



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

ESCOLA DE SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E SOCIEDADE

MESTRADO PROFISSIONAL EM PRÁTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO



TÚLIO CÉSAR VIEIRA DE ARAÚJO

**ADESÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA AO TESTE RÁPIDO PARA AS
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

NATAL/RN

2019

TÚLIO CÉSAR VIEIRA DE ARAÚJO

ADESÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA AO TESTE RÁPIDO PARA AS
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade, da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dr.^a Marize Barros de Souza

NATAL/RN

2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Central Zila Mamede

Araújo, Túlio César Vieira de.

Adesão dos serviços de atenção básica ao teste rápido para as infecções sexualmente transmissíveis / Túlio César Vieira de Araújo. - 2019.

114 f.: il.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade, Natal, RN, 2019.

Orientadora: Profa. Dra. Marize Barros de Souza.

1. Atenção básica - Dissertação. 2. Diagnóstico - Dissertação. 3. Infecções sexualmente transmissíveis - Dissertação. I. Souza, Marize Barros de. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 616.97

TÚLIO CÉSAR VIEIRA DE ARAÚJO

ADESÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA AO TESTE RÁPIDO PARA AS
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade, da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde e Sociedade.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marize Barros de Souza

Presidente

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof.^a Dr.^a Elisângela Franco de Oliveira Cavalcante

Membro interno

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof.^a Dr.^a Claudia Mara de Melo Tavares

Membro externo

Universidade Federal Fluminense

Dedico este trabalho:

A todos aqueles usuários que, ao buscarem a unidade de saúde para realizar o teste rápido, iluminaram minha percepção de quão importante meu trabalho e esse serviço pode ser na vida das pessoas.

AGRADECIMENTOS

Eu quase não ingressei neste mestrado, digo isso, pois a diferença da minha nota para a nota de quem ficou de fora da turma foi 0,04 centésimos... Eu quase não consegui concluir todas as disciplinas, quase não consegui terminar de pegar a assinatura das cartas de anuência, quase não terminei de coletar os dados, quase perdi todos os cabelos, eu quase enlouqueci para terminar esta dissertação, quase... Mas eu não fiz um mestrado “quase”, eu fiz um mestrado imergindo em toda a sua complexidade e buscando alcançar toda a sua completude. O êxito no decorrer desta caminhada e a efetivação do projeto de pesquisa só se fizeram possíveis em virtude de algumas “forças”, as quais de forma muito sucinta gostaria de agradecer...

A esta força superior que nos rege pela dádiva de viver.

Aos meus familiares, em especial meus pais, por me proporcionarem todas as condições necessárias para a conclusão do mestrado. Dentre todo o apoio prestado, alguns gestos sutis me marcaram nesta trajetória, como minha mãe cozinhando todas as refeições que eu levava para a cidade na qual trabalhava para assim ter tempo de estudar, e meu pai que prontamente me acompanhou em todas as unidades de saúde nos 18 municípios durante a coleta de dados e, quando eu já estava esgotado de realizar entrevistas, ele enfaticamente dizia: “Bora home, dá tempo passar em mais uma unidade.”.

A toda a equipe da Escola de Saúde da UFRN por despertar em mim o prazer de frequentar a Universidade. Em especial, deixo registrada minha gratidão à professora Dr^a Marize Barros, que conduziu toda a trajetória com a sutileza de uma borboleta. Recordo-me de minha insegurança ao chegar para a primeira orientação e impulsivamente já começar a falar sobre meu projeto, nesse momento ela me interrompeu com a voz suave e disse: “Túlio, só um minuto, me fale primeiro sobre você, quem é Túlio?”. Em um outro momento, quando eu estava sem conseguir escrever coerentemente a metodologia da pesquisa, ela gentilmente me chegou com uma folha escrita à mão com lápis grafite contendo todas as orientações necessárias para uma metodologia, até hoje guardo essa folha.

Aos professores que se fizeram presentes nos momentos da qualificação e/ou defesa desta dissertação, Dr. Ewerton Willian, Dr^a. Elisângela Franco e Dr^a. Cláudia Mara.

À Prefeitura Municipal de Jucurutu, por ter flexibilizado meus horários de trabalho, tornando possível a realização do mestrado, em especial a Lídja Santos que prontamente me ajudou a estabelecer contato com os 23 Secretários de Saúde dos municípios incluídos na pesquisa.

À equipe da Unidade de Saúde Cícera Alves da Costa. Em especial à técnica de enfermagem Paloma Mirelli, que decididamente segurava as demandas do serviço na minha ausência no período de aulas, e aos profissionais do NASF, em especial na pessoa de Mirelle Medeiros Antunes, a qual sempre revigorou em mim o sentimento de capacidade.

Aos usuários da unidade de saúde na qual trabalhava, aos quais dedico este trabalho, pois cada vez que compareciam no serviço para realizarem o teste rápido me motivavam a lutar por essa causa.

A Ione Diniz Moraes, que me deu uma aula particular sobre história do Seridó e me ajudou no entendimento e delimitação do cenário deste estudo.

Aos meus queridos amigos, por me apoiarem incondicionalmente em todos os meus momentos, sejam eles de lucidez ou não, em especial a Jaqueline Monte e família por, além da amizade, me proporcionarem um lar sempre que precisei, e a André Luiz que, mesmo sem formação na área da saúde, foi quase um coorientador, e por incontáveis vezes me ajudou na construção deste trabalho.

Aos Secretários Municipais de Saúde, e aos profissionais participantes da pesquisa, por colaborarem diretamente com a construção desta dissertação.

Aos colegas de turma, por tornarem toda esta caminhada ainda mais prazerosa.

A todas essas forças, meu muito obrigado!

RESUMO

Introdução: Sabe-se que hoje em dia a maior parte das infecções sexualmente transmissíveis é curável ou tratável; no entanto, o quadro sanitário mundial ainda é preocupante. Os testes rápidos usados na detecção do HIV, da sífilis e das hepatites B e C constituem imunoenaios cromatográficos de execução simples, que podem ser realizados em até 30 minutos e não necessitam de estrutura laboratorial. **Objetivo:** Descrever características da adesão dos serviços de atenção básica da região do Seridó, do Rio Grande do Norte, ao teste rápido para as infecções sexualmente transmissíveis. **Metodologia:** Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa. Utilizou-se um questionário, com roteiro semiestruturado, que abordou o contexto e a inserção do teste rápido no processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Os dados foram tabulados em um banco de dados eletrônico com apoio do aplicativo Microsoft Excel 2010, e as informações processadas e analisadas no programa Statistical Package for Social Sciences versão 20.0. **Resultados:** As publicações mundiais que abordam assuntos relacionados ao teste rápido para as infecções sexualmente transmissíveis, têm como principal temática as dificuldades para a realização da testagem com ênfase no HIV. Quanto a oferta do teste, das 100 equipes entrevistadas, 93 oferecia o teste rápido na rotina do serviço, a realização de todos os testes rápidos durante o pré-natal foi apontada em 83 equipes, 45 não ofereciam nenhum teste no início do terceiro trimestre de gestação, 40 equipes não ofereciam nenhum teste rápido aos(as) parceiros(as) sexuais das gestantes. A penicilina benzantina estava disponível em 81 equipes, todavia 46 não administravam a medicação na atenção primária. Identificou-se o enfermeiro como o principal profissional envolvido em todas as etapas do processo de testagem. No intuito de auxiliar os profissionais no aconselhamento que é realizado antes do teste, construiu-se um material educativo em forma áudio visual de aconselhamento pré-teste. **Conclusão:** Em relação ao teste rápido, a discussão mundial está centrada nas problemáticas associadas ao processo de testagem, com prevalência no teste de HIV. As equipes do Seridó norte-rio-grandense realizam o teste rápido como uma prática rotineira nos serviços de atenção básica, contudo o processo de trabalho apresenta uma série de fragilidades, como a realização da testagem durante o pré-natal, pois, mesmo havendo disponibilidade do teste no acompanhamento, as demais atividades interligadas ao processo de trabalho não ocorrem adequadamente.

Palavras-chave: Atenção Básica. Diagnóstico. Infecções Sexualmente Transmissíveis. HIV. Sífilis. Hepatite Viral Humana. Promoção da Saúde. Prática Profissional.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, most sexually transmitted infections are curable or treatable; however, the global health scenario still worrying. Rapid tests are simple to run chromatographic immunoassays, which can be applied in up to 30 minutes and do not require laboratory structure. **Objective:** To describe features the adherence of basic care services in the Seridó region of Rio Grande do Norte, to the application of the rapid tests for sexually transmitted diseases. **Methods:** Exploratory-descriptive study, with a quantitative approach. To attend the objectives, a survey was conducted using a semi-structured instrument with open and closed questions that address the context and the insertion of the rapid test in the work process of the primary care. The data was tabulated by the Microsoft Excel 2010 tools, then processed and analyzed by Statistical Package for Social Sciences version 20.0. **Results:** Global publications related to the rapid test for sexually transmitted diseases have as their main theme the difficulty in conducting HIV-focused testing. About the offer of the 100 teams interviewed, 93 offered the rapid test in their service routine. The all rapid tests application during the prenatal period were reported in 83 teams, 45 did not offer any tests at the beginning of the third gestation trimester, 40 teams didn't offer any to the pregnant women's sexual partners. Benzathine penicillin was available in 81 teams, but 46 did not administer the medication in Primary Health Care. It was verified that the nurse was the main professional involved in all stages of the testing process. An educational material, in audio-visual form, was built for pre-test counseling to assist professionals before the test application. **Conclusion:** The rapid test world discussion centered on the problems associated with the testing process, with prevalence in the HIV test. The Seridó teams applied rapid tests as a routine practice in Primary Health Care, however, the work process presented a weakness series such as the performance of testing during prenatal care. Even with the test available to follow-up, other activities linked to the work process do not occur properly.

Keywords: Primary Health Care. Diagnosis. Sexually Transmitted Diseases. HIV. Syphilis. Hepatitis. Health Promotion. Professional Practice.

RESUMEN

Introducción: Hoy en día es sabido que la mayor parte de las infecciones sexualmente transmisibles son curables o tratables; sin embargo, el marco sanitario mundial sigue siendo preocupante. Las pruebas rápidas son inmunoensayos cromatográficos fáciles de manejar, se realizan en hasta 30 minutos y no necesitan una estructura de laboratorio. **Objetivo:** Describir las características de la adhesión de los servicios de atención básica en la región Seridó de Rio Grande do Norte a la aplicación de las pruebas rápidas para enfermedades de transmisión sexual. **Métodos:** Estudio exploratorio-descriptivo, con un enfoque cuantitativo. Para atender los objetivos, se aplicó un cuestionario utilizando un instrumento semiestructurado con preguntas abiertas y cerradas que abordan el contexto y la inserción de la prueba rápida en el proceso de trabajo de los equipos de atención primaria en la región de Seridó. Los datos serán tabulados por las herramientas de Microsoft Excel 2010, luego procesados y analizados por Statistical Package for Social Sciences versión 20.0. **Resultados:** Las publicaciones mundiales que abordan temas relacionados con la prueba rápida para las Enfermedades de Transmisión Sexual, tienen como principal temática las dificultades para la realización de la prueba con énfasis en el VIH. En cuanto a la oferta de la prueba, de los 100 equipos entrevistados, 93 equipos ofrecieron la prueba rápida en su rutina de servicio. La aplicación de todas las pruebas rápidas durante el período prenatal se informó en 83 equipos, 45 no ofrecieron ninguna prueba al comienzo del tercer trimestre de gestación, 40 equipos no ofrecieron ninguna a las parejas sexuales de las mujeres embarazadas. La penicilina benzantina estaba disponible en 81 equipos, pero 46 no administraban la medicación en la atención primaria. Entre las fragilidades, se verificó que el enfermero era el principal profesional involucrado en todas las etapas del proceso de prueba. Se construyó un material educativo, en forma audiovisual, para asesoría previa a la prueba para ayudar a los profesionales antes de la aplicación. **Conclusión:** En relación a la prueba rápida, la discusión mundial se centra en las problemáticas asociadas al proceso de prueba, con prevalencia en la prueba de VIH. Los equipos de Seridó aplicaron pruebas rápidas como una práctica de rutina en Atención Primaria de Salud, existe fragilidad en las especificidades relacionadas al proceso de trabajo, como la realización de la prueba durante el prenatal aunque haya disponibilidad de la prueba en el seguimiento las demás actividades interconectadas no ocurren adecuadamente.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Diagnóstico. Enfermedades de Transmisión Sexual. VIH. Hepatitis Viral Humana. Promoción de la Salud. Práctica Profesional.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitários de Saúde
AP	Atenção Primária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
CTA	Centros Especializados de Testagens e Aconselhamento
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FO	Fluido Oral
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSHs	Homens que fazem sexo com homens
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
REBEn	Revista Brasileira de Enfermagem
RN	Rio Grande do Norte
RPCFO	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Teste Rápido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo principal	18
2.2	Objetivos secundários	18
3	MÉTODO	19
3.1	Tipo de estudo	19
3.2	Cenário	19
3.3	População do estudo	20
3.4	Amostra	20
3.5	Critérios de seleção	21
3.6	Coleta dos dados	21
3.7	Análise dos dados	21
3.8	Considerações éticas	22
4	RESULTADOS	23
4.1	Artigo 1 – REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	24
4.2	Artigo 2 – ADESÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA AO TESTE RÁPIDO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	40
4.3	Artigo 3 – TESTE RÁPIDO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO PRÉ-NATAL: UM REFLEXO DA ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	63
5	PRODUTO TÉCNICO	78
	REFERÊNCIAS	82
	LIÇÕES APRENDIDAS	85
	ANEXO – Parecer do Comitê de Ética	101
	APÊNDICE – Instrumento de coleta de dados	105

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são causadas por agentes patogênicos (vírus, bactérias ou parasitas) que podem ser adquiridos e transmitidos através de relações sexuais sem proteção (anal, oral ou vaginal), transfusão de sangue contaminado, compartilhamento de objetos perfurocortantes contaminados e entre uma mãe infectada e seu bebê durante a gravidez, parto e amamentação. Tais infecções constituem uma das principais preocupações em termos de saúde pública dada a elevada morbidade e mesmo a mortalidade a elas associada (SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, 2017). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), todos os dias, mais de um milhão de pessoas contrai uma IST, na maioria dos casos, as infecções são assintomáticas ou apresentam sintomas que não são reconhecidos como os de uma infecção sexualmente transmissível (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016).

De 2007 até junho de 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 247.795 casos de infecção pelo *Human Immunodeficiency virus* (HIV) no Brasil, sendo 17,0% na Região Nordeste (BRASIL, 2018a). O número de casos de sífilis adquirida registrados no Sinan no período de 2010 a junho de 2018 foi de 479.730 casos; no ano de 2017, foram notificados 119.800 casos de sífilis adquirida, 49.013 casos de sífilis em gestantes e 24.666 casos de sífilis congênita – entre eles, 206 óbitos (BRASIL, 2018b). Com relação às hepatites virais (no Brasil, são causadas mais comumente pelos vírus A, B, C ou D), de 1999 a 2017, foram notificados no Sinan 587.821 casos confirmados, sendo: 28% referentes aos casos de hepatite A, 37,1% de hepatite B, 34,2% de hepatite C e 0,7% de hepatite D (BRASIL, 2018c).

Os números descritos refletem um quadro preocupante, em especial destacam-se os casos de sífilis que, em 2016, foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil. Em 2010, quando a sífilis adquirida teve sua notificação compulsória implantada, a taxa de detecção era de 2,0 casos por 100 mil habitantes, em 2017, apenas sete anos depois, os números alcançaram 58,1 casos por 100 mil habitantes. Em comparação com o ano de 2016, 2017 apresentou um aumento de 31,8% no número de notificações de sífilis adquirida, 24,8% nas de sífilis gestacional e 16,4% nas de sífilis congênita (BRASIL, 2018b).

Esse aumento constante no número de casos registrados de sífilis em gestantes, congênita e adquirida pode ser atribuído, em parte, ao aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de Testes Rápidos (TRs), à redução do uso de preservativo, à resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica (AB), ao

desabastecimento mundial de penicilina e ao aprimoramento do sistema de vigilância (BRASIL, 2017a).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2011 pela Portaria nº 1.654, posteriormente revogada pela Portaria 1.645, tem como objetivo induzir à ampliação do acesso e à melhoria da qualidade da atenção básica. Atualmente encontra-se em seu terceiro ciclo, tendo a pesquisa de avaliação externa como uma de suas etapas. A temática do teste rápido está destacada no seu instrumento de avaliação como um importante parâmetro de acesso e de qualidade na AB.

Nos achados do cenário nacional referentes ao ciclo I do PMAQ-AB 2011/2013, 38.811 estabelecimentos de saúde no Brasil aderiram ao programa; do total de equipes que responderam à questão sobre o TR para sífilis, 2,6% disseram sempre ter disponível, 0,8% responderam ter o teste disponível às vezes e 96,6% responderam nunca ter o teste disponível. Em relação à disponibilidade do TR anti-HIV, 12,8% disseram sempre ter disponível, 1,3% responderam ter o teste disponível às vezes e 86% responderam nunca ter o teste disponível (MIZEVSKI *et al.*, 2017).

No ciclo II, iniciado em 2013, o PMAQ-AB apresentou as seguintes estatísticas, com relação à sífilis: 24% das equipes tinham o teste sempre disponível, em 5% os testes estavam disponíveis somente às vezes e não realizavam a testagem 71% das equipes. No que se relaciona ao HIV, o teste rápido estava sempre disponível em 26% das equipes, às vezes disponível em 4% e 70% não tinham o teste disponível (BRASIL, 2017b).

No Rio Grande do Norte (RN), tendo como base a delimitação do Seridó norte-rio-grandense, o primeiro ciclo do PMAQ possuiu 11 municípios que aderiram ao programa, totalizando 26 equipes, e todas assinalaram a opção “nunca disponível” para os testes rápidos de sífilis e HIV (BRASIL, 2015). No segundo ciclo, houve adesão de 20 municípios da região do Seridó, somando 72 equipes. Com relação ao teste rápido de sífilis, 32 (44,5%) responderam que os testes estavam sempre disponíveis, 14 (19,4%) se enquadraram na opção “às vezes disponível” e mais de um terço das equipes pesquisadas afirmou que o teste nunca estava disponível, com um total de 26 equipes (36,1%). No que se refere ao teste rápido para diagnóstico de HIV, 40 equipes (55,6%) indicaram ter o teste sempre disponível, nove (12,5%) se encaixaram na opção “às vezes disponível” e 23 (31,9%) afirmaram que não realizavam o teste rápido para HIV (BRASIL, 2017b). É perceptível um aumento na adesão aos testes com o passar dos anos, tanto no cenário nacional, quanto no regional.

Os testes rápidos constituem imunoenaios cromatográficos de execução simples, que podem ser realizados em até 30 minutos e que não necessitam de estrutura laboratorial. Os TRs são fundamentais para a ampliação do acesso ao diagnóstico e aumentam a resolutividade do sistema. Esses testes são recomendados primariamente para testagens presenciais. Podem ser realizados com fluido crevicular gengival^G – mais conhecido como Fluido Oral (FO) –, soro, plasma ou sangue total (o que permite o uso de amostras obtidas por punção digital). Qualquer pessoa capacitada, presencialmente ou a distância, pode executar um teste rápido. Os testes podem ser usados para pesquisar antígenos ou anticorpos contra os agentes infecciosos para os quais foram projetados. Caso o teste se destine à pesquisa de anticorpos, haverá antígenos (geralmente, proteínas sintéticas) imobilizados na membrana de nitrocelulose para a captura dos anticorpos presentes na amostra. Caso a pesquisa seja para antígenos, haverá anticorpos imobilizados para a captura dos antígenos presentes na amostra (BRASIL, 2018d).

Acerca da importância dos TRs na atenção primária, a Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012 dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção ao pré-natal para gestantes e seu(s) parceiro(s) sexual(is) (BRASIL, 2012).

Com o intuito de ampliar as possibilidades de testagem, de acordo com a política pública de acesso ao diagnóstico para toda a população, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) recomenda que os testes rápidos devem, prioritariamente, ser utilizados fora do ambiente laboratorial. Ou seja, em serviços de saúde, dessa forma, ampliando o acesso ao diagnóstico, dentre os quais citam-se as instituições da Atenção Primária à Saúde (Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família), os serviços participantes da Rede Cegonha, Consultório na Rua, Quero Fazer e Centro de Atenção Psicossocial (Caps). O DIAHV fornece capacitação a distância gratuitamente por meio da plataforma Telelab, na qual estão disponíveis vídeos que apresentam os procedimentos passo a passo para a realização de todos os testes rápidos fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2018e). Conforme o DIAHV, atualmente são disponibilizados TRs para HIV, sífilis e hepatites B e C.

