

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PROGRAMA DE TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS
NO PRÉ-NATAL DA ATENÇÃO BÁSICA
NO RIO GRANDE DO SUL

Carmen Luisa Teixeira Bagatini

Porto Alegre, outubro de 2014

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PROGRAMA DE TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS
NO PRÉ-NATAL DA ATENÇÃO BÁSICA
NO RIO GRANDE DO SUL

Carmen Luisa Teixeira Bagatini

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Caren Serra Bavaresco

Linha de Pesquisa: Estudos epidemiológicos, análise da situação de saúde e bioestatística

Porto Alegre, outubro de 2014

CIP - Catalogação na Publicação

Bagatini, Carmen Luisa Teixeira

Programa de teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica no Rio Grande do Sul / Carmen Luisa Teixeira Bagatini. -- 2014.

121 f.

Orientador: Caren Serra Bavaresco.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. sífilis. 2. sífilis congênita. 3. atenção primária à saúde. 4. educação continuada. I. Bavaresco, Caren Serra, orient. II. Título.

Dedico a Deus e Gilmar Bagatini.

AGRADECIMENTOS

À Sandra Fagundes, Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, e Károl Veiga Cabral, Diretora do Departamento de Ações em Saúde pela confiança em mim depositada.

Às amigas Angela Machado e Jaqueline de Oliveira Soares pelo apoio e torcida.

À direção da Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Marta de Araújo Grecellé e Ana Maria Mejolaro.

À Cristiane Fischer Achutti pela grande ajuda nas planilhas eletrônicas.

À André Luis Alves Quevedo pela ajuda e torcida.

Às equipes da Coordenação Estadual da Atenção Básica, da Coordenação Estadual de DST/Aids e da Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Aos professores Caren Bavaresco e Ricardo Ceccin pela ajuda e orientação.

Aos professores Claides Abegg, Fernando Anschau e Sandra Liane Henz que participaram da banca de qualificação da dissertação.

À professora Rebel Zambrano Machado, que desde 2009 encontro em salas de aula, na luta pela qualificação dos profissionais que atuam na área da saúde. Por sua dedicação e orientação. Com sua ajuda consegui terminar mais esta etapa. Sua disposição para me orientar em casa, por telefone, e-mails... Esteve ao meu lado nos momentos duros desta caminhada. Sei que enfrentou um momento difícil neste período, mas mesmo assim pude contar contigo. Obrigada! Sua colaboração na pesquisa foi essencial para o alcance deste objetivo. Não consigo expressar em palavras tudo o que significou sua ajuda nestes três anos de serviço na Secretaria de Saúde para meu crescimento profissional. Só posso dizer, mais uma vez, obrigada!!!

Às professoras Adriana Aparecida Paz, Claides Abegg e Sandra Liane Henz que participaram da banca de defesa da dissertação.

Nenhuma tecnologia pode suprir...
o calor de um abraço,
o afeto de uma carícia
e o fulgor de um olhar.

Autor desconhecido

RESUMO

Autor: Carmen Luisa Teixeira Bagatini

Orientadora: Prof^ª. Caren Bavaresco

A sífilis na gestação é uma das causas de óbitos perinatal, óbitos neonatais e de natimortos. A incidência de sífilis congênita reflete a qualidade da assistência prestada às gestantes no pré-natal. A sífilis é uma doença de notificação compulsória, cujo tratamento é disponibilizado pela rede pública de saúde. A SES do Rio Grande do Sul definiu como prioridade a implantação da testagem rápida de sífilis na atenção básica para ampliar o acesso da população gaúcha aos testes rápidos de HIV e sífilis, tratar oportunamente os casos diagnosticados e evitar a transmissão vertical. Esta dissertação tem por objetivo geral analisar os fatores que influenciaram a implantação e implementação da realização do teste rápido de sífilis nas unidades básicas de saúde (UBS) nos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão. É um estudo de caso, com abordagem quanti-qualitativa e uma pesquisa documental. Foram analisadas as informações de produção ambulatorial realizada na complexidade atenção básica do SIA, as notificações de sífilis em gestante no SINAN no período de 2010 a 2013; os planos de trabalho dos municípios para implantação dos testes rápidos na atenção básica encaminhados à SES/RS; e os registros das entrevistas de avaliação institucional qualitativa sobre a implantação e implementação da testagem rápida para HIV e sífilis na atenção básica. Os dados quantitativos foram tabulados utilizando planilhas eletrônicas e os dados qualitativos foram analisados através da análise de conteúdo. Entre os fatores que contribuíram para implantação e implementação da realização de teste rápido de HIV e sífilis nas UBS, destacam-se a capacitação para médicos, enfermeiros e dentistas; a capacitação de pelo menos um profissional de cada unidade básica; a participação do Serviço de Atenção Especializada (SAE) como apoiador matricial; o envolvimento da equipe municipal; a ativação da rede e a construção da linha de cuidado. Os fatores que dificultaram a implantação e implementação da testagem foram a rotatividade profissional na rede e a centralização da testagem no enfermeiro. As condições de acesso da população aos testes rápidos para sífilis são realizadas de forma heterogênea nos municípios da pesquisa. O acesso envolve mais do que a disponibilidade dos testes nas unidades básicas de saúde. A estratégia de agendamento e/ou horário para a realização da testagem rápida para sífilis visa organizar o serviço, entretanto, sabe-se que em alguns casos, o agendamento pode levar à perda da oportunidade pelo profissional da saúde da oferta e realização do teste no tempo oportuno, isto é, quando o usuário tem interesse ou tem seu interesse despertado pelo profissional da saúde. Com relação ao modelo de atenção, ainda é baixa a cobertura das equipes de saúde da família e equipes de atenção básica nos municípios da pesquisa. O diálogo entre as equipes, gestores e usuários permite a construção da rede de atenção à saúde e que a atenção básica assuma a coordenação do cuidado e a ordenação desta rede. Discutir o processo de trabalho das equipes que já atuam na atenção básica incluindo a rede de saúde do município permite que barreiras sejam rompidas e conexões sejam feitas.

Palavras-chave: **sífilis, sífilis congênita, atenção primária à saúde, educação continuada**

BAGATINI, Carmen Luisa Teixeira. **Programa de teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2014. 121 f. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014

ABSTRACT

Author: Carmen Luisa Teixeira Bagatini

Advisor: Prof^a. Caren Bavaresco

Syphilis during pregnancy is one of the causes of perinatal mortality, neonatal mortality and stillbirths. The incidence of congenital syphilis reflects the quality of care given to women during prenatal care. Syphilis is a reportable disease, and treatment is available through public health care. The Health Department of the state of Rio Grande do Sul, Brazil, set the implementation of rapid testing of syphilis in basic care as a priority, for increasing the access of HIV and syphilis rapid testing to the population of the state, treating the cases immediately and avoiding the transmission of the disease. This paper has the goal of analyzing the facts that influenced the implementation of the syphilis rapid testing in the health centers of the cities of Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí and Viamão, all part of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The specific goals are to identify the factors that contributed to the implementation of the syphilis rapid testing in the public health centers; to evaluate the conditions of access of the population to the testing; to evaluate the information about the syphilis rapid testing done in pregnant women present in the center database (DATASUS, 2013); to evaluate the information about the notification of syphilis given to pregnant women present in the database in 2013. This is a case study with a quanti-qualitative method. It is also a documentary research. The information about ambulatory production performed in those health centers and the notification of syphilis in pregnant women between 2010 and 2013 were analyzed; the work plans of the cities for the implementation of rapid testing in basic health care that were sent to the local departments of health were analyzed; and the records of the interviews for institutional qualitative evaluation about the implementation of HIV and syphilis rapid testing in basic health care. The quantitative data were tabulated using electronic spreadsheets, and the qualitative data were analyzed using content analysis. Among the factor which contributed to the implementation of health testing in the public health units of the state of Rio Grande do Sul are the training of doctors, nurses and dentists; the training of at least one professional from each basic health unit; the participation of psychological professionals; the involvement of the city team; the activation of the net and building of a line of care. The factors that made the implementation difficult were the big professional turnover and the fact that testing is centered in the nurses. The condition of access to the rapid testing by the population is heterogeneous. The access involves more than the availability of the tests in the basic health units. The strategy of scheduling and/or setting up a time for the rapid testing aims to organize the service, however, scheduling may lead to loss of opportunities for the professional to test in the right time, which means, when the patient shows interest. With relation to the health care model, the basic health teams are still scarce in the cities present in this study. Communication between teams, managers and patients allows the construction of a net of health care in which basic care taken over the coordination of care and the ordering of this net. Discussing the process of work of the teams that already act in basic care allows barriers to be broken and connections to be made.

Keywords: syphilis, congenital syphilis, primary health care, continuing education

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA.....	12
1.2. OBJETIVO GERAL.....	15
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
2. METODOLOGIA	16
2.1. ASPECTOS ÉTICOS.....	22
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
3.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	24
3.2. EQUIPE DE REFERÊNCIA, APOIO MATRICIAL E APOIO INSTITUCIONAL.....	26
3.3. PROGRAMA DE DST/AIDS.....	28
3.4. ATENÇÃO BÁSICA.....	33
3.5. REDE CEGONHA.....	36
3.6. SÍFILIS.....	39
3.6.1. Sífilis em gestante	40
3.7. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.....	44
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1. FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES PARA IMPLANTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO.....	59
4.1.1 Perfil dos participantes no treinamento como elemento facilitador do processo	61
4.1.2. Capacitação com multiplicadores	64
4.2 ATIVANDO REDES DE ATENÇÃO E CONSTRUINDO O MATRICIAMENTO.....	66
4.2.1. Organizando os pontos de atenção	68
4.2.2. Infraestrutura e logística	70
4.2.3. Comunicação	72
4.3 A CONSTRUÇÃO DA LINHA DO CUIDADO.....	72
4.3.1 Acesso e acolhimento	74
4.3.2. Carteira como oferta de serviço	77
4.3.3. Longitudinalidade do cuidado como suporte para o resultado do teste	78
4.3.4. Fluxo	79

4.4 PROPOSTAS DE MELHORIAS PARA GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS TESTES RÁPIDOS DE HIV E SÍFILIS.....	81
4.4.1 Reflexões sobre o processo existente do teste rápido.....	81
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICES.....	95
APÊNDICE A – Autorização para informação verbal.....	96
APÊNDICE B - Instrumento do profissional da equipe da atenção básica.....	97
APÊNDICE C - Instrumento do coordenador municipal da atenção básica ou estratégia saúde da família.....	98
APÊNDICE D – Autorização Institucional.....	99
ANEXOS.....	100
ANEXO A - A INTERVENÇÃO: Projeto estadual de implantação e implementação do teste rápido (TR) diagnóstico de HIV e triagem de sífilis nas unidades básicas de saúde no estado do Rio Grande do Sul.....	101
ANEXO B – Tabela 9 – População residente nos municípios que notificaram sífilis congênita no período compreendido entre o ano 2011 e primeiro semestre de 2012.....	116
ANEXO C – Proposta de plano de trabalho para implantação dos testes rápidos para triagem de sífilis e diagnóstico de HIV na rede de atenção básica à saúde do Rio Grande do Sul.....	117
ANEXO D – Fluxo de solicitação de testes rápidos de HIV e sífilis para a Coordenação Estadual de DST/Aids.....	120

1. INTRODUÇÃO

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

A Constituição Federal de 1988 criou os princípios básicos e norteadores da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS); previu as diretrizes acerca das ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, de caráter descentralizado, com atendimento integral e com a participação da comunidade, e estabeleceu as formas de financiamento do sistema (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde, número 8080, instrumentalizou o funcionamento do SUS, instituiu a colaboração das três esferas de governo, estruturando o sistema de municipalização, com repasses de verbas aos municípios. As diretrizes de descentralização consideraram os municípios os principais responsáveis pela gestão e execução dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 1990). Para Andrade e Castanheira (2009, p. 982) o processo de descentralização da gestão para os municípios favoreceu de forma concreta a capilarização dos serviços e ampliação do acesso à população.

Entretanto, Mendes (2010, p. 2299-2300) afirma que os sistemas de atenção à saúde são fragmentados e caracterizados pela forma de organização hierárquica, o que se traduziu na inexistência da continuidade da atenção. Além disso, o foco das ações ainda tem sido nas condições agudas, ofertadas através de unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar (Pronto Atendimento, Unidades de Pronto Atendimento – UPA, emergências hospitalares), com a ênfase nas intervenções curativo-reabilitadoras; conferindo um modelo fragmentado de atenção à saúde e sem estratificação de riscos.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, identificou a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção, redefinindo o modelo de regionalização e de gestão, portanto, apontando a necessidade de readequar as regiões de saúde sob novos parâmetros (BRASIL, 2010).

A atenção básica foi ratificada e balizada como o centro de comunicação da RAS, tendo um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, para além das perspectivas de regionalização e de gestão. Para uma atenção básica de qualidade é importante que a orientação dos serviços sigam os atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (STARFIELD,

2004, p. 61), observando, ainda, a abordagem familiar e competência cultural, bem como as funções de resolução, organização e responsabilização.

A partir da criação das RAS, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (formada por representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), foram priorizadas as Redes Temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Em 2011, o Ministério da Saúde, ao instituir a Rede Cegonha através da Portaria número 1.459, de 24 de junho (modificada pela Portaria nº. 2.351, de 05 de outubro do mesmo ano), definiu esta rede de cuidados como a que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Entre os exames financiados pelo Ministério da Saúde na Portaria da Rede Cegonha, encontra-se o teste rápido de sífilis, cujo objetivo é ampliar o acesso da população ao teste rápido, realizar o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno e reduzir a mortalidade materna e infantil por sífilis (BRASIL, 2011).

Os testes rápidos são os testes cuja execução, leitura e interpretação do resultado são feitas em, no máximo, 30 minutos, sem a necessidade de estrutura laboratorial, e a leitura do resultado é realizada a olho nu (BRASIL, 2010, p. 83).

O Ministério da Saúde, através das Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica (BRASIL, 2013, p. 7), assegura que “é primordial que se qualifique o acesso ao diagnóstico do HIV e da sífilis na gestante e que o tratamento seja realizado em tempo oportuno na Atenção Básica”.

A Nota Técnica Conjunta da Secretaria de Atenção à Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde número 391/2012/SAS/SVS/MS, de 02 de outubro de 2012, identifica informações específicas e fundamentos legais para realização do teste rápido da sífilis na atenção básica no âmbito da Rede Cegonha:

1. A sífilis continua a ser um problema mundial. A OMS estima que 12 milhões de pessoas sejam infectadas todos os anos apesar de existirem medidas de prevenção

eficazes como preservativos, e opções de tratamento de baixo custo. As mulheres grávidas infectadas pela sífilis podem transmitir a infecção ao feto, causando sífilis congênita, com consequências graves na gestação, no feto e no recém-nascido.

2. No Brasil, a transmissão vertical da sífilis permanece como um grande problema de saúde pública. Em 2011 os dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN mostram uma taxa de detecção de 3,3 casos por mil nascidos vivos, variando de acordo com a região de residência no pré-natal.

3. Nas gestantes com sífilis recente não tratada a taxa de transmissão vertical é de 70% a 100%, e na sífilis tardia de 30%, podendo ocorrer abortamento, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas. Mais de 50% dessas crianças são assintomáticas no nascimento, com grande probabilidade do desenvolvimento de graves sequelas, torna-se essencial o diagnóstico e do tratamento oportunos da gestante no pré-natal.

4. A sífilis congênita é uma doença de fácil prevenção, mediante acesso precoce à testagem no pré-natal e tratamento adequado das gestantes positivas que inclui tratamento do parceiro. A política de prevenção da mortalidade materno-infantil do Pacto pela Saúde – Ministério da Saúde (2006) inclui metas de redução da transmissão vertical da sífilis. Para tanto, o Ministério da Saúde vem conduzindo o processo de implantação da Rede Cegonha em que, no seu componente pré-natal, visa garantir a oferta do teste rápido para triagem da sífilis no acolhimento ou na primeira consulta da gestante na Unidade Básica de Saúde – UBS (BRASIL, 2012).

Entendendo, portanto, que “o objetivo do [...] pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas” (BRASIL, 2012, p. 33), o pré-natal deve ser de qualidade, independente do local em que seja realizado.

Nessa lógica, a unidade básica de saúde é um ponto de atenção estratégico para acolher as necessidades da gestante e proporcionar um acompanhamento longitudinal e continuado que abrange também suas parcerias. Assim, quando o Ministério da Saúde sugere aos municípios a adesão à Rede Cegonha e propõe aos estados a participação neste processo, procura comprometer os gestores com o fortalecimento da atenção básica e coloca em pauta a necessidade de discutir o papel das unidades básicas de saúde e o processo de trabalho das equipes de atenção básica, neste caso com foco na atenção materno-infantil.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, afirma que a Atenção Básica é a principal porta de entrada do usuário e o centro de comunicação da RAS (BRASIL, 2011). Então, para que a Atenção Básica contribua para o funcionamento da RAS, deve assumir a função de ser a base, ser resolutiva, ser coordenadora do cuidado e ser ordenadora das redes.

1.2 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores que influenciaram a implantação e implementação da realização de teste rápido de sífilis nas unidades básicas de saúde de municípios da Região de Saúde 10 do estado do Rio Grande do Sul.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar as condições de acesso da população à testagem rápida para sífilis nas unidades básicas de saúde;
- Avaliar os registros dos procedimentos de teste rápido de sífilis em gestante realizado nas Unidades Básicas de Saúde no sistema de informação ambulatorial (SIA) do DATASUS no ano de 2013;
- Avaliar os registros de notificação de sífilis em gestante pelas Unidades Básicas de Saúde no sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) no ano de 2013.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste num estudo de caso com abordagem quanti-qualitativa. Foram utilizados os registros institucionais da Coordenação Estadual DST/Aids relativas à Avaliação Institucional Qualitativa Sobre a Implantação e Implementação da Testagem Rápida de HIV e Sífilis na Atenção Básica.

De acordo com Yin (1981, p. 23), o estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência. (GIL, 1999, p. 73).

Para Minayo (1994, p. 22) os dados quantitativos e qualitativos não se opõem; ao contrário, se complementam, visto que a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. Os dados quantitativos servem para qualificar a pesquisa qualitativa.

A pesquisa constitui-se ainda em uma pesquisa documental, pois valeu-se de materiais que não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 1999, p. 66).

Para Cardoso (2000, p. 31) apud Handem et al (2008, p. 107), os documentos são utilizados como fonte de informação, indicação e esclarecimento que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador.

Para este estudo foram analisadas as informações de produção ambulatorial realizada na complexidade atenção básica do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); as notificações de sífilis em gestante no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2010 a 2013; os planos de trabalho dos municípios para implantação dos testes rápidos na atenção básica encaminhados à SES/RS e os registros das entrevistas de avaliação institucional qualitativa sobre a implantação e implementação da testagem rápida para HIV e sífilis na atenção básica.

O banco de dados do SIA está disponível no site do DATASUS (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?>

[area=0202&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/siabo](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/siabo)) e as informações do SINAN foram oriundas da Coordenação Estadual DST/Aids da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS).

Etapas da Pesquisa

1º Passo – Seleção dos municípios para coleta de dados qualitativos;

A seleção da amostra de municípios onde foi aplicado o instrumento de coleta de dados obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- o município ter aderido a todos os componentes da Rede Cegonha - PIM;
- o município pertencer à macrorregião metropolitana;
- o município pertencer a Região de Saúde da macrorregião metropolitana com maior densidade demográfica;
- o município pertencer à lista de municípios prioritários pela SES para a capacitação em testagem rápida para HIV e sífilis na atenção básica;

Foi estabelecido como critério de exclusão o município não realizar em 2012 a testagem rápida para HIV e sífilis na atenção básica.

Considerando os dados apresentados no referencial teórico, a Região de Saúde 10 - Capital e Vale do Gravataí concentram 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 dos municípios que compõem esta Região para realização desta pesquisa.

Os municípios que fazem parte desta Região são: Porto Alegre, Cachoeirinha, Alvorada, Gravataí, Glorinha e Viamão. Entretanto, somente o município de Glorinha não foi considerado prioritário pela SES e alvo para capacitação no ano de 2012 e o município de Porto Alegre já havia iniciado testagem para sífilis e HIV na atenção básica antes do projeto de capacitação da SES. Sendo assim, estes dois municípios foram excluídos da amostra desta pesquisa.

Dessa forma, os municípios selecionados para a pesquisa 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 da capacitação da SES.

Os municípios selecionados apresentam grande porte populacional, isto é, são municípios com mais 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 capacitação da Secretaria Estadual da Saúde. A cobertura da estratégia saúde da família nos municípios

está abaixo da cobertura estadual que é de 47,43% (Ministério da Saúde, junho/2014) e a cobertura da equipe de atenção básica também é inferior à do estado, conforme quadro abaixo.

Quadro 1 Cobertura de Atenção Básica nos municípios da amostra, junho de 2014

Municípios	População	Estratégia Saúde da Família*			Equipe de Atenção Básica**	Unidades Básicas***
		Implantada	% Cobertura	População coberta	% Cobertura	
Alvorada	197.441	27	47,18	93.150	46,04	13
Cachoeirinha	119.896	13	37,41	44.850	38,03	17
Gravataí	259.138	22	29,29	75.900	46,35	25
Viamão	241.190	11	15,73	37.950	20,81	12
Rio Grande do Sul	10.770.603	1.599	47,43	5.108.108	66,01	2.346

Fonte: Datasus e SAGE/Ministério da Saúde (*junho/2014; **dezembro/2013, ***agosto/2014)

2º Passo – Seleção dos técnicos para coleta de dados

A seleção dos profissionais para a entrevista obedeceu à técnica de amostragem não probabilística do tipo intencional, pois “não trabalhamos com amostras aleatórias, ao contrário, temos a possibilidade de compor intencionalmente o grupo de sujeitos com os quais vamos realizar nossa pesquisa” (MARTINELLI, 1994, p. 15).

Alguns critérios estabelecidos para a formação da amostra para as entrevistas:

- ser profissional da saúde atuante na equipe de atenção básica dos municípios selecionados;
- ser profissional que ocupa o cargo de coordenador municipal da atenção básica ou estratégia saúde da família dos mesmos municípios.

Os coordenadores da atenção básica e/ou estratégia saúde da família dos municípios selecionados indicaram os técnicos, profissionais de saúde, que atuam 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 a

foram realizadas, garantindo que cada território tivesse representação de um técnico de UBS e USF (quando for o caso).

A coordenação municipal da atenção básica de Alvorada referiu que o município organiza a atenção básica através das 27 Equipes Saúde da Família, distribuídas em 13 Unidades Básicas de Saúde. 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 na parte de cima ou de baixo do município.

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

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

A coordenação municipal da atenção básica de Viamão referiu que o município tem 04 Equipes de Saúde do Modelo Tradicional e 29 Equipes 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 está programada uma capacitação para os profissionais e reiniciarem a 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 rural.

Após a identificação da divisão territorial no município, foi explicado 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. O quadro 2 mostra o número de unidades identificadas em cada município para a coleta de dados.

