

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p81-95>

# TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NO PRÉ-NATAL DA ATENÇÃO BÁSICA: AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL QUALITATIVA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE<sup>i</sup>

Rapid test for syphilis during prenatal primary care: qualitative institutional assessment and permanent education in health

## Carmen Luísa Teixeira Bagatini

Assessoria Técnica e de Planejamento, Secretaria da Saúde, Estado do Rio Grande do Sul.

**E-mail:** carmen-bagatini@saude.rs.gov.br

## Ricardo Burg Ceccim

Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**E-mail:** burg.ceccim@ufrgs.br

## Rebel Zambrano Machado

Equipe de Monitoramento e Avaliação, Departamento de Ações em Saúde, Secretaria da Saúde, Estado do Rio Grande do Sul.

**E-mail:** rebel-machado@saude.rs.gov.br

## Caren Serra Bavaresco

Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Ministério da Saúde.

**E-mail:** c\_bavaresco@yahoo.com.br

## Resumo

**Objetivo:** Analisar fatores intervenientes na realização do teste rápido de sífilis no pré-natal como tarefa da atenção básica. **Métodos:** Estudo de caso quanti-qualitativo, analisando-se notificações de sífilis em gestantes, planos municipais de implantação do teste e avaliação institucional qualitativa. Dados epidemiológicos tabulados e entrevistas qualitativas categorizadas pela análise de conteúdo. **Resultados:** contribuíram a preparação de médicos, enfermeiros e dentistas - como equipe; a participação do Serviço de Atenção Especializada - como apoiador matricial, e a construção da linha de cuidado - interior da rede Cegonha. Dificultaram:

<sup>i</sup> Trabalho embasado na Dissertação de Mestrado de Carmen Luísa Teixeira Bagatini, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGCol, da Escola de Enfermagem – EEnf, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, ano de defesa em 2014. O estudo foi aprovado e autorizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo sido submetido ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem. O parecer ético e regulatório encontra-se registrado sob o número 27575/2014.

rotatividade profissional, centralização no enfermeiro e baixa longitudinalidade da avaliação e formação no cotidiano.

**Conclusão:** processo de trabalho das equipes, incluindo a composição em rede de saúde nos municípios, requerendo práticas pedagógicas de avaliação institucional qualitativa e educação permanente em saúde para que barreiras sejam rompidas e conexões sejam feitas, mesmo em programas pactuados no âmbito interfederativo bi ou tripartite e sob evidência epidemiológica.

**Palavras-chave:** Sífilis Congênita; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Educação Continuada.

## Abstract

**Objective:** To analyze intervening factors involved in the rapid testing for syphilis during prenatal care as a task of primary care. **Methods:** Case study with a quantitative approach, analyzing syphilis notifications in pregnant women, municipal plans for the implementation of the test and qualitative institutional assessment. Tabulated epidemiological data and qualitative interviews categorized by content analysis. **Results:** Contributed the preparation of doctors, nurses and dentists - as team; the participation of Specialized Care Service - as matrix supporter, and the construction of the line of care - within the Stork network (Rede Cegonha). Hampered: staff turnover rates, centralization of the nurse and low longitudinality of the evaluation and training in daily life. **Conclusion:** Working process of the teams, including the composition in health network in the municipalities, requiring pedagogical practices of qualitative institutional assessment and permanent

education in health so that barriers are broken and connections are made, even in contracted programs under inter-federative bi or tripartite and under epidemiological evidence.

**Keywords:** Congenital Syphilis; Primary Health Care; Health Assessment; Continuing Education.

## Introdução

Em 2011, o Ministério da Saúde, ao instituir a Rede Cegonha, definiu esta rede de cuidados como aquela que deve buscar assegurar para todas as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis<sup>1</sup>. No sentido de qualificar e ampliar a cobertura de ações de proteção à saúde, o Ministério da Saúde indicou o teste rápido na atenção básica para o diagnóstico da infecção pelo HIV e a triagem de sífilis. O Ministério da Saúde elaborou “Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica”, tendo em vista o apoio às Coordenações Estaduais e Municipais de Atenção Básica, onde consta a necessidade de assegurar a qualificação do acesso ao diagnóstico do HIV e da sífilis na gestante e o tratamento em tempo oportuno<sup>2</sup>.

A assistência de saúde ao pré-natal deve ser de alta qualidade e resolubilidade, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas para o melhor desenvolvimento da gestação, seja o pré-natal realizado na atenção básica ou nos demais âmbitos

de complexidade da rede assistencial<sup>3</sup>. Nessa formulação, as Unidades Básicas de Saúde devem ser compreendidas como pontos de atenção estratégicos ao acolhimento de necessidades das gestantes e devem proporcionar acompanhamento longitudinal e continuado, o que abrange a linha de cuidado, mas também redes informais e parcerias interinstitucionais e interprofissionais.