Com a descentralização do TR para a AB, alguns desafios são colocados, um deles diz respeito ao estigma que circunda a temática. Segundo Goffman (2008), o estigma significa marca, impressão. O termo foi criado pelos gregos, identificando uma marca corporal que designava algo extraordinário ou mau sobre o *status* moral de uma pessoa. Posteriormente o

estigma deixou de estar relacionado a uma marca corporal, sendo relacionado aos valores atribuídos às características de uma pessoa, geralmente com caráter depreciativo.

Para Zambenedetti e Both (2013) o estigma necessita ser considerado no planejamento das ações e serviços, no intuito de facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento, bem como a construção de vínculo e confiança entre usuários e profissionais. Há, nas equipes de atenção primária, diferentes percepções sobre quais profissionais podem ter acesso ao diagnóstico e como esse acesso pode ocorrer. Também se destaca a necessidade de problematizar o pressuposto de que a territorialização e adscrição da clientela sempre facilitam o acesso à unidade de saúde, uma vez que a via que facilita pode ser a mesma que dificulta, pois muitos usuários podem sentir receio em realizar a testagem devido à proximidade existente com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em pesquisa de abordagem qualitativa realizada com homens na África do Sul, constatou-se que todos os participantes apreciaram a disponibilidade dos testes de HIV nas instalações de saúde primárias, entretanto, inicialmente, nenhum deles indicou interesse em realizar a testagem. Os mesmos expressaram sentimentos de medo por conhecerem seu *status*, bem como falta de confiança no comportamento dos profissionais que estavam prestando serviços, com isso, desenvolveram atitudes negativas em relação ao teste e ao aconselhamento do HIV (MAMBANGA; SIRWALI; TSHITANGANO, 2016).

White *et al.* (2015), em estudo desenvolvido nos Estados Unidos, identificou que os médicos comunitários de atenção primária relataram como barreiras para a implementação de testes rotineiros de HIV: o estigma do HIV/Aids, as comunidades socialmente conservadoras, a falta de confidencialidade e a geografia rural. Acreditavam que as campanhas públicas de testes de HIV legitimariam os testes e diminuiriam o estigma nas comunidades. No que se refere às restrições de tempo e prioridades clínicas concorrentes dos médicos, citaram como meio de superação o apoio da equipe de enfermagem.

Ainda sobre os desafios da implantação do TR, pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, com equipes de ESF, identificou como principais dificuldades para a inserção do teste rápido e aconselhamento os seguintes pontos: as equipes incompletas e a rotatividade dos profissionais da equipe; a confiabilidade no teste; a percepção de sobrecarga de trabalho; a expectativa de inexistência de procura e/ou de elevada procura pelo teste; o aconselhamento e comunicação do diagnóstico; e as rotinas do processo de trabalho. Alguns desses aspectos dizem respeito ao modo de gestão e estruturação da ESF, ainda fragilizado, repercutindo sobre aspectos da atenção ao usuário (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

A Estratégia de Saúde da Família, de acordo com Giovanella *et al.* (2009), foi implementada com o objetivo de reverter o modelo assistencial centrado na doença, assim, dando ênfase para a atenção primária à saúde e estimulando o desenvolvimento de ações preventivas. A ESF possui enorme potencial para expandir a promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens no Brasil por sua significativa capilaridade e possibilidade de ampliação da cobertura. Há de se assinalar que há maior resolutividade nas políticas quando existe integração com a ESF, em particular, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), posto que a capilaridade dos serviços de saúde facilita a difusão de iniciativas.

Com relação à implantação do teste rápido no processo de trabalho da ESF, é compreensível que essa inserção seja influenciada por diversos fatores, sejam eles de cunho pessoal ou material, como afirmam Zambenedetti e Silva (2016), visto que a implantação de uma nova política não ocorre mecanicamente, mas mobiliza desejos, recursos e significados entre os participantes do processo, os quais podem tanto facilitar quanto dificultar a sua implementação.

A inquietação para o fenômeno surgiu a partir da experiência profissional como enfermeiro da ESF em um município no interior do Estado do Rio Grande do Norte. Nessa realidade, foi possível participar de um momento de capacitação para realização do teste rápido. Alguns meses depois, com o processo de testagem já consolidado no serviço de saúde, surgiu um resultado positivo para HIV. A cautela para informar o resultado e a incerteza de como administrar a situação trouxeram para aquele espaço de tempo uma variedade de sentimentos impossíveis de expressar em palavras.

Tão intensa quanto a insegurança de informar o resultado positivo foi a satisfação de receber o referido usuário, no mesmo consultório em que o resultado foi informado, exatamente um ano após o diagnóstico, dessa vez não para uma consulta, mas para um agradecimento. Com um semblante bem mais sereno que no ano anterior, ele relatou que realizava consultas periodicamente no serviço de referência, apresentou os exames recentes e disse que naquele momento a sua carga viral estava chegando em um nível indetectável, com um sorriso no rosto se despediu, agradecendo pelo serviço que lhe fora ofertado um ano atrás.

Nesse momento, surgiu uma sensação enorme de dever cumprido e concomitantemente uma profunda inquietação: sendo o teste rápido um serviço tão importante para as unidades de saúde e para a vida das pessoas, será que todas as UBS disponibilizavam essa tecnologia para seus usuários? Intrigado por essa dúvida, deu-se a construção desta pesquisa, na certeza da relevância de se descrever como está a implantação do TR nos serviços de saúde.

Este estudo se mostra relevante, uma vez que buscou entender como se deu a adesão ao teste rápido nos serviços de atenção básica do Seridó norte-rio-grandense, e de como o contexto local pode influenciar na realização do mesmo. Dessa forma, as reflexões produzidas sobre esse fenômeno poderão elucidar os problemas que possam interferir no processo de trabalho das equipes (problemas gerenciais, disparidades locais e regionais e a adequação das equipes ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde), possibilitando, assim, estabelecer ações que contribuam para o enfrentamento dessas dificuldades.

A inquietação do pesquisador e a necessidade de conhecimento dessa realidade levaram à seguinte questão de pesquisa: Qual o grau de adesão dos serviços de saúde da atenção primária para a realização do teste rápido de ISTs nos municípios da região do Seridó norte-rio-grandense?

Dada a diversidade de termos existentes na literatura para referir-se as pessoas que acorrem aos serviços de saúde, padronizou-se neste manuscrito o termo “usuário”, visto que o usuário é cada um daqueles que usam ou desfrutam de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular (FERREIRA,1999). Segundo Saito *et al.* (2013) pode-se compreender o termo usuário como mais amplo, capaz de ultrapassar o ideário passivo ou liberal, que percebe a saúde como um bem de consumo regulado pelas leis de mercado, no sentido de avançar para uma concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Descrever o processo de adesão dos serviços de atenção básica do Seridó norte-rio-grandense ao teste rápido para as infecções sexualmente transmissíveis.

2.2 Objetivos secundários

Identificar na literatura mundial as principais temáticas exploradas, no que se refere à realização do teste rápido para infecções sexualmente transmissíveis na atenção primária.

Descrever o processo de trabalho das equipes de atenção básica da região do Seridó norte-rio-grandense no que se refere à adesão ao teste rápido para as infecções sexualmente transmissíveis.

Relatar o processo de trabalho no que se refere à adesão das equipes de atenção primária ao teste rápido durante o acompanhamento do pré-natal e a administração da penicilina benzatina nos serviços básicos de saúde do Seridó norte-rio-grandense.

Construir um produto técnico condizente com alguma fragilidade identificada no processo de testagem das equipes da Estratégia de Saúde da Família da região do Seridó norte-rio-grandense.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa. A abordagem quantitativa foi escolhida por se mostrar a mais adequada para os objetivos propostos. Segundo Minayo e Sanches (1993) a abordagem quantitativa tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Sua utilização busca abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis.

3.2 Cenário

Estudo desenvolvido na região do Seridó norte-rio-grandense. Para esse fim, usou-se a delimitação do Seridó historicamente construído proposto por Moraes (2005), a qual considera que a região é formada pelos 23 municípios que, direta ou indiretamente, surgiram a partir do Município de Caicó.

Considerou-se como base os dados do 3º Ciclo do PMAQ, assim, os 23 municípios participantes totalizam 109 Unidades Básicas de Saúde e 119 equipes da ESF. Cinco municípios não concordaram em participar da pesquisa, somando nove unidades básicas de saúde e nove equipes. Com base nisso, e excluindo uma unidade de saúde da cidade de Jucurutu, por ser o campo da atuação do pesquisador responsável, a amostra deste estudo foi composta por 99 Unidades, 109 equipes e 208 profissionais. A Tabela 01 demonstra as cidades da região do Seridó, o número de unidades de saúde de cada cidade, número de equipes e número estimado de profissionais selecionados para o estudo. As linhas sombreadas apontam as cidades, o número de unidades e de equipes de saúde que não fazem parte da amostra desta pesquisa.

Tabela 1 - Municípios da região do Seridó, por número de Unidades Básicas, de equipes e de profissionais selecionados para o estudo – Seridó norte-rio-grandense, Brasil, 2019

Municípios da região do Seridó	Número de unidades básicas de saúde	Número de equipes	Número estimado de profissionais selecionados para o estudo
Acari	5	5	10
Caicó	20	24	44

Carnaúba dos Dantas	3	3	6
Cerro Corá	5	5	10
Cruzeta	3	3	-
Currais Novos	13	17	30
Equador	3	3	-
Florânia	4	4	8
Ipueira	1	1	-
Jardim de Piranhas	6	6	12
Jardim do Seridó	5	5	10
Jucurutu	9	9	16*
Lagoa Nova	4	6	10
Ouro Branco	2	2	4
Parelhas	8	8	16
Santana do Seridó	1	1	-
São Fernando	2	2	4
São João do Sabugi	3	3	6
São José do Seridó	2	2	4
São Vicente	3	3	6
Serra Negra do Norte	3	3	6
Tenente Laurentino	3	3	6
Timbaúba dos Batistas	1	1	-
TOTAL	109	119	208

Fonte: Portaria nº 1.658 de 12 set. de 2016. * Dois profissionais foram excluídos do número estimado de profissionais selecionados, devido a uma unidade de saúde da cidade de Jucurutu ter sido excluída da pesquisa por ser campo de atuação do pesquisador responsável por este estudo.

3.3 População do estudo

Profissionais de nível superior das equipes da Estratégia de Saúde da Família envolvidos com a testagem e gestores das unidades da região do Seridó. Foram escolhidos os profissionais de nível superior por serem estes os envolvidos diretamente em todas as etapas e peculiaridades do processo de testagem.

3.4 Amostra

A amostra foi intencional e compreendida por um profissional responsável pela gerência da unidade de saúde e por um profissional por equipe de saúde que estava diretamente envolvido no processo de testagem; caso não houvesse testagem, participava do estudo o profissional que tinha entendimento sobre o processo de trabalho da equipe, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, totalizando assim 208 profissionais.

3.5 Critérios de seleção

Critérios de inclusão relacionados à unidade

a) A unidade de saúde esta em funcionamento no período da coleta de dados, b) Ser integrante da Estratégia de Saúde da Família, c) O tempo de funcionamento da unidade ser superior a seis meses.

Critérios de inclusão relacionados ao profissional

Ser profissional de nível superior da unidade básica de saúde integrante da Estratégia de Saúde da Família.

Critérios de exclusão relacionados à unidade

a) Uma unidade de saúde da cidade de Jucurutu/RN, por ser o campo da atuação do pesquisador responsável por este estudo, b) As unidades inseridas nas cidades que não entregassem a carta de anuência.

Critérios de exclusão relacionados ao profissional

Os que, voluntariamente, desejassem desistir da participação durante o período da pesquisa ou não aceitassem participar.

3.6 Coleta dos dados

Foi aplicado um instrumento composto por questões abertas e fechadas que abordavam o contexto e a inserção do teste rápido no processo de trabalho das equipes da AB da região do Seridó, estando este dividido em dois domínios, sendo eles: Caracterização da unidade de saúde e do profissional gestor; e Teste Rápido na Equipe de Saúde. O instrumento proposto para coleta de dados passou por análise no departamento de estatística da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o mesmo encontra-se na íntegra, no final do manuscrito, como Apêndice.

3.7 Análise dos dados

Os dados obtidos foram agrupados em tópicos e tabulados manualmente em um banco de dados eletrônico com apoio do aplicativo Microsoft Excel 2010 e as informações foram

processadas e analisadas no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0, objetivando, assim, alcançar um nível aceitável de precisão nos cálculos estatísticos.

3.8 Considerações éticas

Para os participantes, foi realizada uma apresentação dos objetivos deste projeto e solicitada a colaboração, sempre esclarecendo que as respostas obtidas tinham fins estritamente científicos e que o anonimato dos participantes seria preservado, respeitando-se os aspectos éticos constantes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), *Campus* Central, sob o número CAAE 83239417.0.0000.5537, número do Parecer: 2.529.502, ano de 2018.

4 RESULTADOS

Esta pesquisa, ao longo do seu desenvolvimento, gerou produtos que se encontram compondo este manuscrito, estando estruturados no padrão preconizado pelo periódico escolhido para publicação. Os três artigos foram submetidos e aguardam parecer das respectivas revistas.

Como primeiro produto tem-se um artigo intitulado “*Realização do teste rápido para infecções sexualmente transmissíveis na atenção primária à saúde*”, o qual foi construído com base na revisão de literatura realizada para o projeto e submetido à *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* (RPCFO), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

O segundo produto, que tem como título “*Adesão das equipes de atenção básica ao teste rápido de infecções sexualmente transmissíveis*”, é um artigo com os resultados na íntegra da pesquisa feita nos serviços de saúde. O artigo foi enviado para a *Revista Brasileira de Enfermagem* (REBEn).

O terceiro produto traz um recorte da pesquisa principal com foco na realização do teste rápido durante o pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção básica. Intitulado “*Teste rápido para infecções sexualmente transmissíveis no pré-natal: Um reflexo da assistência na atenção primária*”, o artigo foi submetido à *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* (USP).

O quarto produto constitui um material educativo, em forma áudio visual, de aconselhamento pré-teste, o vídeo tem como público-alvo os usuários do serviço de saúde e visa auxiliar no trabalho das equipes de ESF.

4.1 Artigo 1 - REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

APPLYING RAPID TEST FOR SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES BY PRIMARY HEALTH CARE

REALIZACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA PARA ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES POR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMO

Objetivo: realizar uma discussão acerca das principais temáticas exploradas na literatura no que se refere à realização do teste rápido para infecções sexualmente transmissíveis na atenção primária. Método: trata-se de uma revisão integrativa de literatura, as bases de dados foram: Bdenf; Bireme; Lilacs; Medline; PubMed e Scielo. Como critérios de inclusão: artigos disponíveis eletronicamente, na íntegra, publicados de 2013 a 2017, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Resultados: foram encontradas 2.210 publicações nas bases de dados selecionadas, evidenciando que o número de publicações mundiais relacionadas a infecções sexualmente transmissíveis é amplo e diversificado. Entretanto, somente 21 foram selecionadas mediante os critérios da pesquisa, onde 17 trouxeram como temática unicamente o teste rápido de HIV. Conclusão: a discussão predominante está relacionada às problemáticas associadas ao processo de testagem, tendo a prevalecido o teste de HIV, o que pode ser entendido como reflexo de sua relevância nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção básica. Diagnóstico. Infecções sexualmente transmissíveis. Promoção da saúde. Saúde sexual.

ABSTRACT

Objective: to discuss the main themes explored in the literature regarding the rapid test for sexually transmitted diseases in primary care. Methodology: this is an integrative literature review using the databases Bdenf; Bireme; Lilacs; Medline; PubMed and Scielo. Inclusion Criteria: articles full available electronically published from 2013 to 2017, in Portuguese, English and Spanish. Results: 2,210 publications were found in the selected databases, showing a great number of worldwide publications related to sexually transmitted infections. However, only 21 were selected using the research criteria, being 17 directly related to the HIV rapid test. Conclusion: the predominant discussion is related to the problems associated

with the testing process, and the HIV test has prevailed, which can be understood as reflecting its relevance in health services.

RESUMEN

Objetivo: realizar una discusión acerca de las principales temáticas exploradas en la literatura en lo que se refiere a la realización de la prueba rápida para enfermedades de transmisión sexual en la atención primaria de salud. **Metodología:** se trata de una revisión integrativa de literatura en las bases de datos Bdenf; birreme; lilas; Medline; PubMed y Scielo. **Criterios de inclusión:** los artículos disponibles electrónicamente en su totalidad, publicados desde 2013 hasta 2017, en los idiomas portugués, inglés y español. **Resultados:** se encontraron 2.210 publicaciones en las bases de datos seleccionadas, evidenciando que el número de publicaciones mundiales relacionadas con infecciones de transmisión sexual es amplio y diversificado. Sin embargo, solamente 21 fueron seleccionadas mediante los criterios de la investigación, donde 17 trajeron como temática únicamente la prueba rápida de VIH. **Conclusión:** la discusión predominante está relacionada a las problemáticas asociadas al proceso de prueba, habiendo prevalecido la prueba de VIH, lo que puede ser entendido como reflejo de su relevancia en los servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima a ocorrência de mais de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) por dia, mundialmente¹. O Brasil vive um período de aumento dos casos de sífilis nos últimos anos. A sífilis adquirida, teve sua taxa de detecção aumentada de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 42,5 casos por 100 mil habitantes em 2016². No referido ano, foram notificados 37.884 casos de infecção pelo HIV no Brasil, e o país tem registrado, anualmente, a média de 40 mil novos casos de Aids nos últimos cinco anos³.

De 2007 a 2016, as taxas das hepatites B e C mostraram tendência de aumento. Em 2017, as taxas foram de 6,5 e de 11,9 casos por 100.000 habitantes para os dois agravos, respectivamente. A hepatite C é responsável pela maior parte dos óbitos por hepatites virais no Brasil, e representa a terceira maior causa de transplantes hepáticos⁴. Uma das formas de diminuir essas graves consequências é a detecção precoce.

Testes rápidos (TRs) são testes que têm por objetivo a detecção de anticorpos (anti-HIV, anti-HCV e antitreponema pallidum) ou de antígeno (HBsAg). Os TRs detectam

resultados confiáveis com um mínimo volume de sangue e em pouco tempo. Dentre estes, apenas o teste rápido para o HIV possibilita o diagnóstico, enquanto que os para sífilis e hepatites B e C são considerados testes de triagem⁵.

No Brasil, o processo de implantação dos testes rápidos iniciou em 2002 com a Portaria MS nº 2104, que instituiu o Projeto Nascer Maternidades, com objetivo de reduzir a transmissão vertical do HIV e a morbimortalidade associada à sífilis congênita⁶. Em 2012, o Ministério da Saúde (MS) propôs a ampliação da oferta e execução dos TRs, no âmbito da atenção ao pré-natal, na rede básica, para gestantes e sua(s) parceria(s) sexual(is)⁷.

Consideradas espaço privilegiado de atenção, seja na forma tradicional de organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), seja como Estratégia Saúde da Família (ESF), as UBS fortalecem a integralidade do cuidado⁸, entretanto, esse é exatamente um dos grandes desafios do enfrentamento das ISTs/HIV/Aids: sua efetivação na Atenção Básica (AB)⁹.

Os testes devem ser ofertados não só para grupos específicos, mas também para a demanda espontânea de toda a população, criando-se a oportunidade para invenção de novas estratégias de cuidado e de reorganização do serviço.⁵ O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, Aids e das Hepatites Virais (DIHAV) fornece, atualmente, testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C¹⁰.

São objetivos gerais da ampla implantação de testes rápidos de HIV: aumentar o número de indivíduos conscientes de seu estado sorológico, melhorar a aceitação de serviços de prevenção e cuidados para pessoas vivendo com HIV e prevenir novas transmissões¹¹. Os benefícios de conhecer o *status* de alguém são: poder planejar o futuro e aprender a proteger a si e a outros; poder buscar cuidados e apoio, incluindo a prevenção para infecções oportunistas e tratamento para doenças como a tuberculose¹².

O presente estudo apresenta como justificada a recente inserção da temática na Atenção Primária (AP) no Brasil, o que promove uma lacuna na literatura que pode ser explorada tendo em vista a importância que o teste rápido tem no sentido de ampliar o acesso dos usuários à informação rápida e segura, assim como a relevância no processo de trabalho das equipes.