Um dos coordenadores da atenção básica e/ou estratégia saúde da família dos municípios selecionados solicitou que o coordenador da política da mulher e do homem participasse da entrevista pois, este conhecia o processo de implantação da testagem rápida no município.

Então, foram entrevistados 17 profissionais ao todo, sendo 4 coordenadores da atenção básica e/ou estratégia saúde da família, 1 coordenador da política da mulher e do homem e 12 profissionais das equipes de atenção básica. Somente um dos profissionais entrevistados foi capacitado pela equipe da SES/RS em 2012.

Quadro 2 A divisão dos territórios e o número de unidades que participaram da pesquisa

Municípios	Forma de organização territorial	Número de Unidades selecionadas	Modelo de atenção das unidades selecionadas
Alvorada	Parte de baixo e parte de cima	2	2 ESF
Cachoeirinha	Não tem	2	1 ESF e 1 Tradicional
Gravataí	Quatro Distritos	5	3 ESF e 2 Tradicional
Viamão	Zona rural e zona urbana	3	2 ESF e 1 Tradicional

Fonte: próprio autor

3º Passo – Coleta de dados qualitativos

Os instrumentos para coleta de dados 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 que influenciaram na implantação ou não dos testes rápidos de sífilis.

Para Martinelli (1994, p. 15) apud Machado (1998, p. 30), ao se trabalhar com o conceito de sujeito coletivo espera-se que a pessoa que participa da entrevista tenha uma referência grupal, expressando de forma típica o conjunto de vivências de seu grupo.

Foram elaborados os instrumentos Apêndice B e Apêndice C, em anexo, para coleta de dados para avaliação qualitativa da implantação da testagem rápida na atenção básica, contendo questões fechadas e abertas. Esses instrumentos consistem em um roteiro semi-estruturado. Para Lüdke e André (1986 apud Dyniewicz, 2009, p. 128) a entrevista semiestruturada “se desenrola a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador faça as necessárias adaptações”. As questões norteadoras dão direção ao estudo no sentido de atingir os objetivos propostos.

As entrevistas foram agendadas com os entrevistados, e gravadas com a permissão dos mesmos, e duraram em média 15 minutos. Cada entrevistado assinou uma Autorização para Informação Verbal (Apêndice A), que constava o objetivo da pesquisa para sua ciência.

Solicitou-se à Coordenação Estadual DST/AIDS, através de instrumento próprio (Apêndice D), autorização para o uso do material coletado nas entrevistas.

4º Passo – Análise dos dados coletados qualitativos

Os dados coletados através das entrevistas semi-estruturadas foram trabalhados a partir da análise de conteúdo, construindo categorias que foram identificadas a partir das falas dos entrevistados. Para Gomes (1994, p. 70) “as categorias são empregadas para se estabelecer classificações [...] trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso”.

As entrevistas foram digitadas, lidas e assinaladas as categorias que emergiram das falas, sendo transpostas para uma planilha, com o objetivo pedagógico de facilitar a compreensão e categorização. Portanto, iniciou-se identificando as categorias iniciais, a partir dos argumentos repetidos evidenciados nas falas dos sujeitos. As categorias intermediárias foram fruto de análise dos conteúdos, a partir do que apresentam as categorias iniciais manifestadas pelos entrevistados. E, por fim, as categorias finais representam a síntese do processo de análise, como representação do conjunto de categorias que emergiram das falas dos sujeitos.

Bardin (2011, p. 15) afirma que a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. Gomes (1994, p. 74), ao descrever a técnica de análise de conteúdo, menciona suas duas funções: verificar hipóteses e/ou questões e descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos.

Para tanto, foram utilizados e adaptados os passos metodológicos de Machado (1998), após a leitura das respostas obtidas nas entrevistas (pré-análise) foram organizadas em uma planilha as palavras-chave; na sequência desta etapa, ocorreu o agrupamento das ideias-chave (categorias iniciais), 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.

5º Passo – Coleta de dados quantitativos

Os dados de produção do procedimento de teste rápido para sífilis em gestante na atenção básica não puderam ser utilizados, pois apesar dos esforços das Coordenações da Atenção Básica e da DST/Aids para que as equipes registrassem os procedimentos no SIA,

observou-se que não estavam aparecendo os registros dos municípios. Ao ser questionado, o Ministério da Saúde informou que não é possível às equipes da atenção básica registrar as informações no SIA por falta do código do procedimento, mas que já estavam providenciando a correção desta situação.

Os dados de notificação de gestante com sífilis foram disponibilizados pela Coordenação Estadual da DST/Aids.

6º Passo – Tratamento dos dados quantitativos

Os dados quantitativos dos municípios foram tabulados utilizando planilhas eletrônicas, sendo apresentados em números absolutos ou em percentil quando foi aplicável.

2.1 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa se propôs ao diálogo de gestores numa perspectiva interfederativa, atendendo demanda de qualificação dos processos de gestão do setor da saúde. A pesquisa se utilizou de dados secundários de domínio público e informações gerenciais colhidas junto aos gestores e técnicos da atenção básica, com autorização institucional da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

O projeto apresentou sua análise de riscos, que são mínimos e restringiram-se ao desconforto de fornecimento das informações, o que não ocorreu, apresentou análise de benefícios, que se referiram à qualificação da implementação da política gerencial da saúde, mediante estratégia de monitoramento e avaliação institucional. Foi apresentado termo de autorização para uso de dados e autorização institucional da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. O projeto aprovado em banca de qualificação, foi aprovado e autorizado pela Comissão de Pesquisa. O parecer ético e regulatório foi cadastrado sob o número 27575/2014.

Foram seguidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos em conformidade com a Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

Após a defesa e aprovação da dissertação, será entregue à Secretaria da Saúde do Estado cópia da mesma, apresentados os resultados em reunião para a equipe da Coordenação Estadual de DST/Aids e elaborado artigos científicos a serem encaminhados para publicação em periódico e em eventos da área.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A Gestão do SUS, para Tamaki et al (2012, p. 840), pode ser compreendida como um processo pelo qual equipes gestoras tomam decisões na implementação da Política de Saúde.

O Ministério da Saúde (2009, p. 6) identifica que dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de grande importância na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

Um sistema de informação em saúde pode ser entendido como um conjunto de componentes (estruturas administrativas e unidades de produção) que atuam integrada e articuladamente e que têm como propósito obter e selecionar dados e transformá-los em informação, com mecanismos e práticas próprios para a coleta, registro, processamento, análise e transmissão de informações (MORAES, 1994 apud MOTA e CARVALHO: 1999, p. 506)

A necessidade de informações sobre o cadastro dos usuários do serviço de saúde, a população, estabelecimentos de saúde, procedimentos/atividades das equipes, conhecimento do perfil de morbi-mortalidade, número de profissionais de saúde, número de consultórios/leitos, medicamentos utilizados/dispensados, gastos, etc., têm relevância quando podem ser cruzadas, permitindo conhecer o processo de trabalho dos serviços, o alcance de metas, objetivos e impactos (PAZ et al, 2007, p. 275). E contribuem para a elaboração do diagnóstico situacional da RAS.

Os sistemas de informação são mecanismos de coleta, processamento, análise e divulgação de dados e informações (DRUMOND JR., 2012, p. 453). Dentre os vários sistemas de informação disponíveis no Ministério da Saúde para uso das equipes da atenção básica, destacam-se os sistemas de informação da atenção básica (SIAB) e o sistema de informação ambulatorial (SIA) para o registro dos procedimentos/atividades e cadastro da família da população adscrita, e para notificação das doenças de notificação compulsória utilizam o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Entretanto, as equipes

tradicionais, ou seja, as equipes que não são saúde da família, não registram as informações no SIAB de forma sistemática.

O monitoramento rotineiro das informações sobre um programa, seus efeitos, custos e funcionamento possibilita a realização da avaliação do programa.

O trabalhador (profissional de saúde), com um projeto em mente (objetivo), vai manipular (organizar, tabular, analisar) a matéria-prima (dados) utilizando ferramentas (conceitos, indicadores, técnicas e métodos) de um certo modo (modelo de organização do processo) para obtenção do produto (informação). (DRUMOND JR., 2012: p. 451-2)

O objetivo do monitoramento é verificar em que medida o programa está se desenvolvendo de acordo com o planejado, ou o quanto dos efeitos esperados foram efetivamente alcançados, e gerar hipóteses plausíveis para as diferenças observadas entre o planejado e o alcançado, a complexidade da intervenção, das populações-alvo e de suas múltiplas e possíveis interações. O objetivo da avaliação é a reflexão sistemática sobre a intervenção visando à mudança; implica processos de trabalho compartilhados que envolvem opções desde teorias e práticas sobre a produção de conhecimentos, sobre opções organizadas para a mudança social, sobre julgamento, até sobre estratégias para a sistematização e profissionalização do campo (SANTOS et al, 2011, p. 210 e 212).

Para Champagne et al,

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE et al, 2011, p. 44).

Para Conil (2011, p. 180), o verdadeiro desafio dos sistemas de avaliação é que possam servir para impulsionar mudanças que levem a melhores resultados dos serviços. O Ministério da Saúde (2005, p. 7), identificou a avaliação como componente da gestão em saúde tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, subsidiando a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Medina e Aquino (2002) apud Ministério da Saúde (2005, p.7) identificaram que a institucionalização da avaliação requer o enfrentamento de aspectos (i) técnicos – definição de critérios, indicadores e instrumentos, (ii) culturais–organizacionais – referentes ao *modus operandi* de como as instituições desenvolvem suas práticas de avaliação e (iii) políticos – associados às relações de poder que se estabelecem entre as esferas de gestão e os diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde.

Santos Filho et al (2011, p. 258) afirmam que a avaliação não deve ser tomada em uma ótica meramente gerencial, que enfoca a função de controle e de subordinação dos trabalhadores; é preciso incluir a análise das relações de poder em jogo nos processos avaliativos.

A avaliação deve, então, vir descobrindo/indicando a direção das mudanças, enquanto processos desencadeados e seus efeitos, isto é, avaliação que cuide em respeitar e considerar o amplo universo de possibilidades de mudanças e sendo inventiva no sentido de buscar explicitar tais mudanças em diferentes tipos de narrativas-indicadores (SANTOS FILHO et al, 2011, p. 260-1).

A institucionalização do monitoramento e avaliação da atenção básica são um desafio que continua sendo buscado.

3.2. EQUIPE DE REFERÊNCIA, APOIO MATRICIAL E APOIO INSTITUCIONAL

Para Figueiredo (2012, p. 52), ampliar as práticas clínicas e de saúde coletiva pressupõe desviar o foco de intervenção da doença/condição de saúde ou dos procedimentos, para recolocá-lo no sujeito, portador de doenças/condição de saúde, mas também de outras demandas e necessidades.

Trata-se, portanto, de operar uma tripla ampliação:

- do objeto de trabalho: incorporando as fragilidades subjetivas e as redes sociais, para além dos riscos biológicos, isto é, trabalhar com pessoas e coletivos considerando o inter-jogo das variáveis em co-produção e das características singulares (capacidade para elaboração de interpretações e posicionamentos, capacidade de estabelecer contratos e compromisso). Isso sem desconsiderar a doença ou riscos de adoecer;

- dos objetivos do trabalho: além de curar, reabilitar e prevenir danos em pessoas doentes, produzir saúde significa também apoiar o desenvolvimento de maiores graus de autonomia e auto-cuidado dos sujeitos, de sua capacidade de pensar, agir e criar novos modos de vida para si e novas formas de posicionamento frente a sua saúde e seu contexto;
- e dos meios de trabalho em saúde: diversificando o repertório de ações, reformulando a relação clínica e os processos de educação em saúde. Construir relações baseadas no diálogo, na negociação, no compartilhamento de saberes e poderes, no vínculo e na responsabilização. Construir interdisciplinaridade, trabalhando em equipe, e intersetorialidade, trabalhando em rede. (FIGUEIREDO, 2012, p. 52-53)

Campos e Domitti (2007, p.400), afirmam que para ampliar a possibilidade de realizar clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, deve-se utilizar o apoio matricial e equipes de referência, metodologia e arranjo organizacional, para gestão do trabalho em saúde.

A equipe de referência, no contexto da atenção básica, é a equipe da atenção básica que tem responsabilidade pela condução do caso individual, familiar ou comunitário e objetiva ampliar a construção de vínculo entre os profissionais e usuários.

O apoio matricial assegura retaguarda assistencial especializada e dá suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

Para Campos e Domitti (2007, p.400) “a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial prevê critérios para acionar o apoio e define o espectro de responsabilidade dos diferentes integrantes do grupo”.

Para que a equipe da atenção básica seja gestora do cuidado e responsável pela garantia de sua continuidade, é necessário o fortalecimento da participação das equipes nos espaços de decisão, e a inclusão da atenção básica como pauta prioritária da agenda política de efetivação do SUS (Machado, 2012, p. 11).

E, para superar a fragmentação do trabalho em saúde na formação, na prática e na gestão é utilizada a metodologia de apoio institucional.

O apoio institucional é pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde. Possui caráter compartilhado e deve funcionar considerando as realidades e singularidades de cada território e unidade de saúde, pressupondo planejamento, avaliação constante, suporte a intervenções e agendas de educação permanente. Os apoiadores se responsabilizam por determinada região do estado e possuem agendas de encontros com as equipes de gestão municipal, de forma a fortalecer o vínculo entre os mesmos e o acompanhamento das ações e processos de trabalho. Esse apoio auxilia

as equipes na análise do trabalho e de suas práticas, ajudando-as a lidar com situações-problemas, desafios, desconfortos e conflitos, e ainda contribui na construção/experimentação de intervenções e utilização de ferramentas e tecnologias. O apoio é estruturado considerando um dimensionamento adequado do número de municípios por apoiador. (BRASIL, 2012, p. 10)

Figueiredo (2012, p. 113) afirma que “o termo apoiador pretende enfatizar a noção de suporte, amparo, auxílio, mas também a noção de impulso ao movimento”.

Para Onocko Campos (2003 apud FIGUEIREDO, 2012, p. 113), o apoiador tem um duplo papel: oferecer suporte à constituição do grupo e do espaço coletivo, valorizando os recursos e a potência dos sujeitos, ao mesmo tempo em que deve empurrar o grupo a atingir seus objetivos, trazendo as demandas externas e ofertando outros recursos.

Machado (2012, p.12) afirma que o apoio institucional poderá ser constituído a partir de diferentes possibilidades, a partir do apoio integrado, podendo contar com a dimensão das três esferas de governo no processo: apoio matricial, apoio temático e apoio à gestão; esse processo está estruturado na lógica da cogestão, não separando quem planeja de quem executa e avalia. Machado (2012, p. 12) ainda esclarece que o apoio temático é pontual, traduzindo-se em alguma orientação de uma política ou de um programa de forma objetiva e o apoio matricial objetiva assegurar retaguarda às equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde.

Vasconcelos e Morschel (2009, p. 733) afirmam que o apoio institucional tem como objetivo construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres e, desse modo, implementar e mudar práticas.

O apoio institucional é uma ferramenta a ser utilizada tanto pela gestão quanto pela atenção para qualificar e fortalecer, no âmbito da atenção básica, os profissionais da saúde.

3.3 PROGRAMA DE DST/AIDS

O Departamento de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde tem como missão formular e fomentar políticas públicas de DST, HIV/Aids e hepatites virais de forma ética, eficiente e participativa, fundamentadas nos direitos humanos e princípios e diretrizes do SUS, visando a: contribuir para a excelência do SUS, respondendo de forma ousada, inovadora e com forte articulação política às necessidades da população em relação às DST, HIV/Aids e hepatites virais.

O Ministério da Saúde (2011, p.13) afirma que a atuação eficiente do Programa de DST/Aids Brasileiro, desde a detecção dos primeiros casos de Aids no país, possibilitou manter a taxa de prevalência da infecção estável, e reduziu a mortalidade por Aids em 50% nos últimos dez anos e ainda lista os principais avanços registrados:

- Aumento em 20% da notificação de sífilis congênita;
- Abordagem de populações vulneráveis, escolares e população em geral, com foco em gênero;
- Estratégia de prevenção abrangente – educação + informação + insumos de prevenção;
- Distribuição de preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante;
- Cobertura das ações de aconselhamento e testagem para a população em geral;
- Fornecimento de fórmula láctea infantil para redução da transmissão vertical do HIV;
- Existência de um consenso terapêutico nacional;
- Tratamento com anti-retrovirais (ARV) para 100% das pessoas incluídas em critérios estabelecidos nos consensos terapêuticos do MS.

Dentre as ações do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais encontram-se: aprimoramento e ampliação da vigilância em saúde no âmbito das ações do Programa de DST e Aids, incluindo a implementação do Plano Nacional de Vigilância das DST; ampliação da cobertura e promoção do acesso universal e gratuito (insumos e diagnóstico do HIV e da sífilis para a população em geral, gestantes e as populações sob maior risco e vulnerabilidade, etc) e redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis, com vistas à eliminação da sífilis congênita.

A Política Estadual de DST/HIV/AIDS no RS é pautada pela diretriz da atenção integral tanto para as Pessoas que Vivem com HIV/AIDS (PVHA), quanto para as que não vivem. Neste sentido, a articulação com as redes de atenção à saúde, parcerias intersetoriais e as organizações da sociedade civil (OSC) são fundamentais. (RIO GRANDE DO SUL, 2012, p. 22).

Uma das principais ações da Política Estadual relacionadas à Atenção Básica é a capacitação para implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV e triagem da sífilis na atenção básica.

O panorama epidemiológico do Estado do Rio Grande do Sul reflete um aumento no número de casos de sífilis congênita, o que é evidenciado na tabela 1. Para o ano de 2011 foi pactuado pela Secretaria de Saúde o valor de 260 casos de sífilis congênita, entretanto, neste ano houve o registro de 654 casos de sífilis congênita, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 - Número de casos de sífilis congênita. RS, de 2007 a março de 2013.

Ano	Total de Casos
2007	267
2008	330
2009	427
2010	466
2011	648
2012	838
Mar/2013	299

Fonte: SINANNET em 14/03/2013

O número de casos de sífilis em gestantes também aumentou no decorrer dos anos no Estado (tabela 2).

Tabela 2 - Número de casos de sífilis em gestantes. RS, de 2007 a 2013.

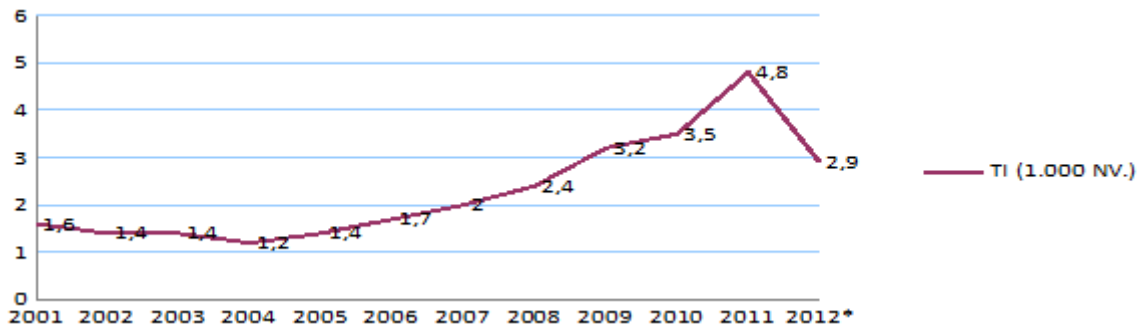
Ano	Total de Casos
2007	310
2008	419
2009	455
2010	487
2011	654
2012	955
2013	296

Fonte: SINANNET em 14/03/2013

Ao contrair a sífilis, a mulher passa a ser também, potencialmente, a agente de transmissão da sífilis congênita, e entre outras consequências pode haver o aborto ou natimorto (CORREIA e MCAULIFFE, 1999, p. 398).

O Ministério da Saúde esperava até o ano 2000 a eliminação da sífilis congênita, e para isto enfatizava a realização do exame VDRL no primeiro e terceiro trimestre da gestação e/ou por ocasião do parto, além do tratamento da mãe, do recém-nascido e parceiro sexual, quando indicado (ROUQUAYEIROL et al, 1999, p. 243).

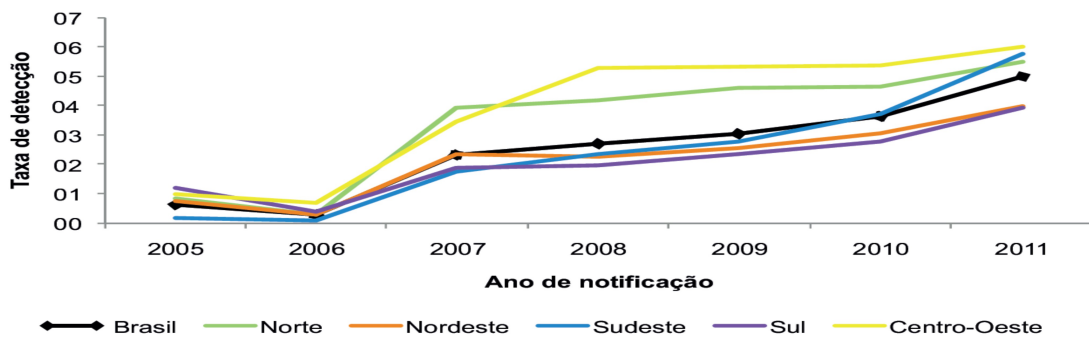
Gráfico 1: Taxa de incidência de sífilis congênita em **menores de 1 ano** por ano de diagnóstico. RS, 2001 a 2012



Fonte: SINAN/SINAN-NET/SINASC
 Dados Exportados até 31/07/2012
 (*) Dados Preliminares

Figura 1 – Gráfico Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação. Brasil, 2005 a 2011.

Gráfico 1. Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação. Brasil, 2005 a 2011^(1, 2)

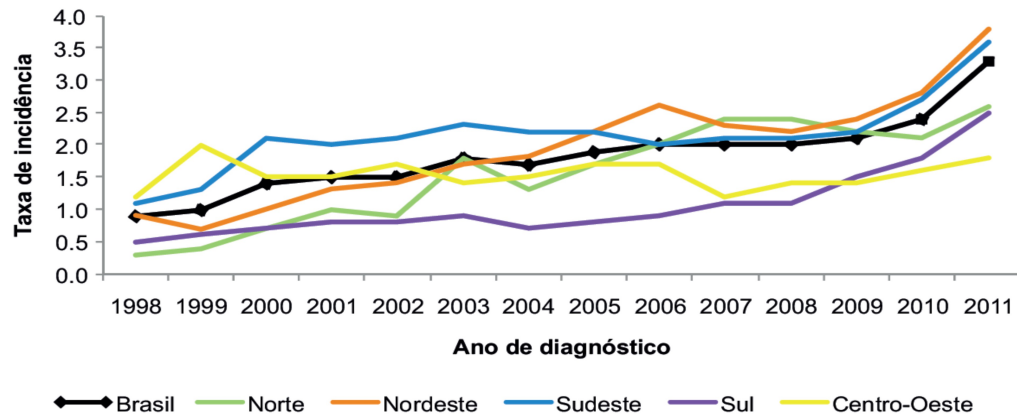


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
 Nota: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2012.
 (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: SES/RS

Figura 2 – Gráfico Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2011.