Quando o Ministério da Saúde sugere aos municípios a adesão à Rede Cegonha e propõe a participação dos estados, procura comprometer os gestores com o fortalecimento da atenção básica, a redução da morbimortalidade materna e a redução da morbimortalidade infantil, colocando em pauta a necessidade de discutir o processo de trabalho das equipes de atenção básica, neste caso, com foco na linha de cuidado materno-infantil (saúde da mulher; saúde da gestante, parturiente e puérpera; saúde do recém-nascido e saúde da criança).

O objetivo desse artigo é analisar os fatores que influenciam a implantação e implementação da realização de teste rápido de sífilis na atenção básica, tomando por base uma pesquisa de campo realizada em uma amostra intencional de municípios da 10ª Região Nacional de Saúde, abrangidos pela região metropolitana de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, onde se adotou as recomendações constantes das Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica, uma recomendação em conjunto das Secretarias de Atenção à Saúde (SAS) e de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, preocupadas com a redução da transmissão vertical do HIV e com a eliminação da sífilis congênita, plausíveis com medidas simples e que, conseqüentemente, impactam na redução da mortalidade materna e infantil e na qualidade de vida de mulheres e crianças.

## Métodos

Para este estudo foram analisadas as informações dos Planos de Implantação de 4 municípios aderentes ao Programa de Teste Rápido para Sífilis no Pré-Natal da Atenção Básica. Os Planos de Implantação constituem peça obrigatória do Programa e seu monitoramento. Estes planos foram encaminhados à SES/RS, estando acessíveis para estudo, mediante protocolo de “avaliação institucional qualitativa”, envolvendo o contato e entrevista com os profissionais das respectivas coordenações municipais de atenção básica. Os registros de entrevistas de avaliação institucional qualitativa sobre a implantação e implementação da testagem rápida para HIV e sífilis na atenção básica foram incorporados ao documental da Coordenação Estadual da Atenção Básica, Departamento de Ações em Saúde, SES/RS, contando com o apoio científico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A seleção dos municípios para a coleta de dados obedeceu a um conjunto de critérios de inclusão: pertencer à 10ª Região Nacional de Saúde, macrorregião metropolitana, região estadual de maior densidade demográfica; ter aderido a todos os componentes da Rede Cegonha; pertencer à lista de municípios prioritários pela SES/RS para a implementação da testagem rápida para HIV e sífilis na atenção básica, conforme indicadores epidemiológicos; e aceitar a participação no projeto de avaliação institucional qualitativa (atender roteiro de entrevista presencial). Foi estabelecido como critério de exclusão o município não realizar em 2012 a testagem rápida para HIV e sífilis na atenção básica. Os dados epidemiológicos considerados referem-se ao ano de 2013.

A 10ª Região Nacional de Saúde – Capital e Vale do Gravataí – concentra 20,74%

da população do estado e apresenta a maior incidência de sífilis congênita do Rio Grande do Sul, por isso tornou-se importante ou relevante à seleção de municípios para acompanhamento, monitoramento e avaliação, compondo um estudo de caso desenvolvido no primeiro semestre de 2014. Os municípios selecionados foram: Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão. Os municípios foram categorizados por porte populacional, modelo de atenção e implantação ou não do teste rápido de sífilis na atenção básica a partir do desencadeamento pela SES/RS, cuja primeira etapa era a “formação inicial” (conhecimento das Orientações, apropriação sobre indicadores, construção de balizas singulares à intervenção local, atualização diagnóstica e terapêutica etc.). Os municípios selecionados apresentam porte populacional acima de 100 mil habitantes, todos têm a estratégia saúde da família como forma de organização da atenção básica e implantaram a testagem rápida após a difusão da proposta pela Secretaria Estadual da Saúde. A cobertura da estratégia saúde da família nos municípios está abaixo da cobertura estadual que é de 47,43% e a cobertura da equipe de atenção básica também é inferior à do estado que é de 66,01%<sup>4</sup>.

A seleção dos profissionais para entrevista obedeceu à técnica de amostragem não probabilística do tipo intencional atendendo ao critério de dois grupos: profissional que ocupa o cargo de coordenador municipal da atenção básica ou estratégia saúde da família e profissionais de saúde atuantes na equipe de atenção básica. Os coordenadores da atenção básica e/ou estratégia saúde da família dos municípios selecionados indicaram os técnicos, profissionais de saúde que atuassem nas unidades básicas de saúde, independente da unidade ter implantado a testagem rápida para sífilis, utilizando o critério de organização distrital e/ou equivalente para definição do número de entrevistas que foram realizadas, garantindo que cada território tivesse representação de um técnico de atenção básica (UBS ou ESF, conforme o caso).