Este trabalho tem como objetivo identificar as principais temáticas exploradas, no período de 2013 a 2017, no que se refere à realização do teste rápido para infecções sexualmente transmissíveis na atenção primária mundial.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa de literatura, o qual consiste em uma metodologia ampla de análise de pesquisas para sintetizar conhecimento sobre determinado tema¹³. Como temática norteadora, usou-se à realização de testes rápidos para ISTs pela atenção primária. Em virtude de “teste rápido” não ser um descritor, optou-se por fazer uma busca com palavras que, associadas, pudessem reportar-se a “teste rápido”. A busca ocorreu no período de 1º a 29 de março de 2018, e as bases de dados escolhidas foram: Bdenf; Bireme; Lilacs; Medline; PubMed e Scielo. Os descritores utilizados encontram-se no Quadro 01.

Quadro 01 – Descritores usados para resgate dos estudos nas bases de dados, 2018

	Descritor em Português	Descritor em Inglês
Descritor 1	HIV	HIV
Descritor 2	Sífilis	Syphilis
Descritor 3	Hepatite Viral Humana	Hepatitis
Descritor 4	Sorodiagnóstico da Sífilis	Syphilis Serodiagnosis
Descritor 5	Sorodiagnóstico da AIDS	AIDS Serodiagnosis
Descritor 6	Doenças Sexualmente Transmissíveis	Sexually Transmitted Diseases
Descritor 7	Testes Sorológicos	Serologic Tests
Descritor 8	Diagnóstico	Diagnosis
Descritor Coringa 1	Serviços Básicos de Saúde	Basic Health Services
Descritor Coringa 2	Atenção Primária à Saúde	Primary Health Care
Descritor Coringa 3	Atenção Básica	Primary Health Care

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Uma vez que a questão norteadora deste estudo se remete à atenção primária, definiu-se que um descritor referente ao cenário deveria sempre estar presente nos cruzamentos, portanto, intitulamos esses descritores como: “Descritor Coringa 1, 2 e 3”. Para os demais descritores, foi realizado o cruzamento entre eles, por meio do conector AND sempre com um “Descritor Coringa”, deste modo, todas as combinações aconteceram com três descritores. Para cada base de dados foram realizados 84 cruzamentos diferentes, a exceção foi a Pubmed, uma vez que os descritores coringas 2 e 3, têm o mesmo descritor em inglês “*Primary Health Care*”. Nesta base de dados o número total de cruzamentos foi de 56. O Quadro 02 exemplifica como foram elaborados e realizados os cruzamentos.

Quadro 02 – Combinações entre os descritores contemplando todos os cruzamentos possíveis, 2018

Descritor 1 AND Descritor 2	Descritor 2 AND Descritor 7	Descritor 5 AND Descritor 6
Descritor 1 AND Descritor 3	Descritor 2 AND Descritor 8	Descritor 5 AND Descritor 7
Descritor 1 AND Descritor 4	Descritor 3 AND Descritor 4	Descritor 5 AND Descritor 8
Descritor 1 AND Descritor 5	Descritor 3 AND Descritor 5	Descritor 6 AND Descritor 7
Descritor 1 AND Descritor 6	Descritor 3 AND Descritor 6	Descritor 6 AND Descritor 8
Descritor 1 AND Descritor 7	Descritor 3 AND Descritor 7	Descritor 7 AND Descritor 8
Descritor 1 AND Descritor 8	Descritor 3 AND Descritor 8	*Para cada cruzamento sempre esteve presente um descritor coringa, um por vez. Assim cada cruzamento ocorreu com três descritores
Descritor 2 AND Descritor 3	Descritor 4 AND Descritor 5	
Descritor 2 AND Descritor 4	Descritor 4 AND Descritor 6	
Descritor 2 AND Descritor 5	Descritor 4 AND Descritor 7	
Descritor 2 AND Descritor 6	Descritor 4 AND Descritor 8	

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis eletronicamente, na íntegra, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol publicados de 2013 a 2017. O recorte temporal para essa pesquisa determinou-se em virtude do ano de expansão da testagem para a atenção primária brasileira, que se deu em 2012⁷. Para a base de dados Pubmed nos cruzamentos feitos com o descritor coringa “Primary Health Care” foi adicionado a este o filtro “*Text Word*”, pois sem esse filtro adicional o número extremamente alto de publicações encontradas tornava inviável a pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados (levando em consideração as bases por ordem alfabética); publicações do tipo: dissertações, teses, revisão de literatura, TCCs, editoriais, notas ao editor e reflexões.

Os estudos selecionados foram organizados em uma planilha com apoio do aplicativo Microsoft Excel 2010. Este estudo é parte integrante de um projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número CAAE 83239417.0.0000.5537, número do parecer: 2.529.502 ano de 2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre o material encontrado

Foram realizados 476 cruzamentos e encontradas 2.210 publicações, com número final de 21 artigos selecionados após aplicação dos critérios. A escassez de publicações abordando o teste rápido pela atenção primária pode ser comprovada pelo número final de publicações encaixadas nos critérios do estudo, que representaram menos de 1% do total inicial. O elevado número de descritores e cruzamentos utilizados demonstram a necessidade de descritores mais

específicos para esta temática. Sobre a temporalidade, sete artigos foram do ano de 2014, dois nos anos de 2013 e 2017, e cinco nos anos 2015 e 2016.

O idioma inglês apresentou treze publicações, sendo também encontrados sete em português e um em espanhol. A produção nacional representou um terço dos estudos resgatados, as demais se dividem nos seguintes países: três na África do Sul e na Espanha; dois nos Estados Unidos; México, Índia, China, República do Congo, Chile e Burkina Faso apresentaram um cada.

A África do Sul apresentou um número discreto de artigos, levando-se em consideração que o país apresenta 12% da população vivendo com o HIV¹⁴, de fato a África do Sul é considerada um país hiperendêmico, com prevalência entre 15-49 anos de idade acima de 15%¹². Na Espanha, apesar do programa de teste rápido de HIV está conseguindo alcançar uma grande proporção de pessoas vulneráveis, 44,2% das pessoas atendidas no serviço nunca haviam sido testadas quanto ao HIV¹⁵. Em um programa de detecção precoce oferecido na Espanha, 58,6% dos usuários não teve nenhum teste de HIV anterior¹⁶, ratificando a constatação de que a promoção de diagnóstico e tratamento precoce de HIV/ISTs na atenção primária da Espanha é inadequada¹⁷.

Na amostra, dois artigos abordaram os testes rápidos para as quatro infecções, um o TR com foco no HIV e na sífilis, um sobre o teste rápido para sífilis, e 17 voltados para o teste rápido de HIV, comprovando assim a relevância que o HIV/Aids tem nos dias de hoje. Quatro artigos abordaram como público-alvo as gestantes, onde a maioria das mulheres grávidas não tem conhecimento do seu estado de HIV¹⁸. A integração do rastreamento no nível primário de cuidados de saúde como parte do pré-natal é viável, benéfica, aumenta a aceitação do teste de HIV e facilita a ampla cobertura geográfica. Além disso, é uma abordagem de baixo custo e traz uma grande quantidade de gestantes para os serviços de prevenção do HIV, proporcionando-lhes a oportunidade de acessar uma gama de serviços de assistência, suporte, tratamento e, eventualmente, prevenir a transmissão da infecção para a próxima geração¹⁹.

Quanto à abordagem, oito deles foram qualitativos, seis quantitativos, três descritivos transversal, três pesquisa-ação, e um do tipo misto. A prevalência dos artigos qualitativos pode ser justificada devido ao elevado número de estudos que abordavam os fatores que facilitam e dificultam a realização do teste, tanto pelo ponto de vista dos profissionais de saúde como pela ótica dos usuários. A Tabela 01 apresenta os resultados encontrados e artigos selecionados conforme a pesquisa realizada nas bases de dados:

Tabela 01 – Sistematização da busca eletrônica nas bases de dados, 2018

Base de Dados	Número de Artigos Encontrados		Número de Artigos Selecionados	
	n	%	n	%
Bdenf	07	0,3	00	0
Bireme	469	21,2	05	23,8
Lilacs	107	4,9	05	23,8
Medline	575	26	00	0
PubMed	1023	46,3	11	52,4
Scielo	29	1,3	00	0
Total	2210	100	21	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Sobre as categorias encontradas

Os artigos foram divididos em três categorias com base na temática central das publicações, sendo elas: Barreiras e Facilitadores (profissionais e usuários); Aspectos Relacionados aos Usuários; e Aspectos Relacionados aos Serviços. Sobre a categorização, Bardin diz que as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos²⁰.

(i) **Barreiras e Facilitadores:** tendo em vista o esforço para o acesso universal aos testes, é importante um melhor entendimento dos fatores que facilitam e restringem o acesso à testagem, as diversas oportunidades de testes devem ser consideradas em uma tentativa de aumentar o acesso²¹. Apesar das diferentes amostras das publicações analisadas, as limitações estabelecem relação entre si. Com isso constatamos que, ao superar determinadas barreiras, oportuniza-se a superação das limitações correspondentes. O Quadro 03 sintetiza a relação entre as principais barreiras e os facilitadores apontados por profissionais e usuários com relação ao teste rápido.

Quadro 03 – Relação entre as barreiras apontadas por profissionais e usuários para a adesão ao teste rápido e facilitadores identificados por profissionais e usuários, 2018

Associação entre as barreiras apontadas por profissionais e usuários para a realização do teste rápido	Associação entre as Barreiras	
	Profissionais	Usuários
Falta de motivação das equipes		Falta de receptividade de funcionários
		Falta de divulgação e informações
		Não oferta dos testes pelos profissionais de saúde
O estigma do HIV/Aids		Estigma Associado ao HIV

		Constrangimento e Vergonha Humilhação, ignorância e vergonha em relação aos parceiros
	Carga horária de trabalho / Falta de tempo	Longos tempos de espera
	Sobrecarga de trabalho	
	Falta de confidencialidade	Falta de confiança nos profissionais
	Comunidades socialmente conservadoras	Práticas culturais
Facilitadores para a realização do teste	Facilitadores	
	Profissionais	Usuários
	A sensibilidade em relação aos dados epidemiológicos	Prevenção da transmissão vertical
	Perspectiva de trabalho segundo princípios do SUS e da Saúde da Família	Acessibilidade, familiaridade e aceitabilidade dos serviços
	Capacitação e apoio matricial	Níveis de educação
	Ambiente político	Encaminhamento do pré-natal
	Facilidade de uso do teste, trabalho em equipe	Percepção de práticas de risco
	Aceitabilidade para mulheres grávidas	Serviços móveis
	Campanhas públicas de testes	Aconselhamento bem feito

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Na visão dos profissionais, constatou-se a falta de tempo, prioridades clínicas concorrentes e a necessidade de treinamento, tanto no uso de testes rápidos como no aconselhamento pré e pós-teste como barreiras²²⁻²⁴. A alta rotatividade dos profissionais na atenção primária brasileira, a dificuldade no trabalho entre os níveis básico e especializado, e a resistência de alguns profissionais, também foram citados como barreiras²⁵. Corroborando, estudo apontou as equipes incompletas e rotatividade de profissionais como problemas que tencionam o processo²⁶.

A inserção de uma nova forma de cuidado não deve ocorrer de forma mecânica, mas sim participativa, num processo de cogestão, onde os principais envolvidos possam ter voz ativa. O apoio educacional se mostra fundamental na efetivação dos testes na atenção primária, visto que as inquietações dos profissionais surgem na medida em que o processo de trabalho vai se consolidando. Vale ressaltar que a capacitação não deve se limitar a determinada classe profissional, preferencialmente toda a equipe deve ser envolvida pela temática.

Constatou-se que a idade está significativamente relacionada à prática clínica de médicos da família em relação às ISTs, médicos mais velhos relataram maior desconforto ao falar sobre a vida sexual do usuário e eram menos pró-ativos na busca de formação nessa temática¹⁷.

Na perspectiva dos usuários, a idade também estava relacionada à aceitação em submeter-se aos testes. O aumento de um ano de idade correspondeu a uma diminuição de 6% nas chances de uma pessoa concordar em ser testada²¹. O constrangimento, vergonha, ausência de privacidade, o estigma associado ao HIV, a falta de receptividade de funcionários, longo tempo de espera nas instalações e a baixa percepção do risco do HIV também foram referidos como tensões^{24,27-28}. De forma geral, as pessoas não se sentem vulneráveis ao HIV, e julgam não apresentar comportamentos de risco por muitas vezes desconhecerem a forma de transmissão da doença²⁹. O motivo mais comum citado por usuários para a não adesão ao teste foi “Eu não acho que esteja em risco”²¹.

O medo do resultado positivo, a não oferta do teste pelos profissionais de saúde, falta de divulgação e informações sobre como e onde fazer o exame, foram apontados por mulheres como fatores limitantes²⁹. Independente do sexo ou nacionalidade, o temor do resultado do teste é uma constante no relato dos usuários, bem como a relação profissional-usuário. Em pesquisa realizada com homens na África do Sul, foram expressos sentimentos de medo por conhecerem seu *status*, a maioria falou que não tinha confiança no comportamento dos profissionais³⁰.

Com isso, evidencia-se o estigma relacionado ao HIV/Aids como forte influência tanto nos profissionais, como nos usuários. Assim como o tratamento e as formas de cuidado em relação ao HIV evoluíram ao longo do tempo, se faz necessário que o julgamento das pessoas sobre a situação também evolua, no sentido de utilizarem dos mecanismos de prevenção secundária existentes da melhor maneira possível.

Já no aspecto dos facilitadores, as campanhas públicas de testes de HIV legitimam os testes e diminuem o estigma, as restrições de tempo e prioridades clínicas concorrentes dos médicos poderiam ser superadas ao delegar testes à equipe de enfermagem²⁴. Outros facilitadores-chave incluem a sensibilidade em relação aos dados epidemiológicos, perspectiva de trabalho segundo princípios do SUS e da saúde da família, capacitação, e apoio matricial²⁶; ambiente político; facilidade de uso do teste; e aceitabilidade para mulheres grávidas²³.

Para os usuários, o encaminhamento do pré-natal surge como motivação para a realização do teste²⁷, assim como a prevenção da transmissão vertical do vírus durante essa

etapa²⁹. Do mesmo modo, serviços móveis fornecem uma acessibilidade para usuários que de outra forma não teriam como serem testados naquele momento, sendo uma motivação²⁸.

Um aconselhamento bem feito contribui para a adesão ao tratamento e para a percepção de que é possível levar uma vida normal, mesmo com o diagnóstico de uma doença crônica e incurável nesta etapa da vida³¹. Questões em torno de aconselhamento são conhecidas por representarem um grande desafio na aceitação do teste, assim como a educação, mulheres grávidas com educação primária ou média foram quatro a cinco vezes mais propensas a aceitar o teste do que as mulheres que não tinham educação³².

É possível inferir que, na perspectiva dos usuários, a educação pode atuar como instrumento que facilita ou dificulta o acesso aos serviços de testagem, posto que a falta de conhecimento sobre as formas de transmissão e a baixa percepção de risco se apresentaram como barreiras, e os indivíduos com um determinado nível de educação e com a percepção de práticas de risco foram mais propensos a aceitar o teste. A característica dos serviços de saúde também surgiu como barreira e facilitador, o Quadro 04 reúne os principais achados das categorias “Aspectos Relacionados aos Usuários” e “Aspectos Relacionados aos Serviços”.

Quadro 04 – Sobre as categorias “Aspectos Relacionados aos Usuários” “Aspectos Relacionados aos Serviços”, 2018

“Aspectos Relacionados aos Usuários”	Homens heterossexuais
	Homens que fazem sexo com homens (HSH)
	Homens que fazem sexo com homens afro-americanos
	Mulheres
	Mulheres afro-americanas
	Profissionais do sexo
	Clientes de profissionais do sexo
	Jovens
	Usuários de drogas injetáveis
	Pessoas que nunca foram testadas
	Migrantes
	Imigrantes
	“Aspectos Relacionados aos Serviços”
Equipes completas/incompletas	
Consultório privativo	
Geladeiras exclusivas para armazenamento e conservação dos testes	
Disponibilidade dos testes	
Prazo de validade dos testes	
Detecção da sífilis no pré-natal	
Aconselhamento pré-teste	
Aconselhamento pós-teste	
Ausência do termo de consentimento	
Inexistência do fluxo de referência e de contrarreferência	
Grupos citados	
Aspectos dos serviços de testagem citados	

	Abordagem consentida
	Detecção do HIV no Pré-natal
	Ausência de materiais básicos para atividades educativas

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

(ii) Aspectos Relacionados aos Usuários: Constatou-se que homens que fazem sexo com homens (HSHs) tiveram a menor porcentagem do não uso regular do preservativo, entretanto apareceram como o grupo com mais resultados reagentes e com menos adesão ao teste rápido¹⁵. Corroborando, dos 4749 testes de HIV aplicados no México, HSHs foi o grupo com mais casos HIV positivos, entretanto, o grupo com menor realização de teste rápido, isso mostra que a distribuição de testes rápidos em grupos que estão em maior risco de infecção ainda é escassa³³.

Ratificando essa informação estudo apontou que, dentre 100 testes de HIV realizados, os homens que faziam sexo com homens afro-americanos, aqueles com o maior risco, estavam sub-representados²⁰. Reafirmando assim a baixa adesão do grupo na testagem rápida, tal fato se mostra preocupante, pois, como constatado anteriormente, HSHs é um grupo com alta incidência de casos positivos^{15,21,33}.

(iii) Aspectos Relacionados aos Serviços: Pesquisa com 24 unidades primárias de saúde, evidenciou que as unidades apresentam dificuldades para implantar os TRs de sífilis e HIV na rotina do pré-natal, somente 11 equipes se encontravam completas, em 15 unidades os testes se encontravam disponíveis, entretanto, em 10 dessas, o prazo de validade estava vencido³⁴.

No México, em 2009, o teste rápido pelos serviços de saúde do Estado de Morelos representou 8,66% dos diagnósticos HIV positivo no estado³³, na China a prevalência de rastreamento positivo de HIV em centros comunitários de saúde foi de 0,41%, índice maior do que em hospitais gerais (0,17%)³⁵. Entretanto, é nítido como as características do serviço exercem influência nos usuários. Todos os entrevistados de pesquisa realizada na África expressaram a influência da má estrutura de administração na resistência dos usuários, passando a imagem de que os serviços de testagem eram incompetentes³⁰.

As unidades de saúde necessitam de uma estrutura adequada para incorporarem os testes rápidos como um serviço, estrutura essa que não se limita ao espaço físico, ela abrange desde uma boa estruturação administrativa até um quadro de funcionários com composição adequada. Não basta disponibilizar o serviço, é preciso ter as mínimas condições necessárias para oferecer a testagem com a qualidade e responsabilidade que o assunto merece.

CONCLUSÃO

O número de publicações mundiais que abordam assuntos relacionados a infecções sexualmente transmissíveis é amplo e diversificado, entretanto, quando se busca estudos que abordem a realização do teste rápido pela atenção primária, depara-se com um número limitado de pesquisas.

A principal temática explorada, no período de 2013 a 2017, no que se refere à realização do teste rápido para ISTs na atenção primária mundial, foi relacionada às dificuldades para a realização da testagem e com ênfase no HIV. Contudo, quando disponível, a oferta dos quatro testes rápidos simultaneamente é viável e pode trazer incontestáveis benefícios para os envolvidos, visto que o atendimento é otimizado e um maior número de pessoas estará ciente do seu estado de saúde.

Mais da metade dos estudos (13 artigos) abordava as dificuldades que envolvem o teste, seja com relação à resistência que os usuários encontram em realizar a testagem ou às dificuldades que os profissionais apresentam no processo de trabalho. Isso mostra a relevância que este assunto tem dentro da realização do teste rápido, pois se trata de um procedimento delicado que ainda carrega consigo o peso de um estigma construído por anos.

O serviço de teste rápido para ISTs é um mecanismo relativamente recente, e por isso necessita de uma abordagem ampla para os profissionais, abordagem essa que preferencialmente ocorra de forma contínua e constante, e não pontual. Com isso os profissionais poderão expressar suas angústias, anseios e inquietações e, conseqüentemente, barreiras como à falta de formação adequada, sobrecarga de trabalho e rotatividade de profissionais da atenção básica poderão ser discutidas e superadas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Infections sexuellement transmissibles [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar. 06]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis 2017 [Internet]. Brasília; 2017 [acesso 2018 mar. 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV Aids 2017 [Internet]. Brasília; 2017

[acesso 2018 mar. 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Hepatites Virais 2018 [Internet]. Brasília; 2018 [acesso 2018 mar. 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2018>.

5. Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde; Superintendencia de Vigilância em Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Plano de Ampliação de Testes Rápidos nos Serviços de Saúde de Santa Catarina [Internet]. Secretaria de Estado da Saúde; 2016 [acesso 2018 mar. 10]. Disponível em: http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10961&Itemid=85

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2104, de 19 de novembro de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, SUS, o Projeto Nascer Maternidades [Internet]. Brasília; 2002 [acesso 2018 mar. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2104_19_11_2002.html

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais [Internet]. Brasília; 2012 [acesso 2018 mar. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html

8. Brêtas ACP, Pereira AL. Gestão em unidades básicas de saúde. In: Harada MJCS, organizador. Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2011. p. 377-383.

9. Val LF, Nichiata LYI. Comprehensiveness and programmatic vulnerability to stds/hiv/aids in primary care. Rev esc enferm USP [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar. 10];48(n.esp):149-155. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700145&lng=en&tlng=en

10. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais [Internet]. Brasília; [data desconhecida] [acesso 2018 mar 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/testes-rapidos>

11. Franco-Paredes C, Tellez I, Del Río C. Rapid HIV testing: a review of the literature and implications for the clinician. Curr HIV/AIDS Rep [Internet]. 2006 [cited 2018 Mar. 15];3(4):169-175. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-006-0012-3>

12. Khan R, Yass A, Engelbrecht MC, Nophale L, van Rensburg AJ, Spiegel J. Barriers to HIV counselling and testing uptake by health workers in three public hospitals in Free State Province, South Africa. AIDS Care [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar. 15];27(2):198-205. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25174842>

13. Hopia H, Latvala E, Liimatainen L. Reviewing the methodology of an integrative review. Scand J Caring Sci [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar. 15];30(4):662-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27074869>

14. Shisana O, Rehle T, Simbayi LC, Zuma K, Jooste S, Zungu N, *et al.* South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012 [Internet]. Cape Town:

HSRC Press; 2014 [cited 2018 Mar. 15]. Available from:
<http://repository.hsrc.ac.za/handle/20.500.11910/2490>

15. Esteban-Vasallo MD, Morán-Arribas M, García-Riolobos C, Domínguez-Berjón MF, Rico-Bermejo J, Collado-González S, *et al.* Targeted rapid HIV testing in public primary care services in Madrid. Are we reaching the vulnerable populations? *International Journal of Infectious Diseases* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar. 20];19:39-45. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24269650>

16. Gorostiza I, Landache IEL, Izagirre LB. Programa de cribado de VIH/sida en las oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Gac Sanit* [Internet]. 2013 [acceso 2018 Mar. 20];27(2):164-166. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911112001331>

17. Agustí C, Fernández L, Mascort J, Carrillo R, Casabona J. Barreras para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2013 [acceso 2018 Mar. 20];31(7):451-454. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-barreras-el-diagnostico-las-infecciones-S0213005X13000037>

18. WHO. Global HIV/AIDS response- epidemic update and health sector progress towards universal access-progress report 2011 [Internet]. Geneva: WHO; 2011. [cited 2018 Mar. 20]. Available from: https://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/

19. Bindoria SV, Devkar R, Gupta I, Ranebennur V, Saggurti N, Ramesh S, *et al.* Development and pilot testing of HIV screening program integration within public/primary health centers providing antenatal care services in Maharashtra, India. *BMC Research Notes* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar. 20];7:177. Available from:
<http://www.biomedcentral.com/1756-0500/7/177>

20. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

21. Harmon JL, Collins-Ogle M, Bartlett JA, Thompson J, Barroso J. Integrating Routine HIV Screening Into a Primary Care Setting in Rural North Carolina. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar. 28];25(1):70-82. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23582578>

22. Agustí C, Fernández-López L, Mascort J, Carrillo R, Aguado C, Montoliu A, *et al.* Attitudes to rapid HIV testing among Spanish General Practitioners. *HIV Medicine* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar. 28];14 Suppl 3:53-56. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24033906>

23. Bocoum FY, Tarnagda G, Bationo F, Savadogo JR, Nacro S, Kouanda S, *et al.* Introducing onsite antenatal syphilis screening in Burkina Faso: implementation and evaluation of a feasibility intervention tailored to a local context. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar. 28];17(1):378. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28558812>

24. White BL, Walsh J, Rayasam S, Pathman DE, Adimora AA, Golin CE. What Makes Me Screen for HIV? Perceived Barriers and Facilitators to Conducting Recommended Routine HIV Testing among Primary care Physicians in the Southeastern United States. *J Int Assoc Provid AIDS Care* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar. 28];14(2):127-135. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24643412>

25. Rocha KB, Santos RRG, Conz J, Silveira ACT. Network transversality: matrix support in the decentralization of counseling and rapid testing for HIV, syphilis, and hepatitis. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar. 28];40(109):22-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200022&lng=pt&tlng=pt
26. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso 2019 jan. 25];26(3):785-806. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300785&lng=pt&tlng=pt
27. Zambenedetti G, Silva RAN. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. *Estud Psicol* [Internet]. 2015 [acesso 2018 mar. 28];20(4):229-240. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2015000400229&script=sci_abstract&tlng=pt
28. Meehan S, Leon N, Naidoo P, Jennings K, Burger R, Beyers N. Availability and acceptability of HIV counselling and testing services. A qualitative study comparing clients' experiences of accessing HIV testing at public sector primary health care facilities or non-governmental mobile services in Cape Town, South Africa. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar. 28];15:845. Available from: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2173-8>
29. Araújo CLF, Aguiar PS, Santos GKA, Oliveira MGP, Câmara LS. Anti-HIV testing in gynecology services in the city of Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar. 28];18(1):82-89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100082&script=sci_abstract&tlng=pt
30. Mambanga P, Sirwali RN, Tshitangano T. Factors contributing to men's reluctance to seek HIV counselling and testing at Primary Health Care facilities in Vhembe District of South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar. 28];8(2):1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27380851>
31. Taquette SR, Rodrigues AO, Bortolotti LR. Perception of pre- and post-HIV test counseling among patients diagnosed with AIDS in adolescence HIV test counseling for adolescents. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar. 28];22(1):23-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000100023&script=sci_arttext&tlng=en
32. Ghoma-Linguissi LS, Ebourombi DF, Sidibe A, Kivouele TS, Vouvougui JC, Poulain P, *et al.* Factors influencing acceptability of voluntary HIV testing among pregnant women in Gamboma, Republic of Congo. *BMC Res Notes* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar. 28];8:652. Available from: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1651-5>
33. Cuadra-Hernández SM, Bernabé-Aranda JI, Conde-Glez CJ, Sánchez-Domínguez MS, Ortega-Altamirano DV. Public health services and their relationship with rapid HIV test utilization and access for key populations in Morelos, Mexico. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar. 28];57(4):304-311. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26395795>
34. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care in Fortaleza – Ceará. *Rev*

Bras Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar. 28];69(1):54-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100062&lng=pt&tlng=pt

35. Zhang D, Meng S, Xu P, Lu H, Zhuang M, Wu G, *et al.* Experience of Offering HIV Rapid Testing to At-Risk Patients in Community Health Centers in Eight Chinese Cities. PLoS ONE [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar. 28];9(1):e86609. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0086609>

4.2 Artigo 2 - ADESÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA AO TESTE RÁPIDO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

ADHERENCE TO RAPID TEST FOR SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN PRIMARY HEALTH CARE TEAMS

ADHESIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD A LA PRUEBA RÁPIDA PARA ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

RESUMO

Objetivo: Descrever a adesão das equipes de atenção básica ao teste rápido para as infecções sexualmente transmissíveis. Métodos: Estudo descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido no Seridó norte-rio-grandense. A amostra foi composta pelo gestor das unidades de saúde participantes e pelo profissional diretamente envolvido na testagem, e a coleta de dados ocorreu entre julho e novembro de 2018, com instrumento semiestruturado. Resultados: Participaram do estudo 100 equipes; 93% ofereciam a testagem, o enfermeiro era o principal envolvido no serviço, 89,2% disponibilizavam todos os testes no início do pré-natal, 54,8% ofereciam todos os testes aos parceiros sexuais das gestantes, 50,5% faziam o tratamento da sífilis na unidade. Conclusão: As equipes aderiram à testagem, contudo, existia fragilidade nas especificidades relacionadas ao processo de trabalho.

Palavras-chave: Atenção Básica. Infecções Sexualmente Transmissíveis. HIV. Sífilis. Hepatite Viral Humana.

ABSTRACT

Objective: To describe the primary health care team's adherence to the Sexually Transmitted Diseases rapid test Methods: A descriptive-quantitative study developed at Rio Grande do Norte Seridó region with health units managers and professionals directly involved in the testing. The data collection was among July and November of 2018 with a semi-structured instrument. Results: Of the 100 teams, 93% applied the test. The main participant was the nurse, 89.2% apply all the exams at the beginning of the prenatal care, 54.8% all for sexual pregnant women's partners, 50.5% were treating syphilis at the unit. Conclusion: The test was adhered by the unit's participants, however, there was fragility related to the work process specificities.

Descriptors: Primary Health Care. Sexually Transmitted Diseases. HIV. Syphilis; Hepatitis.

RESUMEN

Objetivo: Describir la adhesión de los equipos de la Atención Primaria de Salud a la prueba rápida para las Enfermedades de Transmisión Sexual. **Métodos:** Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, desarrollado en el Seridó Norte-Rio-Grandense compuesto por los gestores de las unidades de salud y por el profesional directamente involucrado en la prueba, la recolección de datos ocurrió entre julio y noviembre de 2018 con instrumento semiestructurado. **Resultados:** 100 equipos participaron en la investigación, el 93% de ellas ofrecieron la prueba. El enfermero fue el principal involucrado en el servicio. El 89,2% ofrecieron todas las pruebas al inicio del prenatal. El 54,8% ofrecieron todas las pruebas a los compañeros sexuales de las gestantes. El 50,5% se encargó de la sífilis en la unidad. **Conclusión:** Los equipos se adhirieron a la prueba, sin embargo, existieron fragilidad en las especificidades relacionadas al proceso de trabajo.

Descriptores: Atención Primaria de Salud. Enfermedades de Transmisión Sexual. VIH; Sífilis. Hepatitis Viral Humana.

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) constituem um problema de esfera individual e coletiva, dentre essas se incluem as hepatites B e C, a sífilis e o HIV. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, ocorra cerca de 1,34 milhão de óbitos associados às hepatites virais e que, entre eles, 96% estejam associados às hepatites B ou C; o número de óbitos é comparável às mortes devido a tuberculose e superior às referentes ao HIV¹. No Brasil, em 2017, as taxas de hepatites B e C foram de 6,5 e 11,9 casos por 100 mil habitantes, respectivamente².

Em 2016, a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil. De 2016 para 2017 a taxa de detecção da sífilis adquirida passou de 44,1 para 58,1 casos por 100 mil habitantes. A sífilis gestacional aumentou em todas as regiões no referido período, com destaque para o incremento de 38% no Nordeste. Em 2017, dos 24.666 casos de sífilis congênita notificados, a maioria (43,2%) residia na Região Sudeste, seguida pelo Nordeste (27,9%). O Rio Grande do Norte (RN) está entre os seis estados brasileiros onde as taxas de incidência de sífilis congênita são maiores que as taxas de detecção de sífilis em gestantes³, evidenciando um problema de diagnóstico e notificação desta infecção.

Sobre o HIV, no ano de 2017 foram notificados 42.420 casos no Brasil, sendo o Nordeste a segunda região do país com mais notificações (22,9%)⁴. Para a maioria das

doenças infecciosas, um diagnóstico rápido e preciso é uma estratégia crucial de saúde pública, tendo em vista a implementação de um tratamento precoce e mais eficaz, consequentemente, interrompendo a cadeia de transmissão sustentada por casos não tratados⁵.

Com base na evolução tecnológica, novas políticas têm sido adotadas com o objetivo de ampliar o diagnóstico e introduzir novas metodologias e fluxos que permitam a detecção precoce da sífilis e das hepatites B e C, possibilitando o tratamento oportuno. Dentre as inovações propostas, está o diagnóstico por meio de Testes Rápidos (TRs). Além da sífilis e das hepatites, a testagem melhora a qualidade do diagnóstico da infecção pelo HIV e, ao mesmo tempo, fornece uma base racional para garantir que o diagnóstico seja seguro e concluído rapidamente⁶⁻⁸.

Os TRs são imunoenaios simples, com resultados em até 30 minutos, realizados em ambiente não laboratorial com amostra de sangue total obtida por punção digital, ou venosa e fluido oral (FO). Por gerarem resultado rápido, os testes eliminam o risco de o usuário não voltar ao sistema de saúde para saber seu resultado^{6,8}. No Brasil, sua implementação é justificada pela eficiência, confiabilidade, relação custo-benefício e a possibilidade de oferecer uma acolhida imediata dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O usuário é atendido por um profissional de saúde, antes e depois do teste, que realiza o aconselhamento sobre o assunto⁹.

Quando o diagnóstico do HIV é feito em tempo oportuno, a expectativa e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids melhora consideravelmente. O risco de morte nos 12 primeiros meses após a descoberta está diretamente associado ao diagnóstico tardio e ao consequente início tardio do tratamento, o acesso ao diagnóstico e tratamento no tempo considerado adequado poderia reduzir em até 50% as taxas brasileiras de mortalidade por Aids¹⁰⁻¹¹. Apesar da relevância do TR, sua implementação na Atenção Básica (AB) enfrenta barreiras relacionadas à infraestrutura, logística, treinamento de profissionais e desconhecimento da população¹⁰.

A descentralização e efetivação do teste rápido na AB é um fenômeno complexo e multifacetado, envolvendo não apenas a vontade pessoal de um trabalhador, mas as condições estruturais para que o processo seja desenvolvido, assim como mecanismos de sensibilização, acompanhamento e qualificação, designando ao mesmo um sentido de corresponsabilidade e compartilhamento, em vez de simples transferência de responsabilidade¹².

OBJETIVO

Descrever o processo de trabalho das equipes de atenção básica da região do Seridó norte-rio-grandense no que se refere à adesão ao teste rápido para as infecções sexualmente transmissíveis.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Esta pesquisa encontra-se em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com o Parecer 2.529.502 de 2018.

Desenho do estudo

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, em conformidade com o *checklist* STROBE para estudos transversais. O cenário foi a região do Seridó historicamente construído, o qual abrange os 23 municípios que, direta ou indiretamente, surgiram a partir do Município de Caicó¹³. O Estado do RN encontra-se atualmente dividido em oito regiões de saúde, segundo a deliberação nº 909/13-CIB/RN. Os 23 municípios deste estudo fazem parte da 4^a Região de Saúde; 18 gestores entregaram a carta de anuência, assim, as cidades participantes somam 100 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 110 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Amostra e critérios de inclusão e exclusão

Para as unidades de saúde usou-se como critério de inclusão: está em funcionamento no período da coleta de dados e ser integrante da ESF, com funcionamento superior a seis meses. Em relação ao profissional: ser vinculado à UBS e aceitar participar da pesquisa. Uma UBS foi excluída por ser o campo da atuação de um dos pesquisadores responsáveis por este estudo.

Para coleta de dados realizou-se uma amostra intencional com dois profissionais, sendo o profissional responsável pela gestão da unidade e um profissional que estivesse diretamente envolvido no processo de testagem. Nos serviços onde não havia gestor, participou do estudo o profissional com domínio sobre o trabalho da unidade; não havendo testagem, se entrevistou o profissional com entendimento sobre o trabalho da equipe.

Para aquelas unidades em que não se encontrava o profissional a ser entrevistado na primeira visita, retornava-se ao serviço por mais duas vezes e, se em nenhuma das vezes o profissional fosse encontrado, essa equipe seria excluída do estudo. Um teste piloto foi realizado em uma cidade circunvizinha, com três equipes de ESF.

Protocolo do estudo

A coleta de dados se deu *in loco*, entre cinco de julho e 15 de novembro de 2018, através de um questionário semiestruturado que estava dividido em dois domínios, sendo o primeiro uma caracterização da unidade de saúde e do gestor, elaborado com base nas perguntas da avaliação externa do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O segundo domínio abordava variáveis relativas ao TR na equipe de saúde e foi construído ao longo da revisão de literatura, com os principais tópicos sobre o assunto.

Análise dos resultados e estatística

As informações foram digitalizadas no Microsoft Excel 2010 e analisadas no Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 94 UBS (94,9%), das quais 67 (71,3%) são urbanas e 27 (28,7%), rurais. Destas, 74 (78,7%) possuíam estrutura própria, uma unidade (1,1%) não tinha horário fixo de funcionamento, 76 (80,9%) trabalhavam 40 horas semanais, 20 UBS (21,3%) mantinham todas as atividades no horário do almoço, 11 (11,7%) ofereciam apenas algumas, 85 (90,4%) unidades funcionavam com uma equipe, oito (8,5%), com duas e uma (1,1%), com três equipes.

Sobre a gestão, em 68 UBS (72,3%) o enfermeiro se dividia entre a gerência e a assistência, 26 (27,7%) tinham um profissional exclusivamente gestor e estavam distribuídas em cinco cidades. O mecanismo de ingresso de 25 gestores (96,2%) foi o contrato. Com relação ao vínculo, eram 18 (69,2%) com cargo comissionado, sete (27%) CLT e um (3,8%) estatutário. Em 13 UBS com gestor exclusivo, o domínio 1 foi respondido pelo enfermeiro, dada a ausência do gestor na ocasião.

Quanto à formação dos 26 gestores, 12 (46,2%) tinham o ensino médio, sete (26,9%) eram técnicos de enfermagem, três (11,5%), enfermeiros, e os outros quatro profissionais

(15,4%) se dividiam em: administração, gestão hospitalar, fundamental completo e ensino superior. Em todas as unidades o tempo desses profissionais como gestor foi idêntico ao tempo deles na unidade, sendo o mínimo de 1 mês e o máximo de 24 meses. As medidas de tendência central em relação ao tempo como gestor apontam: Média = 7,24; Mediana = 5; Moda = 4 (tempo em meses).

O domínio 2 foi idealizado para ser respondido pelo profissional assistencial que estivesse diretamente envolvido no processo de testagem, contudo, nas seis primeiras entrevistas realizadas em um dos municípios, três foram respondidas pelo enfermeiro e três pelo profissional dentista, em virtude da ausência do enfermeiro, e por afirmarem entender do processo de testagem. Nas três entrevistas realizadas com os dentistas, as repostas foram insuficientes para o objetivo deste estudo, em razão disso, optou-se por retornar aos serviços e entrevistar o enfermeiro, ficando estabelecido que as entrevistas seguintes deveriam acontecer sempre com o enfermeiro da equipe.

Os municípios participantes somavam 110 equipes de ESF, sendo 81 urbanas e 29 rurais. Foram entrevistadas 72 equipes urbanas e 28 rurais, somando 100 equipes do Seridó (91,7%). Com relação ao vínculo dos enfermeiros, 66 (66%) eram estatutários e ingressaram por concurso público, 34 (34%) eram contratados, sete deles entraram por seleção pública e 27, por contrato.

Das 100 equipes, 86 (86%) estavam completas, contando com no mínimo um profissional das seguintes categorias: Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Dentista, Auxiliar de Dentista e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Apresentam áreas descobertas de atuação do ACS 27 equipes (27%), e o número de pessoas por área de abrangência da equipe era em média de 2492,09. As atividades no turno da noite ocorriam em 22 equipes (22%).