Gráfico 2. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2011^(1,2)



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
 Nota: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2012.
 (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: SES/RS

O gráfico 1 (Taxa de incidência de sífilis congênita em **menores de 1 ano** por ano de diagnóstico. RS, 2001 a 2012) e as figuras 1 (Gráfico Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação. Brasil, 2005 a 2011) e 2 (Gráfico Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2011) demonstram a importância e a relevância de envidar esforços para a detecção e o tratamento da sífilis em gestantes e parceiros sexuais.

No mundo, a sífilis na gestação é responsável por 29% de óbitos perinatal e 11% de óbitos neonatais e 26% de natimortos; no Brasil, estima-se 900 mil casos de sífilis por ano, a prevalência na gestante é de 2,6% o que corresponde a quase 50 mil gestantes com sífilis e 12 mil casos de sífilis congênita por ano. (FONTES: 2013, p. 2)

O aumento da taxa de incidência de sífilis congênita no Rio Grande do Sul foi observado em 12 Regiões de Saúde (40% das Regiões do estado): Verdes Campos (R1), Fronteira Oeste (R3), Belas Praias (R4), Vale dos Sinos (R7), Vale do Caí e Metropolitana (R8), Carbonífera (R9), Capital e Vale do Gravataí (R10), Portal das Missões (R12), Planalto (R17), Caxias e Hortências (R23), Jacuí (R27) e Vinte e Oito (R28); sendo que a maior incidência foi identificada na Região 10 – Capital e Vale do Gravataí. (RIO GRANDE DO

SUL, 2013, p. 104).

A SES/RS definiu como prioridade a implantação da testagem rápida de sífilis na atenção básica para ampliar o acesso da população gaúcha aos testes rápidos e tratar oportunamente os casos diagnosticados e evitar a transmissão vertical da doença.

3.4 ATENÇÃO BÁSICA

Starfield (2004, p. 28) define a atenção primária como o nível de atenção à saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; fornece atenção sobre as pessoas no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras; coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros; tem responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; trabalho em equipe, ou seja, integra a atenção, organiza e racionaliza o uso de todos dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para promoção manutenção e melhora da saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. Desta forma, a qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

A Atenção Básica, ao assumir este papel, deve incluir no processo de trabalho das Equipes da Atenção Básica (EAB) a lógica do cuidado em território, programação e implementação das atividades de atenção à saúde; desenvolver ações que priorizem grupos de risco; realizar acolhimento, prover atenção integral; realizar ações de saúde no território; desenvolver ações intersetoriais; apoiar estratégias de gestão local; implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão; e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica.

Uma atenção primária à saúde, na perspectiva das redes de atenção à saúde, deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: a função resolutive de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários. (MENDES, 2012, p. 21)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e entre os seus atributos estão extensa gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos, e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas; os serviços de saúde individuais e os coletivos; a atenção básica estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde; ação intersetorial e o financiamento tripartite (BRASIL, 2012, p. 5-6).

Ao organizar as ações de saúde na atenção básica, o Ministério da Saúde (2012, p. 37) ressalta que essas ações devem ser orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com os outros pontos de atenção, utilizando tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes de atenção básica com os profissionais dos demais serviços de saúde, e assim contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária.

Entre outros aspectos, a integralidade deve ser entendida como a capacidade de integrar ações de caráter individual e coletivo que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção e da recuperação da saúde, da prevenção e do tratamento de agravos; sendo assim, quando se trata do pré-natal, é importante que as equipes da atenção básica e o gestor oportunizem à gestante, parceiro e família a garantia do pré-natal de qualidade na atenção básica.

Para que a atenção básica assuma o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde, é necessário que ocorra o fortalecimento institucional através de incremento do financiamento, institucionalização das coordenações de atenção básica com instrumentos políticos e operacionais, nos diferentes espaços: político, dos sistemas de atenção à saúde, educacional, corporativo e de representação da população; expandir a

estratégia saúde da família; melhorar a infraestrutura das unidades básicas; adensar tecnologicamente as equipes de atenção básica; fortalecer o sistema de apoio diagnóstico; ampliar a equipe multiprofissional e; implantar sistemas eletrônicos de informações clínicas (MENDES, 2012).

O Governo Estadual do Rio Grande do Sul definiu o Fortalecimento da Atenção Básica como prioridade e através do projeto prioritário intitulado “*Aqui tem Saúde – Estratégia Saúde da Família*” monitora a evolução da atenção básica no estado. Este projeto é gerenciado pela Coordenação Estadual da Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família que é uma das políticas do Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

A gestão do DAS deflagrou um movimento que utiliza a metodologia de apoio institucional como estratégia de mobilização de gestores, trabalhadores e usuários para a constituição de redes regionalizadas de atenção integral à saúde e com o desafio de construir linhas de cuidado que garantam a integralidade e a integração entre as políticas.

As ações e os serviços da atenção básica são ofertados nos 497 municípios do estado, em 2.346 unidades básicas de saúde (Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, junho/2014). A cobertura de equipes de atenção básica no estado do Rio Grande do Sul é de 66% (Ministério da Saúde, Datasus, dezembro/2013) e a de estratégia saúde da família é de 47,43% (Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, junho/2014) em 454 municípios.

O Projeto *Aqui tem Saúde* visa a:

- expandir a estratégia saúde da família para 100% dos municípios e alcançar 70% de cobertura
- qualificar as equipes saúde da família através do convênio com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que ampliou o número de municípios que utilizam o TelessaúdeRS
- apoiar os municípios para adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde
- apoiar os municípios para adesão ao Programa Mais Médicos e Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB)

- co-financiar a atenção básica, através de incentivos como a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica (PIES) que utiliza critérios de distribuição compatíveis com o princípio da equidade, considerando o índice de vulnerabilidade social a que a população está exposta; incentivo para Equipes Saúde da Família, Equipes Saúde da Família Indígena, Equipes Saúde da Família Quilombola, Equipes de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Núcleo de Apoio a Atenção Básica, oficina terapêutica, Programa Primeira Infância Melhor e RS mais Igual e RS na Paz.

O adensamento tecnológico das equipes de atenção básica permite que a equipe possa cumprir com os atributos e as funções da atenção primária em saúde através da incorporação de tecnologias, sustentadas por evidências científicas inseridas nas diretrizes clínicas com a incorporação de medicamentos, exames, equipamentos e conectividade de internet (MENDES, 2012).

3.5 REDE CEGONHA

O Ministério da Saúde, através de pactuação com os estados e municípios, definiu as Redes Temáticas Priorizadas que fazem parte das Redes de Atenção à Saúde (RAS): Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças Crônicas e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

A Rede Cegonha (RC) foi o nome dado à estratégia do Ministério da Saúde, lançada em março de 2011, para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada durante o ciclo gravídico-puerperal e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Os objetivos da RC são: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte quatro meses; organizar a

Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes:

- I. pré-natal;
- II. parto e nascimento;
- III. puerpério e atenção integral à saúde da criança; e
- IV. sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Os componentes I e III são componentes sob condução da atenção básica. Esses componentes compreendem uma série de ações de atenção à saúde:

- Realização de pré-natal na unidade básica de saúde com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- Acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno;
- Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- Qualificação do sistema e da gestão da informação;
- Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;
- Apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico;
- Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;

- Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- Busca ativa de crianças vulneráveis; e
- Orientação e oferta de métodos contraceptivos.

No estado do Rio Grande do Sul, a Rede Cegonha foi denominada Rede Cegonha-PIM (Primeira Infância Melhor). Para operacionalização desta Rede, os municípios deveriam realizar a adesão: regional (para o conjunto de municípios da Região Metropolitana de Saúde adesão aos quatro componentes da RC) ou municipal (para os demais municípios adesão aos componentes I e III – componentes sob condução da atenção básica). Concluíram a adesão 411 municípios (Fonte: Coordenação Estadual da Saúde da Mulher/RS, outubro/2013) no Sistema do Plano de Ação das Redes (SISPAR).

O Anexo III da Portaria nº 1.459, de 24/06/11, lista os novos exames de pré-natal financiados pelo Ministério da saúde: teste rápido de gravidez; teste rápido de sífilis; teste rápido de HIV; cultura de bactérias para identificação (urina); acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina; ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes; proteinúria (teste rápido); teste rápido de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem –RH negativo; exames adicionais para gestantes de alto-risco: contagem de plaquetas, dosagem de proteínas (urina 24 horas); dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico; eletrocardiograma; ultrassom com Doppler; e cardiotocografia ante-parto.

O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e da sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical. Nesse sentido, verifica-se a necessidade das equipes de Atenção Básica em realizar os testes rápidos para o diagnóstico de HIV e para a triagem da sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. Estes testes rápidos estão inseridos no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam qualificar o cuidado materno-infantil. (BRASIL, [2013?], p.7)

O Ministério da Saúde (2010, p. 83) afirma que “os testes rápidos são os testes cuja execução, leitura e interpretação do resultado são feitas em, no máximo, 30 minutos, sem a necessidade de estrutura laboratorial [e] a leitura do resultado é realizada a olho nu”. Ao utilizar a estratégia dos testes rápidos, o Ministério da Saúde espera que por suas características de fácil execução e interpretação, podendo ser utilizados por profissionais capacitados, amplie o acesso ao diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites virais, especialmente em gestantes e populações vulneráveis, reduzindo a transmissão vertical.

3.6 SÍFILIS

Valderrama et al (2004 apud MAGALHÃES et al 2012, p. 1110) afirmam que as doenças sexualmente transmissíveis (DST) se constituem em um sério problema de saúde pública, acarretando danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente entre mulheres e crianças.

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, provocadas pelo *Treponema pallidum*. O Ministério da Saúde (2010, p. 363-4) identifica que a transmissão ocorre por via sexual ou por transfusão sanguínea, sendo esta última, rara atualmente; e por inoculação acidental. A sífilis tem sua evolução dividida em recente e tardia.

A fase recente compreende o primeiro ano de evolução, inclui a sífilis primária, secundária e latente precoce. A sífilis primária caracteriza-se por apresentar lesões iniciais na área genital e adenite satélite que posteriormente desaparecem sem deixar cicatrizes. Neste período as reações treponêmicas para sífilis começam a se tornar positivas (a partir da 3ª semana de infecção), as reações não treponêmicas tornam-se positivas a partir da 4ª ou 5ª semana após contágio.

A sífilis secundária é marcada pela disseminação do agente causador da sífilis no organismo. Após 4 a 8 semanas do aparecimento da lesão genital aparecem os sinais: roséola, posteriormente podem surgir lesões papulosas nas palmas das mãos e plantas dos pés, placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia em clareira e condilomas planos. As reações sorológicas são sempre positivas.

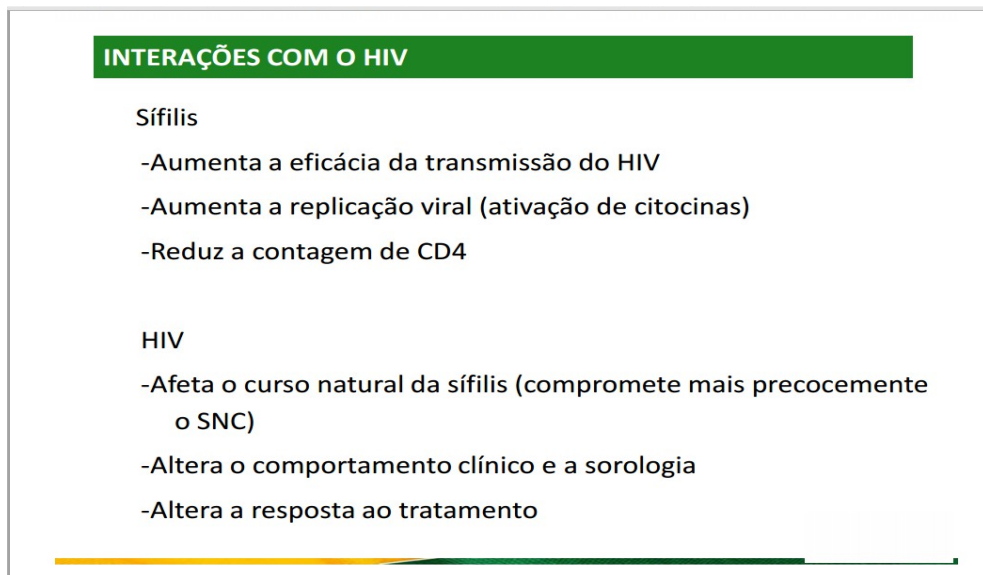
Na sífilis latente precoce não existem manifestações clínicas visíveis, mas há treponemas em determinados tecidos.

A sífilis tardia é assim considerada após um ano de evolução e inclui a sífilis latente tardia. Ocorre em indivíduos que não foram tratados ou que não receberam o tratamento adequado. Suas manifestações clínicas surgem após um período variável de latência e compreendem as formas cutânea, óssea, cardiovascular e outras. As reações sorológicas são positivas neste período.

A sífilis terciária pode demorar de 2 a 40 anos para se manifestar e ocorre em indivíduos infectados que receberam tratamento inadequado ou não foram tratados. Compreendem as formas cutânea, óssea, cardiovascular, nervosa e outras. As manifestações mais graves incluem sífilis cardiovascular e a neurosífilis. As reações sorológicas são positivas.

Pessoas com HIV ou AIDS podem ter a história natural da sífilis modificada.

Figura 1 – Interações com o HIV



Fonte:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/apresentacao_4_sifilis_capitacao_dpp_sifilis_r_14015.pdf

O diagnóstico da sífilis deve ser realizado a partir da avaliação clínica e da identificação do agente etiológico por meio de exames laboratoriais. Pode-se obter a demonstração do *Treponema pallidum* direto das lesões da sífilis primária ou secundária ou através da sorologia.

Para o tratamento da sífilis, a droga utilizada é a penicilina e a análise clínica do caso indicará o melhor esquema terapêutico.

As associações entre diferentes doenças sexualmente transmissíveis (DST) são frequentes, destacando-se, atualmente, a relação entre a presença de DST e o aumento do risco de infecção pelo HIV, principalmente na vigência de úlceras genitais [...] Portanto, toda DST constitui-se em evento sentinela para busca de outra doença sexualmente transmissível e possibilidade de associação com o HIV (BRASIL, 2010, p. 376).

3.6.1 Sífilis em Gestante

A ocorrência de sífilis em gestantes e o não tratamento adequado da gestante e parceiro podem resultar na transmissão placentária do treponema, que pode acarretar aborto, natimorto ou óbito neonatal, além da sífilis congênita “sintomática” ou “assintomática” (BRASIL, 2010, p. 371).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 9) cita que a taxa de infecção da transmissão vertical do *Treponema pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da sífilis, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária).

Estudos evidenciam que o retardo no diagnóstico da sífilis materna, única forma de prevenção da doença fetal, o tratamento tardio e incorreto da gestante, além da baixa captação do parceiro para testagem e se necessário tratamento, ratificam a importância de um pré-natal iniciado precocemente, de qualidade e resolutivo (FERNANDES et al, 2007, p. 160).

No pré-natal, o profissional de saúde deve oportunizar a gestante a realização do teste rápido de sífilis na primeira consulta e a sorologia não treponêmica (VDRL) em dois momentos da assistência ao pré-natal. A Rede Cegonha, ao ofertar o teste rápido para sífilis na atenção básica, requer que as equipes estejam capacitadas para a execução, leitura, interpretação dos resultados e emissão de laudo.

- Teste rápido de sífilis: auxiliam no diagnóstico da sífilis, pois o resultado pode ser obtido em curto espaço de tempo; é indicado para triagem, não passa por validação, tem registro válido na ANVISA (Ministério da Saúde, http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/apresentacao_4_sifilis_capitacao_dpp_sifilis_r_14015.pdf)

- Sorologia não treponêmica (VDRL):

indicada para o diagnóstico e seguimento terapêutico, devido à propriedade de ser passível de titulação. A sensibilidade do teste, na fase primária, é de 78% elevando-se nas fases secundária (100%) e latente (cerca de 96%). Com mais de um ano de evolução, a sensibilidade cai progressivamente, fixando-se em média, em 70%. A especificidade do teste é de 98%. Após instituído o tratamento, o VDRL apresenta

queda progressiva nas titulações, podendo resultar reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção - cicatriz sorológica (BRASIL, 2010, p. 368).

Ao(s) parceiro(s) da gestante deve ser ofertado o teste rápido. Quando o teste rápido da sífilis for reagente, tanto a gestante quanto parceiro devem realizar o exame laboratorial de sífilis.

O Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids de São Paulo (2012, p. 39) no quadro abaixo definiu quem são os parceiros que devem ser convocados quando há o diagnóstico de sífilis.

Quadro 3 – Período máximo para chamar parcerias sexuais por diagnóstico da sífilis

Sífilis primária	<ul style="list-style-type: none"> • Parceiros sexuais • Pessoas envolvidas em casos de abuso sexual 	Até 90 dias (3 meses) antes do início do quadro
Sífilis secundária	<ul style="list-style-type: none"> • Parceiros sexuais • Pessoas envolvidas em casos de abuso sexual 	Até 180 dias (6 meses) antes do início do quadro
Sífilis latente recente	<ul style="list-style-type: none"> • Parceiros sexuais • Pessoas envolvidas em casos de abuso sexual 	Até 1 ano antes do início do quadro
Sífilis latente tardia ou indeterminada	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar parceiros sexuais atuais 	
Sífilis congênita	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe e seus parceiros sexuais atuais 	

Fonte: Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids de São Paulo (2012, p. 39)

Para o diagnóstico de sífilis em gestantes, deve-se considerar os exames reagentes para sífilis (treponêmico e não treponêmico) associados à avaliação clínica/epidemiológica e, com objetivo de eliminar possíveis casos de transmissão vertical, o tratamento deverá ser iniciado imediatamente.

Figura 2- Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis na gestação e controle de cura

Tabela 1: Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis na gestação e controle de cura

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura(sorologia)
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000 UI.	1 semana	VDRL mensal

1 série = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo

Fonte: Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita – disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/diretrizes-para-o-controle-da-sifilis-congenita-manual-de-bolso>.

Fonte: Nota técnica

O tratamento também está indicado quando não houver histórico de sífilis registrado em prontuário da gestante ou na inexistência de comprovação de tratamento adequado para sífilis no passado.

O tratamento é considerado inadequado para sífilis materna quando:

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença; ou
- Ausência de documentação de tratamento anterior; ou
- Ausência de queda de títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento adequado; ou
- Parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o tratamento.

“A sífilis em gestante é uma doença de notificação compulsória desde 2005 [e] a notificação e vigilância deste agravo é imprescindível para o monitoramento da transmissão vertical [...]” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 369).

Ao longo do pré-natal é importante que as equipes da atenção básica monitorem a eficácia do tratamento através dos exames e, se necessário, utilizem novamente o esquema de tratamento.

Devido ao risco de reinfecção, as equipes da atenção básica devem orientar a gestante e parceiro quanto aos cuidados para o sexo seguro durante e após o tratamento para evitar reinfecção; manter os sistemas de registro da realização dos testes rápido e tratamento atualizados e notificar os casos de sífilis congênita e sífilis em gestantes.

Domingues et al (2013, p. 153) afirmam que o controle da sífilis na gestação é um desafio para os profissionais de saúde em decorrência do curto intervalo da gestação para realização do seu diagnóstico e tratamento; pela dificuldade de abordagem das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente durante a gestação; e provavelmente pelo desconhecimento da magnitude desse agravo e dos danos que ele pode causar à saúde da mulher e do bebê pela população e pelos próprios profissionais.

A persistência de casos de sífilis congênita apesar do esforço para sua eliminação através do diagnóstico da sífilis na gestante, disponibilização do tratamento à gestante e parceiro e a vigilância epidemiológica deve ser interpretado como uma falha em um dos pilares do processo (FERNANDES et al, 2007, p. 160). A sífilis congênita é um marcador da qualidade da assistência à saúde no pré-natal (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 104).

3.7. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Apresentam-se as competências da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) com o objetivo de qualificar a instituição que foi executora da implantação da testagem rápida de HIV e sífilis na atenção básica no Rio Grande do Sul bem como a coordenadora da pesquisa institucional base do estudo.

A SES/RS tem como Missão: promover a ampliação do acesso à saúde com qualidade em todos os níveis de atenção de forma humanizada, segundo as necessidades sociais, em

tempo oportuno e com resolutividade, produzindo autonomia e cidadania, e contribuindo, assim, para a qualidade de vida através dos cuidados em redes regionais em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Como competências destacam-se:

- Descentralizar para os municípios os serviços e as ações de saúde;
- Gerir as unidades de saúde dos sistemas públicos de alta complexidade, de referência regional ou estadual;
- Identificar estabelecimentos hospitalares de referência;
- Prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e colaborar com a União na vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- Estabelecer normas e padrões, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde e de produtos e substâncias de consumo humano;
- Coordenar e, em caráter complementar, formular, executar, acompanhar e avaliar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saúde do trabalhador, laboratórios de saúde pública, hemocentros, insumos e equipamentos para saúde;
- Participar, junto com órgãos afins, da formulação das políticas e do controle dos agravos ao meio ambiente, da execução das ações de saneamento básico, dos ambientes e das condições de trabalho;
- Acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade da Unidade Federada.

