta de entrada (acolhimento e acesso)

Em relação ao diagnóstico situacional, não houve mudança no horário de entrada dos usuários no serviço, mantendo-se o ingresso dos usuários restrito às segundas, terças e quintas-feiras, das 7:00 às 7:30 hs. Os fluxos de atendimento permaneceram rígidos, obedecendo a uma rotina padronizada: usuários de primeira vez passam por uma palestra inicial obrigatória e usuários de retorno ou entrega de resultados passam pelo atendimento pós-teste. Isso evidencia uma importante barreira de acesso. A palestra é mantida, e todos a consideram essencial para transmissão de informações padronizadas para todos os usuários.

Entretanto, os profissionais relataram que, após o projeto, foi introduzida uma flexibilização no horário de entrada para populações consideradas mais vulneráveis (HSH, travestis), podendo chegar a qualquer hora do dia. Além disso, foram realizadas ações extramuros para acessar esses grupos, o que mostra uma relativa incorporação das diretrizes propostas pelo projeto. Apesar do reconhecimento da importância de aumentar o acesso a estes grupos, não existe um consenso na equipe sobre a flexibilização de horário. Nesse sentido, existe a compreensão da necessidade de aumentar o acesso ao CTA de segmentos de maior exposição ao HIV, mas não há uma coesão na forma como fazer.

A adoção do princípio de autonomia não foi incorporada na rotina e os profissionais do CTA o percebem como ameaçador e desestruturante de uma organização de serviço avaliada positivamente. Há um receio de um excesso de liberdade do usuário no serviço.

Isso ocorre apesar dos profissionais mencionarem a importância das escolhas dos usuários como forma de resolução de suas demandas. Existe uma confusão entre as tecnologias de acolhimento e de aconselhamento explicitada na fala dos entrevistados, que não percebe diferenças em suas definições e as vêem como atividade única. Nesse sentido, pode-se dizer

que nesse serviço não se atingiu o primeiro nível de implantação do acolhimento: compreensão de seu significado.

C. Organização das ações (o serviço e sua resolubilidade)

Apesar de possuir um espaço de atendimento individualizado antes da coleta, chamado aconselhamento pré-teste, onde o usuário pode expor o motivo de sua vinda ao CTA, a informação trazida pelo usuário não é usada para melhor inseri-lo no serviço e fornecer uma resposta mais resolutiva e personalizada segundo sua demanda. Com isso, permanece apenas um tipo de fluxo dentro do serviço para o atendimento do conjunto das necessidades apresentadas pelos usuários.

Não existe sistematização das informações coletadas dos usuários, embora todas as salas de atendimento individual disponham de computadores com a ficha de atendimento. Algumas informações são quantificadas para responder a demandas externas (secretaria da saúde, Ministério da Saúde), sem serem utilizadas para avaliar o serviço.

Houve mudanças importantes no sentido de garantir a confidencialidade e sigilo do resultado do teste, pois o espaço destinado a essa atividade foi transferido para salas privativas. O serviço continua resolutivo para demandas relacionadas a DST.

D. Cuidado ofertado (atendimento individual, aconselhamento e autonomia).

Em relação ao aconselhamento permanece uma concepção que valoriza como um espaço para transmissão e checagem de informações padronizadas, e para dar respostas a dúvidas específicas. No entanto, já existe a manifestação da compreensão do aconselhamento como espaço de escuta e reflexão conjunta sobre situações, contextos e atitudes de risco, de forma a ajudar o indivíduo a se posicionar e adotar o autocuidado. Os profissionais entrevistados relatam uma mudança em sua prática, ouvindo mais os usuários, com intenção de tornar o aconselhamento mais individualizado. Diferenças significativas foram observadas na percepção e prática do aconselhamento entre os diferentes profissionais, em função de sua formação e tempo de experiência no serviço. A maioria dos profissionais está no nível de implantação chamado de predisposição à ação.

O manejo e condução do aconselhamento diferem igualmente de profissional para profissional e apesar de alguns tentarem acessar e compreender as motivações e preocupações dos usuários em relação ao teste, não se observou nesta prática o uso do princípio de autonomia e resolubilidade no que diz respeito à gestão de risco. Neste serviço, as opções de prevenção concentram-se exclusivamente na oferta do preservativo masculino e feminino, sem uso de outras estratégias. Informa-se a existência da Profilaxia Pós-Exposição (PEP), mas não se encaminhou ainda nenhum caso para adoção dessa estratégia.