Quadro 01 – Medidas de tendência central nas unidades de saúde da região do Seridó em relação a tempo de atuação do enfermeiro, número de pessoas na área da equipe, número de profissionais, dias semanais do profissional na unidade – Seridó norte-rio-grandense, Brasil, 2018

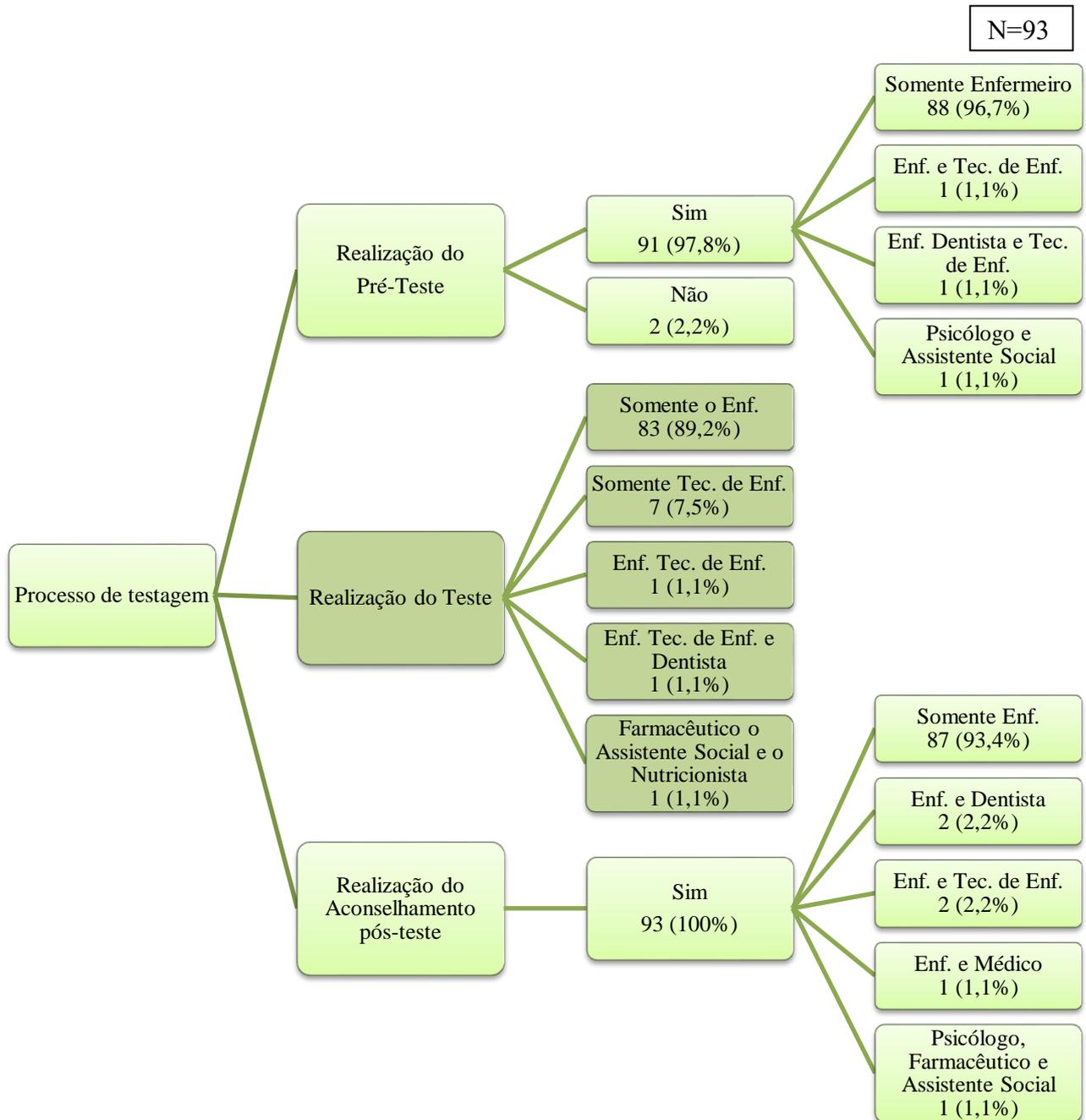
Variável	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Tempo do Enfermeiro na equipe em meses	32,29	24	24	1	156
Total de pessoas na área de abrangência	2492,09	2310,50	2.000	700	12.000
Total de Médicos na equipe	0,98	1	1	0	3
Total de Técnicos de Enf. na equipe	1,64	1	1	1	4
Total de Enfermeiros na equipe	1	1	1	1	1
Total de Dentistas na equipe	0,9	1	1	0	2
Total de Aux. de Saúde Bucal na equipe	0,93	1	1	0	1

Total de ACS na equipe	5,69	5	4	3	12
Nº de dias semanais do médico na UBS	3,46	4	4	0	5
Nº de dias semanais do enfermeiro na UBS	4,53	5	5	4	5
Nº de dias semanais do Tec. Enf. na UBS	4,82	5	5	4	5
Nº de dias semanais do Dentista na UBS	3,96	4	5	0	5
Nº de dias semanais do Aux. Dent. na UBS	4,42	5	5	0	5
Nº de dias semanais do ACS na UBS	5	5	5	5	5

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Um total de 93 equipes (93%) oferecia teste rápido para ISTs na rotina do serviço. As sete equipes que não ofereciam estavam distribuídas em três cidades, sendo três equipes da zona rural e quatro da zona urbana. Os motivos citados foram: ausência do teste (três equipes); estrutura da UBS inadequada (duas equipes); falta de capacitação (uma equipe); mudança de estrutura física (uma equipe). As sete equipes estavam completas no que se refere aos profissionais, e cinco afirmaram não conhecer a capacitação a distância para teste rápido.

Figura 01 – Características do processo de testagem e profissionais envolvidos nas equipes da Estratégia de Saúde da Família – Seridó norte-rio-grandense, Brasil, 2018



Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Sobre a oferta do teste rápido

Com relação às 93 equipes que ofereciam a testagem, 89 (95,7%) ofertavam os quatro testes, e quatro equipes (4,3%) somente alguns. Sobre o acesso, 73 Enfermeiros (78,5%) disseram que todos os usuários tinham acesso ao teste, 14 (15%) afirmaram que o acesso se restringia à população da área, seis (6,5%) informaram que o teste era somente para as

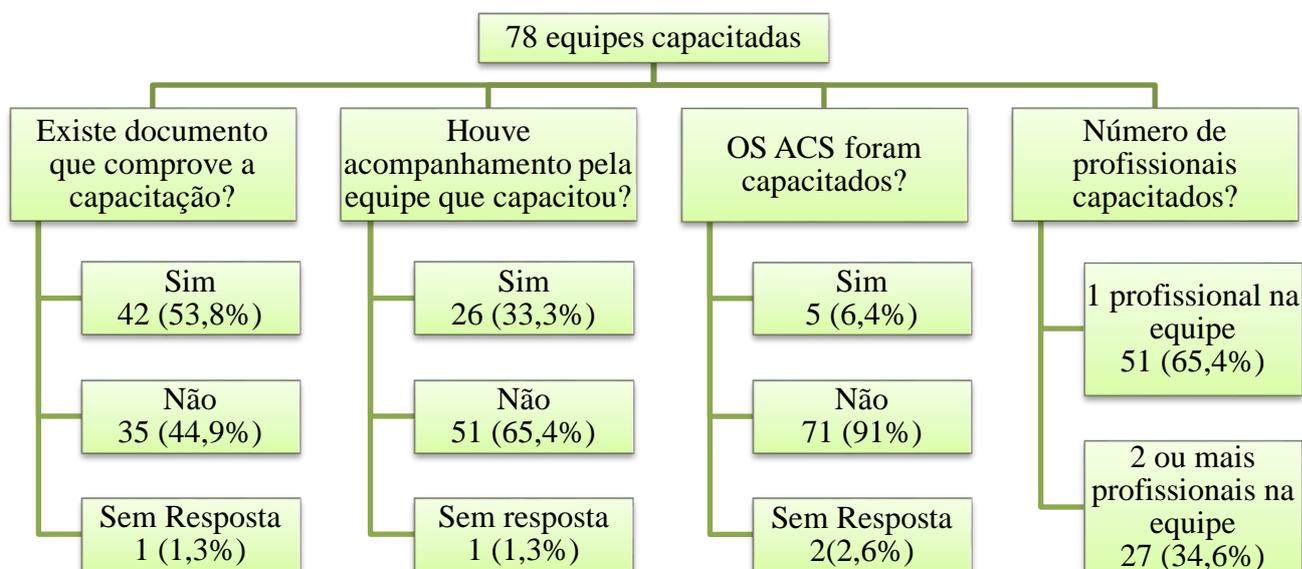
gestantes. No que concerne à periodicidade, 13 equipes (14%) ofereciam o teste diariamente; 43 (46,2%), semanalmente; 21 (22,6%), quinzenalmente; 13 (14%), uma vez por mês; 37 profissionais responderam que, além da periodicidade anterior, também ofertavam os testes em esquema de campanhas, e três equipes (3,2%) realizavam a testagem apenas em campanhas.

A realização de todos os TRs durante o pré-natal foi apontada em 83 entrevistas (89,2%), oito (8,6%) disponibilizavam alguns, duas (2,2%) não realizavam nenhum teste. Os dados foram idênticos quando indagados sobre a realização do teste no início do acompanhamento do pré-natal. Quando questionados sobre a testagem no início do terceiro trimestre de gestação, 40 profissionais (43%) afirmaram oferecer todos, oito (8,6%) ofereciam alguns, 45 (48,4%) não ofereciam nenhum.

Quanto aos(as) parceiros(as) sexuais das gestantes, 51 enfermeiros (54,8%) afirmaram oferecer todos os testes, dois (2,2%) ofereciam alguns, 40 (43%) não ofereciam nenhum. Dentre os 53 que ofereciam, cinco (9,4%) afirmaram que a maioria dos que eram convidados compareciam, 26 (49,1%) responderam que comparecia a minoria e 22 (41,5%) disseram que nenhum comparecia.

Em 78 equipes (83,9%) os profissionais envolvidos na testagem eram capacitados, das 15 equipes (16,1%) sem capacitação, cinco profissionais (33,3%) afirmaram conhecer a capacitação para teste rápido a distância, 10 (66,7%) desconheciam. Os motivos citados para os profissionais não terem participado da capacitação foram: “Não foi ofertada capacitação” e “Não fui convidada”.

Figura 02 – Características das equipes de Estratégia de Saúde da Família em que os profissionais envolvidos na testagem haviam sido capacitados – Seridó norte-rio-grandense, Brasil, 2018



Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

O enfermeiro apareceu em todas as entrevistas como capacitado para a testagem, o Técnico de Enfermagem foi citado em 23 (29,4%), o Dentista em nove (11,5%), o Auxiliar de Dentista em quatro (5,1%) e o Médico em duas entrevistas (2,5%). Sobre o quantitativo de profissionais, 66 enfermeiros (71%) responderam que a equipe era suficiente para realização do teste, 82 (88,2%) utilizavam o termo de consentimento, 91 equipes (97,8%) possuíam registros dos testes realizados.

A principal forma de divulgação dos testes apontada por 65 entrevistados (69,9%) foi o ACS, seguido por atividade coletiva; 12 (12,9%), e sala de espera; sete (7,5%), nove entrevistados (9,7%) indicaram “Outra forma de divulgação”, surgindo os seguintes meios: rádio (3); consulta de enfermagem (3); solicitação médica (1); a comunidade (1) e carro de som (1). A divulgação foi considerada inadequada por 60 profissionais (64,5%). Se considerarmos o meio de divulgação como sendo o ACS, das 65 entrevistas, 41 (63,1%) disseram que a divulgação não era adequada.

Quando questionados se a população que comparecia para realizar o teste apresentava comportamentos de risco, 28 (30,1%) indicaram que “A maioria”, 64 (68,8%) disseram “A minoria”, uma entrevista (1,1%) não teve resposta. Em relação à importância do TR dentro do contexto da AB, um enfermeiro (1,1%) julgou como não importante. Sobre o grau de importância em uma escala de zero a 10, onde zero significava sem importância e 10, a importância máxima, a média foi de 9,59, mediana 10, moda 10, valor mínimo 5 e máximo

10. Já, em relação ao grau de motivação do profissional para realizar o teste rápido, ainda em uma escala de zero a 10, a média foi de 8,2, mediana 8, moda 8, valor mínimo 3 e máximo 10. Os demais fatores relacionados ao processo de testagem encontram-se descritos no Quadro 02.

Quadro 02 – Fatores envolvidos com o processo de testagem nas equipes da Estratégia de Saúde da Família – Seridó norte-rio-grandense, Brasil, 2018

Variável	Sim		Não		Sem Resp.	
	N	%	N	%	N	%
Os testes ficam armazenados na unidade?	82	88,2	11	11,8	0	0
O local onde o teste é realizado é climatizado?	86	92,5	7	7,5	0	0
A estrutura da unidade é adequada para a testagem?	65	69,9	28	30,1	0	0
O material necessário sempre está disponível?	77	82,8	16	17,2	0	0
O resultado é dado no mesmo dia da coleta?	93	100	0	0	0	0
O responsável sente-se seguro de informar um resultado positivo?	41	44,1	52	55,9	0	0
É realizada a busca ativa dos casos positivos que não retornam?	87	93,5	2	2,2	4	4,3
É realizada a busca ativa dos parceiros sexuais?	78	83,9	12	12,9	3	3,2
Existe documentado um fluxograma local/regional a ser seguido conforme o resultado do teste?	12	12,9	81	87,1	0	0
O fluxo de referência/contrarreferência na especialidade de ISTs funciona?	27	29	61	65,6	5	5,4
A equipe tem a penicilina sempre disponível?	81	87,1	12	12,9	0	0
A equipe faz aplicação da penicilina na unidade básica?	47	50,5	46	49,5	0	0
Indica tratamento do parceiro da gestante com sífilis sem solicitar exame?	11	11,8	81	87,1	1	1,1
De uma maneira geral os testes são confiáveis?	88	94,6	5	5,4	0	0
O teste rápido que usa sangue é confiável?	89	95,7	4	4,3	0	0
O teste rápido que usa fluido oral é confiável?	62	66,7	28	30,1	3	3,2

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

DISCUSSÃO

Unidades de saúde, equipes e profissionais

As UBS incluídas neste estudo caracterizam-se como predominantemente urbanas, com uma equipe, estrutura própria, sem atividades na hora do almoço e cumprindo 40 horas semanais. A maior parte dos entrevistados afirmou que a estrutura da unidade era adequada para a testagem (69,9%), que os testes ficavam armazenados na UBS (88,2%), que o material necessário estava sempre disponível (82,8%) e que a equipe era suficiente (71%). De encontro a isso, em estudo realizado no Ceará pôde-se observar que a maioria das unidades apresentava

inadequação no espaço físico ou em algum aspecto avaliado, comprometendo a efetiva implantação dos TRs¹⁴.

A pesquisa apresentou uma adesão satisfatória, aproximadamente 95% das unidades e 92% das equipes participaram do estudo, contudo, a distância geográfica existente entre as unidades, o fato de somente um profissional ser responsável pela aplicação do questionário e a rotina de trabalho do entrevistador atuaram como fatores limitantes na presença de 100% da demanda planejada.

As perguntas do domínio 1 feitas para o gestor da UBS abordavam uma caracterização do profissional e não uma opinião pessoal. O fato de 13 entrevistas terem sido respondidas pelo enfermeiro, mesmo a unidade tendo um gestor exclusivo, não comprometeu o estudo, visto que o entrevistado tinha conhecimento das informações solicitadas, o que afirma o protagonismo do enfermeiro no processo de trabalho. As UBS participantes, em sua grande maioria (72,3%), apresentaram o enfermeiro acumulando a função assistencial e de gerência da unidade. A falta de um profissional que exerça exclusivamente a gestão do serviço ocasiona uma sobrecarga de trabalho do enfermeiro e a priorização por demandas mais imediatas.

Uma das características marcantes do cotidiano da ESF é a sobrecarga de trabalho, pelo acúmulo de diversas funções e o afastamento do enfermeiro da assistência direta, as quais decorrem da necessidade de oferecer respostas às demandas relacionadas ao funcionamento dos serviços de saúde, à população e, ainda, às metas estabelecidas, pactuações e indicadores do serviço. A priorização de demandas que requerem respostas mais urgentes ligadas à gerência deixa o enfermeiro distante da assistência direta, da realidade e das necessidades em saúde da população¹⁵.

Tão preocupante quanto o acúmulo das funções assistencial e gerencial do enfermeiro, foi o perfil dos 26 profissionais que exerciam exclusivamente a gestão. A precarização do vínculo torna-se notória quando se constata que somente um gestor ingressou por concurso público, predominando a “incorporação arcaica do empreguismo, clientelismo e patrimonialismo, como, por exemplo, a indicação política”¹⁶. Em relação aos enfermeiros entrevistados, mais de 1/3 era de contratados, número considerável, contudo, mais modesto quando comparado com os gestores.

A prevalência de gestores de nível médio e técnico evidencia a carência de profissionais com formação específica para o cargo. Em contrapartida, estudo com 90 gerentes da atenção primária, em 49 municípios de pequeno porte (até 20.000 habitantes), identificou que 96.6% tinham ensino universitário, 75,5% com pós-graduação, a categoria

profissional predominante foi de enfermeiros (75,5%). Quanto ao ingresso no emprego, 70% haviam ingressado por concurso público/teste seletivo¹⁷. Assim, o fato de as unidades deste estudo serem localizadas em cidades de pequeno porte (em sua maioria), não pode, nem deve ser usado como justificativa para a ausência de um gestor qualificado, bem como servir de alicerce para amparar a inexistência do gestor exclusivo.

Outra variável importante em relação ao gestor exclusivo foi o tempo deste na unidade. A mediana de cinco meses e moda de quatro evidenciam um vínculo limitado de tempo no serviço. Salientando que o tempo torna o profissional mais próximo da realidade da comunidade e íntimo do processo de trabalho e dos trabalhadores, entende-se que uma alta rotatividade de profissionais fragiliza o processo de trabalho e dificulta a integração da equipe. Em toda organização existe alguma rotatividade, que pode ser positiva, na medida em que funcionários não essenciais deixem a organização. Entretanto, a rotatividade normalmente implica perda de pessoas estratégicas, gerando fator de ruptura e prejudicando a eficiência organizacional¹⁸.

Os enfermeiros participantes da pesquisa tiveram uma mediana e moda de dois anos de vínculo com as equipes, tempo mais adequado, visto que a alta rotatividade dos profissionais na atenção primária foi constatada como um fator limitante na implementação do teste rápido no serviço¹⁹, o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários para a produção da longitudinalidade das ações em saúde é de extrema importância, e a rotatividade dos profissionais nas equipes da atenção básica prejudica a efetividade deste atributo²⁰.

Com as primeiras entrevistas, constatou-se que, mesmo outros profissionais afirmando estarem envolvidos com o TR, o enfermeiro mostrou-se como o profissional mais apropriado para responder a pesquisa, já que dominava todas as informações inerentes ao processo de testagem. Estudo realizado no Brasil apontou que os profissionais que mais participaram de capacitações para a realização do aconselhamento e teste rápido para ISTs na AB foram as enfermeiras e, em alguns casos, médicos¹⁹. Corroborando esse achado, constatou-se que, dentre 24 profissionais da Atenção Primária capacitados para realizar o TR, 20 eram enfermeiros e apenas quatro eram médicos¹⁴.

Os achados deste estudo convergem com as duas pesquisas anteriores, mesmo os resultados evidenciando que a maior parte das equipes havia sido capacitada para a testagem, os detalhes que circundam a capacitação merecem destaque. Em todas as equipes capacitadas o enfermeiro surge como profissional habilitado, em 65,4% das equipes somente ele foi capacitado; de encontro a isso, o dentista foi citado em nove entrevistas e o médico, em duas.

Os dados ratificam a constatação de que foram os enfermeiros que prioritariamente se responsabilizaram pelo TR no Brasil.

Ressalta-se a necessidade de que mais profissionais se habilitem na temática e se sintam também responsáveis pelo processo. Ao compartilharmos a responsabilidade, evitamos a sobrecarga em uma determinada categoria e contribuímos para uma produção de saúde interdisciplinar e multiprofissional. Contudo, quando se analisou a rotina de trabalho, o médico e o dentista foram os únicos com mediana de dias trabalhados na semana inferior a 5, o profissional médico teve uma moda de quatro dias e a menor média dentre todos os integrantes, evidenciando-o como a categoria mais ausente na rotina da AB. Um dos problemas de saúde do país é o número de médicos na atenção primária ainda abaixo da média, principalmente em territórios ribeirinhos e de difícil acesso²¹, em vista disso, a inserção do médico no processo de testagem por vezes pode ser impraticável devido à ausência do profissional e sobrecarga de trabalho, quando presente.

Mesmo o ACS sendo o meio de divulgação mais citado, essa divulgação foi analisada pela maioria como inadequada. É pertinente mencionar que, das equipes capacitadas, em mais de 90% o ACS não participou da capacitação, o que pode acentuar essa dificuldade, contudo, os entrevistados citaram outros fatores, como: receio dos ACS em abordar o assunto; estigma; extensão da área de trabalho; falta de motivação; ausência das pessoas no horário das visitas; déficit de profissionais; sobrecarga de trabalho; e processo de trabalho inadequado. Seria válida uma investigação mais aprofundada no assunto, abordando inclusive outros pontos de vista, como o dos próprios ACS.

O certificado da capacitação foi recebido somente por 53,8% dos entrevistados e 65,4% apontaram a capacitação como algo pontual, sem acompanhamento por parte da equipe que capacitou. Pesquisa realizada em Santa Catarina, a qual entrevistou profissionais capacitados para executar os TRs, evidenciou que, ao concluir a capacitação, 80,6% afirmaram que esclareceram todas as dúvidas sobre o tema mas apenas 51,6% se sentiam seguros para realizar o diagnóstico²². Uma vez que a capacitação pode não ser suficiente para a segurança dos envolvidos, o seguimento e continuidade nas ações poderia ser um apoio nas angústias e aflições dos profissionais. Mesmo não havendo evidências nesta pesquisa sobre tal, certamente inúmeros fatores atuam como obstáculos para a equipe que capacita, contudo, o que se pode concluir é a existência de uma fragilidade na capacitação e que alguns pontos merecem ser avaliados no sentido de aprimorar o trabalho.