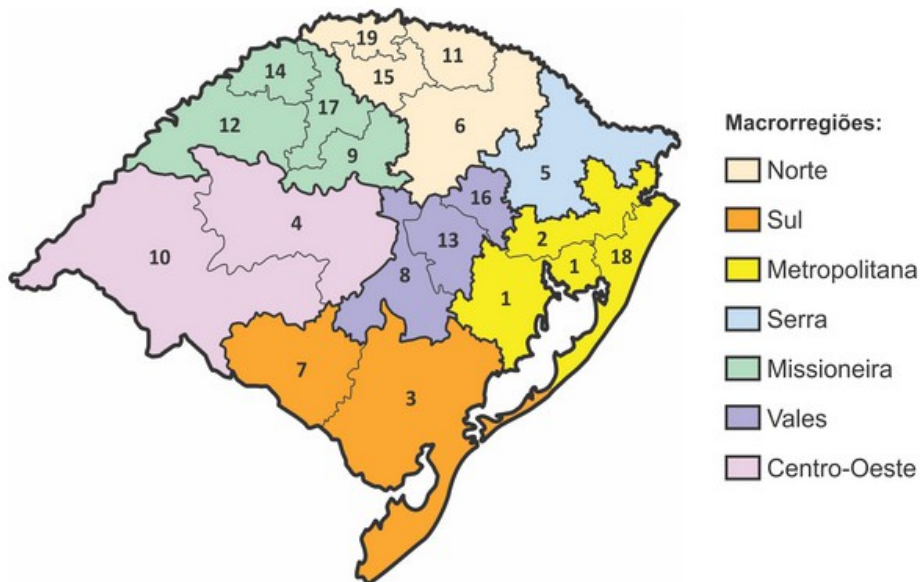
A SES/RS divide o Estado em 07 Macrorregiões, 30 Regiões de Saúde e 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

Tabela 1 – População residente no estado do Rio Grande do Sul por Macrorregião de Saúde.
Período: 2012

Macrorregional de Saúde	População
Centro-Oeste	1152928
Metropolitana	4647815
Missioneira	977141
Norte	1066058
Serra	1116893
Sul	1030554
Vales	779214
Total	10770603

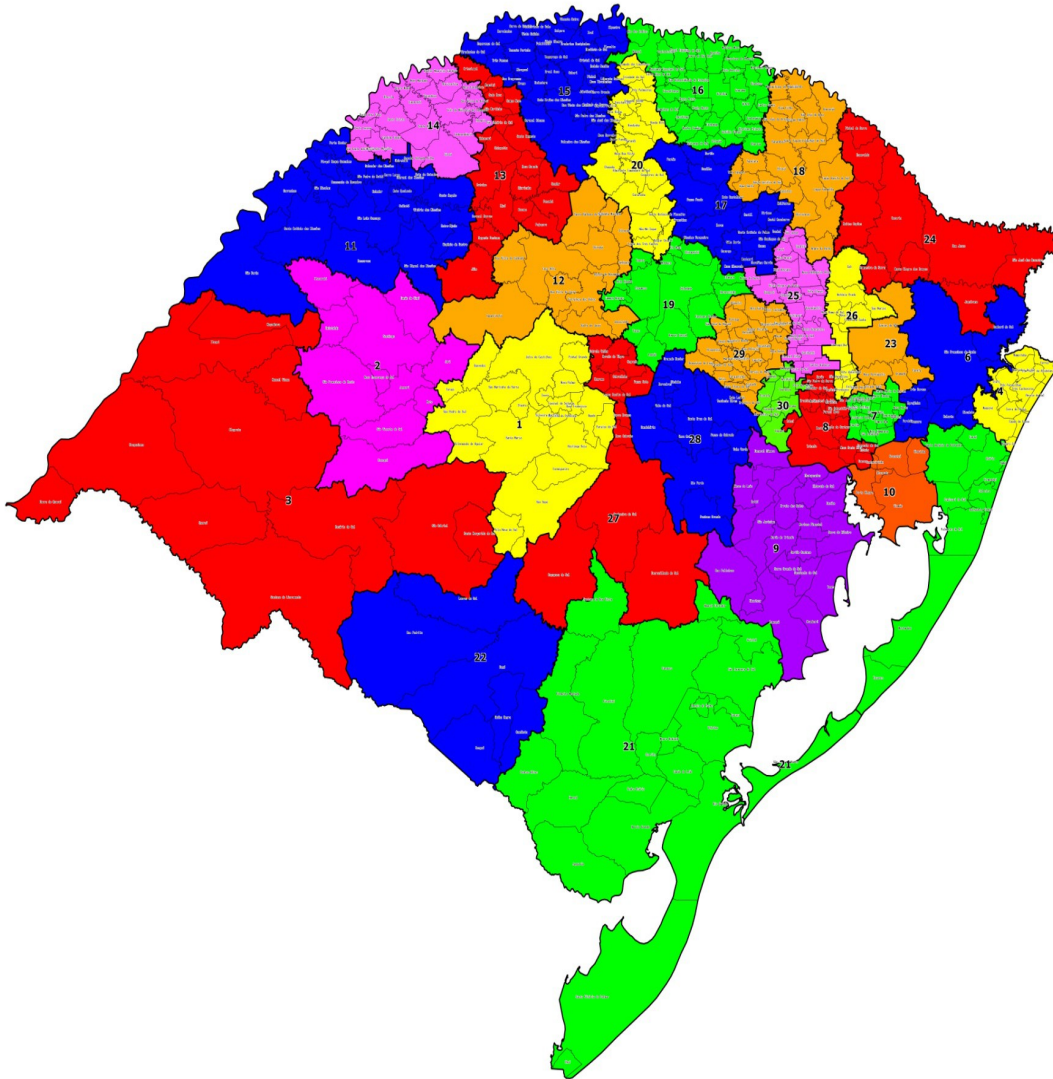
Fonte: DATASUS, 2013

Figura 3 – Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul por Macrorregião de Saúde



Fonte: site SES/RS

Figura 4 – Estado do Rio Grande do Sul por Região de Saúde



Fonte: site SES/RS

Região de Saúde (CIR)	Número de municípios	Região de Saúde (CIR)	Número de municípios
01 Verdes Campos	21	16 Alto Uruguai Gaúcho	33
02 Entre Rios	11	17 Planalto	21
03 Fronteira Oeste	11	18 Araucárias	20
04 Belas Praias	12	19 Botucaraí	14
05 Bons Ventos	11	20 Rota da Produção	19
06 V. Parahana/Costa Serra	8	21 Sul	22
07 Vale dos Sinos	15	22 Pampa	6
08 Vale Cai/Metropolitana	18	23 Caxias e Hortênsias	6
09 Carbonífera Costa Doce	19	24 Campos de Cima da Serra	9
10 Vale do Gravataí	6	25 Vinhedos e Basalto	22
11 Sete Povos das Missões	24	26 Uva Vale	12
12 Portal das Missões	13	27 Jacuí Centro	12
13 Diversidade	20	28 Vinte e Oito	13
14 Fronteira Noroeste	22	29 Vales e Montanhas	27
15 Caminho das Águas	40	30 Vale da Luz	10

A SES/RS possui oito departamentos: Administrativo, Ações em Saúde, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Coordenações das Regionais, Coordenação dos Hospitais Estaduais, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Escola de Saúde Pública.

O Fortalecimento da Atenção Básica foi definido como prioridade do Governo Estadual e vem sendo monitorado pelo Gabinete do Governador através do projeto prioritário intitulado “*Aqui tem Saúde – Estratégia Saúde da Família*” que é gerenciado pela Coordenação Estadual da Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família que é uma das políticas do Departamento de Ações em Saúde.

O Departamento de Ações em Saúde (DAS) tem como

diretrizes: promover a garantia do acesso com qualidade e participação social; articular e consolidar as Políticas de Atenção Integral à Saúde; desenvolver ações conjuntas com os demais departamentos; trabalhar de forma georreferenciada; articular ações intersetoriais e transversais; promover a integralidade, equidade, continuidade e resolutividade do cuidado; construir, organizar e ativar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir do fortalecimento da Atenção Básica de Saúde, apoiar a atenção às necessidades e expectativas dos usuários; construir coletivos de decisão e educação permanente (RIO GRANDE DO SUL, 2012, p. 1).

A gestão do DAS deflagrou um movimento que utiliza a metodologia de apoio institucional como estratégia de mobilização de gestores, trabalhadores e usuários para a constituição de redes regionalizadas de atenção integral à saúde e com o desafio de construir linhas de cuidado que garantam a integralidade e a integração entre as políticas.

Franco e Magalhães Jr. (2003: p.8-9) afirmam que a construção da linha de cuidado deve garantir fluxos assistenciais centrados no usuário, disponibilidade de recursos (ampliação da oferta de serviços nos diversos níveis de atenção), a referência e contra-referência aos diversos níveis de atenção, equipe da atenção básica responsável pela gestão do projeto terapêutico, gestão colegiada e garantia da intersetorialidade.

O DAS estruturou o apoio institucional através de equipes georreferenciadas por macrorregiões de saúde acompanhando as CRS no apoio aos municípios e adaptou as macrorregiões em cinco grupos: metropolitana, serra-vales, norte, missioneira e centro-oeste-sul devido ao número de funcionários do departamento, e o objetivo das macros é o fortalecimento da atenção básica com foco no território.

O DAS coordena as Políticas de Saúde que fazem parte deste Departamento em quatro eixos:

Gestão: Monitoramento e Avaliação; Unidade de Gerenciamento de Projetos, Humanização.

Transversalidade: DST/Aids, Saúde Mental, Saúde Bucal, Política de Alimentação e Nutrição, População Prisional, População Indígena, População Negra, LGBT, População do Campo.

Ciclos Vitais: Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso.

Atenção Básica: Atenção Básica-Estratégia Saúde da Família, Primeira Infância Melhor (PIM), RS na Paz e RS Mais Igual.

As Coordenações da Saúde da Mulher, DST/Aids e Atenção Básica planejaram a implantação/implementação da testagem rápida para sífilis e HIV na atenção básica conforme o Plano Estadual de Implantação e Implementação do Teste Rápido (TR) diagnóstico de HIV e triagem de Sífilis nas Unidades Básicas de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul (Anexo A).

A partir de setembro de 2012, foram disparadas as capacitações para implantação/implementação da testagem rápida para HIV e sífilis na atenção básica, por macrorregião de saúde, com o apoio das CRS e do nível central da SES. Cada território capacitou os municípios prioritários e avançaram na capacitação da região. Em cada capacitação ficou claro que algum tópico poderia ser abordado novamente, sendo planejado conforme avaliação do grupo de capacitação local, ressaltava-se que as pessoas capacitadas deveriam ter um perfil que permitisse a capacitação dos profissionais no território municipal e replicação da capacitação proposta pelo Estado.

Até este outubro de 2013, foram capacitados 246 municípios (sendo 94 municípios prioritários¹), 363 apoiadores e 1.054 executores; 148 planos de trabalhos foram encaminhados à Coordenação Estadual DST/Aids e 151 municípios implantaram os testes rápidos.

Seguem em anexo o roteiro do plano de trabalho (Anexo C) e o fluxo para solicitação de testes rápidos (Anexo D) pelos municípios e CRS.

¹ Dentre os 95 municípios identificados como prioritários (Anexo B) estavam os municípios de Sapucaia do Sul e São Leopoldo, capacitados no “piloto” e Porto Alegre que já havia iniciado a capacitação no município. Coube às macrorregiões capacitar 92 municípios prioritários em 2012.

Ao fim das capacitações, cada profissional recebia um CD (Compact Disc) com as informações do curso. A equipe do teste rápido do nível central, formado por profissionais das coordenações da Atenção Básica-ESF e DST/AIDS, mantém um grupo de e-mails para informar toda esta rede sobre novidades e/ou alterações nesta temática.

O TelessaúdeRS foi uma ferramenta utilizada nas ações de teleconsultoria e educação permanente. Através dele vem sendo possível esclarecer o diagnóstico e o manejo da sífilis em gestante, risco e manejo de choque anafilático, epidemiologia do HIV e da sífilis no RS, importância da notificação, testes rápidos para sífilis e HIV, abordagem da sífilis/DST/HIV e diagnóstico e manejo da sífilis na atenção básica.

Somente em 2013 o Ministério da Saúde lançou o Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes que afirma que a carga horária é flexível e modular, podendo ser ajustada de acordo com a necessidade de capacitação local.

Dificuldades

Após a eleição municipal observou-se o impacto dos resultados das urnas: alguns trabalhadores capacitados foram demitidos; municípios que não implantaram os TR, mesmo aqueles que previram no plano de trabalho a implantação; falta de profissionais; troca de profissionais.

A SES demorou a estabelecer o fluxo de solicitação de insumos, informação, transporte e armazenamento dos testes rápidos.

A resistência dos profissionais em implantar o teste rápido e administrar penicilina na atenção básica.

O Ministério da Saúde disponibilizou as coordenações municipais da atenção básica a solicitação dos testes rápidos o que no Rio Grande do Sul já estava pactuado de ser solicitado pelas coordenações de DST/Aids e após os municípios terem sido capacitados para a testagem.

Avanços

O Ministério da Saúde disponibilizou capacitações dos testes rápidos na atenção básica pelo Sistema de Educação à distância TELELAB, e material instrucional para Capacitação para multiplicadores em teste rápido para HIV e sífilis no âmbito da Rede Cegonha.

Os Conselhos Federal de Enfermagem e Psicologia se posicionaram quanto à realização dos testes rápidos, permitindo aos profissionais capacitados a realização dos testes.

O procedimento de teste rápido de sífilis em gestante foi incluído na tabela de procedimentos do SUS para a atenção básica.

O procedimento de testagem rápida começou a ser ofertado em grandes eventos, tais como: carnaval fora de época de Uruguaiana, Planeta Atlântida e Balonismo.

A SES verificou a necessidade de dar continuidade às capacitações e em agosto/13 iniciou a primeira turma para cuidado ao portador do vírus HIV na atenção básica para os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas cuja equipe já realizava os testes rápidos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O modelo de saúde hegemônico no Brasil é o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico, que subordina as ações e serviços que compõem o modelo sanitário implementado no âmbito do SUS (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014, p. 291).

“Por suas características intrínsecas, entretanto, esse modelo vem apresentando sinais de uma “crise permanente”, caracterizada pela tendência inexorável de elevação de custos, redução da efetividade diante das mudanças do perfil epidemiológico da população, crescente insatisfação dos profissionais e trabalhadores de saúde e por último, mas não menos importante, pela perda de credibilidade e confiança por parte da população brasileira.” (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014, p. 291).

Várias propostas foram elaboradas para mudança do modelo de atenção, dentre as quais se destaca a criação do Programa Saúde da Família em 1994 e que gradualmente passou a ser concebido como uma Estratégia.

A Estratégia Saúde da Família reorienta o modelo assistencial, através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde associada a mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle, ao mesmo tempo em que se articula com ações de vigilância epidemiológica e sanitária e estimula a implementação de ações intersetoriais de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população a quem atende (TEIXEIRA, 2003 e PAIM, 2008 apud TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014, p. 298).

Entretanto, as dificuldades apresentadas pelos municípios de grande porte para ampliação da Estratégia Saúde da Família, esbarram em aspectos como a intensa fragmentação espacial, diferenciação social e exclusão do convívio social (SOUSA et al, 2011). Esforços têm sido feitos tanto pelo Ministério da Saúde quanto pela SES/RS para o fortalecimento da Atenção Básica, incluindo formas de incentivo financeiro que contemplem este modelo, além de apoio institucional para avanços na qualificação do modelo.

Como já referido anteriormente, os municípios selecionados apresentam grande porte populacional, isto é, são municípios com mais de 100 mil habitantes, todos têm a estratégia

saúde da família como forma de organização da atenção básica; entretanto, a cobertura da estratégia saúde da família nos municípios está abaixo da cobertura estadual que é de 47,43% (Ministério da Saúde, junho/2014) e a cobertura da equipe de atenção básica também é inferior à do estado que é de 66,01% (Ministério da Saúde, dezembro/2013).

Ao se refletir que o teste foi inicialmente proposto para as gestantes e mais tarde foi ampliado a toda a população, o acesso aos testes ainda é frágil. A baixa cobertura da atenção básica ou estratégia saúde da família nos municípios da pesquisa e as diversas formas de oferta do procedimento de testagem rápida para HIV e sífilis nas unidades, demonstra que uma parcela pequena da população acessa o serviço de saúde.

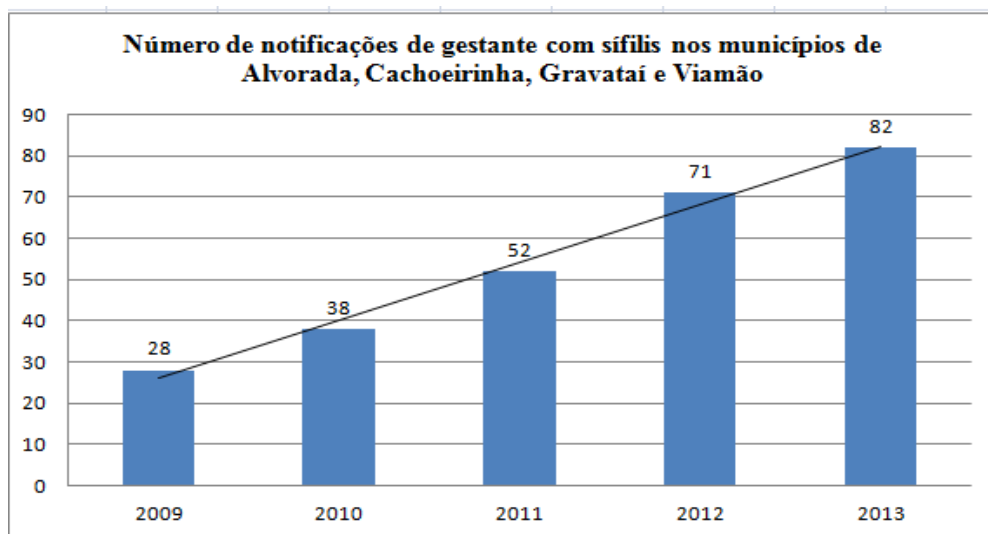
O quadro a seguir reflete o número de notificações de sífilis em gestante nos anos de 2009 a 2013 nos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão. Na figura 5 observa-se uma linha de tendência no número de notificações.

Quadro 4 Número de notificações de sífilis em gestante nos anos de 2009 a 2013 residentes nos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão

	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Alvorada	11	14	29	41	33	128
Cachoeirinha	3	1	1	2	1	8
Gravataí	3	9	9	23	33	77
Viamão	11	14	13	5	15	58
Total	28	38	52	71	82	271

Fonte: SINAN/SES/RS

Figura 5. Número de notificações de sífilis em gestantes nos municípios de Alvorada, Cahoeirinha, Gravataí e Viamão, nos anos de 2009 a 2013



Fonte: SINAN/SES/RS

Ao se debruçar sobre os números do ano de 2013 dos municípios da pesquisa, das 82 notificações realizadas, 25 são de gestantes residentes nos municípios da pesquisa que realizam o pré-natal **em Unidades Básicas de Saúde**².

A classificação clínica da sífilis na gestação demonstra que o diagnóstico é feito na fase primária ou latente da doença, conforme quadro abaixo.

Quadro 5 Classificação clínica da sífilis das gestantes notificadas no ano de 2013 nos 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
Total	25	100

Fonte SINAN/SES/RS

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 pode vir a ter 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 no quadro a seguir:

² Entende-se por Unidades Básicas de Saúde os estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) do tipo 1- Posto de Saúde, Tipo 2- Centro de Saúde/Unidade Básica, Tipo 15- Unidade Mista e Tipo 32- Unidade Fluvial.

Quadro 6 Realização de teste não treponêmico da sífilis em gestantes notificadas no ano de 2013 nos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão.

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

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 (Quadro 7).

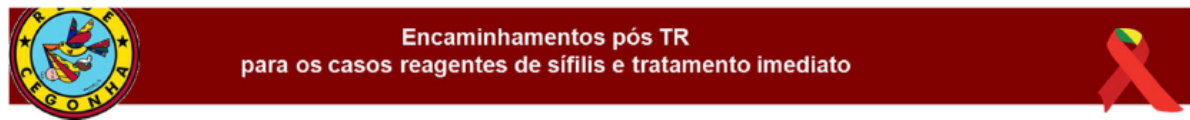
Quadro 7 Droga de escolha para o tratamento da sífilis em gestantes notificada no ano de 2013 nos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão.

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

Fonte SINAN/SES/RS

A prescrição do tratamento com penicilina deve ser feita após avaliação clínica para estadiamento da sífilis. Abaixo a figura com as orientações para os casos de sífilis reagente no teste rápido.

Figura 6 Encaminhamentos pós Teste Rápido para os casos reagentes de sífilis e tratamento imediato



Gestantes: assistência, tratamento e seguimento de cura continuam na atenção básica.

1. Gestantes, com teste rápido atual positivo para sífilis, tratar nas situações*:

- **Ausência** de histórico de sífilis, cujo diagnóstico tenha sido **excluído** laboratorialmente por registro de prontuário ou cartão de gestante e/ou,
- **Inexistência** de **comprovação de tratamento adequado** para sífilis no passado, por registro em prontuário ou no cartão da gestante.

Importante: *Além do tratamento imediato deve-se coletar amostra e submetê-la ao fluxograma laboratorial e também realizar o controle de cura, além de adequar o esquema de tratamento à forma clínica.

*A regra geral quando o resultado do teste rápido treponêmico for reagente é de coletar uma amostra venosa para realizar pesquisa LABORATORIAL de sífilis. Somente em situações especiais realiza-se o tratamento imediato.

Manual TR sífilis para atenção básica / Departamento DST, Aids e HV, Ministério da Saúde/ 2011

Fonte: Brasil/2012

Quanto ao tratamento concomitante do parceiro, observa-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 (Quadro 8).

Quadro 8 Tratamento concomitante do parceiro da gestante notificada com sífilis no ano de 2013 nos municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí e Viamão.

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

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 (Quadro 9).

O risco de reinfecção da sífilis na gestante pelo não tratamento ou tratamento inadequado do parceiro deve ser atentado pelas as equipes de saúde para evitar a transmissão para o feto e as complicações para a saúde da mulher.

Quadro 9 Motivo do não tratamento do parceiro da gestante notificada com sífilis no ano de 2013 nos 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
Total	25	100

Fonte SINAN/SES/RS

Domingues et al (2013, p. 155) afirmam que a persistência de alta incidência da sífilis em gestantes e de altas taxas de sífilis congênita indica que a qualidade da assistência é insatisfatória; existe uma necessidade de revisão dos procedimentos adotados e maior responsabilização dos profissionais perante um problema evitável.

Saraceni et Miranda (2012 p. 490) 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.

Mudar a lógica de trabalho não é somente estabelecer leis ou portarias, há necessidade de discutir questões como formação e perfil profissional dos que optam por trabalhar na atenção básica, pois é preciso ir além.

A complexidade, diversidade e amplitude da produção da vida humana exigem/obrigam à formação de pessoal com qualificação para a compreensão e intervenção intersetorial e segundo estratégias de promoção da saúde como qualidade da vida. (CECCIN e FERLA, 2009, p. 448-9).

É necessário colocar em prática, na educação dos profissionais que atuarão no âmbito da saúde, o quadrilátero da formação (ensino, atenção, gestão e controle social em saúde). Para isto, é essencial reconhecer que para operar mudanças nos processos de trabalho deve ocorrer reflexão sobre as práticas sanitárias.

Um dos avanços da Coordenação Estadual da Atenção Básica foi criação da Resolução CIB (Comissão Intergestores Bipartite) 503/2013, que incentiva as equipes de saúde da família com dois enfermeiros a receberem um valor adicional desde que, pelo menos, um dos enfermeiros tenha especialização *Latu Sensu* ou Residência em Saúde da Família, Saúde da Mulher, Enfermagem Obstétrica ou Saúde Pública/Saúde Coletiva, desde que neste último caso tenha componente clínico curricular. E, as Equipes de Saúde da Família que possuam médico com titulação de Médico de Família e Comunidade cadastrados, também farão jus a um repasse adicional mensal.

Além disso, ressalta-se que a SES/RS, através do convênio com o TelessaúdeRS, também fomenta a utilização pelos profissionais da atenção básica de outros mecanismos de ensino-aprendizagem que difiram da modalidade tradicional de aprender.

O processo de educação permanente tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho (BRASIL, 2009, p. 20). Refletir o modo de fazer saúde, através da reflexão do trabalho vivo em ato produz a mudança necessária para qualificar a atenção à saúde.

A incorporação de tecnologias na atenção básica não esgota a necessidade do uso de tecnologias leves e/ou leves-duras no processo do cuidar. O uso dessas tecnologias resulta “maior defesa possível do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e desenvolvimentos de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo” (MERHY, 2013, p. 73).

Os dados a seguir são apresentados de forma categorizada, e o conteúdo expresso nas categorias construídas representa a elaboração do resultado das respostas obtidas dos sujeitos da pesquisa sobre os eixos temáticos do estudo.