Conclusão

Os três serviços estudados encontram-se em momentos bastante distintos em relação ao nível de implantação das tecnologias. Santo Amaro foi o que mais se aproximou da incorporação das tecnologias nos processos de trabalho. Uma das razões consideradas para tal resultado é que desde o início este serviço demonstrava-se mais comprometido com o projeto, solicitava mudanças em seu processo de trabalho, apresentava uma percepção crítica de suas limitações e de seu papel diante da epidemia e já haviam iniciado um processo de

incorporação de inovações no sentido proposto pelo projeto. Apesar da gestão fragilizada a coesão da equipe foi decisiva.

Os outros dois serviços apresentavam contextos políticos desfavoráveis e equipes sem ampla formação para o manejo das tecnologias propostas, assim como uma visão mais restrita do papel do CTA frente à epidemia, o que pode ter contribuído para atenuar uma percepção sobre as necessidades de mudança e de incorporação de inovações.

4. Investimentos para aprimoramento da tecnologia de captação

Com relação à tecnologia de captação, foi dada ênfase na estratégia de comunicação, com apoio de dois profissionais de comunicação que atuam no campo da aids. Por meio de grupos focais com usuários hetero e homossexuais dos CTA e entrevistas com aconselhadores, adotou-se o conceito de que é importante ajudar o usuário com resultado negativo a reconhecer que ter feito o teste é uma conquista a ser valorizada e compartilhada, despertando o senso de responsabilidade e solidariedade para outras pessoas que ainda não conseguiram superar essa etapa. A partir desse conceito, propôs-se o seguinte *slogan*: *Se lembra da lembrança daquela pedra no sapato? Com o teste, a dúvida vai embora e você tira a pedra do seu caminho*. Foram elaborados os convites que serão distribuídos aos usuários voluntários dessa iniciativa e os cartazes (Anexo 6) que serão afixados nos CTA.

Ainda como investimento na Captação, foi desenvolvido um sistema de agendamento e gerenciamento (Anexo 7), com tecnologia web, com os seguintes componentes 1. Geração de senhas para que seja possível identificar a rede de convites; 2. Cadastro dos usuários da captação; 3. Registro do inquérito dos convidados, e produção de base de dados; 4. Registro do inquérito dos usuários dos CTA não participantes da captação; 5. Sistema de agendamento para atendimento do indivíduo, via internet ou telefone; 6. Relatórios para monitoramento dos convites; 7. Relatórios de perfil epidemiológico dos participantes da estratégia.

Além dos CTA participantes do presente projeto, outros três CTA também estão no processo de planejamento para implantação: CTA de Guarulhos (SP), Sorocaba (SP) e Porto Alegre. A descrição sucinta da tecnologia está descrita no Anexo 8.

III. DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DO APOIO INSTITUCIONAL RECEBIDO NO PERÍODO

Na sua missão principal de produzir conhecimento por meio de pesquisas na área de Saúde Coletiva, o Instituto de Saúde disponibiliza todo o apoio necessário, no que diz respeito à disponibilização do espaço físico e ao incentivo à participação de seus pesquisadores.

Nesta última fase do projeto, no entanto, a estrutura de informática disponibilizada pela instituição deixou a desejar. Não foi possível implantar o software Moodle no Instituto de Saúde, embora seja um programa de acesso livre e gratuito e amplamente usado pela própria Secretaria de Estado da Saúde. A instituição mostrou desinteresse em incorporar essa tecnologia, talvez por desconhecimento do sistema e descaso em aprender.

Como descrito em item anterior, essa plataforma foi usada neste projeto para desenvolver a estratégia para formação das equipes dos CTA e apoiar o processo de implantação de tecnologias. A hospedagem em um servidor privado provocou atrasos na disponibilidade do programa para as equipes dos CTA, além de forçar o acesso em um site privado, quando se trata de um programa público.

Por fim, o desenvolvimento do presente estudo foi possível devido à participação das instituições parceiras: os Centros de Testagem e Aconselhamento envolvidos, o Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids de São Paulo, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a Fapesp.