O processo de testagem nas equipes de atenção básica, avanços e fragilidades

A sobrecarga de trabalho do enfermeiro fica evidenciada quando se constata que, mesmo o profissional considerando o TR uma importante ferramenta no contexto da AB (grau de importância – mediana e moda igual a 10), o grau de motivação apresentou um valor consideravelmente inferior (grau de motivação – mediana e moda igual a 8). Quando indagados sobre o motivo da falta de motivação, dos 61 que responderam, a sobrecarga de trabalho emerge em 34,4% dos relatos.

Em relação aos três momentos que envolvem a testagem (aconselhamento pré-teste, coleta do teste e aconselhamento pós-teste), o enfermeiro surge em cerca de 90% das equipes como único profissional envolvido em todas as etapas. O aconselhamento se mostra importante, principalmente no contexto de novas modalidades de teste e diagnóstico, como o teste rápido²³. Uma revisão sistemática apontou o aconselhamento como uma estratégia positiva, comprovando que o vínculo e o tipo de relação estabelecida entre usuário e profissional do aconselhamento e sua articulação com práticas de prevenção influenciam as mudanças de comportamento e a adesão ao tratamento²⁴.

Vale ressaltar que o acúmulo de todas as etapas em única categoria pode contribuir para a realização de um trabalho mecânico, onde a rapidez em realizar o processo se torna mais importante do que a qualidade do serviço. Nesse sentido, chamamos a atenção para o risco de tecnicização do diagnóstico, concebido como um processo no qual a ênfase da ação recai sobre a oferta e realização do teste em si, desvinculado da abordagem preventiva, da avaliação de riscos e do apoio emocional que caracterizam a prática do aconselhamento¹². É importante destacar que o aconselhamento pode promover a sensibilização para a prevenção, adesão ao tratamento e a redução do impacto do diagnóstico, expressando, ainda, uma dimensão ética e política, relacionada à escuta do sujeito e comprometimento com a construção conjunta de possibilidades de resolução dos problemas^{12,25}.

O motivo mais citado para a não realização da testagem foi a ausência do teste, todavia, o número restrito de unidades que não aderiram ao procedimento, atua como fator limitante no entendimento do motivo pelo qual as equipes não realizavam o TR. Esta pesquisa abre possibilidades para novos questionamentos, compreendendo que existem outros fatores associados com a resistência dos profissionais, na adesão do teste rápido como rotina do processo de trabalho. Acredita-se que o fato de algumas equipes deste estudo oferecerem somente alguns dos TRs, está mais associado a uma ausência do insumo, do que a uma resistência pessoal para aquele teste.

Destaca-se o avanço considerável na adesão das equipes ao teste rápido, visto que, no primeiro ciclo do PMAQ 2011/2013, das 26 equipes do Seridó participantes, todas

assinalaram a opção “nunca disponível” para o teste rápido de sífilis e HIV²⁶. No segundo ciclo 2013/2014, das 72 equipes incluídas, 36,1% afirmaram que o teste para sífilis nunca estava disponível e 31,9% afirmaram que não realizavam o teste rápido para HIV²⁷. Nesta pesquisa a taxa de ausência de testagem foi de 7%, comprovando a efetividade do processo de descentralização dos testes para a atenção básica e o aumento da adesão das equipes com o passar do tempo.

O elevado número de equipes que disponibilizavam os quatro testes na sua rotina de atendimentos favorece o acesso e oportuniza aos usuários um conhecimento mais amplo sobre seu estado de saúde no que se relaciona a essas infecções. A eficiência do processo de trabalho é constatada quando se observa que todas as equipes forneciam o resultado no mesmo dia. De encontro a esse achado, estudo realizado no México constatou que os testes eram executados em subsistemas que se encontravam ligados e com determinada dependência, os resultados eram entregues no dia seguinte no setor de psicologia, o processo se estendia por cinco a sete dias²⁸.

A testagem ficou evidenciada como um mecanismo de fácil acesso para qualquer usuário, independente de residir na área da UBS. Uma minoria de equipes oferecia o teste somente para a gestante. Em relação à periodicidade, a maior parte das equipes oferecia semanalmente, entretanto uma constante no relato dos profissionais foi a baixa procura pelo serviço. O fato se torna mais delicado quando questionados sobre o perfil dos usuários que compareciam para realizar o teste, mais de 2/3 afirmaram que a minoria apresentava comportamentos de risco.

A contrarreferência das especialidades na área das ISTs inexistia para cerca de 2/3 dos entrevistados. Já a conduta a ser tomada de acordo com o resultado do teste poderia ser embasada através de fluxograma local/regional, todavia, na maior parte das equipes (87,1%) esse documento inexistia. Um relato sobre a implementação de teste rápido na Atenção Básica no Sul do Brasil constatou como principal achado a lentificação do processo de implantação, visto que, dos 31 serviços de saúde, apenas dois implementaram a execução do TR durante o período em estudo. Um dos principais obstáculos foi a dificuldade na elaboração de um fluxo de trabalho adequado, 38,7% apontaram como justificativa o fato de que não conseguiram compreender/elaborar um fluxo de trabalho, o que trouxe insegurança no seguimento do usuário com teste rápido reagente²².

Os testes rápidos para sífilis, assim como os testes rápidos para as Hepatites B e C são exames de triagem sorológica, ou seja, há necessidade de exames laboratoriais complementares para o diagnóstico. No caso do teste rápido de HIV, o mesmo define o

diagnóstico. Portanto, requer do gestor avaliar a capacidade laboratorial local instalada para a resposta ao diagnóstico oportuno²⁹. A falta de orientações sobre fluxo a ser seguido alimenta a insegurança do profissional no sentido das decisões a serem tomadas de acordo com o resultado do teste.

Ainda sobre a insegurança, um aspecto observado em estudo desenvolvido nas UBS de Recife/Pernambuco refere-se às dificuldades relatadas pelos entrevistados no aconselhamento pós-teste, em especial quando o resultado era positivo. O impacto desse diagnóstico costuma ser intenso, tanto para a pessoa, quanto para o profissional. Portanto, é fundamental que o profissional esteja preparado para oferecer apoio emocional, respeitando o tempo do usuário, bem como a reação diante do resultado. Observa-se que os profissionais entrevistados ainda não se sentiam seguros na realização do TR, tampouco no aconselhamento pós-teste com resultados positivos³⁰.

Os resultados deste estudo ratificam a constatação, visto que mais da metade dos entrevistados afirmou não ter segurança para lidar com um resultado positivo. O TR deve ser realizado na AB com a utilização de protocolos e manuais que norteiem e direcionem o fluxo de ações a serem desenvolvidas em determinado procedimento, a fim de garantir a eficiência do cuidado disponibilizado ao usuário³¹. Nessa perspectiva, a existência de informações oficialmente registradas, como protocolos ou fluxogramas, pode atuar como alicerce para a segurança do profissional, que, por mais inseguro emocionalmente que esteja, tecnicamente ele estaria amparado.

Sobre a confiabilidade nos testes, constatou-se que o TR que usa sangue foi considerado pela maior parte (95,7%) como uma tecnologia confiável, mas, quando questionados sobre a confiabilidade nos testes que utilizam fluido oral, a confiança reduziu significativamente. Os testes que utilizam FO disponibilizados atualmente pelo Ministério da Saúde são para o diagnóstico do HIV, os dispositivos são otimizados para acelerar a interação antígeno/anticorpo. Isso requer a utilização de uma concentração maior de antígeno e da detecção de complexo antígeno/anticorpo com reagentes sensíveis à cor³².

O FO contém menor quantidade de anticorpos do que amostras de sangue total, soro ou plasma, mas ainda em quantidade suficiente para um diagnóstico seguro, excetuando-se os casos de exposição recente, assim, as vantagens do emprego desse teste superam sua limitação de sensibilidade. A coleta do FO simplifica a testagem, pois não é invasiva, reduz o risco biológico e, sobretudo, amplia o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV³³⁻³⁶.

Teste rápido no pré-natal e administração da penicilina benzatina

Considerando a simplicidade dos TRs de sífilis e HIV, torna-se imperativo investir para que a sua implantação ocorra efetivamente na AB e durante o primeiro atendimento da gestante na atenção ao pré-natal¹⁴. As equipes entrevistadas, em sua quase totalidade (97,8%), realizavam a testagem no início do acompanhamento, qualificando, assim, o cuidado do atendimento. A taxa de detecção do HIV vem apresentando uma pequena tendência de aumento nos últimos anos, em grande parte devido ao incremento de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha. Desde sua implementação no SUS, em 2012, 36,4% do total de TRs distribuídos no país foram exclusivamente para a Rede Cegonha⁴.

Contudo, corroborando a informação relativa às fragilidades existentes na inserção do teste rápido na atenção básica, aproximadamente metade dos profissionais não realizava os TRs no início do terceiro trimestre de gestação e somente 11% iniciariam o tratamento presuntivo do parceiro da gestante com sífilis sem os exames confirmatórios, indo de encontro ao que é preconizado^{37,38}. Outra fragilidade desrespeita a testagem dos parceiros sexuais, visto que apenas 57% dos participantes ofereciam os TRs para esse público e, mesmo sendo oferecido, poucos compareciam.

O tratamento e a adesão dos parceiros sexuais de gestantes com resultado positivo para sífilis são um desafio constante no cotidiano de trabalho dos profissionais que atendem ao pré-natal nas UBS. A resistência ao tratamento contribui negativamente para o controle da doença, o que pode ser justificado, principalmente, pela baixa adesão ao serviço de saúde pela população masculina, motivos empregatícios ou falta de conhecimento acerca da importância de cuidar da saúde e das consequências que a doença pode trazer para o indivíduo, o conceito e o casal³⁹.

Dificultando ainda mais o controle da sífilis, constatou-se que aproximadamente metade das equipes não fazia administração da penicilina benzatina na UBS, mesmo a maioria (87,1%) afirmando que a medicação estava sempre disponível. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), o grande desafio a ser enfrentado para administração da penicilina benzatina nas Unidades Básicas de Saúde é o receio dos profissionais da ocorrência de eventos adversos, principalmente a reação anafilática, sem que haja recursos adequados para a reversão destes quadros⁴⁰. Todavia, pesquisas indicam que a ocorrência de reações alérgicas é estimada em 2% por curso de tratamento e as reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% das pessoas tratadas com penicilina^{41,42}. Tais dados estatísticos podem ser usados como ferramenta de incentivo para administração da penicilina na Atenção Básica.

Limitações do estudo e contribuições para a área

Este estudo apresenta como limitação o fato de refletir uma realidade regional, que pode não ser a realidade do restante do país, tendo em vista a ampla extensão territorial e diferentes contextos regionais do Brasil. Destacamos como contribuições o fato de a pesquisa ter como cenário uma região nunca estudada nas publicações anteriormente veiculadas ao assunto.

CONCLUSÃO

A descentralização da testagem ocorreu para as equipes da AB do Seridó, com muitos pontos funcionando a contento, contudo, quando se analisam as peculiaridades que existem no processo de testagem, constata-se uma série de fragilidades que evidenciam um trabalho superficial, sem embasamento necessário para as especificidades que o TR exige. A testagem na ESF foi absorvida prioritariamente pelo enfermeiro, que, neste cenário, na maior parte dos casos, respondia também pela gerência dos serviços. Assim, torna-se complexo enxergar uma tecnologia que veio para auxiliar a produção da saúde, sem a conceituar como mais uma atribuição, visto que a participação dos demais profissionais foi escassa. Em um serviço onde o enfermeiro é rotineiramente sobrecarregado, aderir a uma nova demanda com excelência na execução foi a realidade de poucos.

Nesse cenário, recomendar que o TR se torne um processo multiprofissional e interdisciplinar é um assunto delicado, porém necessário, uma vez que os resultados e a literatura apontam a carência de determinados profissionais, entretanto, cabe a reflexão sobre como estão a valorização e reconhecimento daqueles que majoritariamente respondem pelo serviço. Concluímos, assim, que o teste rápido é uma iniciativa viável, benéfica, que pode somar na realidade das unidades básicas de saúde. No entanto, por vezes, se faz necessário voltar para a base do processo de trabalho e refletir como esse atendimento vem acontecendo, uma vez que identificar as fragilidades e traçar meios para sua solução é um passo importante na adequação dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Hepatitis Report 2017 [Internet]. Geneva: WHO, 2017 [cited 2019 Fev. 05]. Available from: <https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e

- das Hepatites Virais. Boletim epidemiológico hepatites virais 2018 [Internet]. Brasília; 2018 [acesso 2019 fev. 05]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2018>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim epidemiológico sífilis 2018 [Internet]. Brasília; 2018 [acesso 2019 fev. 05]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim epidemiológico HIV Aids 2018 [Internet]. Brasília; 2018 [acesso 2019 fev. 05]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>
5. Hanafiah KM, Garcia M, Anderson D. Point-of-care testing and the control of infectious diseases. *Biomarkers Med.* 2013;7(3):333–347. Doi: <http://dx.doi.org/10.2217/bmm.13.57>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis [Internet]. Brasília; 2016 [acesso 2019 fev. 05]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais [Internet]. Brasília; 2018 [acesso 2019 fev. 05]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo hiv em adultos e crianças [Internet]. Brasília; 2018 [acesso 2019 fev. 05]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>
9. Rocha KB, Carvalho FT, Weber JLA, Both NS, Pizzinato A. Impacto de la implementación de la prueba rápida del VIH/ITS en un centro de atención especializada en Brasil. *Rev Gerenc Polít Salud.* 2016;16(32):108-119. Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.iipr>
10. Mizevski VD, Brand EM, Calvo KS, Bellini FM, Machado VS, Duarte ERM, *et al.* Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti-HIV nas unidades de atenção básica do Brasil, no ano de 2012. *Saúde em Redes* [Internet]. 2017 [acesso 2019 fev. 08];3(1):40-49. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/823>
11. Grangeiro A, Escuder MM, Menezes PR, Alencar R, Castilho EA. Late Entry into HIV Care: Estimated Impact on AIDS Mortality Rates in Brazil, 2003–2006. *PLoS ONE.* 2011;6(1):e14585. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014585>
12. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2016;26(3):785-806. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300005>
13. Morais IRD. Seridó Norte-Rio-Grandense: uma geografia da resistência. Caicó: Ed. do autor; 2005.

14. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care in Fortaleza – Ceará. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(1):54-58. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i>
15. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. *Rev Min Enferm.* 2015;19(3):612-626. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>
16. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saude Publica.* 2010;26(5):918-928. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500014>
17. Ohira RHF, Junior LC, Nunes EFPA. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(2):393-400. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.21952012>
18. Robbins SP. *Comportamento organizacional.* 9. ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.
19. Rocha KB, Santos RRG, Conz J, Silveira ACT. Network transversality: matrix support in the decentralization of counseling and rapid testing for HIV, syphilis, and hepatitis. *Saúde Debate.* 2016;40(109):22-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610902>
20. Tonelli BQ, Leal APR, Tonelli WFQ, Veloso DCMD, Gonçalves DP, Tonelli SQ. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *RFO UPF.* 2018;23(2):180-185. Doi: <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8314>
21. Lima SVMA, Nunes J, Santos L, Silva G, Melo H, Chaves S. O programa mais médicos e a atenção básica no Brasil: uma revisão integrativa. *Gestão E Sociedade.* 2017;11(30):1963-1975. Doi: <https://doi.org/10.21171/ges.v11i30.2216>
22. Nascimento DSF, Silva RC, Tártari DO, Cardoso EK. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2018;13(40):1-8. Doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1723](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1723)
23. Carvalho FT, Both NS, Alnoch EM, Conz J, Rocha KB. Counselling in STD/HIV/AIDS in the context of rapid test: Perception of users and health professional at a counselling and testing centre in Porto Alegre. *J Health Psychol.* 2016;21(3):379–389. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1359105316628741>
24. Soares PS, Brandão ER. O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. *Saúde Soc.* 2012;21(4):940-953. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400013>
25. Moreno DMFC. Aconselhamento para revelação do diagnóstico de infecção pelo HIV. In: Paiva V, Calazans G, Segurado A, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos: Promoção e Prevenção da saúde.* Livro II. Curitiba: Juruá; 2013. p. 165-188.
26. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Microdados da avaliação externa [Internet].* Brasília. [acesso 2019 fev. 12]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo
27. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Microdados da avaliação externa [Internet].* Brasília. [acesso 2019 fev. 12]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo#tab9

28. Cuadra-Hernández SM, Bernabé-Aranda JI, Conde-Glez CJ, Sánchez-Domínguez MS, Ortega-Altamirano DV. Public health services and their relationship with rapid HIV test utilization and access for key populations in Morelos, Mexico. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 12];57(4):304-311. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26395795>
29. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica Rede Cegonha [Internet]. Brasília; [data desconhecida] [acesso 2019 fev. 12]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/orientacoes_implantacao_testes_rapidos_hiv_sifilis
30. Araújo WJ, Quirino EMB, Pinho CM, Andrade MS. Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl):676-681. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0298>
31. Ferreira AF, Nogueira JA, Almeida SA, Trigueiro DRSG. Descentralização do teste rápido anti-hiv: elaboração de um instrumento avaliativo. *Rev Fun Care* [Internet]. 2018 [acesso 2019 fev. 12];10(n.esp):44-48. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7601>
32. Hanafiah KM, Garcia M, Anderson D. Point-of-care testing and the control of infectious diseases. *Biomark Med*. 2013;7(3):333-347. Doi: <http://dx.doi.org/10.2217/bmm.13.57>
33. Guarner J. Human immunodeficiency virus: Diagnostic approach. *Semin Diagn Pathol*. 2017;34(4):318-324. Doi: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semmp.2017.04.008>
34. Cappello JM, Gunasekera A, Gunasekera D, Esfandiari J, Ippolito T. A multicenter performance evaluation of the DPP HIV-1/2 assay for the detection of HIV antibodies in various HIV testing algorithms. *J Clin Virol*. 2013;58(Suppl 1):59-64. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcv.2013.08.032>
35. Granade TC, Phillips SK, Parekh B, Gomez P, Kitson-Piggott W, Oleander H, *et al*. Detection of antibodies to human immunodeficiency virus type 1 in oral fluids: a large-scale evaluation of immunoassay performance. *Clin Diagn Lab Immunol* [Internet]. 1998 [cited 2019 Feb. 15];5(2):171-175. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9521138>
36. Pascom ARP, Barros CHD, Lobo TDM, Pasini EN, Comparinia RA, Mesquita FC. Point-of-care HIV tests done by peers, Brazil. *Bull World Health Organ*. 2016;94(8):626-630. Doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.162461>
37. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de hiv, sífilis e hepatites virais [Internet]. Brasília; 2018 [acesso 2019 fev. 18]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília; 2018 [acesso 2019 fev. 18]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>

39. França ISX, Batista JDL, Coura AS, Oliveira CF, Araújo AKF, Sousa FS. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. *Rev Rene*. 2015;16(3):374-81. Doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000300010>
40. Conselho Federal de Enfermagem. Nota técnica Cofen/CTLN N° 03/2017 [Internet]. Brasília; 2017 [acesso 2019 fev. 18]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-tecnica-sobre-administracao-da-penicilina-benzatina_52797.html
41. Felix MMR, Kuschnir FC. Alergia à penicilina: aspectos atuais. *Adolescência & Saúde* [Internet]. 2011 [acesso 2019 fev. 18];8(3):43-53. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=285#
42. Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF. Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis no seu Município [Internet]. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 2008 [acesso 2019 fev. 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/como_prevenir_transmissao_vertical_hiv_prof.pdf

4.3 Artigo 3 – TESTE RÁPIDO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO PRÉ-NATAL: UM REFLEXO DA ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o processo de trabalho referente à adesão das equipes de atenção primária ao teste rápido para HIV, sífilis, hepatites B e C no pré-natal e a administração da penicilina benzatina nos serviços básicos de saúde. Método: Estudo descritivo, exploratório, quantitativo, desenvolvido entre os meses de julho e novembro de 2018, com profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família do Seridó norte-rio-grandense. Resultados: Participaram do estudo 18 municípios, 94 Unidades Básicas de Saúde e 100 equipes de Estratégia de Saúde da Família. O enfermeiro era o principal envolvido no serviço de testagem, 93% das equipes entrevistadas ofereciam o teste na rotina do serviço, dessas equipes, 97,8% realizavam a testagem no pré-natal, 51,6% disponibilizavam o teste para a gestante no início do terceiro trimestre e 57% ofereciam o teste rápido para as parcerias sexuais. A penicilina benzantina estava disponível em 87,1% das equipes, todavia 49,5% não administravam a medicação na atenção primária. Conclusão: O processo de testagem se mostrava fragilizado, pois, mesmo havendo disponibilidade do teste no pré-natal, as demais atividades interligadas ao processo de trabalho não ocorriam adequadamente.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Atenção Básica. Infecções Sexualmente Transmissíveis. HIV. Sífilis. Hepatite Viral Humana.