Está estruturado de forma inversa ao movimento de construção das categorias de análise, sendo seus itens apresentados pelas categorias finais, como uma outra leitura obtida a partir do processo de pesquisa. Os subitens foram resultado das categorias intermediárias emergentes da análise e as categorias iniciais foram transcritas entre aspas no corpo do trabalho se referem às ideias e pensamentos dos entrevistados, conforme já mencionado nos passos metodológicos.

A apresentação da discussão da pesquisa será feita inicialmente em quadros, com o objetivo de facilitar a visualização do processo. As categorias finais representam a síntese final do processo, como representação do conjunto de categorias que emergiram das falas dos sujeitos. As categorias intermediárias foram fruto de análise a partir do que apresentam as categorias iniciais. E, portanto, as categorias iniciais foram identificadas a partir dos argumentos repetidos nas falas dos entrevistados.

Seguem abaixo os quadros resumos das categorias identificadas seguidos das discussões.

4.1 FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES PARA IMPLANTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO

Os fatores facilitadores e dificultadores do processo de implantação do teste rápido nos municípios foram apresentados pelos sujeitos, sendo relacionados ao modelo de capacitação e ao perfil dos técnicos participantes dos treinamentos.

Quadro 10 Fatores facilitadores e dificultadores para implantação do teste rápido

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros, médicos e dentistas • Enfermeiros • Enfermeiros do SAE • Profissionais do quadro do município • Toda a rede 	<p>Perfil dos participantes no treinamento como elemento facilitador do processo</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Teoria e prática • Discutida a necessidade de implantar os testes • Não teve muita discussão • Aqui não tem discussão, será feito • A técnica é mecânica, não tem dificuldade • O foco é o aconselhamento, pré-teste e pós-teste com o diagnóstico ou com as orientações para o negativo e comportamento de risco • Organizado junto do SAE (Serviço de Assistência Especializado) com a atenção básica • Vigilância orienta as notificações • Oportunidade para acompanhar no SAE ou CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) a realização dos testes • Adaptação da capacitação inicial no município • Não foi feita no município • Não trabalha na unidade em que implantou a testagem • No início uma coisa a mais, depois foi natural, tranquilo 	<p>Capacitação com multiplicadores</p>	<p>Fatores facilitadores e dificultadores para implantação do teste rápido</p>

Fonte: próprio autor

4.1.1 Perfil dos Participantes no Treinamento como Elemento Facilitador do Processo

Todos os profissionais de saúde de nível superior estavam aptos a realizarem o teste rápido, desde que passassem pela capacitação recomendada pelo Ministério da Saúde, e que aqui no estado foi realizada pela Secretaria Estadual da Saúde, exceto os Assistentes Sociais, os quais o Conselho Profissional não autorizou a inserção no processo.

O Quadro 11 abaixo apresenta as categorias profissionais dos apoiadores locais para implantação da testagem rápida que os municípios apresentaram no plano de trabalho encaminhado à SES após a capacitação.

Quadro 11 Categorias profissionais dos apoiadores locais para implantação da testagem rápida nos municípios apresentadas no plano de trabalho encaminhado à SES/RS

Município	Número de Apoiadores Locais	Categoria profissional	Local de trabalho	Data das capacitações
Alvorada	2	Enfermeiro	UBS	Novembro/2012
Cachoeirinha	6	Odontólogo Enfermeiro	SAE UBS SMS	Novembro e dezembro/2012
Gravataí	7	Enfermeiro Farmacêutico Odontólogo Médico não especificado	SMS UBS SAE	Outubro e novembro/2012

Fonte: próprio autor

Das 17 entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa: um profissional não foi capacitado pelo estado ou município, um não foi capacitado no município onde trabalha e um foi capacitado pela SES/RS. A listagem inicialmente encaminhada pelos municípios no plano de trabalho não apresentava o nome dos entrevistados. Um dos coordenadores municipais da atenção básica/estratégia saúde da família, apesar de não ter participado da capacitação

organizada pela SES/RS, identificou-se como apoiador municipal dos testes rápidos na atenção básica.

A proposta formulada pela Coordenação Estadual da Atenção Básica, DST/Aids, Saúde da Mulher e Primeira Infância Melhor utilizou um processo pedagógico que contemplasse a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado, partindo dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho (Anexo A). A capacitação visava à melhoria do desempenho do pessoal (Brasil, 2009, p. 40) e ao se aproximar da vida cotidiana, reconhecendo o potencial educativo da situação de trabalho e valorizando o processo de trabalho, se constitui em educação permanente, com mudanças nas práticas dos trabalhadores.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2009, p. 44) a Educação Permanente incorpora o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto em que ocorrem; modificam as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas; coloca as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação; evita a fragmentação disciplinar; amplia os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes, e associações, em ações comunitárias.

A previsão de capacitações, nos municípios da pesquisa, encaminhada à SES/RS ocorreria entre os meses de outubro a dezembro de 2012. 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. Isso poderá ser observado no extrato das falas dos sujeitos entrevistados.

“eu não fiz a capacitação aqui [no município]..., porque eu trabalhava em [outro município]... na época, fiz a capacitação lá... quando cheguei [nesta unidade] já estavam fazendo [o teste]” Entrevista 1³

“... quando iniciou os testes rápidos era uma enfermeira que estava na coordenação, aí teve uma troca, e aí essa enfermeira entrou, ela teve que se adaptar, teve que estudar toda a questão do teste” Entrevista 4

“quando teve a capacitação da testagem, eu era enfermeira da unidade...” Entrevista 8

3 Foi adotada esta forma de apresentação das falas dos entrevistados para diferenciar da citação bibliográfica.

“tivemos três unidades com testagem rápida em momentos diferentes... na unidade [X] o enfermeiro foi trocado de unidade e nesta unidade teve testagem também...” Entrevista 13

Quanto ao perfil dos capacitados pelos municípios, observe-se que houve uma preocupação em capacitar pelo menos um profissional da unidade de saúde, profissionais do quadro e os profissionais de nível superior da equipe de saúde:

“A enfermeira aplicou a capacitação para toda a rede” Entrevista 3

“nas unidades todos foram capacitados: enfermeiros, médicos e dentistas...” Entrevista 8

“... para pelo menos um profissional de cada unidade básica...” Entrevista 13

“... priorizando o pessoal do quadro para não ter o problema do vínculo frágil...” Entrevista 13

Os municípios, ao iniciarem a capacitação para implantação dos testes na atenção básica, identificaram que o alvo seriam os profissionais de nível superior da atenção básica.

“... a rede muda muito...” Entrevista 8

“... priorizando o pessoal do quadro para não ter o problema do vínculo frágil...” Entrevista 13

Souza e Bahia (2014, p. 56), ao escreverem sobre os componentes de uma rede de serviços de saúde, destacam que a produção dos trabalhadores da saúde é baixa e, na dimensão do desempenho, salientam que a estabilidade organizacional é que apresenta mais problemas. A rotatividade dos trabalhadores é intensa, e os profissionais raramente permanecem tempo suficiente para criar vínculos com as comunidades que atendem.

A partir das falas registradas nas entrevistas foi possível identificar que ocorreu rotatividade dos profissionais na rede municipal.

“... trabalhava aqui no pronto atendimento [agora trabalho na unidade básica].” Entrevista 1

“... eu entrei aqui [nesta unidade] em dezembro [de 2013]... aqui trocou todo mundo... aqui tinha outro enfermeiro, outro dentista, outro médico...” Entrevista 13

Embora tenham apresentado como ponto positivo vários profissionais da equipe terem sido capacitados e, por isso, facilitar a distribuição de tarefas entre todos da equipe, a rotatividade assume um caráter negativo, já que para garantir a longitudinalidade como um dos atributos mais importantes da atenção básica, esse fenômeno não contribui.

4.1.2. Capacitação com Multiplicadores

A proposta elaborada pela equipe da SES/RS estabelecia a criação de uma rede formada por multiplicadores, apoiadores, facilitadores e executores no estado. Utilizando-se a metodologia de apoio institucional e apoio matricial, foram definidos os papéis de cada integrante desta rede:

- **Multiplicador de TR diagnóstico HIV e teste de sífilis:** profissionais da saúde de nível superior capacitados pelo Ministério da Saúde. Tem como atribuição capacitar os apoiadores locais e regionais, dar suporte técnico para os apoiadores municipais e locais e, apoiar institucionalmente os municípios. É responsável pelo matriciamento dos apoiadores nas questões referentes ao teste rápido, execução, armazenamento, documentação e laudos e fluxos das Portarias 151/2009 e 3242/2011.
- **Apoiador Regional:** Constituído dos coordenadores de AB-ESF, DST/Aids, Saúde da Mulher, PIM, Saúde da Criança, entre outros das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Capacitados pelos multiplicadores do MS para aconselhamento, teste rápido de HIV e Sífilis (execução, interpretação, armazenamento dos testes, documentação e laudo), e Portarias 151/2009 e 3242/2011. Tem como atribuição coordenar a implantação e implementação do TR na sua CRS e macrorregião, matriciando os apoiadores municipal e local na capacitação para executores, implantação e implementação dos TR nas UBS e, apoiar institucionalmente os municípios. Responsáveis pela continuidade deste processo.
- **Apoiador Municipal:** será o coordenador municipal de DST/AIDS, AB/ESF ou Saúde da Mulher, tendo como função a coordenação dos Apoiaadores Locais. Existirá o apoiador municipal somente onde há coordenadores destas políticas. Será capacitado pelos Multiplicadores do MS.
- **Apoiador Local:** o apoiador local será um profissional da saúde de nível superior que trabalhe em UBSs do município. Cada apoiador local terá a responsabilidade de acompanhar até 7 UBS. Este terá a atribuição de capacitar, com apoio dos multiplicadores e de outros apoiadores locais e regionais os profissionais da saúde das UBS. Também será responsável pelo acompanhamento e apoio posterior dos fluxos, execução dos testes, aconselhamento nas UBS de sua responsabilidade. Capacitado por multiplicadores do MS.
- **Facilitador:** são trabalhadores da saúde que trabalham nos CTAs e SAEs

realizando aconselhamento e TR; já capacitados, os mesmos poderão participar nas capacitações contribuindo para no processo de qualificação como apoiadores matriciais. São inseridos na proposta de implantação do TR-Sífilis e HIV após pactuação com Apoiadores Regionais e Facilitadores.

- **Executor:** profissionais da área da saúde que trabalham em UBS que realizarão o TR de HIV e sífilis após capacitação. Capacitado por apoiadores municipais, locais e facilitadores do município. Terão como suporte técnico um apoiador local. (ANEXO A)

Durante a capacitação organizada pela SES/RS, os apoiadores regionais deveriam ter sensibilizados os apoiadores municipais para que os municípios aderissem à proposta e, num prazo de 15 dias após a capacitação estadual, encaminhassem um plano de trabalho (Anexo C) para a capacitação dos executores e implantação dos testes na atenção básica. Nos planos de trabalho deveriam conter informações de identificação do município, descrição da rede de serviços e fluxos de atendimento a pessoas com o vírus HIV e sífilis, informações sobre a organização para alimentação dos sistemas de informação de notificação de doenças compulsórias e investigação de cada caso notificado; metodologia da capacitação para executores do teste rápido com o cronograma e previsão do início da disponibilização para a população, os contatos dos apoiadores locais; além de informações sobre o monitoramento do processo.

A capacitação no município foi adaptada para a realidade local. Cada município fez uma programação com diferentes cargas horárias, entretanto, manteve a oferta da parte teórica e prática. Conforme orientações do Ministério da Saúde e da SES/RS, a manutenção da parte prática e teórica é o principal eixo da proposta de capacitação, podendo oscilar a carga horária e formato com dispersão.

“... teve a capacitação teórica e prática e depois já iniciamos...” Entrevista 1

“... a gente fez curso...” Entrevista 3

“então nós também optamos por fazer uma capacitação diferenciada, uma capacitação para cada profissional, então nós fizemos um momento teórico aqui e depois um momento prático com essa enfermeira responsável pelo SAE. Aí, claro daí demorou um pouco mais...” Entrevista 4

“... adequar a nossa realidade...” Entrevista 5

“... uma tarde de treinamento...” Entrevista 9

“atividade de dia todo...” Entrevista 13

A discussão com os trabalhadores para implantação da testagem nas unidades básicas

em alguns municípios ocorreu devido à necessidade do município em ofertar o teste para a população. E, os trabalhadores, em alguns casos, sentiram como mais uma tarefa a ser executada.

“Na verdade, a discussão passou por uma necessidade... veio pra nós essa oportunidade, eles [trabalhadores] entenderam e toparam a ideia,” Entrevista 3

“... não teve resistência...” Entrevista 5

“... de início uma coisa a mais para a gente... depois foi natural, tranquilo” Entrevista 8

“... não foi colocado em discussão...” Entrevista 9

A participação do SAE e da vigilância epidemiológica não foi igual nos municípios; observa-se que a vigilância epidemiológica, em alguns casos, participou do processo somente nas questões de fluxo de notificação das doenças de notificação compulsória e o SAE assumiu o papel de apoio logístico e capacitação.

“Foram eles [SAE] que nos forneceram material e fizeram nosso treinamento. Também do acolhimento.” Entrevista 2

“O SAE participou. A vigilância não participou tanto...” Entrevista 3

“desenvolveu o trabalho junto com o SAE...” Entrevista 4

“... o SAE centralizou um pouco, fez a capacitação... a vigilância não participou muito desse processo” Entrevista 8

“... o SAE é junto com o CTA, e em conjunto com a atenção básica está organizando [a capacitação]... a vigilância participa da definição dos fluxos, como vão ficar as notificações, quem vai notificar...” Entrevista 13

4.2 ATIVANDO REDES DE ATENÇÃO E CONSTRUINDO O MATRICIAMENTO

Esse desdobramento se refere a mais uma categoria final da análise e trata de como foi organizado nos municípios alguns componentes importantes da Rede de Atenção à Saúde, tais como: os pontos, os fluxos, logística e comunicação.

Quadro 12 Ativando Redes de Atenção e construindo o matriciamento

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
<ul style="list-style-type: none"> • SAE apoio • SAE capacita • SAE referência • SAE centralizou • SAE para onde encaminhar • SAE para dúvidas • SAE parceiro • SAE ensinou • SAE para exames complementares • SAE e vigilância treinaram • SAE e vigilância assessoria • SAE e vigilância notificações • Abastecimento/reposição • vigilância não participou • vigilância participou na notificação 	Organizando os pontos de atenção	Ativando Redes de Atenção e construindo o matriciamento
<ul style="list-style-type: none"> • SAE responsável dentro do município • distribuição pelo gestor federal ao estado, hoje direto aos municípios • SAE e vigilância liberam os testes • geladeira para armazenar os testes • geladeiras entregues pela SES • uso de maletas térmicas 	Infraestrutura e Logística	

Continuação do Quadro 12 Ativando Redes de Atenção e construindo o matriciamento

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
<ul style="list-style-type: none"> • Campanhas • Campanhas aos sábados • Divulgação com cartaz • Cartaz improvisado • Sem divulgação • Difundido no município • Disseminado no município • Boca-a-boca • Divulgação em dezembro • Comunicou a população 	Comunicação	

Fonte: próprio autor

A SES/RS reconhece o ativador de redes como o que identifica e articula coletivamente possibilidades de fluxos, de ações de saúde e necessidades de serviços a serem implantadas, de modo pactuado entre gestores, equipes e usuários de determinados territórios, isto é, o ativador de redes facilita a constituição de coletivo de trabalho que discuta sua prática cotidiana em relação à produção de saúde.

4.2.1. Organizando os Pontos de Atenção

Quando foi solicitado ao município o plano de trabalho para capacitação dos executores da testagem rápida na atenção básica, esperava-se que fosse realizada a organização dos pontos de atenção, os fluxos para os possíveis resultados apresentados nos testes, as questões para armazenamento e dispensação dos kits, a lista dos apoiadores locais e o cronograma de capacitação e de implantação da testagem na atenção básica.

“A gente é abastecido pela DST, a gente faz um fechamento mensal, falando o estoque que a gente tem na

unidade e o que a gente vai precisar, eles nos repõe, todo o apoio também que a gente vai precisar, encaminhar o paciente, exames, mais a parte de encaminhamentos, e se for o caso de dar positivo, é a DST que nos dá esse apoio, é o setor de DST, alguma dúvida também é tudo lá no setor...” Entrevista 1

Mendes (2010, p. 2300) afirma que as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a população, e são coordenadas pela atenção básica. Esse autor ainda afirma que as redes de atenção à saúde são constituídas por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A atenção à saúde baseada nas necessidades da população sob sua responsabilidade envolve um processo complexo: de territorialização, cadastramento das famílias, classificação das famílias por risco socio sanitários, a vinculação das famílias à unidade básica de saúde, a identificação de subpopulações com fatores de riscos, a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

A estrutura operacional é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança. O centro de comunicação das redes de atenção à saúde coordena os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde.

O modelo de atenção é o sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções dos sistemas de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão predominante da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde.

Para Souza e Bahia (2014, p. 54), os componentes dos sistemas ou das redes de saúde são: a população, infraestrutura (recursos materiais e humanos, tecnologias e conhecimento), organização dos serviços de saúde, prestação de serviços ou modelo de atenção, financiamento e gestão ou governança e regulação.

Observa-se que os municípios que realizam a testagem na atenção básica conseguiram organizar a rede, isto é, a porta de entrada, organizar os fluxos para o encaminhamento e notificação e tratamento dos usuários.

“... nós montamos um fluxo para cada teste... elaboramos um protocolo para administração da benzetacil...”
Entrevista 4

Quando questionado sobre a administração da penicilina dois municípios referiram administrar a medicação na unidade básica conforme prescrição médica; um município ainda não administra em todas as unidades básicas porque:

“... quando chamamos os enfermeiros para mostrar para eles [o protocolo para administração da penicilina] eles apresentaram como dificultador maior, a questão do nosso pessoal de UBS e USF, eles estavam um pouco desatualizados quanto à punção venosa e atendimento primário da emergência. Nós organizamos junto com o Coren [Conselho Regional de Enfermagem] um curso de APH [Atendimento Pré-Hospitalar], bem prático. E mês que vem estamos organizando a capacitação de revisão de prática de punção venosa... e antes do final do ano conseguir fazer a aplicação da bezetacil em todas as unidades” Entrevista 4

A fala anterior ressalta que houve uma preocupação em capacitar os profissionais para a realização das ações e serviços que o modelo de atenção primária preconiza para as equipes de referência. A administração da penicilina nas unidades básicas de saúde foi normatizada pela Portaria nº 316, de 27 de dezembro de 2011.

A atenção básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 20).

Observa-se como ponto positivo a organização da rede e a participação da equipe no processo de implantação da testagem.

4.2.2. Infraestrutura e Logística

Quando a reflexão passa a ser sobre a infraestrutura e logística, é importante hoje observar que os fluxos de distribuição dos kits de testes mudaram. Inicialmente, a SES recebia o material do gestor federal e repassava aos municípios conforme solicitação; hoje, essa distribuição ocorre direto do gestor federal para os municípios.

A SES/RS repassou refrigeradores para o armazenamento dos kits para testagem rápida de HIV e sífilis para qualificação da estrutura das unidades básicas dos municípios da pesquisa. Entretanto, algumas unidades não foram contempladas porque que na época da identificação da quantidade de unidades básicas, com ou sem estratégia saúde da família, que existiam no município e que necessitavam deste equipamento era inferior ao que existia no momento do repasse dos refrigeradores para os municípios. Por isso, algumas unidades não contempladas utilizam o sistema de caixas térmicas para uso na unidade e acondicionamento dos kits para testagem rápida.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde ressalta que a implantação dos testes rápidos envolve adequação de aspectos organizacionais e por vezes estruturais nos serviços, isto é, sensibilização da equipe, profissionais da unidade, divulgação dos testes para a população; adequação do espaço físico e aquisição de equipamentos; disponibilidade de insumos para realização do teste e material de apoio; organização do fluxo e definição de papéis.

Observa-se nas falas dos entrevistados que o SAE assume um papel de matriciador na rede que se reorganiza e de apoio.

“... [os profissionais do SAE] nos questionam e acompanham...” Entrevista 1

“... dá as informações, distribui os testes, recolhe os resultados, orienta também quanto aos encaminhamentos, orientou também quanto ao aconselhamento para os enfermeiros.” Entrevista 3

“... foi o SAE que nos capacitou... eles nos dão esse apoio, quando a gente precisa encaminhar alguém ou tirar alguma dúvida, a gente tem todo esse apoio do SAE, ele está como nosso apoiador.” Entrevista 11

Para Campos e Domitti (2007, p. 399-400) o apoio matricial objetiva assegurar retaguarda especializada (assistencial e suporte técnico-pedagógico) às equipes e profissionais de referência encarregados da atenção a problemas de saúde.

A implantação dos testes rápidos na atenção básica fez com que as equipes de saúde divulgassem o procedimento no território de sua abrangência.

“... Eles procuram bastante, a gente incentiva os médicos, a gente faz testagem também no pré-natal, para gestante e para o parceiro, e aí acaba que a família quer testar também, e aí vai passando a informação, a gente não tem muita divulgação, tem um cartaz ali no mural, mas as pessoas sabem que tem, é bem disseminado, difundido...” Entrevista 1

“... vamos ver se vai ter uma certa aceitação, a importância dos testes, da segurança dele... tem de trabalhar com a população” Entrevista 5

“... salas de espera... os agentes comunitários... busca ativa e a orientação que existe o teste aqui,... o cartaz

chama mais...” Entrevista 12

4.2.3. Comunicação

Ainda percebe-se que as equipes de saúde das unidades utilizam as campanhas ou dias diferentes aos da rotina para oferta do procedimento de testagem à população. Para Silva, Teixeira e Costa (2014, p. 392) o termo “campanha” vem sendo empregado para designar estratégias de reforço de algumas ações de saúde, com período bem definido e utilizando-se as estruturas dos sistemas de saúde.

“A gente faz campanhas, eu não me lembro se nesse ano ou se no ano passado teve, a campanha de teste rápido, mas, quando a gente abre pra algum evento no sábado a gente oferece...” Entrevista 1

“... tem-se feito muito em eventos... outras alternativas...” Entrevista 8

Para Rangel-S, Guimarães e Belens (2014, p. 625) citando Fausto Neto (1995) a comunicação em saúde pode ser definida como um campo ou área de interface onde de um lado a comunicação, enquanto campo de saberes e práticas, toma a saúde como objeto para fins de produção de fatos noticiosos, jornalísticos e de publicidade e, de outro, o campo da saúde lança mão de saberes e práticas do campo da comunicação como instrumentos ou ferramentas com a finalidade de prevenção de doenças ou proteção e promoção da saúde.

Ao se divulgar que a unidade está ofertando o teste, os profissionais devem estar aptos pra esclarecer as dúvidas de usuários durante as consultas e atendimentos realizados na unidade (BRASIL, 2012, p. 49).

4.3 A CONSTRUÇÃO DA LINHA DO CUIDADO

Trata aqui um pouco sobre a linha do cuidado. Ainda que hoje as políticas, no âmbito da gestão estadual, sugiram que se use linha de cuidado, como forma de focar a lógica no usuário.