A coordenação municipal da atenção básica dos municípios referiu a distribuição das equipes em saúde da família e atenção básica, assim como a territorialização da gestão na cidade:

– Alvorada referiu que o município organiza a atenção básica com a composição de 27 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 13 Unidades Básicas. Todas realizam o teste rápido para HIV e sífilis e não há uma divisão formal do território; entretanto, no dia a dia localizam as unidades como parte de cima ou parte de baixo no município.

– Cachoeirinha referiu ter 11 Equipes de Saúde do Modelo Tradicional e 13 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 17 Unidades Básicas. Todas realizam o teste rápido para HIV e sífilis, e não há uma divisão formal do território.

– Gravataí informou que o município tem 15 Equipes de Saúde do Modelo Tradicional e 22 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 26 Unidades Básicas. Todas realizam o teste rápido para HIV e sífilis. Divide o território em quatro distritos: rural, centro, norte e sul. Somente o distrito rural apresenta 100% de cobertura da estratégia saúde da família.

– Viamão referiu que o município tem 04 Equipes de Saúde do Modelo Tradicional e 29 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 16 Unidades Básicas de Saúde; a testagem rápida para HIV e sífilis na atenção básica foi realizada até o final do ano de 2013 em três unidades básicas, entretanto, cada uma ofertou a testagem em momentos alternados. Para o mês de agosto de 2014, já estava programada uma capacitação para

os profissionais e o desencadeamento da oferta dos testes neste mesmo ano em todas as unidades. O território não tem georreferenciamento, entretanto, 70% é rural, sendo assim, para efeito de seleção das unidades para coleta de dados, consideramos que o município apresenta uma zona urbana e uma zona rural.

Após a identificação da divisão territorial no município, foi solicitado ao coordenador municipal da atenção básica e/ou estratégia saúde da família que selecionasse uma unidade básica de cada modelo de atenção que existisse na divisão territorial apresentada. Então, foram entrevistados 17 profissionais ao todo, sendo 4 coordenadores da atenção básica e/ou estratégia saúde da família, 1 coordenador da política de saúde da mulher e do homem e 12 profissionais das equipes de atenção básica.

Os instrumentos para coleta de dados qualitativos foram aplicados a uma amostra de profissionais que atuam nas equipes de atenção básica e na coordenação municipal da atenção básica dos municípios selecionados para identificação dos possíveis fatores de influência na implantação ou não dos testes rápidos de sífilis. Solicitou-se à Coordenação Estadual de DST/AIDS autorização para o uso do material coletado nas entrevistas, uma vez que constituíam material de avaliação institucional qualitativa. Os dados coletados por meio das entrevistas semiestruturadas foram categorizados, acompanhando as falas dos entrevistados. Para tanto, foram utilizados e adaptados os passos metodológicos de Machado (Análise de Conteúdo)<sup>5</sup>: após a leitura das respostas obtidas nas entrevistas (pré-análise), foram organizadas em uma planilha palavras-chave; na sequência desta etapa, ocorreu o agrupamento das ideias-chave (categorias iniciais) e, a partir das categorias iniciais, se avançou na classificação e síntese para se obter um novo agrupamento em categorias mais abrangentes (categorias intermediárias). Neste momento, ocorreu um novo reagrupamento e um esforço maior de síntese identificando-se as categorias finais. A partir das categorias finais ocorreu a reflexão e análise pretendida.

Os dados quantitativos utilizados referiram-se aos registros de notificação de sífilis em gestantes pelas Unidades Básicas de Saúde no ano de 2013, constantes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), disponíveis na Coordenação Estadual de DST/AIDS. Os dados quantitativos dos municípios foram tabulados utilizando-se planilhas eletrônicas, sendo apresentados em números absolutos ou em percentual quando foi aplicável.

Foram seguidas as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos em conformidade com a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012<sup>6</sup>, oferecendo risco mínimo. O estudo foi aprovado e autorizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo sido submetido ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem. O parecer ético e regulatório encontra-se registrado sob o número 27575/2014. A pesquisa consistiu num estudo de caso, atendendo interesse da Coordenação Estadual de DST/AIDS, da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), configurando “avaliação institucional qualitativa sobre a implantação e implementação da testagem rápida de HIV e sífilis na atenção básica”.