INTRODUÇÃO

O aprimoramento da qualidade do pré-natal e a ampliação de seu acesso no âmbito da Estratégia da Saúde da Família (ESF) são iniciativas relevantes, pois sua adequada estruturação e oferta têm resultados positivos na redução da morbimortalidade materna e infantil. As ações educativas realizadas durante o acompanhamento se mostram como espaços oportunos para a reflexão, o compartilhamento de saberes, a problematização da realidade e a desconstrução de ideias cristalizadas na sociedade, a ação comunicativa e a dialogicidade instrumentalizam as mulheres quanto às medidas protetivas para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), assim como para assumir o protagonismo sobre sua sexualidade e reprodução, incentivando-as a fazer escolhas conscientes e seguras¹⁻². Contudo, o aumento

dos casos de HIV, sífilis, hepatites B e C durante a gestação desperta grande preocupação em termos individuais e coletivos.

Em todo o mundo, até 8% das mulheres grávidas estão infectadas com vírus da hepatite C, já o vírus da hepatite B destaca-se por sua distribuição geográfica larga e grande potencial de causar doenças crônicas, como a cirrose e o carcinoma hepatocelular³⁻⁴. Devido às suas taxas de prevalência, cronicidade e potencial de transmissibilidade e complicações, as hepatites virais B e C são de grande relevância no âmbito da saúde pública no Brasil⁵.

Em termos globais, constatou-se que a experiência da gravidez na vigência do HIV pode ser especialmente difícil para a mulher, devido às inúmeras implicações biopsicossociais que acarreta, tais como a descoberta e a adaptação à condição de soropositividade, a necessidade de realização do tratamento antirretroviral e a emergência de preocupações adicionais quanto à transmissão vertical e, por conseguinte, quanto à saúde do bebê⁶.

Dentre as notificações de sífilis em gestante realizadas no período de 2005 a junho de 2018, no Brasil, o Nordeste ocupa a segunda posição com 20,5% dos casos. De 2016 para 2017, o número de notificações apresentou aumento em todas as regiões, com destaque para o incremento de 38% na Região Nordeste. Durante o período gestacional, a sífilis leva a mais de 300.000 mortes fetais e neonatais por ano no mundo e aumenta o risco de morte prematura em outras 215.000 crianças. Atualmente, a oferta de Teste Rápido (TR) de sífilis é crescente, mas sua utilização e cobertura na atenção primária ainda não são satisfatórias⁷⁻⁸.

No pré-natal uma das ações preconizadas se refere à prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs/HIV/Aids, sífilis e hepatites virais. O diagnóstico oportuno é fundamental para a redução da transmissão vertical, assim, com o objetivo de qualificar o cuidado materno-infantil, as equipes de atenção primária são instruídas a realizar os testes rápidos para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites virais de preferência no primeiro e terceiro trimestres de gestação. Os TRs são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção digital ou venosa, tendo a vantagem de serem realizados no momento da consulta, possibilitando tratamento imediato⁵.

Todavia, por se tratar de um mecanismo recentemente inserido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), através da Portaria nº 77 de 2012, infere-se que existem lacunas no conhecimento da temática na realidade do Seridó. Tendo em vista a importância do teste no acompanhamento do pré-natal, é salutar entender como as equipes da atenção primária lidam com essa inserção. Este estudo objetivou identificar os fatores relacionados ao processo de trabalho no que se refere à adesão das equipes de atenção primária ao teste rápido para HIV,

sífilis, hepatites B e C durante o acompanhamento do pré-natal e a administração da penicilina benzatina nos serviços básicos de saúde do Seridó norte-rio-grandense.

MÉTODO

Tipo do Estudo

Estudo descritivo, exploratório, quantitativo.

Cenário

Pesquisa realizada com as equipes da atenção primária do Seridó do Rio Grande do Norte (RN). Para determinação do cenário usou-se a delimitação do Seridó historicamente construído, a qual considera que a região é formada pelos 23 municípios que, direta ou indiretamente, surgiram a partir do Município de Caicó⁹. Os 23 municípios somam um total de 109 UBS e 119 equipes de ESF. O Estado do RN encontra-se atualmente dividido em oito regiões de saúde, todos os municípios deste estudo pertencem a uma mesma região de saúde. A população do estudo foi composta por todos os profissionais de nível superior da equipe.

Crítérios de seleção

Para as unidades de saúde usou-se como critério de inclusão: estar em funcionamento no período da coleta de dados e ser integrante da ESF, com funcionamento superior a seis meses. Em relação ao profissional: ser vinculado à UBS e aceitar participar da pesquisa.

Definição da amostra

Por amostragem intencional, um profissional de cada equipe foi convidado a participar. Optou-se por aquele que estava diretamente envolvido no processo de testagem; quando a equipe não realizava o TR, era entrevistado o profissional que tivesse entendimento sobre o trabalho da equipe. As entrevistas ocorriam nas UBS, em local reservado.

Coleta de dados

A coleta de dados, realizada de julho a novembro de 2018, se deu mediante entrevista com um instrumento composto com questões abertas e fechadas, que estava dividido em dois domínios, sendo eles: Caracterização da unidade de saúde e do profissional gestor; Teste rápido na equipe de saúde. O instrumento foi elaborado com base nas perguntas da avaliação externa do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

Básica (PMAQ-AB) e principais pontos pertinentes ao assunto identificados ao longo da revisão de literatura. Os dados foram utilizados na íntegra para uma pesquisa de maior amplitude vinculada a uma dissertação de mestrado. Um teste piloto foi realizado com três equipes de ESF de um município limítrofe à região delimitada neste estudo.

Para fins desta pesquisa, selecionaram-se as variáveis: formação do profissional entrevistado, cidade e zona da UBS, oferta do TR pela equipe, profissionais envolvidos na testagem, realização dos testes durante o pré-natal, testagem nos parceiros(as) sexuais da gestante, disponibilidade e administração da penicilina benzatina, tratamento do parceiro(a).

Análise e tratamento dos dados

Os dados foram tabulados com o aplicativo Microsoft Excel 2010, em seguida, processados e analisados com o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), *Campus* Central, com número do parecer: 2.529.502 ano de 2018, estando em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Visando proporcionar melhor compreensão, os resultados e a discussão foram divididos nos seguintes pontos: participação dos municípios, unidades e equipes; oferta do teste rápido; administração da penicilina benzatina na atenção primária.

Participação dos municípios, unidades e equipes

Dos 23 municípios da amostra inicial, 18 (78,26%) concordaram com a visita do pesquisador nas UBS. As cidades participantes somaram 100 UBS e 110 equipes de ESF; 94 unidades (94%) e 100 equipes (90,9%) participaram da pesquisa, sendo 28 equipes (28%) rurais e 72 (72%) urbanas. Os 18 municípios tiveram unidades representadas no estudo.

Após as seis entrevistas iniciais, evidenciou-se que o enfermeiro seria o profissional adequado para ser entrevistado em todas as unidades, uma vez que, nessas seis entrevistas iniciais, metade delas foi respondida por outros profissionais, e essas apresentaram inúmeras variáveis sem respostas, inviabilizando assim a sua utilização. Desse modo, optou-se por retornar a esses locais e repetir as entrevistas com os enfermeiros.

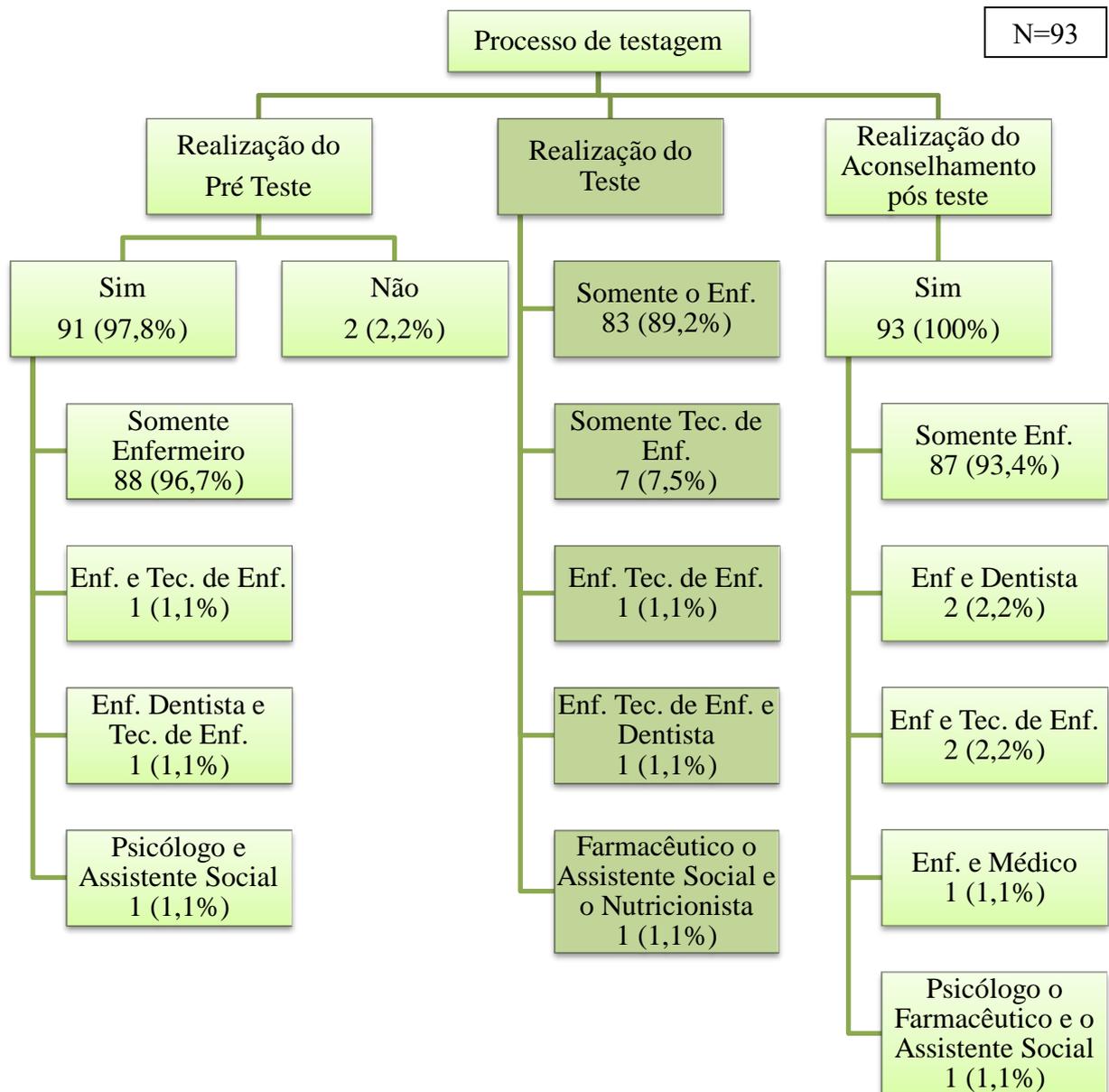
Oferta do teste rápido

Um total de sete equipes (7%) não oferecia TR para ISTs no serviço, sendo três equipes rurais e quatro urbanas. Os motivos foram: ausência do teste (três equipes); estrutura da unidade inadequada (duas equipes); falta de capacitação (uma equipe); mudança de estrutura física (uma equipe). A Figura 01 traz as informações relativas ao processo de testagem e profissionais envolvidos, a Figura 02 expõe informações referentes ao TR durante.

Administração da penicilina benzatina na atenção primária

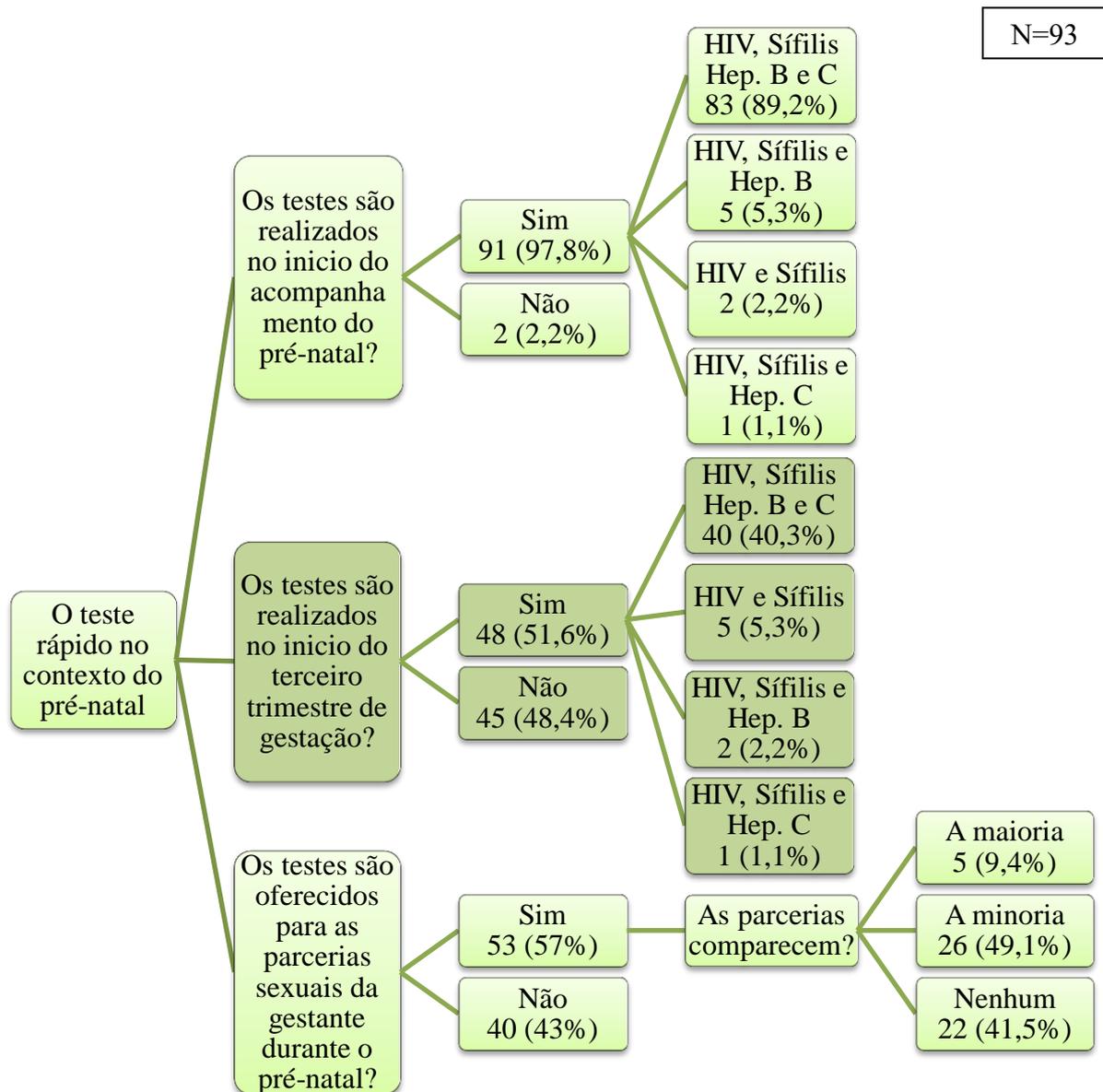
A penicilina benzatina estava disponível em 81 equipes (87,1%), faziam a administração da medicação na unidade 47 (50,5%). Quando indagados sobre o tratamento do parceiro de uma gestante com resultado positivo para sífilis, 11 profissionais (11,8%) começavam o tratamento desses parceiros imediatamente, mesmo sem o resultado do exame.

Figura 01 – Características do processo de testagem e profissionais envolvidos nas unidades básicas de saúde - Seridó norte-rio-grandense, Brasil, 2018



Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Figura 02 – Teste rápido para infecções sexualmente transmissíveis no acompanhamento do pré-natal nas unidades básicas de saúde - Seridó norte-rio-grandense, Brasil, 2018



Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

DISCUSSÃO

Participação dos municípios, unidades e equipes

O maior desfalque foi por parte dos municípios, cinco (21,7%) não participaram devido ao(à) Secretário(a) Municipal de Saúde não concordar com o estudo ou não entregar a carta de anuência. Mesmo sendo explanados o intuito do projeto e a importância da adesão para o desenvolvimento científico, transpareceu, por parte de alguns gestores, um receio

referente a um julgamento pessoal sobre a situação de saúde do município no que se relaciona aos testes, mesmo os dados da pesquisa possuindo apenas caráter acadêmico-científico.

Uma vez que os municípios não participantes apresentam um número restrito de UBS e equipes de ESF, a ausência dos cinco municípios não ocasionou impacto no quantitativo geral do estudo. Com uma média acima dos 90%, a pesquisa teve uma boa aceitação por parte das unidades e equipes, as quais se caracterizaram como predominantemente urbanas.

Oferta do teste rápido

Das equipes entrevistadas, 93% ofereciam os testes, número expressivo, visto que o processo de implantação do TR na atenção primária do Brasil vem ocorrendo de forma gradual¹⁰⁻¹¹. Achados extraídos da avaliação externa do I ciclo do PMAQ-AB, em 2011, constataram que 96,6% e 86% das equipes afirmaram nunca ter disponíveis os testes rápidos de sífilis e HIV, respectivamente⁽¹⁰⁾. Em 2013, no II ciclo do PMAQ-AB, os testes de sífilis não estavam disponíveis em 71% das equipes e 70% não tinham o teste de HIV¹¹. Constatando, assim, um processo lento e com uma série de limitações e peculiaridades que entravam sua efetivação. Somado a isso, a diversidade de contextos nos quais as UBS estão presentes nos induz ao pensamento de que o processo de inserção do teste na rotina dos serviços não ocorra de maneira uniforme em todo o país.

Os profissionais continuam a enfrentar inúmeras barreiras ao inserirem testes rotineiros de HIV nas configurações de atenção primária¹². Com relação a essas dificuldades, estudo com 24 UBS apontou que, entre as dificuldades encontradas para a realização do TR, estavam: baixa adesão, estrutura física inadequada e testes com validade vencida¹³. Pesquisa no Sul do Brasil evidenciou que, mesmo após a capacitação e tempo de cerca de cinco meses, nenhuma das equipes da ESF capacitadas implantara a testagem no serviço, e os motivos foram: infraestrutura inadequada; recursos humanos insuficientes; insegurança no seguimento do usuário com teste rápido reagente¹⁴.

Os achados deste estudo corroboram algumas dificuldades constatadas, como a estrutura da UBS inadequada. A inserção de uma política nos serviços de saúde perpassa por fatores individuais, como a motivação de cada um, até questões gerenciais como estrutura física propícia e dimensionamento de profissionais adequado. Sobre a descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção primária, constata-se que o processo envolve uma mobilização subjetiva do trabalhador e sua efetivação tem maiores condições de ocorrer sob a perspectiva de corresponsabilidade, em vez de transferência de responsabilidade¹⁵.

A testagem no pré-natal é uma intervenção viável e aceitável, com grande probabilidade de ser adotada pelos profissionais como serviço de rotina e ser incorporada como uma prática cotidiana¹⁶. Das 93 equipes que realizavam os testes, somente duas não realizavam dentro do componente do pré-natal, o que se pode considerar um bom resultado, se comparado com outras realidades nacionais.

Confrontando a boa aceitação do TR no pré-natal e comprovando que a atenção primária apresentava dificuldades para implantar os TRs de sífilis e HIV na rotina do pré-natal¹³, no Amazonas, estudo com 376 gestantes no período de 2015 a 2017 apontou que, apesar da grande adesão ao pré-natal (83,5%), 255 (67,8%) somente receberam o diagnóstico de sífilis na admissão para o parto¹⁷. Em São Paulo, pesquisa com 328 gerentes das UBS do município constatou que 32,9% não faziam teste de detecção do HIV no pré-natal e 38,1% não ofereciam teste de sífilis à gestante no primeiro e terceiro trimestres da gestação¹⁸. Os dados sugerem um processo de descentralização do TR para a atenção primária de maneira distinta nas diferentes localidades e com influência de diversos fatores, dentre eles o contexto no qual está inserido.