Quadro 13 A construção da linha do cuidado

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Livre demanda • Livre demanda com sugestão de horário • Gestante • Gestante e parceiro • Agenda para gestante • Agenda para gestante e parceiro • Agenda para a população • Restrito • Pessoas que se colocaram em risco • Maioria adolescente • Oferta a adolescente que fará o teste de gravidez • Adolescentes em grupos • Pouco idoso • Parceiros não procuram a testagem • Rapidez • Não pode ser perto do horário de fechar a unidade, é necessário um mínimo de 40 minutos em todo o procedimento • Os enfermeiros da ESF não limitam a realização da testagem à área de abrangência da ESF, isto é, realizam os testes para todos os usuários da área da UBS 	<p>Acesso Acolhimento</p>	<p>A construção da linha de cuidado</p>

Continuação do Quadro 13 A construção da linha do cuidado

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
<ul style="list-style-type: none"> • Oferta do teste por categorias profissionais: médicos • Consulta de enfermagem quando for gestante 	Carteira como oferta de serviço	
<ul style="list-style-type: none"> • Vínculo • Cheio de dedos • Não é o fim do mundo • Tem tratamento para sífilis • Algumas já sabem que são HIV+ e fazem o teste novamente • Não tem psicólogo na unidade 	Longitudinalidade do cuidado como suporte para o resultado do teste	
<ul style="list-style-type: none"> • Sífilis positivo agendam consulta com o clínico • Sífilis positivo: os enfermeiros solicitam o teste para o médico, • Sífilis positivo: encaminham para o médico • Sífilis positivo: aguardam o resultado do VDRL para iniciar tratamento • Sífilis positivo: não aguardam o resultado do VDRL para iniciar tratamento • Rapidez • ESF perdem o contato quando é HIV positivo • HIV + encaminham para o SAE • Sífilis + solicitam VDRL • Não definidos no município • Sífilis: tratamento na UBS • Tratamento centralizado 	Fluxo	A construção da linha de cuidado

Fonte: próprio autor

4.3.1 Acesso e Acolhimento

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 (2010, p. 595), 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. Esses 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.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010, p. 18).

Ao se refletir sobre o acesso da população à testagem rápida, deve-se entender a diferença entre acesso e acessibilidade.

Marchionatti (2006, p. 57) explica que Andersen (1995) utiliza o termo acesso como uma característica da oferta dos serviços. E, afirma 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).

Nesta lógica, os resultados parciais do 2º ciclo do Programa de Avaliação do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) traduzem que 56,44% das unidades básicas no estado têm sempre disponíveis os testes rápidos para sífilis (RIO GRANDE DO SUL, 2014, p. 25).

A garantia do insumo não significa o acesso da população aos testes, pois podemos entender que acesso envolve tanto a oferta quanto à utilização do serviço. Andersen apud Sousa (2006, p.51) amplia o conceito 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 (2006, p. 53) afirma que pode-se avaliar acesso observando a subdimensão disponibilidade. 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, recursos humanos treinados, qualidade técnica do aconselhamento/cobertura, qualidade técnica dos exames laboratoriais, qualidade técnica dos medicamentos e qualidade técnica do cuidado ao paciente).

“... a pessoa chega, eu deixo tudo montadinho, basta dizer que quer fazer o teste...” Entrevista 2

As equipes de atenção básica nos municípios pesquisados deixam clara a existência dos testes nas unidades básicas de saúde, entretanto, quando o assunto é a oferta dos testes rápidos para a população, fica claro uma heterogeneidade nas formas.

Observa-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.

“[a gestante] vai ter uma agenda específica pra fazer esse primeiro atendimento” Entrevista 4

“... tem a testagem da gestante... ela sai com uma data agendada para fazer a coleta da testagem rápida e aconselhada para trazer o parceiro, o marido ou companheiro para os dois fazerem a testagem...” Entrevista 9

No tocante a 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 e, algumas não ofertam a população (excluindo gestantes).

“... é livre demanda, a gente não tem agenda, a gente pede para vir assim final da manhã, porque a gente acaba o acolhimento, tem uma demanda bem grande de pacientes para agendamento na verdade de manhã, a gente dá preferência para um horário mas, não tem horário específico é o horário de funcionamento integral do posto.” Entrevista 1

“a pessoa chega, eu deixo tudo montadinho, basta dizer que quer fazer o teste, antigamente era necessário pedir uma autorização [...], devido a ser uma epidemia, [...] a gente não esta mais fazendo isso de ser obrigado de ter uma autorização de maior, tem alguns adolescentes que vem aqui fazer o teste, [...] a gente prefere que ele chegue depois das nove, porque as oito abre o posto enche, porque depois das nove fica mais tranquilo e depois das duas de preferência também. Livre demanda.” Entrevista 2

“... priorizado o teste rápido para a gestante... na primeira consulta do pré-natal, essa consulta é realizada com o enfermeiro, nesse momento já é realizada a testagem na gestante e no parceiro... para a população em geral... a gente agenda...” Entrevista 8

“... demanda livre a gente não tem como, a gente precisa de mais enfermeiro, mais profissional... unidades

maiores a demanda é mais restrita...” Entrevista 8

“... [o teste] é oferecido para a população em geral, [...] a medida do possível a gente faz no acolhimento, e quando está muito movimentado o serviço, quando tem muita demanda a gente agenda, é claro que é preferível fazer na hora, vamos fazer de tudo para fazer a testagem na hora [...] e não perder a oportunidade...” Entrevista 9

“... tinha que ter alguns horários porque tem algum tempo do teste, não tem como chegar aqui meio dia e querer fazer, porque a unidade fecha ao meio dia e abre a uma ou querer chegar as cinco e querer fazer. Demanda uns 40 minutos: entrevista, aconselhamento, a coleta e o resultado.” Entrevista 15

Para Trad, Castellanos e Guimarães (2012, p. 1008) “a acessibilidade trata da possibilidade concreta de aceder aos serviços ou recursos ofertados”. Esses autores citando Travassos e Martins ponderam que acessibilidade refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.

4.3.2. Carteira como oferta de serviço

O trabalho em equipe é um dos aspectos que uma atenção primária coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde deve ter para que ocorra o cuidado integral à população adscrita. Observa-se que apesar de haver o movimento de articulação entre os profissionais da equipe:

“... a gente incentiva os médicos, a gente faz testagem também no pré-natal...” Entrevista 1

Apesar da capacitação tanto do estado quanto dos municípios abrangerem médicos, enfermeiros e dentistas, observa-se que de fato o teste é realizado pelo profissional enfermeiro através da consulta de enfermagem.

“... É gestante, faz o teste na unidade, nós já vamos agendar a primeira consulta com o enfermeiro, onde ele vai fazer o teste...” Entrevista 4

“... as unidades todas foram capacitadas, os enfermeiros, médicos e dentistas, no entanto quem está fazendo de fato é o profissional enfermeiro...” Entrevista 8

A necessidade de uma agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais da equipe também é um desafio que deve ser alcançado.

Quando se amplia a oferta de serviços da atenção básica, está se reconfigurando a carteira de serviços da atenção primária. Esta relaciona os serviços que deveriam ser prestados por todas as unidades do município (HARZHEIM, 2013, p. 60).

Para Pinto e Coelho (2010, p. 327), 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 melhor utilização de seus esforços, seja no atendimento individual ou coletivo. O processo de trabalho não segue um padrão, pois as práticas de cuidado ocorrem pela singularidade de cada profissional (FRANCO e MERHY, 2013, p. 151).

4.3.3. Longitudinalidade do cuidado como suporte para o resultado do teste

Ao refletir sobre o processo de trabalho dos profissionais, deve-se pensar também na relação entre o profissional e o usuário do serviço. Para Cunha e Giovanella (2011, p. 1038) 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.

Starfield (2004, p. 247-260) descreve que a longitudinalidade, um dos atributos da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde 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.

Para Mendes (2011, p. 97), a longitudinalidade acontece em um ambiente de relação mútua de confiança humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.

Nas falas dos entrevistados, observa-se que os profissionais deixam claro como será o

procedimento, realizam o aconselhamento e falam o resultado para o usuário, a existência do tratamento, e não sentem-se melhor quando têm vínculo com o usuário.

“... no começo a gente ficou com um pouco de medo... qual seria a reação do paciente ao receber um teste positivo...” Entrevista 7

“... eu pergunto qual é o resultado que o paciente acha que deu, por que ele acha que deu esse resultado... e depois a gente conversa sobre aquilo... e por último a gente contraria ou não aquilo que o paciente estava prevendo... acho que fica bem mais fácil...” Entrevista 9

“... é um pouco complicado... ou ela já sabe que é HIV positivo, mas, não quer falar... ou ela não sabe e está gestando... é um momento complicado na vida para você falar, eu tenho um pouco de dedo para chegar, fazer aconselhamento... às vezes que deu positivo foi bem complicado porque a gente já tem um vínculo maior com a pessoa, tem aquela postura mais acolhedora, daí você acaba se solidarizando com o fato, tentando explicar que não é o fim do mundo, tem tratamento... é um pouco complicado, a gente não tem psicólogo...” Entrevista 10

“... a gente orienta bem... estou fazendo o teste que é assim... a pessoa já está meio que esperando... se dá positivo... é uma doença assim... já passo para o médico... já começa a fazer o tratamento da sífilis logo...” Entrevista 13

Observa-se o compromisso ético 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.

4.3.4 Fluxo

Ao terminar a testagem rápida, cabe ao profissional seguir os fluxos estabelecidos para cada possível resultado dos testes. Observa-se que no resultado de rastreamento para sífilis a conduta difere entre as unidades: algumas aguardam o resultado do exame laboratorial VDRL para iniciar o tratamento e outras já iniciam somente com o resultado do teste rápido. A prescrição do tratamento é médica. Somente um município não administra penicilina em todas as unidades básica de saúde e um não construiu os fluxos. E os usuários com resultado positivo para o teste rápido de HIV são encaminhados para o SAE.

“... o teste dando positivo HIV nas unidades, a gente acaba, faz todo aconselhamento, conversa com o paciente, mas, a gente acaba ligando ainda hoje para o SAE, em algumas unidades, os médicos se sentem mais preparados e já prescrevem medicação... a sífilis testou, deu positivo, já encaminha para o médico, e aí já faz a prescrição e faz a contagem do VDRL...” Entrevista 3

“... [o teste de HIV quando] positivo entro em contato com o SAE, agendo a consulta, e a paciente já sai com a consulta agendada, dia e hora... na sífilis também encaminhamos para o SAE para fazer os exames laboratoriais...” Entrevista 6

“... o que ficou acertado, tanto o de sífilis quanto o de hepatite B precisariam do exame confirmatório, neste caso é passado para o médico, e o médico solicita o exame de sangue.” Entrevista 7

“... a sífilis já faz tratamento nas unidades... o médico é parceiro...” Entrevista 8

“... a gente encaminha [o usuário com resultado positivo para o teste rápido para HIV] para o SAE... e [o usuário] não retorna muito para a unidade... a gente acaba perdendo... acaba não vendo mais aquela pessoa...” Entrevista 10

“... pede o VDRL, mas, inicia o tratamento...” Entrevista 13

Percebe-se que o SAE compõe a rede de atenção à saúde, assumindo o papel de matriciador, distribuidor de insumos, como já mencionado anteriormente, e um ponto de atenção para onde as equipes de saúde das unidades básicas referenciam os casos.

O disparador da linha de cuidado é o projeto terapêutico pensado para cada usuário pela equipe de saúde.

A Linha de Cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Ela difere, pois não funciona apenas por protocolos institucionalmente estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços dos quais necessita. É uma ferramenta que ajuda a organizar a rede, logo, ela por si só não é suficiente e não garante que a rede irá funcionar. (FRANCO, SANTOS e SALGADO, 2011, p. 20)

Para a atenção básica ser de qualidade, é necessário que os atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural estejam sendo obedecidos (MENDES, 2011, p. 97). Starfield (2004, p. 62) afirma que a longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, enquanto que a integralidade implica que as unidades básicas de saúde façam arranjos para que o usuário receba todos os tipos de atenção à saúde, mesmo os que não possam ser ofertados na unidade.

Isto corrobora para que a definição de fluxos ocorra e que os profissionais o utilizem conforme a avaliação.

4.4 PROPOSTAS DE MELHORIAS PARA GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS TESTES RÁPIDOS DE HIV E SÍFILIS

Esta última categoria apresenta as sugestões dos sujeitos entrevistados para a melhoria do processo de implantação da testagem rápida nas unidades básicas de saúde.

Quadro 14 Propostas de melhorias para garantir o acesso

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitações para resultados positivos • Capacitações para os profissionais devido à rotatividade da na rede • Definição dos fluxos dos casos positivos • Divulgação que a unidade faz a testagem • Mais profissionais para realização da testagem • Sala e profissionais somente para a testagem • Divulgação • Ações no sábado para pegar o pessoal que trabalha • Chegar os testes nas unidades 	<p style="text-align: center;">Reflexão sobre o processo existente do teste rápido</p>	<p style="text-align: center;">Propostas de melhorias para garantir o acesso</p>

Fonte: próprio autor

4.4.1. Reflexão Sobre o Processo Existente do Teste Rápido

As ideias sugeridas pelos profissionais entrevistados referem-se a algumas dificuldades citadas anteriormente: a necessidade de que outros profissionais também

realizem a testagem, maior divulgação da carteira de serviços da unidade básica, oferta dos testes para a população que não consegue chegar à unidade no horário da rotina de testagem, capacitações para os profissionais que ingressam na rede, capacitações com o objetivo de preparar para o resultado positivo dos testes, necessidade de logística e infraestrutura na unidade para receber, armazenar e realizar os testes.

“... quando a gente abre pra algum evento no sábado a gente oferece, acho que podia ter mais, esses eventos aqui [no município] até porque a gente sabe que tem um número bem grande, principalmente relacionado ao HIV, de repente de melhorar encaminhamento para DST, de fluxo de paciente, é isso.” Entrevista 1

“... se tivesse uma outra coisa para o resultado contrário do esperado.” Entrevista 2

“... agora é questão de logística nas unidades.” Entrevista 3

“... sugestão é a validade [dos kits dos testes rápidos encaminhados pelo Ministério da Saúde]... não vir muito próximo de vencer...” Entrevista 7

“... numa unidade básica de saúde, geralmente, a gente tem um enfermeiro, que é o coordenador, que faz o CP [consulta para realização do exame Papanicolau], que faz o pré-natal, é o que faz tudo, se tivesse mais RH [recursos humanos], mais enfermeiros para fazer isso, seria um facilitador. E os outros profissionais médicos e odontólogos que foram capacitados também, se eles realizassem também os testes, ia nos ajudar bastante, mas tem o problema de demanda e a coisa toda e acaba se priorizando isso. Mais capacitações para os profissionais novos... material gráfico... de divulgação...” Entrevista 8

“... talvez, ter mais capacitações de como lidar com os resultados positivos... é muita gente nova na rede, troca muito, a gente se perde muito nestas questões... quais os fluxos, recapacitar esta parte seria interessante.” Entrevista 10

Percebe-se, nas falas, que há uma preocupação em dar o resultado do teste positivo, do resultado contrário ao que o usuário espera e isso já faz parte do pressuposto de que “a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatória ou insuficiente em dar conta dos desafios do trabalho em saúde.” (CECCIN e FERLA, 2008, p. 164), por isso, é necessário que a educação permanente aconteça e que o apoio matricial ocorra para as equipes de referência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que a atenção básica, principal porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde, assuma a coordenação do cuidado e ordenação da RAS deve ser fortalecida melhorando o acesso da população, aumentando sua resolutividade e qualificando as equipes de saúde.

Tanto o Ministério da Saúde quanto a SES/RS lançaram várias ações para fortalecimento da atenção básica, entre as quais se destacam a implantação da testagem rápida para HIV e sífilis nas unidades básicas de saúde.

Os testes rápidos para HIV e sífilis, realizados pelos profissionais de referência no território mais próximo da população, permite maior agilidade para o diagnóstico de HIV ou rastreamento da sífilis, sem grandes deslocamentos da população e, através da constituição de fluxos entre os vários pontos da rede, da 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 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 a capacitação da SES/RS, destacam-se a capacitação para médicos, enfermeiros e dentistas, a capacitação de pelo menos um profissional de cada unidade básica, a participação do SAE como apoiador matricial, o envolvimento da equipe municipal, a ativação da rede e a construção da linha de cuidado.

Os fatores que dificultaram a implantação e implementação da testagem foram a rotatividade profissional na rede e a centralização da testagem no profissional enfermeiro.

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

As gestantes estão sendo classificadas clinicamente na fase primária (com lesões aparente) e latente da doença (assintomática). A necessidade de se identificar a mulher grávida o mais precocemente possível visa a possibilitar o início imediato do pré-natal, o tratamento ainda durante a gestação de doenças diagnósticas e evitar que doenças sejam transmitidas verticalmente. Ao se estender a atenção ao parceiro, ofertando os exames para

rastreamento da sífilis, observa-se também que as notificações de sífilis em gestante não deixam claro se houve tratamento para 56% dos parceiros; o tratamento concomitante do parceiro evita a reinfecção da gestante. A utilização de penicilina como droga de escolha para tratamento da sífilis sinaliza o seguimento das orientações do Ministério da Saúde.

Os registros de notificações de sífilis em gestante são instrumentos valiosos para monitoramento e avaliação da assistência prestada às gestantes com diagnóstico de sífilis. Por isso, é importante que a gestão e a assistência 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 a importância da notificação.

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.

A acessibilidade da população aos testes, medida pelo uso do serviço, não foi possível mensurar devido ao Ministério da Saúde ainda não ter liberado o registro do procedimento no SIA para as unidades básicas de saúde. Ressalta-se que mesmo que houvesse o registro do procedimento ele ainda poderia não traduzir a informação de uso, pois ele reflete somente o número de procedimentos realizados e, uma pessoa pode fazer o procedimento mais de uma vez.

Mas 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 e a grande demanda da população a ações e serviços da unidade de saúde.

A estratégia de agendamento e/ou horário para a realização da testagem rápida para sífilis visa organizar o serviço, entretanto, sabe-se que em alguns casos, o agendamento pode levar a perda da oportunidade pelo profissional da saúde da oferta e realização do teste no tempo oportuno, isto é quando o usuário tem interesse ou tem seu interesse despertado pelo profissional da saúde.

Com relação ao modelo de atenção, observa-se que apesar dos esforços do Ministério da Saúde e da SES/RS para o fortalecimento da atenção básica, através do aumento dos incentivos financeiros, oferta de tecnologias para educação permanente e uso da metodologia de apoio institucional para qualificar as equipes de atenção básica, ainda é baixa a cobertura das equipes de saúde da família e equipes de atenção básica nos municípios da pesquisa.

A ampliação do número de equipes de saúde da família ou equipes de atenção básica sem colocar em prática as diretrizes que norteiam a Política Nacional da Atenção Básica é “fazer mais do mesmo”. É necessário que a implantação de novas equipes seja realizada com a participação da população e a construção de uma rede de atenção à saúde.

O diálogo entre as equipes, gestores e usuários enriquece esta rede e permite que a atenção básica assuma a coordenação do cuidado e a ordenação da rede. Discutir o processo de trabalho das equipes que já atuam na atenção básica incluindo a rede de saúde do município permite que barreiras sejam rompidas e conexões sejam feitas.

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.

Verifica-se avanço na construção da Rede de Atenção à Saúde nos municípios da pesquisa quando o SAE ao se articular com as unidades básicas de saúde assume o papel de matriciador e não somente de distribuidor de insumos.

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 básicas de saúde e o processo de trabalho das equipes de atenção básica; além de proporcionar a reconversão do modelo de atenção à saúde ao se estender a discussão para os processos de construção da rede de atenção à saúde, observando-se a linha de cuidado do usuário e o projeto terapêutico pensado para o usuário.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Marta Campagnoni; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. **Cooperação e Apoio Técnico entre Estado e Municípios: a experiência do Programa Articuladores da Atenção Básica em São Paulo**. São Paulo: Saúde e Soc., v. 20, n. 4, p. 980-990, 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 26 de ago. 2013, 23:58.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na atenção básica – Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, [2013?].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 modificada pela Portaria nº 2.35, de 05 de outubro de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em: 26 de agosto de 2013, 19:53.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades básicas de saúde. Disponível em <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111390-3161.html> Acesso em: 28 de agosto de 2013. 10:54

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Seção 1, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota Técnica Conjunta/2012 ASS: Processo de Adesão a Rede Cegonha**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Operacional da Segunda Etapa da Fase 2 – Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2 ed. 5.reimp. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Conjunta da Secretaria de Atenção à Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde número 391/2012/SAS/SVS/MS, de 02 de outubro de 2012**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 391/2012 ASS: Realização do teste rápido da sífilis na atenção básica no âmbito da Rede Cegonha**. Em 02/10/12

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Realização do Teste Rápido para HIV e Sífilis na atenção básica e aconselhamento em DST/Aids. Curso**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **HIV: Estratégias para diagnóstico no Brasil**. Brasília: 2010 (Série Telelab)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Sífilis: Estratégias para diagnóstico no Brasil**. Brasília: 2010 (Série Telelab)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Projeto Aids SUS – 2011-2014 – Manual Operacional**. Brasília: Ministério da Saúde, junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Linha de cuidado da transmissão vertical do HIV e sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, junho de 2012, 17slides: color.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010, 8 ed. rev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 18 de jul. 2012, 09:22.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 27 de ago de 2013, 00:30.

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. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 08 de out. 2014, 18:56.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev, 2007

CECCIN, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras.** Trab. Educ. Saúde, v. 6, n.3 p.443-456, novembro 2008/fevereiro 2009.

CECCIN, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. In: Pereira, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 2.ed. rev. ampl. p. 162-168

CHAMPAGNE, François et al. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, Astrid (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 41-60.

CONIL, Eleonor. A análise comparada na avaliação de serviços e sistemas de saúde. In: ONOCKO CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez Pereira (Org.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes.** São Paulo, Unicamp, 2011, p. 159-184

CORREIA, Luciano L., MCAULIFFE, Jay F. Saúde Materno-Infantil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 5 ed., p. 375-403

CUNHA, Elenice, Machado da; GIOVANELLA, Lígia. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro.** Ciência e Saúde Coletiva: 2011. 16 (supl. 1): 1029-1042

DOMINGUES, Rosa Maria Soares; SARACENI, Valeria; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; LEAL, Maria do Carmo. **Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.** Revista Saúde Pública, 2013; 47(1): 147-57

DRUMOND JR., Marcos. Epidemiologia em Serviços de Saúde: Conceitos, Instrumentos e Modos de Fazer. In CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2012. 2 ed. rev. aum. p. 443-481

DYNIWICZ, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.** 2. Ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.