IV. DESCRIÇÃO DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS

Item	Justificativa	Valor
	Reserva técnica	
Mini Notebook Sony Vaio	Adquirido com a finalidade de propiciar o apoio à coordenadora do projeto em atividades externas ao Instituto de Saúde (coleta de dados, apresentações e reuniões técnicas etc.), assim como qualificar e atualizar o acervo de informática do grupo de pesquisa.	R\$1801,00
Computador desktop Vostro 230 DELL	Adquirido como contribuição do projeto à melhoria de sua infraestrutura do Núcleo de Práticas em Saúde do Instituto de Saúde (SES-SP) e por conseguinte, às atividades inerentes ao presente estudo. Está voltado à análise estatística de dados primários e secundários, assim como elaboração de textos e apresentações de resultados dos projetos do núcleo.	R\$2146,93
Software MAX QDA	Adquirido para apoiar a análise das entrevistas realizadas nos CTA, como parte do diagnóstico qualitativo realizado este ano. Posteriormente, será usado para apoiar a análise das entrevistas de avaliação das tecnologias.	R\$1256,65
Pen drive 4GB	Necessário para gravar o software MAX QDA. A instalação do software na mídia pen drive, possibilita o uso por diversos pesquisadores.	R\$45,00
Seguro dos laptops	Devido ao fluxo de pessoas nos CTA de Olinda e Santarém, decidiu-se por segurança fazer um seguro contra roubo para cada um dos laptops comprados pelo projeto. R\$217,67 cada apólice.	R\$435,33
Tradução de 2 artigos	O estudo do tema diagnóstico tardio de aids, no início do projeto, motivou a análise dos dados dos sistemas de informações do DATASUS ligados à HIV/aids (SISCEL, SICLOM, SIM, SISVAN). Dois artigos foram produzidos (elencados no item produção deste relatório), para publicação em periódicos internacionais. Um deles foi publicado na Plos One em janeiro de 2011 (valor da tradução: R\$1150,00). O segundo artigo passou por duas traduções, a original e a da versão final e foi publicado periódico BioMed Central Infectious Disease. Versão Original: R\$1485,33 – Prestadora do serviço: Palavra Impressa. Versão Final: Prestadora do serviço: Precise Editing R\$1811,10).	R\$4446,33
Publicação de artigo	Publicação do artigo Late entry into HIV care: lessons from Brazil, 2003 to 2006, no periódico BMC Infectious Disease. Valor: R\$1996,07.	R\$3912,31
Diárias	Pagamento de diárias para Josias Martins Borges, do CTA de Olinda, que participou da oficina para desenvolvimento do projeto realizada em dezembro de 2011, no Instituto de Saúde, acompanhando a Coordenadora Municipal de DST e Aids de Olinda, Sony Santos.	R\$770,00
Tablet	Adquirido para apoio à coleta de dados do projeto, em especial durante o desenvolvimento da estratégia de comunicação, realizada em maio e junho de 2012, quando foram realizadas entrevistas com aconselhadores do CTA de Santo Amaro e grupos focais com populações específicas. Kalunga. CNPJ: 43.283.811/0012-02. Valor: R\$1.499,00.	R\$1.499,00
Notebook	Comprado para o usufruto do Centro de Referência e Treinamento de DST	R\$2.655,15