## Resultados

No ano de 2013, das 82 notificações registradas no Sinan, 25 foram de gestantes residentes nos municípios da pesquisa, tendo realizado o pré-natal em Unidades Básicas de Saúde (estabelecimentos de saúde inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sob a forma de Postos de Saúde e Centros de Saúde ou, ainda, Unidades Mistas e Unidades Fluviais, além de Unidades Básicas, propriamente ditas). A classificação clínica da sífilis na gestação demonstra que o diagnóstico é feito na fase primária ou latente da doença, conforme Tabela 1, com a expressão da amostra.

A classificação clínica da sífilis na fase primária reflete que a gestante ainda está no primeiro ano de evolução da doença e apresenta lesões iniciais na área genital. A classificação como latente, significa que a gestante está na fase assintomática. A identificação precoce da doença no pré-natal permite o tratamento adequado ainda durante a gestação, evitando a transmissão para o feto. Além disso, o tratamento da gestante encerra a evolução da doença que poderia trazer manifestações mais graves da sífilis para a mulher e a transmissão para o parceiro. O resultado do teste não treponêmico na primeira consulta do pré-natal foi informado em 84% das notificações realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde, conforme observado na Tabela 2.

**Tabela 1. Classificação clínica da sífilis das gestantes notificadas no ano de 2013, municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão.**

Classificação Clínica da Sífilis	Número de notificações	Percentual
Primária	10	40
Secundária	2	8
Terciária	2	8
Latente	10	40
Ignorado	-	-
Não informado	1	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN - SES/RS.

**Tabela 2. Realização de teste não treponêmico da sífilis em gestantes notificadas no ano de 2013, municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão.**

Resultado do teste não treponêmico	Número de notificações	Percentual
Reagente	21	84
Ignorado	4	16
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN - SES/RS.



A realização do teste não treponêmico no pré-natal faz parte dos componentes sob condução da atenção básica na Rede Cegonha, isto é, realização dos exames de pré-natal de risco habitual e acesso aos resultados em tempo oportuno. O tratamento da gestante prescrito na ficha de notificação identifica que é utilizada a penicilina como droga de escolha, o que está em conformidade com as orientações para o tratamento da sífilis, conforme se pode observar na Tabela 3. A prescrição do tratamento com penicilina deve ser feita após a avaliação clínica para estadiamento da sífilis.

**Tabela 3. Droga de escolha para o tratamento da sífilis em gestantes notificadas no ano de 2013, municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão.**

Droga de escolha	Número de notificações	Percentual
Penicilina	21	84
Não realizado	2	8
Ignorado	2	8
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN - SES/RS

Quanto ao tratamento concomitante do parceiro, observou-se que nas notificações de sífilis em gestantes que realizaram pré-natal em Unidades Básicas de Saúde dos municípios da pesquisa, 44% das notificações apresentam o registro de que houve tratamento do parceiro (Tabela 4).

**Tabela 4. Tratamento concomitante do parceiro da gestante notificada com sífilis no ano de 2013, municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão.**

Informação de tratamento	Número de notificações	Percentual
Realizado	11	44
Não informado	8	32
Ignorado	6	24
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN - SES/RS

O motivo descrito nas fichas de notificação de sífilis em gestante para o não tratamento do parceiro não está informado em 48% das notificações (Tabela 5). O risco de reinfecção da sífilis na gestante pelo não tratamento ou tratamento inadequado do parceiro deve ser atentado pelas equipes de saúde para evitar a transmissão para o feto e as complicações para a saúde da mulher.

**Tabela 5. Motivo do não tratamento do parceiro da gestante notificada com sífilis no ano de 2013, municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão.**

Motivo do não tratamento do parceiro	Número de notificações	Percentual
Parceiro não teve mais contato com a gestante	6	24
Parceiro não foi comunicado/convocado à Unidade de Saúde para tratamento	1	4
Parceiro foi comunicado/convocado à Unidade de Saúde para tratamento, mas não compareceu	1	4
Parceiro foi comunicado/convocado à Unidade de Saúde para tratamento, mas recusou tratamento	1	4
Parceiro com sorologia não reagente	1	4
Outro motivo	3	12
Sem informação	12	48
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN - SES/RS.

Domingues et al. afirmam que a persistência da alta incidência da sífilis em gestantes e de altas taxas de sífilis congênita indica que a qualidade da assistência pré-natal é insatisfatória; existe uma necessidade de revisão dos procedimentos adotados e maior responsabilização dos profissionais perante um problema evitável<sup>7</sup>. Saraceni e Miranda afirmam que a sífilis congênita é causa de importante morbidade para a criança apesar do baixo custo do tratamento e disponibilidade de tecnologia leve para sua prevenção. Sua ocorrência evidencia falhas nos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal<sup>8</sup>.