FERNANDES, Regina Célia SC, FERNANDES, Paulo GCC; NAKATA, Talita Y. **Análise de casos de sífilis congênita na maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ.** DST – J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(3-4): 157-161

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paidéia e formação**. 2012. [s.n.]. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

FONTES, Roberto Dias. **Sobre a Sífilis**. Sociedade Brasileira de DST – Seção Bahia. Boletim. Ano 01. Número 01. Janeiro de 2013, p. 2-3

FRANCO, Camilla Maia; SANTOS, Simone Agadir; SALGADO, Monica Ferzola. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: Ensp, 2011.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JR. Helvécio Miranda. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/integralidade_na_assist_a_saude_tulio_franc_o_helvecio_magalhaes.pdf Acesso em 18 jun. 2014, 22:38

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Elias. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: MERHY, Elias; FRANCO, Túlio Batista (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 151-171

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 67-80

HANDEM, Priscila et al. Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de (Org.). **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008. cap 6, p. 91-118

HARZHEIM, Erno. (Org.). **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

MACHADO, Rebel Zambrano. **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 (Programa de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 1998

MACHADO, Rebel Zambrano. **Plano Estadual de Apoio Institucional à Atenção Básica e de Monitoramento e Avaliação - para municípios que aderirem ao PMAQ.** Porto Alegre: dezembro de 2012

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos; KAWAGUCHI, Inês Aparecida Laudares; DIAS, Adriano; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6): 1109-1120, jun, 2013

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.** Interface. v. 14, n. 34, p.593-605, jul./set. 2010

MARCHIONATTI, Carmem Regina Estivalet. O relatório de gestão como instrumento de avaliação de acesso ao sistema de saúde. 2006. 122f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale dos Sinos, São Leopoldo.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas em serviço social: um instigante desafio. In: **Seminário sobre metodologias qualitativas de pesquisa.** São Paulo: PUCSP - NEPI, Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre identidade, Cadernos n. 1, mai. 1994, 113 p., p. 12-18.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde.** Ciências e Saúde Coletiva. 15 (5): 2297-2305, 2010

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, Elias; FRANCO, Túlio Batista (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** São Paulo: Hucitec, 2013, p. 68-94

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994, p.9-29

MOTA, Eduardo; CARVALHO, Déa Mara. Sistemas de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 5 ed., p. 505-521

PAZ, Cássia Regina de Paula; LAWAND, Paulina Esteves; MALAGUTTI, William. Informação para o gerenciamento dos serviços de saúde. In: SANTOS, Álvaro da Silva e MIRANDA, Sônia Maria Rezende C. de. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri, SP: Manole, 2007, p. 271-308

PINTO, Carlos Alberto Gama; COELHO, Ivan Batista. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinícius Pires (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo& Rothschild, 2010, p. 323-345

RANGEL-S, Maria Ligia; Guimarães, Jane Mary Medeiros; BELENS, Adroaldo de Jesus. Comunicação e saúde: aproximação ao estado da arte da produção científica no campo da saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 625-637.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 503, de 14 de outubro de 2013**. Criar um conjunto de incentivos financeiros estaduais diferenciados para qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal. Disponível em http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382539863_cibr503_13.pdf Acesso em: 24 de agosto de 2014. 13:53

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. **Atenção básica na linha de cuidado HIV/Aids**. Porto Alegre: Departamento de Ações em Saúde, 2014. 26 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2012-2015**. Porto Alegre, 2013, 232 p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde no Rio Grande de Sul**. Porto Alegre, 2012, 26 p.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; VERAS, Fátima Maria Fernandes; FAÇANHA, Mônica Cardoso. Doenças Transmissíveis e Modos de Transmissão. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 5 ed., p. 215-269

SANTOS FILHO, Serafim; SOUZA, Tadeu de Paula; GONÇALVES, Laura. Avaliação como dispositivo de humanização em saúde: considerações metodológicas. In: ONOCKO

CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez Pereira (Org.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes**. São Paulo, Unicamp, 2011, p. 257-278

SANTOS, Elizabeth Moreira dos et al. Avaliadores In Situ (Ação). In: ONOCKO CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez Pereira. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes**. São Paulo, Editora da Unicamp, 2011, p. 205-221

SÃO PAULO, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. **Guia de Referências Técnicas e Programáticas Para as Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita & S.** São Paulo, 2010. 196p.

SARACENI, Valéria; MIRANDA, Angélica Espinosa. **Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(3): 490-496, mar, 2012

SILVA, Gerluce Alves Pontes da; TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição Nascimento. Estratégias de prevenção e controle de doenças, agravos e riscos: campanhas, programas, vigilância em saúde e vigilância da saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 391-399.

SOUSA, Maria Goretti de Godoy. **Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco**. 2006. 88f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília.

SOUSA, Maria Luciana Bezerra et al. Estratégia Saúde da Família: dificuldades para efetivação da proposta de reorganização do SUS. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luis: Universidade Federal do Maranhão, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_DIFICULDADES_PARA_A_EFETIVACAO_DA_PROPOSTA_DE_REORGANIZACAO_DO_SUS.pdf Acesso em 26 ago. 2014.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Ligia. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 49-68.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004

TAMAKI, Edson Mamoru; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; FELISBERTO, Eronildo; ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida; JUNIOR, Marcos Drumond; BEZERRA, Luciana Caroline de Albuquerque; CALVO, Maria Cristina Marino; MIRANDA, Alcides Silva de. **Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (4): 830-849, 2012. www.reciis.iciict.fiocruz.br e-ISSN1981-6278

TEIXEIRA, Carmen Fontes; VILASBÔAS. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 287-301

TRAD, Leny Alves Bomfim; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; GUIMARÃES, Maria Clara da Silva. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 2012; 46(6): 1007-13

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria et MORSCHER, Aline. **O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol. 13, supl. 1, pp. 729-738

APÊNDICE

APÊNDICE A – Autorização para Informação Verbal

Eu, _____, autorizo gravação de informação verbal relativa à entrevista de avaliação institucional qualitativa sobre a implantação e implementação da testagem rápida para HIV e sífilis na atenção básica.

A gravação será destruída após transcrição das informações relevantes e limitadas exclusivamente às respostas sobre desempenho administrativo programático da capacitação realizada pelo gestor estadual.

Declaro que recebi cópia da presente Autorização para Informação Verbal.

Assinatura do participante: _____ Data ____/____/____

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____ Data ____/____/____

APÊNDICE B - Instrumento do profissional da equipe da atenção básica

Município: _____

Unidade Básica de Saúde

Equipe Saúde da Família Equipe de Atenção Básica

Responsável pela informação: _____

Função do Responsável pela informação: _____

Papel na rede de testagem rápida:

executor o TR apoiador local apoiador municipal

Realiza TR na UBS? sim não

Como está organizada a testagem na UBS?

Como foi a discussão com os trabalhadores da UBS?

Qual foi a reação da comunidade?

Como o SAE e a vigilância participaram deste processo?

Como você acha que pode melhorar este processo?

APÊNDICE C - Instrumento do coordenador municipal da atenção básica ou estratégia saúde da família

Município:

Número de Unidades Básicas de Saúde

número de Equipe Saúde da Família número de Equipe de Atenção Básica

Responsável pela informação: _____

Função do Responsável pela informação: _____

Papel na rede de testagem rápida:

executor o TR apoiador local apoiador municipal

Realiza TR na UBS? sim não

Como está organizada a testagem na UBS?

Como foi a discussão com os trabalhadores da UBS?

Qual foi a reação da comunidade?

Como o SAE e a vigilância participaram deste processo?

Como você acha que pode melhorar este processo?

APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Declaro, para os devidos fins, que concordo em disponibilizar à mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCOL – UFRGS), Carmen Luisa Teixeira Bagatini, para o desenvolvimento das atividades referentes ao Projeto de Pesquisa, intitulado: ***Programa de Teste rápido para Sífilis no Pré-natal da Atenção Básica: avaliação da capacitação para gestores de saúde***, sob a Coordenação dos Professores/Pesquisadores doutores Ricardo Burg Ceccim e Caren Bavaresco do PPGCOL-UFRGS e a mestre Rebel Zambrano Machado do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, as notificações de sífilis em gestante no período de 2009-2013 que estão no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e as informações coletadas sobre a avaliação da implantação da testagem rápida de sífilis na atenção básica na Região de Saúde 10 do estado do Rio Grande do Sul.

Coordenador DST/Aids da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Assinatura e Carimbo

CPF

Telefone

E-MAIL

ANEXOS

Anexo A - A intervenção: Projeto Estadual de Implantação e Implementação do Teste Rápido (TR) diagnóstico de HIV e triagem de Sífilis nas Unidades Básicas de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul

O Projeto Estadual foi elaborado pelas coordenações estaduais da Atenção Básica-ESF, DST/Aids, Saúde da Mulher e Primeira Infância Melhor do Departamento de Ações em Saúde e aprovado no colegiado de gestão do DAS e no Grupo de trabalho da Atenção Básica que conta com representações das políticas do DAS, outros Departamentos e representação do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMSRS).

O panorama epidemiológico do Estado do Rio Grande do Sul reflete um aumento no número de casos de sífilis congênita. Para o ano de 2011 foi pactuado 260 casos de sífilis congênita, entretanto, neste ano houve o registro de 654 casos de sífilis congênita.

Tabela 2 - Número de casos de sífilis em gestantes. RS, de 2007 a 2013.

Ano	Total de Casos
2007	310
2008	419
2009	455
2010	487
2011	654
2012	955
2013	296

Fonte: SINANNET em 14/03/2013

Tabela 3 - Coeficiente de detecção (por 1.000 NV) de sífilis em gestante por ano de diagnóstico. RS, 2007 a 2012

Ano	RS	Brasil
2007	2,3	2,3
2008	3,1	2,7
2009	3,4	3
2010	3,7	3,6
2011	4,7	5
2012	6,5	-

Fonte: SINANNET em 14/03/2013

Boletim Epidemiológico Sífilis, Ano I, Nº 01, 2012

NV: Nascido Vivo

Tabela 4 - Número de casos de sífilis congênita. RS, de 2007 a março de 2013.

Ano	Total de Casos
2007	267
2008	330
2009	427
2010	466
2011	648
2012	838
Mar/2013	299

Fonte: SINANNET em 14/03/2013

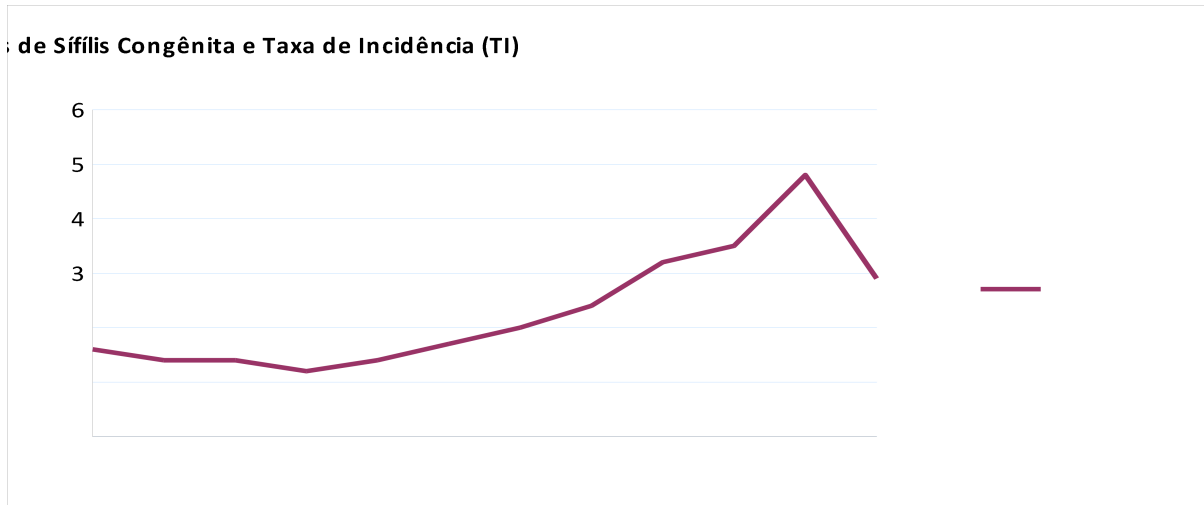
Tabela 5 - Coeficiente de detecção de sífilis congênita por ano de diagnóstico. RS, 2007 a 2012

Ano	RS	Brasil
2007	2	2,3
2008	2,4	2,7
2009	3,2	3
2010	3,5	3,5
2011	4,7	-
2012	5,9	-

Fonte: SINANNET em 14/03/2013

Boletim Epidemiológico – AIDS/DST, Ano VIII – Nº 01, 2012

Gráfico 1: Taxa de incidência de sífilis congênita em **menores de 1 ano** por ano de diagnóstico. RS, 2001 a 2012



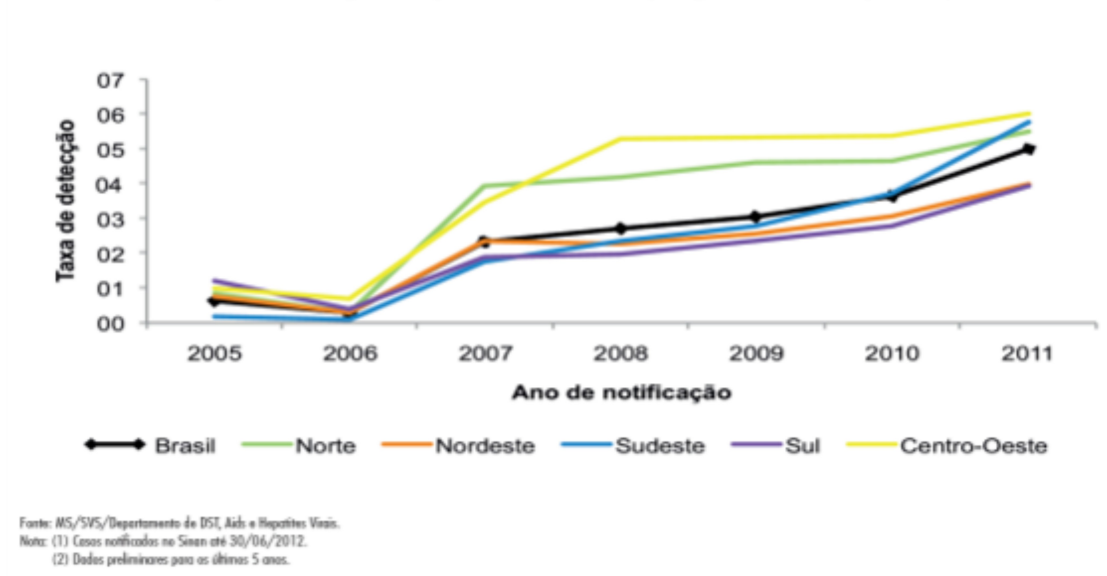
Fonte: SINAN/SINAN-NET/SINASC

Dados Exportados até 31/07/2012

(*) Dados Preliminares

Figura 5 – Gráfico Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação. Brasil, 2005 a 2011.

Gráfico 1. Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação. Brasil, 2005 a 2011^(1, 2)

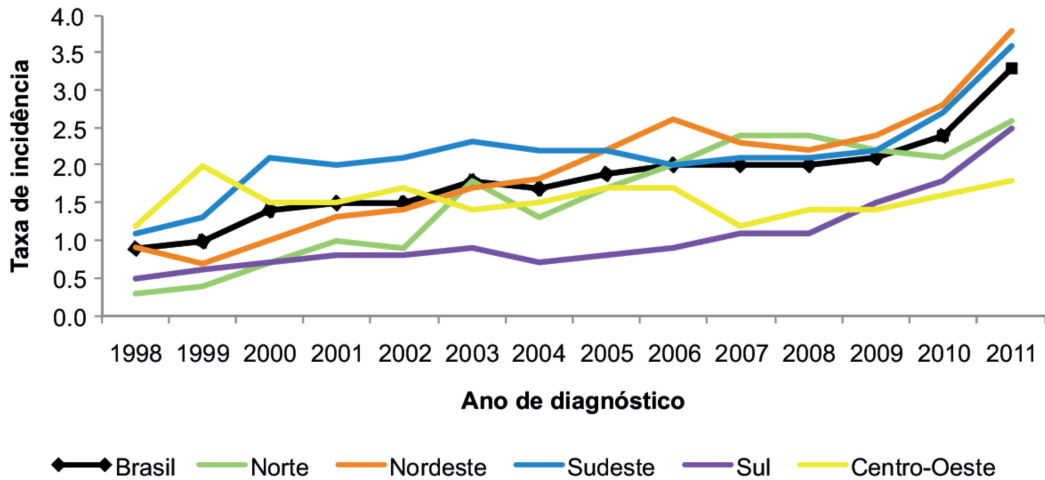


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
 Nota: (1) Casos notificados no Sinan até 30/06/2012.
 (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: SES/RS

Figura 6 – Gráfico Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2011.

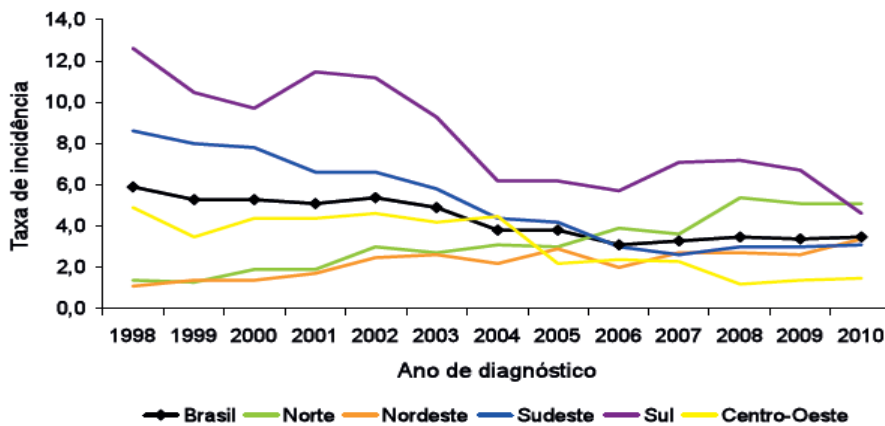
Gráfico 2. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2011^(1,2)



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
 Nota: (1) Casos notificados no Siman até 30/06/2012.
 (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: SES/RS

Figura 7 – Gráfico Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade por ano de diagnóstico.



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
 POPULAÇÃO: MS/SE/DABASUS em <www.datasus.gov.br no menu informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 21/11/2011.
 OIA: (1) Casos notificados no Siman e registrados no Siscel/Siscem até 30/06/2011 e declarados no SIM de 2000 a 2010. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Fonte: SES/RS

No mundo, a sífilis na gestação é responsável por 29% de óbitos perinatal e 11% de óbitos neonatais e 26% de natimortos; no Brasil, estima-se 900 mil casos de sífilis por ano, a prevalência na gestante é de 2,6% o que corresponde a quase 50 mil gestantes com sífilis e 12 mil casos de sífilis congênita por ano. (FONTES: 2013, p.

2)

Tabela 6 - Taxa de Incidência de Aids (por 100.000 hab.) conforme ano de diagnóstico. RS, de 2007 a 2012

Ano	RS	Brasil
2007	39,2	18,5
2008	43,4	20,3
2009	39,6	19,9
2010	41,3	19,6
2011	42,2	20,8
2012	38,9	-

Fonte de Dados: SINANNET em 14/03/2013

Boletim Epidemiológico Aids/DST. Ano IX – Nº 01. 2012

Tabela 7 - Taxa de Incidência de Aids (por 100.000 hab.) em menores de cinco anos, conforme ano de diagnóstico. RS, de 2007 a 2012

Ano	RS	Brasil
2007	7,2	5,3
2008	7,4	5,4
2009	7,1	5,2
2010	5,6	6
2011	6	5,4
2012	7,1	-

Fonte de Dados: SINANNET em 14/03/2013

Boletim Epidemiológico Aids/DST. Ano IX – Nº 01. 2012

Tabela 8 - Coeficiente de detecção de HIV+ (por 1.000 NV) em gestantes por ano de diagnóstico. RS, de 2007 a 2012

Ano	RS	Brasil
2007	8	2,2
2008	6,8	2,1
2009	8,1	2,2
2010	6,5	2,1
2011	7,4	2,3
2012	6,1	-

Fonte de Dados: SINANNET em 14/03/2013

Boletim Epidemiológico Aids/DST. Ano IX – Nº 01. 2012

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) define a eliminação da transmissão vertical do HIV quando as taxas de incidência alcançam valores menores que dois casos de HIV para cada 100 mães infectadas, e para a sífilis congênita quando os valores atingem 0,5 caso para cada 1.000 nascidos vivos.

A SES/RS definiu como prioridade a implantação da testagem rápida para HIV e sífilis na atenção básica, independente da adesão à Rede Cegonha-PIM.

O Ministério da Saúde, em maio de 2012, ofertou vagas no curso para formação de Multiplicadores em Teste Rápido Diagnóstico de HIV e Triagem da Sífilis ao estado do Rio Grande do Sul com o objetivo de implantar a testagem na atenção básica.

O DAS identificou um grupo formado por profissionais das Coordenações de Atenção Básica-Estratégia de Saúde da Família (AB-ESF), DST/Aids, Monitoramento e Avaliação e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) para participarem da capacitação; o grupo teve enfermeiros, médico e assistente social, totalizando sete pessoas.

Após a capacitação, o grupo retornou ao estado com o desafio de implementar a testagem rápida de HIV e sífilis na atenção básica no âmbito da Rede Cegonha-PIM e discutiu quais seriam os objetivos geral e específicos da proposta a ser construída.

Objetivo geral

Reduzir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis com vistas na redução da TV do HIV e da sífilis congênita em todo o estado do RS.

Metas associadas ao objetivo geral:

- Reduzir a taxa da transmissão vertical do HIV, para 5,3 em 2012, devendo reduzir em 10% a cada ano;
- Reduzir a de incidência da sífilis congênita em até 538 casos no ano de 2012.

Objetivos específicos

- Aumentar a cobertura de testagem da sífilis e do diagnóstico do HIV no pré-natal, através do teste rápido nas UBS em todo o estado do Rio Grande do Sul;
- Aumentar a cobertura de tratamento adequado nas gestantes com sífilis, incluindo o tratamento adequado dos parceiros sexuais;
- Ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV e sífilis no pré-natal, parto e puerpério.

O curso ofertado pelo Ministério da Saúde tinha 30 horas e estava previsto para ocorrer em 3 dias e meio e foi planejado por módulos:

- Módulo pedagógico (formação para multiplicadores e não apenas executores). Carga horária: 3 horas
- Módulo teórico (sobre a história natural do HIV e sífilis). Carga horária: 3 horas
- Módulo sobre reorganização dos serviços (os profissionais contribuirão para a adequação da estrutura necessária à realização do Teste Rápido e do Aconselhamento em DST/Aids). Carga horária: 3 horas
- Módulo teórico e prático sobre o Teste Rápido para HIV e Sífilis. Carga horária: 10 horas (6 horas teóricas e 4 horas práticas)
- Módulo teórico e prático para acolhimento e aconselhamento. Carga horária: 11 horas

O grupo de trabalho formado pelos profissionais capacitados pelo Ministério da Saúde construiu um banco de informações, quantitativo e qualitativo, para mapear as potencialidades de apoiadores, multiplicadores, parceiros e serviços existentes no estado que faziam o TR Diagnóstico e assistência às DST/Aids – Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), por macrorregião, municípios e CRS, tendo como objetivo imediato de identificar os facilitadores, bem como quantificar as macrorregiões para planejar as capacitações dos apoiadores.