	e Aids, instituição parceira neste projeto, para viabilizar sua participação no trabalho de campo e análise dos dados. Fast Shop Comercial S.A. CNPJ: 43.708.379/0064-85. Valor: R\$2.655,15.	
Notebook e HD externo	Comprados para usufruto do Centro de Gerenciamento Administrativo do Instituto de Saúde. Até então, a área responsável pelas atividades administrativas do Instituto não contava com equipamento de informática móvel. FNAC Brasil LTDA. CNPJ, 02.634.926/0004-07. Valor total: R\$2.559,46 (Notebook R\$2254,73 + HD externo R\$304,73).	R\$2.559,46
Ventilador de pé	Para melhorar as condições de uso da sala de reuniões do Instituto de Saúde. Valor: R\$157,65 (R\$149,90 + frete R\$7,75).	R\$157,65
Quadro branco	Para a sala de reuniões do Núcleo de Práticas em Saúde do Instituto de Saúde. Valor: R\$331,44.	R\$331,44
Projektor Powerlite	Para ser usado em reuniões científicas ordinárias dos pesquisadores do Projeto CTAmiais e apresentações nas instituições envolvidas no projeto. Valor: R\$2.700,00.	R\$2.700,00
Tablet IPAD	Para ser utilizado inicialmente pela equipe de pesquisadores do Projeto CTAmiais para acompanhamento à distância da implantação e desenvolvimento da captação de pessoas mais expostas ao vírus HIV. Depois poderá ser usado em outros projetos do Núcleo de Práticas em Saúde do Instituto de Saúde. Valor: R\$1.906,00.	R\$1.906,00
2 Tablet mini IPAD	para serem utilizados inicialmente pela equipe de pesquisadores do Projeto CTAmiais, para acompanhamento à distância da implantação e desenvolvimento da captação de pessoas mais expostas ao vírus HIV. Depois poderá ser usado em outros projetos do Núcleo de Práticas em Saúde do Instituto de Saúde. Valor total: R\$2994,00 (R\$1.497,00 cada).	R\$2994,00
Material de escritório	Um apagador, pincéis para quadro branco, um software anti-vírus, cartuchos para impressora, 3 headset (microfone e fone de ouvido para reuniões à distância) e 7 pen drives. Material destinado a equipar o Núcleo de Práticas em Saúde do Instituto de Saúde. Valor total: R\$652,00.	R\$652,00
Serviços de terceiros	contratou-se um assessor em estatística durante 3 meses, no valor de R\$2.200,00 por mês, para processar todos os dados coletados na fase diagnóstica do projeto, analisar dados, organizar apresentações e disponibilizar informações para o curso CTAmiais. Com isso foi possível organizar o acervo de dados do projeto, com todos os bancos de dados, transcrições de entrevistas e apresentações realizadas. Outra atividade realizada por essa assessoria diz respeito a viabilização de cada um dos CTA para implantar o Moodle em seu serviço, conectar-se com o projeto CTAmiais e desse modo, permitir às equipes locais o acompanhamento do curso. Valor total: R\$6.600,00.	R\$6.600,00
Total de recursos gastos da Reserva Técnica		R\$ 36.868,25
Benefícios complementares		
Passagem e seguro obrigatório	Compra de passagem aérea e seguro obrigatório de viagem para Portugal. Participação no para o European Congress of Epidemiology . Valor total: R\$3764,17 (R\$3605,42 + R\$158,75).	R\$3764,17
Inscrição em congresso	inscrição para o European Congress of Epidemiology, realizado na cidade de Porto, Portugal, de 5 a 8 de setembro de 2012. Valor: R\$1.204,05.	R\$1.204,05
Diárias para congresso	Para o European Congress of Epidemiology, na cidade de Oporto. Valor: R\$3275,37.	R\$3275,37
Livro	Epidemiologia Moderna, de Rothman, Greenland & Lash, 3ª edição. Ed. Artmed. Livraria Cultura. Valor total: R\$156,90 (R\$152,00 + frete R\$4,90)	R\$156,90
Notebook	Sony Modelo SVS13A25PBS. Para ser usado pela pesquisadora principal. Valor R\$3374,00.	R\$3374,00
Notebook	Samsung Modelo 53OU3CAD5. Para ser usado pela equipe do projeto.	R\$2.443,00

	Valor R\$2.443,00	
Impressora	Multifuncional HP 3516 All in One. Para ser usada pela equipe do projeto. Valor: R\$271,00.	R\$271,00
Total de recursos gastos com Benefícios Complementares		R\$ 14.488,49

V. PUBLICAÇÕES

1. Artigos publicados em revista científica indexada

Grangeiro, Alexandre; Escuder, Maria Mercedes; Menezes, Paulo Rossi; Alencar, Rosa; Ayres de Castilho, Euclides. **Late Entry into HIV Care: Estimated Impact on AIDS Mortality Rates in Brazil, 2003-2006**. Plos One. v.6, p.e14585 - , 2011. (Anexo 9)