Mudar a lógica de trabalho não é somente estabelecer leis, decretos, portarias, normativas ou orientações, há necessidade de discutir questões como formação e perfil profissional dos que optam por trabalhar na atenção básica, é preciso colocar em prática, na educação dos profissionais que atuarão em rede na saúde, a matriz do “quadrilátero da formação” (formação, atenção, gestão e participação em saúde), ampliando a noção de responsabilidade com o planejamento e os resultados da saúde<sup>9</sup>. É essencial reconhecer que para operar a mudança nos processos de trabalho deve ocorrer reflexão, interação, criação, revisão, singularização e autocrítica sobre as práticas sanitárias de coordenação gerencial e de atenção integral. Não obstante, para isso, o sistema de saúde brasileiro já enunciou a prerrogativa da educação permanente em saúde<sup>10</sup>. Refletir os modos de fazer saúde, problematizar o trabalho, discutir as aprendizagens e conversar sobre permanências e inovações contribuem à renovação necessária para qualificar a atenção à saúde<sup>11</sup>. A incorporação de tecnologias como os testes rápidos na atenção básica não esgota a carência de recursos, há necessidade do uso de tecnologias relativas ao manejo dos processos de trabalho, como a educação permanente em saúde ou a avaliação institucional qualitativa, práticas pedagógicas de agenciamento de coletivos organizados de produção da saúde para um processo de atender, tratar, cuidar, escutar, mais abrangente, mais capaz de inscrição mais atento ao compartilhamento de conhecimentos e práticas, sejam estes conhecimento e práticas científicos, de vida ou da experiência<sup>10,11</sup>.



## Discussão: Fatores Facilitadores e Dificultadores

Os fatores facilitadores e dificultadores do processo de implantação do teste rápido nos municípios foram apresentados pelos atores sociais locais, estando relacionados ao modelo de qualificação ofertado (capacitações) e ao perfil dos profissionais participantes dos programas formativos (antecedentes de sujeito). Todos os profissionais de saúde de nível superior, atuantes na Atenção Básica e no atendimento ao pré-natal, estão aptos a realizar o teste rápido, desde que passem pela preparação recomendada pelo Ministério da Saúde, realizada, nos estados, pelas secretarias estaduais de saúde. Dentre os profissionais frequentes na atenção básica e atuantes no pré-natal, excetuam-se de preparação para a aplicação dos testes rápidos os Assistentes Sociais, não autorizados por seu Conselho Profissional à prática de testes de diagnóstico em biologia clínica.

A proposta formulada pela SES/RS reuniu a Coordenação Estadual da Atenção Básica, as coordenações de DST/Aids e de Saúde da Mulher e o Programa Primeira Infância Melhor, utilizando-se um processo pedagógico que contemplou a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado, partindo dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho. O processo pedagógico de desencadeamento à implantação do “Teste Rápido”, nos municípios da pesquisa, encaminhado pela SES/RS, ocorreu entre os meses de outubro a dezembro de 2012. Parece digno de nota assinalar que em outubro daquele ano ocorreram as eleições para prefeito e vereador nas cidades brasileiras. Após a definição das urnas, foi desencadeado o processo natural de troca de gestores e reorganização de secretarias municipais de saúde, com mudanças em diversas instâncias da gestão, incluindo

movimento de trabalhadores nos serviços. Esse é um dado para todos os gestores, de todos os âmbitos do sistema de saúde, sobre planejamento, coordenação gerencial, monitoramento e avaliação de políticas e práticas ou capacitações de caráter hierárquico entre as esferas de gestão. Quanto ao perfil dos profissionais dos municípios, observou-se que houve uma preocupação em capacitar pelo menos um profissional da unidade de saúde, além de profissionais do quadro e os profissionais de nível superior da equipe de saúde.

Os municípios, ao indicarem profissionais para a frequência à capacitação relativa à implantação dos testes rápidos na atenção básica, identificaram como prioridade os profissionais de nível superior da atenção básica, o que se coadunava com as Orientações ministeriais. Embora várias categorias tivessem sido incluídas nos Planos de Implantação enviados, pelos Municípios, à SES/RS, a pesquisa observou que, na prática, somente os enfermeiros realizam os testes.

A partir das falas registradas nas entrevistas foi possível identificar também que ocorreu rotatividade dos profissionais na rede municipal. Embora tenham apresentado como ponto positivo vários profissionais da equipe terem sido preparados e, por isso, ficar facilitada a distribuição de tarefas entre todos da equipe. A rotatividade assumiu um caráter negativo, já que para garantir a longitudinalidade como um dos atributos mais importantes da atenção básica, esse fenômeno depõe em contrário.