Inicialmente, foi proposto um curso similar ao do Ministério da Saúde para os municípios, em quatro turnos e no qual o cronograma previa capacitar até o final de 2014 toda a rede de apoiadores do estado. Nesta proposta foi estabelecido que as UBS, equipes de saúde prisional, equipes de saúde indígena e hospitais de pequeno porte seriam considerados pontos de atenção e seriam capacitados obedecendo à premissa que cada apoiador capacitado teria responsabilidade para capacitar e acompanhar até sete pontos de atenção. Essa proposta foi discutida no Colegiado do DAS e foi solicitada a revisão do cronograma buscando uma estratégia em menor período de tempo.

A nova proposta apresentada identificou 95 municípios que notificaram sífilis congênita do ano de 2011 a primeiro semestre de 2012. Estes municípios foram, então, considerados prioritários e alvo para capacitação em 2012. A população destes municípios considerados prioritários corresponde a 69,14% da população do estado.

Paralelo à apresentação da nova proposta, o grupo iniciou o trabalho realizando uma capacitação “piloto”, sendo a mesma disparadora do processo no Estado, nos municípios de São Leopoldo e Sapucaia do Sul.

Primeiramente, houve uma reunião com gestores municipais para sensibilização e planejamento conjunto. O programa da capacitação elaborado para ser desenvolvido em quatro turnos após discussão com as equipes municipais de saúde sofreu alteração e foi realizado em 4 turnos com encontros uma vez por semana. Os gestores dos municípios solicitaram que o curso fosse ofertado para duas turmas sendo que as turmas seriam em turnos diferentes, ou seja, quatro turnos da manhã e quatro turnos da tarde, nos dias 01, 08, 15 e 22 de agosto/2012 em São Leopoldo/RS. Ao fim da capacitação piloto foram capacitados 93 profissionais.

Em 2012, o Ministério da Saúde reconhecia como Multiplicadores em Teste Rápido Diagnóstico de HIV e Triagem da Sífilis somente os profissionais capacitados pelo próprio MS, sendo assim, no Estado, após a experiência piloto e a discussão em reuniões com os coordenadores estaduais de DST/AIDS, AB/ESF, Saúde da Mulher e PIM, foi construída a proposta de criação de uma rede formada por multiplicadores, apoiadores, facilitadores e executores no estado. Utilizando-se a metodologia de apoio institucional e apoio matricial, foram definidos os papéis de cada integrante desta rede:

- **Multiplicador de TR diagnóstico HIV e teste de sífilis:** São profissionais da saúde de nível superior capacitados pelo Ministério da Saúde. Têm como atribuição capacitar os apoiadores locais e regionais, dar suporte técnico para os apoiadores municipais e locais e, apoiar institucionalmente os municípios. É responsável pelo matriciamento dos apoiadores nas questões referentes ao teste rápido, execução, armazenamento, documentação e laudos e fluxos das Portarias 151/2009 e Portaria 3242/2011.

- **Apoiador Regional:** Constituído dos coordenadores de AB-ESF, DST/Aids, Saúde da Mulher, PIM, Saúde da Criança, entre outros das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Capacitados pelos multiplicadores do MS para aconselhamento, teste rápido de HIV e Sífilis (execução, interpretação, armazenamento dos testes, documentação e laudo), e Portarias 151/2009 e 3242/2011. Tem como atribuição coordenar a implantação e implementação do TR na sua CRS e macrorregião, matriciando os apoiadores municipal e local na capacitação para executores, implantação e implementação dos TR nas UBS e, apoiar institucionalmente os municípios. Responsáveis pela continuidade deste processo.
- **Apoiador Municipal:** será o coordenador municipal de DST/AIDS, AB/ESF ou Saúde da Mulher, tendo como função a coordenação dos Apoiadores Locais. Existirá o apoiador municipal somente onde há coordenadores destas políticas. Será capacitado pelos Multiplicadores do MS.
- **Apoiador Local:** o apoiador local será um profissional da saúde de nível superior que trabalhe em UBSs do município. Cada apoiador local terá a responsabilidade de acompanhar até 7 UBS. Este terá a atribuição de capacitar, com apoio dos multiplicadores e de outros apoiadores locais e regionais os profissionais da saúde das UBS. Também será responsável pelo acompanhamento e apoio posterior dos fluxos, execução dos testes, aconselhamento nas UBS de sua responsabilidade. Capacitado por multiplicadores do MS.
- **Facilitador:** são trabalhadores da saúde que trabalham nos CTAs e SAEs realizando aconselhamento e TR, já capacitados, os mesmos poderão participar nas capacitações contribuindo para no processo de qualificação como apoiadores matriciais. São inseridos na proposta de implantação do TR-Sífilis e HIV após pactuação com Apoiadores Regionais e Facilitadores.
- **Executor:** profissionais da área da saúde que trabalham em UBS que realizarão o TR de HIV e sífilis após capacitação. Capacitado por apoiadores municipais, locais e facilitadores do município. Terão como suporte técnico um apoiador local.

O conteúdo das capacitações propostas pela SES foi organizado conforme quadro abaixo, entretanto, cada região deveria observar a *expertise* dos responsáveis por cada atividade.

Quadro 3 – Programação das Capacitações

1º Dia		
Atividades	Conteúdos	Horário Manhã
Abertura Oficial	Boas Vindas Apresentação dos participantes	8:30 (20min)
Apresentação	Política de Implantação de TR no RS	8:50 (20 min)
	Filme "Anjos da Asa Quebrada"	9:10 (20 min)
	Contextualizar a Rede Cegonha	9:30 (20 min)
Coffee Break	Coffee Break	9:50 (20 min)
Agravos	Sífilis e HIV - ênfase na Transmissão Vertical e dados epidemiológicos dos municípios e macrorregiões	10:10 (1h 40 min)
Intervalo almoço	12 às 13:30	
Atividades	Conteúdos	Horário Tarde
testes Rápidos de HIV e Sífilis	Portarias (151 de 2009 e 3242 de 2011) Teste rápido (execução - interpretação - armazenamento, laudos e documentação)	13:30 (2h 10 min)
	Apresentações dos Kits	
Coffee Break	Coffee Break	15:40 (20 min)
testes Rápidos de HIV e Sífilis	validação dos testes rápido no Brasil	16:00 (1h)
2º Dia		
Atividades	Conteúdos	Horário Manhã
Aconselhamento em DST/Aids	Aconselhamento	GI* 8:30 GII 10:15 (1h 35min)
Coffee Break	Coffee Break	10:00 (20 min)
Prática de Testes Rápidos	Aula prática (execução dos TR) Biossegurança	GII* 8:30 GI 10:40 (1h 35min)
Intervalo almoço	12 às 13:30	
Atividades	Conteúdos	Horário Tarde
Aconselhamento	Aconselhamento	13:30 (2h 10 min)
Coffee Break	Coffee Break	15:20 (20 min)
Fluxo e organização de serviço	Pactuação de fluxos e organização dos serviços	15:40 (1h 30min)
Encerramento	Avaliação da capacitação	17:10 (20 min)
* a turma será dividida em dois grupos		

Uma das diretrizes que o grupo de trabalho do teste rápido utilizou na construção das capacitações foi a existência de um processo pedagógico que contemplasse desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado, que partisse dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que poderiam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerasse elementos que fazem sentido para os atores envolvidos-aprendizagem significativa (MACHADO, 2012, p. 25).

A estratégia pedagógica utilizada para estruturar as ações de educação permanente envolve o uso de processos de monitoramento e avaliação, apoio institucional e de planejamento (MACHADO, 2012, p. 25).

Em continuidade ao processo de implantação e implementação dos testes rápidos de sífilis e HIV, foi proposta a realização de reuniões na SES/Central com os Apoiadores Regionais, Municipais e representantes das Macrorregiões, para apresentação do Projeto de Implantação dos Testes Rápido de Sífilis e HIV no RS, sensibilização com a proposta e encaminhamentos posteriores. Observou-se a necessidade de criação de fluxos para solicitação dos testes rápidos e de um plano de trabalho para que os municípios organizassem o processo de implantação.

Ficou definido que após estas reuniões, os apoiadores regionais e municipais deveriam sensibilizar os municípios para aderirem à proposta e fazer a indicação dos seus apoiadores locais.

Capacitações de Apoiadores Regionais para Apoiadores Municipais e/ou Locais

- Devem ser realizadas por macrorregião/regional;
- Os apoiadores regionais da macrorregião devem organizar as capacitações com o apoio dos multiplicadores do MS;
- As macrorregiões que tiverem os recursos humanos necessários, devendo ter obrigatoriamente um Multiplicador do MS, podem fazer suas capacitações de acordo com seus planejamentos regionais/municipais.
- Deve ser seguido o Programa das Capacitações indicado pelo estado, testado e

aprovado, sendo necessários dois dias integrais para realização do mesmo.

- Serão solicitadas, a cada capacitação, informações para alimentação do banco de dados Estadual dos municípios e profissionais capacitados.
- As capacitações foram iniciadas pela Macrorregião Metropolitana

Plano de trabalho municipal:

Os apoiadores municipais e/ou locais após sua capacitação encaminham aos apoiadores regionais no prazo de até 15 dias um plano de trabalho para a capacitação dos executores e implantação/implementação dos TR no município, o qual deverá ser acompanhado pelos apoiadores regionais e multiplicadores.

Insumos:

Os testes rápidos para as capacitações e implantação/implementação nos municípios são fornecidos pelo MS e distribuídos pelo estado.

Os refrigeradores para acondicionamento dos testes rápidos e os equipamentos de Proteção Individual (EPI) são de responsabilidade dos municípios.

Materiais impressos:

O grupo trabalhou na elaboração para confecção de material impresso como a padronização de laudos, Manual para a Atenção Básica contendo informações sobre a Testagem Rápida, Rede Cegonha e serviços especializados em DST/Aids no Estado e também material informativo específico para as gestantes.

Avaliação

A avaliação do processo de implantação e implementação dos testes rápidos/ sífilis e HIV nos municípios se dá primeiramente pela realização das capacitações até o nível do executor; organização dos serviços e criação/ fortalecimento de fluxos de assistência a partir da atenção básica.

Os resultados esperados são:

- diminuição da incidência de sífilis congênita e transmissão vertical do HIV;
- aumento das notificações de gestantes com sífilis e HIV;

- aumento da identificação precoce em gestantes de sífilis e HIV; com início do tratamento/ profilaxia em tempo oportuno, prevenindo a transmissão vertical.

Estas ações se refletirão na qualificação da assistência prestadas às gestantes e seus parceiros, fortalecendo assim a Atenção Básica, prioridades do governo federal e estadual.

ANEXO B- Tabela 9 – População residente nos municípios que notificaram sífilis congênita no período compreendido entre o ano 2011 e primeiro semestre de 2012.

Município	População
.... Cambará do Sul	6498
.... Campo Bom	60989
.... Canoas	326505
.... Estância Velha	43698
.... Esteio	80862
.... Igrejinha	32399
.... Ivoti	20562
.... Montenegro	60196
.... Nova Santa Rita	23768
.... Novo Hamburgo	239355
.... Portão	31866
.... São Leopoldo	217189
.... São Sebastião do Caí	22270
.... Sapiranga	75861
.... Sapucaia do Sul	132197
.... Taquara	54918
.... Três Coroas	24516
.... Triunfo	26341
.... Alvorada	197441
.... Arroio dos Ratos	13647
.... Barra do Ribeiro	12682
.... Cachoeirinha	119896
.... Camaquã	63124
.... Charqueadas	36130
.... Eldorado do Sul	35412
.... Gravataí	259138
.... Guaíba	95340
.... Minas do Leão	7678
.... Porto Alegre	1416714
.... Sentinela do Sul	5245
.... Tapes	16681
.... Viamão	241190
.... Canguçu	53533
.... Pelotas	329435
.... Rio Grande	198842
.... São José do Norte	25761
.... São Lourenço do Sul	43024
.... Faxinal do Soturno	6647
.... Itaara	5076

.... Santa Maria	263662
.... São Francisco de Assis	19020
.... São Pedro do Sul	16275
.... São Sepé	23674
.... Bom Jesus	11445
.... Bom Princípio	12136
.... Canela	40076
.... Caxias do Sul	446911
.... Nova Araçá	4117
.... São Marcos	20276
.... Vacaria	61947
.... Carazinho	59569
.... Lagoa Vermelha	27466
.... Lagoão	6247
.... Passo Fundo	187298
.... Santo Antônio do Palma	2129
.... Serafina Corrêa	14761
.... Soledade	30092
.... Tapera	10431
.... Bagé	117090
.... Cachoeira do Sul	83217
.... Encruzilhada do Sul	24671
.... Cruz Alta	62138
.... Ibirubá	19415
.... Tupanciretã	22483
.... Alegrete	76644
.... Rosário do Sul	39503
.... Sant'Ana do Livramento	81198
.... São Gabriel	60478
.... Uruguaiana	125209
.... Nonoai	11962
.... Eugênio de Castro	2721
.... Santo Ângelo	76205
.... Candelária	30260
.... Rio Pardo	37563
.... Santa Cruz do Sul	119997
.... Vale do Sol	11156
.... Vale Verde	3283
.... Venâncio Aires	66658
.... Vera Cruz	24389
.... Constantina	9742
.... Trindade do Sul	5767
.... Encantado	20810
.... Lajeado	73201

.... Taquari	26123
.... Ijuí	79396
.... Balneário Pinhal	11371
.... Capão da Canoa	43783
.... Cidreira	13240
.... Dom Pedro de Alcântara	2538
.... Santo Antônio da Patrulha	40086
.... Torres	35227
.... Tramandaí	43178
.... Três Cachoeiras	10322
.... Xangri-lá	13074
.... Pinhal	2515
Total	7446771

ANEXO C – Proposta de plano de trabalho para implantação dos testes rápidos para triagem de sífilis e diagnóstico de HIV na rede de atenção básica à saúde do Rio Grande do Sul



GOVERNO DO ESTADO DO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS PARA TRIAGEM DE SÍFILIS E DIAGNÓSTICO DE HIV NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO RS

- Dados de identificação do município:

Nome do município:
Nº IBGE:
População:
Nº de UBS existentes no município⁴:
Nº de UBS que realizam pré-natal:
Nº estimado de primeiras consultas de pré-natal/mês no município:

- Descreva a rede de serviços do município e fluxos de atendimento com as respectivas referências no que se refere ao atendimento de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA):

- Como e onde é feito, até o momento, o diagnóstico de HIV?
- Qual é e onde localiza-se o serviço de referência para a realização do tratamento?

4

Considere-se neste caso como UBS: UBS (seja modelo tradicional e/ou ESF), equipes de saúde prisional e maternidades de pequeno porte.

- c) Onde é realizada a coleta para os exames de CD 4 e Carga Viral?
- d) Se houver maternidade no município, qual é o fluxo de atendimento? Descreva:
- e) Caso não houver, qual é a maternidade de referência para este município?
- f) Descreva qual o fluxo de atendimento das gestantes com sífilis?
- g) Onde é realizada a coleta de sangue para a realização dos exames laboratoriais no pré-natal?
- h) O tratamento das gestantes com sífilis e seus parceiros é realizado na UBS?
- i) Como o município está organizado para alimentar os sistemas de informação relativo a doenças de notificação compulsória (especificamente os casos de sífilis em gestante, sífilis congênita, Aids e Crianças Expostas ao HIV)?
- j) Como e por quem é realizada a investigação de cada caso notificado?

3. Metodologia:

- a) Quantas e quais destas UBS realizarão o TR a curto e médio prazo?
- b) Liste o nome e contato dos/as apoiadores locais:

Nome	Cargo/Função	Local de Trabalho	Email	Telefone para contato

- c) Quantos técnicos serão capacitados para executar os TR em cada UBS?
- d) Como o município pretende implantar os TR em suas UBS? Que metodologia utilizará? (Capacitação presencial, capacitação em serviço, entre outros)
- e) Como será organizada a logística para armazenamento e distribuição dos TR no município?
- f) Qual a previsão de testes necessários para a capacitação dos/as executores/as locais?
- g) Qual a previsão de testes rápidos a serem realizados por mês?

4. Cronograma de Capacitação/Implantação:

a) Em que datas serão realizadas as capacitações para os/as executores/as locais?

Data	Nº de Pessoas a Serem Capacitadas	UBS a que Pertencem	Observações

b) Qual a previsão de data para disponibilização dos TR para a população nas UBS?

Data	Outubro/12	Novembro/12	Dezembro/12	Janeiro/13	Fevereiro/13	Março/13
Capacitação de Executores/as						
Implantação nas UBS						

5. Monitoramento:

Como os/as apoiadores/as regionais/municipais e locais pretendem acompanhar e monitorar o processo de implantação e implantação do TR nas UBS de seu/s município/s?

CONTATO: testerapido@saude.rs.gov.br

ANEXO D – Fluxo de solicitação de testes rápidos de HIV e sífilis para a Coordenação Estadual de DST/Aids

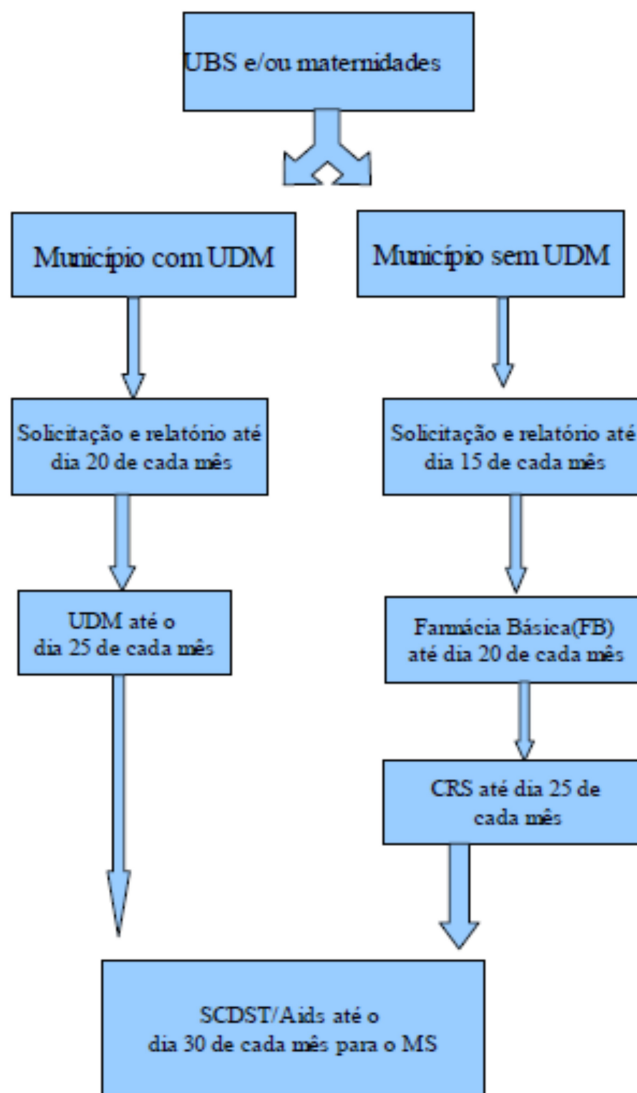
Prezados coordenadores de DST/Aids das CRS:

Estamos encerrando as capacitações de apoiadores em Teste Rápido no fim da próxima semana. Estamos entrando em uma nova fase do processo de implantação dos Testes Rápidos na Atenção Básica.

Neste momento serão realizadas as capacitações dos Executores dos TR, que serão capacitados pelos apoiadores:

Para o bom andamento destas capacitações e do posterior abastecimento dos insumos foi necessário se estabelecer fluxos para a disponibilização dos Testes Rápidos para os municípios.

O fluxo deverá ser seguido com as datas indicadas, a previsão dos TR para as capacitações também deverá seguir estes fluxos, pois não temos condições de disponibilizar os testes diretamente aqui da Seção.



Atenção: Atentar para este fluxo nos planos de trabalho, pois as capacitações devem ser previstas sempre com antecedência, verificar a chegada dos insumos para as capacitações. Os insumos solicitados no dia 30 de cada mês para o MS chegam em torno de 20 dias após ao estado.

Os insumos serão liberados pelo Roteiro da DAF, junto com os demais insumos do município.

NOTAS:

UDM: Unidade Dispensação de Medicamentos Antirretrovirais, os municípios com UDM são:

1ª CRS	2ª CRS	3ª CRS	4ª CRS
Alvorada Cachoeirinha Canoas Estância Velha Esteio Gravataí Novo Hamburgo São Leopoldo Sapucaia do Sul Viamão	Charqueadas Guaíba Montenegro Parobé	Pelotas Rio Grande	Santa Maria
5ª CRS	6ª CRS	7ª CRS	8ª CRS
Caxias do Sul Bento Gonçalves Vacaria	Passo Fundo Carazinho	Bagé	Cachoeira do Sul
9ª CRS	10ª CRS	11ª CRS	12ª CRS
Cruz Alta	Alegrete Itaqui Santana do Livramento São Gabriel Uruguaiana	Erechim	Santo Ângelo São Borja
13ª CRS	14ª CRS	15ª CRS	16ª CRS
Santa Cruz do Sul Venâncio Aires	Santa Rosa	Palmeira das Missões	Taquari Estrela Lajeado
17ª CRS	18ª CRS	19ª CRS	
Ijuí	Osório Capão da Canoa Torres Tramandaí	Frederico Westphalen	

- Os municípios da 1ª e da 2ª CRS com ou sem UDM que buscam seus insumos atualmente direto na DAF, não terão seu fluxo alterado.
- Demais municípios buscarão seus insumos diretamente nas respectivas CRS.

Roteiro de distribuição de medicamentos – DAF

Roteiro Mensal											
Mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Nov	6 a 8	7 a 9	12 a 14	20 a 22	21 a 23	27 a 29	14	28	28 a 30	19 a 30	29 a 01/11
Dez	4 a 6	5 a 7	11 a 13	12 a 14	18 a 20	19 a 21	14	27	26 a 28	17 a 28	01 a 04/12

Roteiro 1: Passo Fundo (6ª CRS), Erechim (11ª CRS)

Roteiro 2: Lajeado (16ª CRS), Palmeira das Missões (15ª CRS) e F. Westphalen (19ª CRS)

Roteiro 3: Cruz Alta (9ª CRS), Ijuí (17ª CRS), Santo Ângelo (12ª CRS) e Santa Rosa (14ª CRS).

Roteiro 4: Pelotas (3ª CRS), Bagé (7ª CRS)

Roteiro 5: Alegrete (10ª CRS), Cachoeira do Sul (8ª CRS)

Roteiro 6: Santa Cruz do Sul (13ª CRS) e Santa Maria (4ª CRS)

Roteiro 7: Caxias do Sul (5ª CRS)

Roteiro 8: Osório (18ª CRS)

Roteiro 9: ADS, SESEPE, Hospital Dia, GMAT (HCPA, HNSC, H. Fêmina, SAE CSVC, SAE IAPI, HI

Roteiro 10: Municípios da 1ª CRS e 2ª CRS

Equipe Teste rápido