Muitos estudos mostraram a forte associação entre o diagnóstico tardio, e conseqüentemente o início tardio de seguimento clínico, e o risco de morrer de aids. Em estudo prévio publicado pela equipe do presente projeto (2008), estimou-se que entre 2003 e 2006, 43,6% dos pacientes iniciaram tardiamente seguimento clínico (n=115.369). Este estudo foi desenvolvido com base em três sistemas de informações gerenciados pelo Ministério da Saúde e que acompanharam o universo de pessoas com HIV em tratamento dos serviços públicos de saúde do país, sendo eles o Sistema Logístico para o Controle de Exames de Contagem de Células TCD4+ e de Carga Viral (SISCEL), Sistema de Informação de Agravos de Doenças Notificáveis (SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A partir dos achados desse trabalho, julgou-se pertinente analisar, no Brasil, a fração das mortes por aids atribuíveis ao início tardio de seguimento clínico de pessoas HIV⁺ e, a partir disto, estimar o número de mortes potencialmente evitáveis com a promoção do diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e o seu efeito na redução das taxas de mortalidade por aids no país. Ressalta que o diagnóstico oportuno do HIV é uma das finalidades das tecnologias para a ampliação do acesso aos CTA, que vêm sendo desenvolvidas no âmbito do Projeto financiado pela FAPESP.

Grangeiro, Alexandre; Escuder, Maria Mercedes; Pereira, Julio Cesar Rodrigues. **Late Entry into HIV Care: lessons from Brazil, 2003 to 2006**. *BMC Infectious Diseases* v12.p1: 99., 2012. Para o aprimoramento das tecnologias que estão em desenvolvimento, decidiu-se analisar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos indivíduos e os fatores contextuais (oferta de diagnóstico na rede pública, perfil da epidemia de aids e tamanho do município) associados ao diagnóstico tardio no Brasil. Essa análise deu origem ao artigo “Início tardio de seguimento: lições do Brasil, 2003 a 2006”, com vistas à publicação em periódico internacional. O artigo mostrou que as desigualdades de acesso aos serviços no Brasil podem ser explicadas por aspectos relacionados ao gênero, ciclo de vida, formas de transmissão do HIV e aos contextos de desenvolvimento social e de oferta do diagnóstico do HIV na rede pública de saúde. Assim como, analisou quais os grupos sociais que teriam maior impacto para a redução da proporção de seguimento tardio no Brasil, caso fossem priorizados nas estratégias de ampliação do diagnóstico oportuno. Esses achados, que até então não se encontravam disponíveis na literatura sobre aids no Brasil, foram também considerados para o desenvolvimento das tecnologias para promover o diagnóstico oportuno do HIV em CTA. (Anexo 10)

2. Trabalhos apresentados em conferências internacionais

Evento: European Congresso of Epidemiology. Portugal, setembro de 2012. (Anexo 11)

Inequity in early clinical follow-up of HIV+ persons in Brazil, from 2003 to 2006. Maria Mercedes Escuder; Alexandre Grangeiro; Julio Cesar Rodrigues Pereira. **Modalidade oral**

Mais uma análise do tema início tardio de seguimento clínico em pacientes com HIV e aids, focando que em regiões menos desenvolvida a prevalência de HIV é menor, porém em crescimento, principalmente em municípios onde a oferta de teste é menor. Essa característica influencia fortemente na proporção de diagnóstico tardio.

3. Trabalhos apresentados em conferências nacionais**Evento: 12º Congresso Paulista de Saúde Pública. São Bernardo do Campo, 22 a 26 de outubro de 2011 (Anexo 12)**

1. Concepções sobre o aconselhamento em DST/Aids: a visão de três serviços no Brasil. Ligia Rivero Pupo; Paulo Henrique Nico Monteiro; Diva Maria Moreno; Karina Wolffenbittel; Alexandre Grangeiro; Maria Fernanda Porto Alves; Maria Mercedes Escuder. Apresentado por Ligia Pupo. Modalidade oral.
2. Problemas do aconselhamento em três CTA do Brasil: distintas visões e distintas naturezas. Ligia Rivero Pupo; Paulo Henrique Nico Monteiro; Diva Maria Moreno; Karina Wolffenbittel; Alexandre Grangeiro; Maria Fernanda Porto Alves; Maria Mercedes Escuder. Apresentado por Ligia Pupo. Modalidade oral.
3. Usuários de um centro de testagem e aconselhamento em DST/aids no município de São Paulo - SP. Paulo Henrique Nico Monteiro; Ligia Rivero Pupo; Diva Maria Moreno; Karina Wolffenbittel; Alexandre Grangeiro; Maria Fernanda Porto Alves; Maria Mercedes Escuder. Apresentado por Paulo Monteiro. Modalidade Poster.