A proposta elaborada pela equipe da SES/RS estabelecia a criação de uma rede formada por multiplicadores, apoiadores, facilitadores e executores no estado. A qualificação profissional nos municípios era adaptada para cada realidade local. Cada município fez sua programação, compondo práticas pedagógicas com diferentes cargas horárias, entretanto, a SES/RS mantinha

como obrigação mínima a oferta de um programa teórico e prático. Conforme orientações do Ministério da Saúde e da SES/RS, essa combinação entre teoria e prática seria o principal eixo da proposta formativa, podendo variar a carga horária e estabelecer composições ao formato concentração e dispersão.

A discussão com os trabalhadores para implantação da testagem rápida nas unidades básicas de saúde, em alguns municípios, ocorreu devido à imposição epidemiológica, mas os trabalhadores, em alguns casos, sentiram apenas como mais uma tarefa a ser executada, uma vez que não reconheceram uma reconstrução do modelo assistencial. A participação do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e da vigilância epidemiológica não foi igual nos municípios; observou-se que a vigilância epidemiológica, em alguns casos, participou do processo somente nas questões de fluxo de notificação das doenças notificáveis compulsoriamente e que o atendimento especializado assumiu o papel de apoio logístico e educação permanente em saúde (como matriciador).

O percurso do usuário na Rede de Atenção à Saúde é esboçado na linha de cuidado que ele percorre ao entrar no serviço de saúde. Para Malta e Merhy, a linha de cuidado é alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas pelos usuários durante o processo de assistência; ela inicia em qualquer ponto do sistema que opere a assistência, em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde<sup>12</sup>. Os autores afirmam que, a partir da entrada, segue-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do usuário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros. Já quanto ao apoio matricial, para Campos e Domitti, o objetivo é de assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais de referência,

encarregados da atenção a problemas de saúde, incluindo suporte assistencial e técnico-pedagógico<sup>13</sup>. Ceccim e Ferla inserem no conceito de linha de cuidado o sistema de informações, a vigilância epidemiológica e a comunicação em saúde, uma vez que integram os planos de ação<sup>14</sup>.

Ao se refletir sobre o acesso da população à testagem rápida, deve-se entender a diferença entre acesso e acessibilidade. Marchionatti explica que Ronald M. Andersen utiliza o termo “acesso” como uma característica da oferta dos serviços, afirmando que é composto por duas dimensões: o “acesso potencial” (caracterizado pela disponibilidade de recursos que permitem às pessoas o uso de serviços de saúde) e o “acesso realizado” (que se refere à utilização real desses serviços e está relacionado com fatores individuais, necessidades de saúde do usuário e com as características do sistema de saúde)<sup>15</sup>. Para Trad, Castellanos e Guimarães “a acessibilidade trata da possibilidade concreta de aceder aos serviços ou recursos ofertados”<sup>16</sup>. A garantia do insumo não significa o acesso da população aos testes, pois podemos entender que acesso envolve a oferta, mas também a utilização do serviço. Ronald M. Andersen amplia o conceito de acesso, incorporando o acesso eficiente, que é o uso levando à melhoria no estado de saúde e satisfação em relação ao volume de serviços utilizados para alcançar esta melhoria. Sousa afirma que se pode avaliar acesso observando a subdimensão disponibilidade<sup>17</sup>. Esta subdimensão envolve a oportunidade (organização do serviço, tempo entre a testagem e o resultado, tempo entre o resultado e o tratamento, presença de insumos) e a conformidade (presença da atividade, trabalhadores habilitados, qualidade técnica do aconselhamento/cobertura, qualidade técnica dos exames laboratoriais, qualidade técnica dos medicamentos e qualidade técnica do cuidado ao paciente).

As equipes de atenção básica nos municípios pesquisados deixaram clara a existência dos testes nas unidades básicas de saúde, entretanto, quando o assunto é a oferta dos testes rápidos para a população, ficou clara uma heterogeneidade nas formas. Observou-se nas falas dos entrevistados que o acesso às gestantes e parceiros, conforme preconizado pela Rede Cegonha, está sendo ofertado em todas as unidades básicas de saúde, entretanto, ressaltam que é necessário o agendamento e justificam esta agenda pela demora na realização de todo o processo e para facilitar a vinda do parceiro à Unidade Básica de Saúde.

No tocante à oferta ao restante da população, incluindo adolescentes e idosos, observa-se uma rotina diferente em cada unidade, algumas ofertam demanda livre, outras sugerem horários, outras oportunizam agendamento para realização da testagem, tudo justificado pela grande demanda da unidade e por ser somente um profissional a realizar o teste. Em algumas a oferta é exclusiva às gestantes.

Apesar de a preparação proposta – tanto pelo estado, quanto pelos municípios – abranger médicos, enfermeiros e dentistas, observa-se que, de fato, o teste é realizado apenas pelos enfermeiros, inserido na consulta de enfermagem. Embora o trabalho em equipe seja um dos aspectos que uma atenção primária, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde deva atender para que ocorra o cuidado integral à população adscrita, uma agenda de trabalho compartilhada entre todos os profissionais da equipe ainda é um desafio a ser construído.

Para Pinto e Coelho, o trabalho na atenção básica depende tanto de profissionais com formações diferenciadas quanto da interação interdisciplinar entre eles, assim, para a organização do trabalho clínico, há necessidade da elaboração conjunta das agendas dos profissionais, visando a melhorar a utilização de seus

esforços, seja no atendimento individual ou coletivo<sup>18</sup>. Harzheim lembra que, quando se amplia a oferta de serviços da atenção básica, se está reconfigurando a carteira de serviços da atenção primária<sup>19</sup>. Esta relaciona os serviços que deveriam ser prestados por todas as unidades do município. Todavia, Franco e Merhy ressaltam que o processo de trabalho não segue um padrão, pois as práticas de cuidado ocorrem pela singularidade com que cada profissional estabelece suas trocas e ofertas<sup>20</sup>. Ao refletir sobre o processo de trabalho dos profissionais, deve-se pensar na relação entre o profissional e o usuário do serviço.

Para Cunha e Giovanella o vínculo longitudinal na atenção básica é a relação entre usuários e profissionais de saúde, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo<sup>21</sup>. Starfield descreve que a longitudinalidade, um dos atributos da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais e os usuários em suas unidades de saúde, envolve o vínculo entre profissionais e população e apresenta alguns benefícios como melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, e melhor reconhecimento dos problemas dos usuários<sup>22</sup>. Complementa Mendes, que a longitudinalidade acontece em um ambiente de relação de confiança mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias<sup>23</sup>.

Nas falas dos entrevistados, observou-se que os profissionais deixam claro como será o procedimento, realizam o aconselhamento e falam o resultado para o usuário. Sentem que há maior importância para a existência de tratamento e sua disponibilidade do que para a emergência de vínculo, tal como os padrões de relacionamento humanizado (e de atenção integral) com os usuários exigiriam. O relacionamento ampliado se reflete no vínculo permanente com as

unidades, mas não no caso específico, caso seja destacado como prioridade epidemiológica ou assistencial. Observou-se o compromisso técnico dos profissionais em esclarecer sobre o procedimento e em falar o resultado do exame, mesmo com o temor da possibilidade do resultado do teste ser contrário ao esperado pelo usuário.

## Considerações Finais

Os testes rápidos para HIV e sífilis, realizados pelos profissionais de referência no território mais próximo da população, permitem maior agilidade para o diagnóstico de HIV ou rastreamento da sífilis, sem grandes deslocamentos da população, levando à construção de um projeto terapêutico que inclua o tratamento em tempo oportuno e a oferta de seguimento no cuidado à saúde da população. Entre os fatores que contribuíram para a implantação e implementação da realização de teste rápido de HIV e sífilis nas unidades básicas de saúde dos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão, após o desencadeamento pela SES/RS, destacam-se a preparação para médicos, enfermeiros e dentistas, a participação do SAE como apoiador matricial e a construção da linha de cuidado. Os fatores que dificultaram a implantação e implementação da testagem foram a rotatividade profissional na rede, a centralização da testagem no profissional enfermeiro, em detrimento de um trabalho em equipe, e ausência de estratégias regulares de formação/educação e avaliação/monitoramento.

As notificações de sífilis em gestantes no ano de 2013, nos municípios da pesquisa, com identificação das Unidades Básicas de Saúde demonstraram que ainda há fragilidade nas ações de prevenção e promoção da saúde nas áreas das equipes de atenção básica. As gestantes

são classificadas clinicamente em fase primária (com lesões aparentes) e latente (assintomática) da doença. A necessidade de se identificar a mulher grávida o mais precocemente possível visa a possibilitar o início imediato do pré-natal, ao tratamento ainda durante a gestação de doenças diagnosticadas e a evitar que doenças sejam transmitidas verticalmente. Estender a atenção ao parceiro, ofertando os exames para rastreamento da sífilis, é fundamental, mas observou-se que as notificações de sífilis em gestantes não deixam claro se houve tratamento para 56% dos parceiros. O tratamento concomitante do parceiro evitaria, inclusive, a reinfeção da gestante.