Evento: IX Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids. II Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites Virais; VI Fórum Latino-americano e do Caribe em HIV/Aids e DST e V Forum Comunitário. São Paulo, agosto de 2012 (Anexo 13)

1. A rede de CTA deve ser mantida no Brasil? Maria Mercedes Escuder; Alexandre Grangeiro; Karina Wolffenbittel; Ligia Rivero Pupo; Paulo Henrique Monteiro; Diva Maria Moreno; Carolina Souza Adania. Apresentado por Alexandre Grangeiro. Modalidade Oral.
2. Problemas do aconselhamento em três CTA do Brasil: uma comparação entre o discurso e a prática. Ligia Rivero Pupo; Paulo Henrique Nico Monteiro; Diva Maria Moreno; Karina Wolffenbittel; Alexandre Grangeiro; Carolina Simone Souza Adania; Maria Mercedes Escuder. Apresentado por Ligia Pupo. Modalidade oral.
3. Por que as pessoas adiam a realização do teste anti-hiv? Alexandre Grangeiro; Maria Mercedes Escuder; Karina Wolffenbittel; Ligia Rivero Pupo; Paulo Henrique Monteiro; Diva Maria Moreno; Carolina Simone Souza Adania. Apresentado por Alexandre Grangeiro. Modalidade Oral.
4. Acesso ao diagnóstico: desenho de uma estratégia de comunicação para um interlocutor invisível. Eliane Pereira Gonçalves; Alexandre Grangeiro; Karina Wolffenbittel; Ligia Rivero Pupo; Paulo Henrique Monteiro; Diva Maria Moreno;

-
- Carolina Adania; Maria Mercedes Escuder. Apresentado por Eliane Pereira Gonçalves. Modalidade Oral.
5. Entre a teoria e a prática: o diálogo entre a equipe de pesquisa e serviço de saúde. Carolina Souza Adania (bolsista TT do projeto). Ligia Rivero Pupo; Paulo Henrique Monteiro; Diva Maria Moreno; Karina Wolffenbuttel; Alexandre Grangeiro; Maria Mercedes Escuder. Apresentado por Carolina Souza Adania. Modalidade Oral.
 6. O aconselhamento nos CTA: concepções em três serviços no Brasil. Diva Maria Moreno; Ligia Rivero Pupo; Paulo Henrique Monteiro; Karina Wolffenbuttel; Alexandre Grangeiro; Carolina Simone Souza Adania; Maria Mercedes Escuder. Apresentado por Diva Maria Moreno. Modalidade Poster.
 7. A implantação das tecnologias de prevenção nos serviços de saúde: reflexão a partir do plano de trabalho com CTA. Paulo Henrique Nico Monteiro; Diva Maria Moreno; Ligia Rivero Pupo; Paulo Henrique Monteiro; Karina Wolffenbuttel; Alexandre Grangeiro; Carolina Souza Adania; Maria Mercedes Escuder. Modalidade Publicação em CD.

Evento: 13º Congresso Paulista de Saúde Pública. São Paulo, agosto/ setembro de 2013

1. CTAmiais: inovar para atingir a população exposta ao HIV. Maria Mercedes Escuder; Alexandre Grangeiro; Karina Wolffenbuttel; Ligia Rivero Pupo; Paulo Henrique Monteiro; Diva Maria Moreno; Carolina Souza Adania. Apresentado por Maria Mercedes Escuder. Modalidade Poster. **(Anexo 14)**

VI. LISTA DOS TRABALHOS PREPARADOS OU SUBMETIDOS

Durante o projeto foi realizado, em conjunto com o Ministério da Saúde e Organização Panamericana de Saúde, um seminário sobre as estratégias de gerenciamento do risco para a prevenção das DST e aids. O objetivo foi sistematizar conhecimentos e criar um consenso sobre as diversas estratégias de prevenção, comportamentais ou biológicas, que possam conferir algum grau de proteção aos indivíduos, em particular àqueles mais expostos ao risco de infecção. O resultado desse seminário foi incorporado pelo projeto, de forma a orientar a atuação dos CTA com populações mais expostas ao risco.