As condições de acesso da população aos testes rápidos para sífilis são realizadas de forma heterogênea nos municípios da pesquisa. Entender que o acesso envolve mais do que a disponibilidade dos testes nas unidades básicas de saúde é um dos fatores para compreender o acesso. Os registros de notificação da sífilis na gravidez são instrumentos valiosos para o monitoramento e avaliação da assistência prestada às gestantes com diagnóstico de sífilis. Por isso, é importante que a gestão e a atenção entendam a necessidade do preenchimento adequado das informações do formulário e da alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Também é necessária a atualização dos profissionais para a assistência às gestantes com sífilis e para o destaque à importância da notificação. A utilização de penicilina como droga de escolha para tratamento da sífilis sinaliza o seguimento das orientações do Ministério da Saúde.

A acessibilidade da população referida pelas características dos serviços em facilitarem ou limitarem seu uso foi observada nas falas dos entrevistados. Os municípios iniciaram a oferta pela Rede Cegonha às gestantes e parceiros, entretanto, sua expansão para o restante da população ainda esbarra na dificuldade de

se ter somente um profissional a executar a testagem, sendo grande a demanda da população às ações e serviços da unidade de saúde.

A estratégia de agendamento e/ou horário para a realização da testagem rápida para sífilis visa a organizar o serviço, entretanto, sabe-se que em alguns casos, o agendamento pode levar a perda da oportunidade pelo profissional da saúde à oferta e realização do teste no tempo oportuno, isto é, quando o usuário tem interesse ou tem seu interesse despertado pelo profissional da saúde. Ressalta-se que o processo de discussão do modelo de atenção ou de reversão do modelo vigente não será feito de uma única vez, sendo necessária mais de uma oportunidade para discussão entre os atores envolvidos, num processo de desconstrução-construção, de romper paradigmas, refletir sobre os processos de trabalho, a relação com o usuário e com o gestor. A rotatividade dos profissionais, bem como, a ampliação da rede torna necessárias ações de educação permanente a fim de qualificar as equipes e atualizar mudanças nos fluxos dos municípios.

O fortalecimento da atenção básica rediscute o papel das unidades de saúde e o processo de trabalho das equipes de atenção, além de proporcionar a reconversão do modelo assistencial ao se estender a discussão para os processos de construção da rede de atenção, observando-se a linha de cuidado e o projeto terapêutico pensado para o usuário. Com esta pesquisa pode-se sugerir um acoplamento das ações de educação permanente em saúde com as ações de monitoramento e avaliação, emergindo o conceito de **avaliação institucional formativa**, o próprio exercício da avaliação pode fazer parte da estratégia formativa das equipes, neste caso envolvendo gestão e atenção, revendo as práticas de matriciamento e de trabalho em equipe. O compromisso das coordenações de atenção básica dos estados e municípios não se esgota na prescrição do trabalho ou na cobrança de sua mais eficiente implementação, continua-se no apoio, ensino-aprendizado, vínculo e compartilhamento – na avaliação e no planejamento – participativos.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Brasília, DF; 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso: 26 ago 2013.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Orientações para a implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na atenção básica – Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32)
4. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Informações de Saúde: Cobertura Equipes Atenção Básica. Brasília, DF; 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2013Mon/cnv/monitrs.def>>. Acesso em: 26 ago 2014.



5. Machado RZ. A área social em crise e a crise de gestão na área social no Rio Grande do Sul: um estudo sobre a FGTAS. 1998 [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS; 1998.
6. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 2012. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 08 out 2014.
7. Domingues RMS, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*. 2013; 47(1):147-157.
8. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012; 28(3):490-496.
9. Ceccim RB, Feuerwerker LMC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – revista de saúde coletiva*. 2004; 14(1):41-65.
10. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & saúde coletiva*. 2005; 10(4):975-986.
11. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – comunicação, saúde, educação*. 2004; 9(16):161-177.
12. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – comunicação, saúde, educação*. 2010; 14(34):593-605.
13. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(2):399-407.
14. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em “rede de práticas cuidadoras” para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006:165-184.
15. Marchionatti CRE. O relatório de gestão como instrumento de avaliação de acesso ao sistema de saúde. 2006 [dissertação]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2006.
16. Trad LAB, Castellanos MEB, Guimarães MCS. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2012; 46(6):1007-1013.
17. Sousa MGG. Avaliação do grau de implementação do Projeto Nascer – Maternidades em Pernambuco. 2006 [dissertação]. Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública- Fiocruz; 2006.
18. Pinto CAG, Coelho IB. Cogestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010:323-345.
19. Harzheim E. Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família – pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: Opas; 2013.



- <sup>20</sup>. Franco TB, Merhy E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Merhy E, Franco TB. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013:151-171.
- <sup>21</sup>. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & saúde coletiva*. 2011; 16 (Suppl I):1029-1042.
- <sup>22</sup>. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- <sup>23</sup>. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Opas; 2011.