A Revista Brasileira de Epidemiologia publicará um número temático, contendo coletânea de artigos sobre o uso dos novos métodos de prevenção da transmissão sexual do HIV no contexto brasileiro (Anexo 15).

VII. BOLSAS TREINAMENTO TÉCNICO DO PROJETO

As bolsas de treinamento técnico foram concedidas pela Fapesp fora do item orçamentário do projeto. Cinco bolsistas trabalharam no estudo, com atuação nos CTA participantes ou no Instituto de Saúde. O objetivo foi contribuir para a formação de profissionais para a difusão e replicação das tecnologias de captação de novos usuários, de acolhimento e aconselhamento continuado para cada Centro de Testagem e Aconselhamento em Aids envolvidos no projeto, e no Instituto de Saúde, com vistas à redução de barreiras de acesso aos serviços a serem implantadas e avaliadas no projeto de pesquisa.

Avaliação das atividades para o período

Como já relatado em relatórios anteriores, as bolsistas contratadas para atuar nos CTA foram inseridas nas equipes dos serviços, exercendo atividades de atenção ao usuário antes de iniciar atividades da pesquisa. Com isso, rapidamente ganharam confiança das equipes dos serviços, o que facilitou muito o entendimento sobre os objetivos da pesquisa e consequentemente, a comunicação entre as equipes do projeto e dos CTA.

A presença permanente de um bolsista nos serviços foi fundamental na fase de implantação do inquérito para estabelecimento de linha de base, que exigiu conhecimento sobre o fluxo e rotinas do serviço para o desenho da amostra, decisões sobre o sorteio dos usuários, escolha de momentos e locais adequados para aplicação dos questionários. Com isso foi possível estabelecer fluxos para sorteio dos usuários sem que alterasse a rotina do serviço e procedimentos para controle de qualidade da coleta de dados. Ao final da etapa de diagnóstico, a presença das bolsistas nos CTA facilitou as ações do projeto que visaram a implantação das tecnologias propostas.

A bolsista contratada para trabalhar no Instituto de Saúde também teve oportunidade para conhecer e trabalhar no CTA de Santo Amaro, como forma de aprendizado e aperfeiçoamento das suas atividades.

Destaco a importância das bolsistas no início da capacitação à distância, nos CTA Santo Amaro e Olinda, pela habilidade em trabalhar com computação, e pelo tempo disponível em serviço, colaboraram na introdução da ferramenta Moodle na rotina de muitas pessoas que não tinham familiaridade com internet ou com sites de redes sociais. Aprenderam a navegar rapidamente pelo CTAmás e ajudaram a organizar o acesso à estratégia a todos os interessados.

Dada a missão que é própria dos CTA, no que diz respeito ao atendimento a populações específicas em situações de vulnerabilidade, cuidou-se para proporcionar aos bolsistas discussões sobre ética em pesquisa, metodologia de pesquisa, inquéritos de saúde, prevenção de DST e Aids, vulnerabilidade e outros temas relacionados ao projeto em questão. No anexo 16 encontram-se os relatórios sintéticos das bolsistas em atividade.

Planilha das bolsas TT concedidas ao projeto

Processo	Nome	Local de trabalho	Período de vigência	Valor contratado
2010/18120-4	Maria Fernanda G Porto Alves	Instituto de Saúde	01/12/2010 a 31/08/2011	R\$7.538,40
2011/005599-4	Ana Paula Santiago Rocha	CTA Olinda	01/03/2011 a 28/02/2013	R\$15.938,70
2011/04718-8	Carolina Simone Souza Adania	CTA Santo Amaro	01/04/2011 a 31/03/2013	R\$15.101,10
2010/20300-0	Euclicléia da Frota Pereira	CTA Santarém	01/02/2011 a 31/07/2012	R\$15.989,40
2011/19456-9	Tainara Oliveira de Souza	Instituto de Saúde	01/11/2011 a 31/08/2012	R\$8.883,00