Os resultados demonstraram que aproximadamente metade das equipes não oferecia os testes no início do terceiro trimestre de gestação, indo de encontro ao que é preconizado⁵. A integração do rastreamento do HIV na atenção primária como parte do pré-natal é viável, benéfica, aumenta a aceitação do teste de HIV e facilita a ampla cobertura geográfica, proporcionando a oportunidade de acessar uma gama de serviços de assistência, suporte, tratamento e, eventualmente, prevenir a transmissão da infecção para a próxima geração¹⁹.

Mais da metade das equipes oferecia os testes para os (as) parceiros (as) sexuais da gestante, entretanto a adesão destes ainda se mostra insuficiente. Corroborando essa informação, pesquisa no Rio de Janeiro constatou que a maioria das enfermeiras (86%) recrutava os parceiros sexuais das gestantes para realizarem o teste de sífilis, mas, quando indagadas sobre as dificuldades, a maioria delas (76%) respondeu ser difícil a adesão do parceiro ao tratamento²⁰. Dificuldade esta também constatada por enfermeiros do Ceará, os quais expressaram a identificação dos parceiros como um obstáculo durante o acompanhamento de pessoas com sífilis, pois em alguns casos existe a multiplicidade de parceiros e, em outros, a usuária se recusa a falar sobre os parceiros (as)²¹.

O rastreamento das ISTs não identifica apenas uma pessoa, sempre estará ligado a uma rede de transmissão. Quando não identificado e tratado o agravo, este se perpetua na comunidade e expõe o indivíduo à reinfecção, caso não se estabeleça a adesão ao uso de preservativos. Um terço dos parceiros sexuais de pessoas com sífilis recente desenvolverão

sífilis dentro de 30 dias da exposição. Portanto, além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial, se houve exposição à pessoa com sífilis (até 90 dias), recomenda-se oferta de tratamento presuntivo a esses parceiros sexuais, independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas, com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões⁵.

Administração da penicilina benzatina na atenção primária

Confrontando com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, o resultado deste estudo evidenciou que uma pequena parcela dos entrevistados (11,8%) iniciaria o tratamento presuntivo do parceiro da gestante com resultado positivo para sífilis sem os exames confirmatórios do mesmo, dificultando a interrupção da cadeia de transmissão, aumentando a possibilidade de reinfecção da gestante e transmissão vertical. De encontro a esse achado, no Sudeste do país, 64,9% das UBS indicavam tratamento com Penicilina Benzatina para o parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis, sem pedido ou resultado de exame¹⁸.

Tão preocupante quanto o não tratamento imediato do parceiro da gestante com sífilis foi o fato de que, mesmo a maioria das unidades tendo disponibilidade da penicilina benzatina (87,1%), aproximadamente metade dos profissionais não administravam a medicação na UBS. Atualmente a benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação⁹. Metanálise realizada em 43 países comprovou a redução de óbito fetal e morte neonatal em gestantes portadoras de sífilis que realizaram o tratamento com penicilina benzatina, a terapia reduziu a incidência de óbito fetal e morte neonatal em 80% e a sífilis congênita em 97%²².

O grande desafio a ser enfrentado para administração da penicilina benzatina nas UBS é o receio dos profissionais da ocorrência de eventos adversos, principalmente a reação anafilática, sem que haja recursos adequados para a reversão destes quadros²³. Mesmo as pesquisas indicando que a ocorrência de reações alérgicas é estimada em 2% por curso de tratamento e que as reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% das pessoas tratadas com penicilina, com aproximadamente dois óbitos por 100.000 tratamentos²⁴⁻²⁵, a resistência ainda é alta. Pesquisa realizada com 376 casos de sífilis congênita concluiu que, apesar de existir diagnóstico e tratamento eficaz para a sífilis gestacional e congênita, estas persistem como um grave problema de saúde pública, uma vez que o atendimento no pré-natal ainda não é de qualidade e não é suficiente para garantir o controle da sífilis¹⁷.

Outro fator que possivelmente contribui para a resistência dos profissionais é um amplo histórico de decisões sobre a administração da penicilina na atenção primária no Brasil, conforme apresentado no Quadro 01.

Quadro 01 – Decisões normativas a respeito da administração da penicilina benzatina na atenção primária brasileira – Brasil, 2006 a 2017

Data	Documento	Principais Informações
19 de janeiro de 2006	Portaria Ministerial nº 156	Determinava a utilização da penicilina nas unidades de saúde. Vários tópicos chamavam a atenção para anafilaxia por penicilina, modo de tratamento, materiais, equipamentos e medicamentos a serem usados na reação alérgica. Instruía que toda reação leve à penicilina deveria ser manejada pela atenção básica, que deveria dispor de pessoal capacitado para diagnóstico e tratamento e material necessário, restringindo a administração nos serviços que não dispunham de pessoal e material dentro dos requisitos.
27 de dezembro de 2011	Portaria ministerial nº 3.161	Dispõe sobre a administração da penicilina pela equipe de enfermagem, médico ou farmacêutico nas unidades de Atenção Básica, revogando a Portaria 156, contudo, não menciona os insumos necessários para intercorrências.
10 de janeiro de 2014	Cofen – Parecer de Conselheiro nº 008/2014	Em vista da Portaria 3.161, o parecer lista materiais equipamentos e medicamentos necessários para que a penicilina fosse administrada na atenção básica.
8 de julho de 2015	Decisão Cofen nº 0094/2015	Revoga expressamente o Parecer de Conselheiro do Cofen nº 008/2014.
14 de junho de 2017	Nota técnica Cofen/CTLN nº 03/2017	Esclarece aos profissionais a importância da administração da penicilina benzatina na atenção básica, deixando claro que os profissionais de enfermagem podem administrar a nas UBS mediante prescrição médica ou de enfermagem.

Fonte: Portaria Ministerial nº 156, Portaria ministerial nº 3.161, Cofen Parecer de Conselheiro nº 008/2014, Decisão do Cofen nº 0094/2015, Nota técnica Cofen/CTLN nº 03/2017.

A quantidade de informações publicadas ao longo dos anos reforça a resistência dos profissionais que, por vezes, ao não se atualizarem, acabam embasando suas decisões em normativas revogadas.

A sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, em especial do profissional enfermeiro atuante na atenção primária possivelmente também tenha influencia na resistência destes profissionais. Os resultados apontam que, no processo de testagem, o enfermeiro surge como único profissional responsável por todas as etapas em cerca de 90% das equipes. Profissionais que atuavam como matriciadoras para a realização do aconselhamento e teste rápido na Atenção Primária constataram que as categorias que mais participavam dos matriciamentos eram enfermeiras e, em alguns casos, médicos, enfatizando a importância de que mais de um profissional da equipe se capacitasse²⁶.

Questões em torno de aconselhamento são conhecidas por representarem um grande desafio na aceitação do teste. Embora seja necessário agilizar o diagnóstico, também é importante fornecer as condições e orientações pertinentes para que o atendimento seja

integral. O aconselhamento pré e pós-teste é de suma importância para que a mulher saia do consultório com as suas dúvidas esclarecidas²⁷.

Mesmo entendendo o aconselhamento como fator primordial no processo de testagem, pesquisa nos serviços de ginecologia da atenção básica, com mulheres que realizaram o teste anti-HIV, apontou que a estratégia de sensibilização e aconselhamento não foi realizada com nenhuma das entrevistadas²⁸. Estudo com 23 indivíduos soropositivos constatou que menos de um terço recebeu recomendações no pré-teste, as quais se resumiram no esclarecimento sobre a motivação do exame²⁹. Dentre 16 grávidas entrevistadas no Rio de Janeiro, 93,75% afirmaram que nenhuma orientação sobre ISTs foi fornecida durante o pré-natal, constatando a grande lacuna existente no pré-natal no tocante à abordagem dessa temática². Com os resultados deste estudo, infere-se que o acúmulo de todas as etapas da testagem no enfermeiro pode contribuir para um processo de trabalho inadequado e enfatizar a resistência na administração da penicilina benzatina na atenção primária.

Destaca-se a importância de que as demais categorias profissionais se envolvam na temática e sintam-se também responsáveis pelo TR. No momento em que a testagem se tornar uma responsabilidade da equipe e não de uma única profissão, estaremos caminhando para uma integralidade no fazer saúde e um processo de trabalho mais compartilhado. Este estudo apresenta como limitação o fato de refletir uma realidade regional, não podendo ser generalizada para a extensão de um país de diferentes contextos regionais como o Brasil. As fragilidades identificadas no processo de testagem servem de contribuição por abrirem premissa para reflexões sobre o assunto nas diferentes realidades dos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

A assistência da atenção primária em relação ao teste rápido para ISTs dentro do componente do pré-natal ainda se mostra deficiente, pois, mesmo as equipes tendo uma boa adesão ao teste, os fatores a ele associados, como realização do teste no período preconizado, testagem dos parceiros (as) sexuais da gestante, administração da penicilina benzatina e envolvimento da equipe ainda não aconteciam a contento. Não basta proporcionar o acesso da população ao serviço, é necessário que esse serviço aconteça com as mínimas condições de qualidade necessárias, tanto para os usuários quanto para os profissionais.

Promover a descentralização do teste rápido para ISTs para a atenção primária é um passo importante e necessário, contudo precisa ser dado com a delicadeza de perceber se o

caminho está propício para tal. Ao longo dessa caminhada é essencial identificar os principais obstáculos e traçar alternativas para superá-los da melhor maneira possível.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(5):e00110417. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00110417>
2. Mouta RJO, Oliveira CL, Medina ET, Prata JA, Correia LM, Mota CP. Factors associated with the non-use of measures to prevent sexually transmitted diseases during pregnancy. *Rev baiana enferm*. 2018;32:e26104. Doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.26104>
3. Spera AM, Eldin TK, Tosone G, Orlando R. Antiviral therapy for hepatitis C: has anything changed for pregnant/lactating women? *World J Hepatol*. 2016;8(12):557-565. Doi: <http://dx.doi.org/10.4254/wjh.v8.i12.557>
04. Passos ADC. Aspectos epidemiológicos das hepatites virais. *RMRP*. 2003;36:30-36. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v36i1p30-36>
05. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília; 2018. [acesso 2019 jan. 15]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>
06. Levandowski DC, Pereira M, Dores SDS, Ritt GC, Schuck LM, Sanches IR. Experiência da gravidez em situação de seropositividade para VIH: revisão da literatura Brasileira. *Análise Psicológica*. 2014;32(3):259-277. Doi: <https://doi.org/10.14417/ap.575>
07. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico de Sífilis [Internet]. Brasília; 2018. [acesso 2019 jan. 15]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>
08. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, Vries HJC, Francis SC, Mabey D, *et al*. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 25];17(8):9-53. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(17\)30310-9/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(17)30310-9/fulltext#articleInformation)
09. Morais IRD. Seridó Norte-Rio-Grandense: uma geografia da resistência. Caicó: Ed. do autor; 2005.
10. Mizevski VD, Brand EM, Calvo KS, Bellini FM, Machado VS, Duarte ERM, *et al*. Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti-HIV nas unidades de atenção básica do Brasil, no ano de 2012. *Saúde em Redes* [Internet]. 2017 [acesso 2019 jan. 25];3(1):40-49. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/823>
11. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Microdados da avaliação externa [Internet]. Brasília. [acesso 2019 jan. 25]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo#tab9.

12. White BL, Walsh J, Rayasam S, Pathman DE, Adimora AA, Golin CE. What Makes Me Screen for HIV? Perceived Barriers and Facilitators to Conducting Recommended Routine HIV Testing among Primary care Physicians in the Southeastern United States. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2015;14(2):127–135. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/2325957414524025>
13. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care in Fortaleza – Ceará. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):54-58. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i>
14. Nascimento DSF, Silva RC, Tártari DO, Cardoso EK. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-8. Doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1723](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1723)
15. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2016;26(3):785-806. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000300005>
16. Bocoum FY, Tarnagda G, Bationo F, Savadogo JR, Nacro S, Kouanda S, *et al*. Introducing onsite antenatal syphilis screening in Burkina Faso: implementation and evaluation of a feasibility intervention tailored to a local context. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 28];17(1):378. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28558812>
17. Saback MC, Viana JFS, Adorno SS, Costa MCB, Gomes KAS, Belém GLS, *et al*. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita na Maternidade Ana Braga – Manaus, Amazonas. *REAS EJCH*. 2019;11(5):e299. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e299.2019>
18. Val LF, Nichiata LYI. Comprehensiveness and programmatic vulnerability to stds/hiv/aids in primary care. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(n.esp):145-151. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600021>
19. Bindoria SV, Devkar R, Gupta I, Ranebennur V, Saggurti N, Ramesh S, *et al*. Development and pilot testing of HIV screening program integration within public/primary health centers providing antenatal care services in Maharashtra, India. *BMC Research Notes* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 28];7:177. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24670002>
20. Machado I, Silva VAN, Pereira RMS, Guidoreni CG, Gomes MP. Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras? *Revista Saúde e Pesquisa*. 2018;11(2):249-255. Doi: <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n2p249-255>
21. Rodrigues ARM, Silva MAM, Cavalcante AES, Moreira ACA, Netto JJM, Goyanna NF. Practice of nurses in the monitoring of syphilis in primary care. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 28];10(4):1247-55. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/issue/view/1283>
22. Kuznik A, Habib AG, Manabe YC, Lamorde M. Estimating the public health burden associated with adverse pregnancy outcomes resulting from syphilis infection across 43 countries in sub-Saharan Africa. *Sex Transm Dis*. 2015;42(7):369–375. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000291>
23. Conselho Federal de Enfermagem. Nota técnica Cofen/CTLN N° 03/2017 [Internet]. Brasília; 2017 [acesso 2019 jan. 30]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-tecnica-sobre-administracao-da-penicilina-benzatina_52797.html

24. Felix MMR, Kuschnir FC. Alergia à penicilina: aspectos atuais. *Adolescência & Saúde* [Internet]. 2011 [acesso 2019 jan. 30];8(3):43-53. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=285#
25. Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF. Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis no seu Município [Internet]. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 2008 [acesso 2019 jan. 30]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/como_prevenir_transmissao_vertical_hiv_prof.pdf
26. Rocha KB, Santos RRG, Conz J, Silveira ACT. Network transversality: matrix support in the decentralization of counseling and rapid testing for HIV, syphilis, and hepatites. *Saúde Debate*. 2016;40(109):22-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610902>
27. Previati SM, Vieira DM, Barbieri M. A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. *J Health Biol Sci* [Internet]. 2019 [acesso 2019 jan. 30];7(1):75-81. Disponível em: <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/2104>
28. Araújo CLF, Aguiar PS, Santos GKA, Oliveira MGP, Câmara LS. Anti-HIV testing in gynecology services in the city of Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 30];18(1):82-89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100082&script=sci_abstract&tlng=pt
29. Taquette SR, Rodrigues AO, Bortolotti LR. Perception of pre- and post-HIV test counseling among patients diagnosed with aids in adolescence HIV test counseling for adolescents. *Ciênc saúde coletiva* [online]. 2017;22(1):23-30. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.23532015>

5 PRODUTO TÉCNICO

Os resultados deste estudo, evidenciaram uma série de fragilidades no que concerne ao processo de testagem nas equipes de ESF da região do Seridó, sendo elas: o processo de capacitação, em virtude da ausência de certificado, da falta de acompanhamento e da centralização dessa atividade no enfermeiro; a responsabilidade de todas as etapas da testagem no profissional enfermeiro; a divulgação inadequada do teste; a ausência da testagem no início do terceiro trimestre de gestação; a não realização do teste nos parceiros sexuais da gestante; a insegurança dos profissionais em informar um resultado positivo; a ausência de contrarreferência e de um fluxograma local/regional a ser seguido com base no resultado dos exames; a resistência na administração da penicilina benzatina na atenção básica; e falta de confiabilidade nos testes que utilizam fluido oral.

Com base nas fragilidades citadas, sentiu-se a necessidade de contribuir com o processo de trabalho das equipes, no sentido de superação de algum desses pontos. Assim, propomos um material educativo, em forma áudio visual, de aconselhamento pré-teste. O vídeo tem como público-alvo os usuários do serviço de saúde e seu intuito é auxiliar os profissionais no aconselhamento que é realizado antes da testagem. O vídeo não substitui o aconselhamento com o profissional, mas de alguma forma pode colaborar nesse momento da testagem por trazer as informações essenciais e comuns para todos os usuários. Visando à acessibilidade, o vídeo dispõe de narração e legenda e pode ser usado em diversos contextos, para um aconselhamento individual ou coletivo e para as diversas faixas etárias.

Construção do Vídeo

Programas utilizados: Adobe Illustrator (confecção das imagens) e Adobe Premiere (Edição final do vídeo).

Construção das imagens: A partir de imagens-base encontradas em bancos de ilustrações digitais (denominadas tecnicamente de imagens vetoriais) e livres de direitos autorais, as ilustrações foram construídas a fim de reproduzir visualmente as informações da narração e do roteiro.

Seleção de BG: o áudio que é possível perceber ao fundo do vídeo é tecnicamente denominado como BG. Ele tem por objetivo dar dinamicidade ao vídeo e prender a atenção do expectador. Sem esta camada sonora, qualquer produto audiovisual corre o risco de ficar cansativo e pouco atrativo. Assim, foi utilizada música livre de direitos autorais disponibilizada no website Youtube.

Texto do Vídeo

Você já ouviu falar em IST? E em DST? No Brasil a sigla DST se referia a doenças sexualmente transmissíveis, porém, a partir do ano de 2016, a letra “D” da sigla foi substituída pela letra “I”. Assim, ao invés de falarmos em Doença Sexualmente Transmissível, falamos em Infecção Sexualmente Transmissível, ou IST. Dentre estas infecções, quatro merecem destaque: o HIV, a sífilis, e as hepatites B e C, e é sobre elas que vamos falar agora.

A hepatite é a inflamação do fígado e pode ser causada por vários fatores, como uso de medicação, álcool, drogas... Além desses fatores, a hepatite também é causada por vírus, daí o nome de “hepatites virais”. No Brasil, as mais comuns são as causadas pelos vírus A, B e C. Na hepatite A o contágio está relacionado a condições precárias de saneamento básico, da água e de higiene, mas a pessoa pode se recuperar completamente. Já, nas hepatites B e C, a doença pode se tornar crônica, que é quando permanece por mais de seis meses, podendo causar graves problemas ao fígado, como a cirrose e o câncer. Milhões de pessoas no Brasil são portadoras dos vírus das hepatites B ou C e não sabem, pois são doenças que nem sempre apresentam sintomas.

Já a sífilis é uma infecção causada por uma bactéria, e pode apresentar várias manifestações, de acordo com o momento da doença. Esses sinais podem variar desde uma ferida, geralmente única, que normalmente não dói, não coça, não arde e não tem pus, até manchas no corpo. A sífilis é uma doença curável, mas em 2016 foi considerada um problema de saúde pública no Brasil, devido a grande quantidade de casos.

Com relação ao HIV, esta é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana, um vírus que ataca o sistema responsável por defender o organismo das doenças. É importante entender que HIV é diferente de Aids. A Aids é o estágio mais avançado da doença, assim, ter o HIV não é a mesma coisa que ter a Aids. Atualmente não existe cura para o HIV, mas os medicamentos existentes ajudam a evitar o enfraquecimento do organismo.

Mas o que o HIV, a sífilis e as hepatites B e C têm em comum? Uma das relações entre eles é a forma de transmissão! Essas infecções são transmitidas principalmente por contato sexual, oral, anal ou vaginal, com uma pessoa que esteja infectada, sem o uso de camisinha masculina ou feminina. A transmissão também ocorre por instrumentos não esterilizados que furem ou cortem, transfusão de sangue contaminado e da mãe infectada para seu filho durante a gravidez, parto e amamentação.

Quem tem relação sexual desprotegida pode contrair uma IST. Não importam a idade, estado civil, classe social, identidade de gênero, orientação sexual, credo ou religião. A pessoa pode estar aparentemente saudável, e mesmo assim estar infectada por uma IST.

Se você, em algum momento da vida, teve comportamentos que o expuseram a contrair alguma destas infecções, é importante realizar uma avaliação de saúde. E, para ajudar nessa avaliação, existem os testes rápidos. Os testes são seguros, podem ser feitos com sangue obtido com um furo na ponta do dedo e até mesmo com fluido oral. Atualmente, existem testes rápidos para as quatro infecções aqui apresentadas, e o melhor, o resultado sai em até 30 minutos!

Ao fazer o teste, se o resultado der negativo, é essencial esclarecer todas as dúvidas e adotar medidas de proteção daí em diante. Mas, caso a exposição à infecção tenha sido recente, existe a possibilidade de o resultado ser um falso negativo, nessa situação, converse com o profissional de saúde e definam a melhor data para que o teste seja repetido.

Mas se o resultado der positivo? Bem, apesar de o impacto inicial causar grande desconforto, um passo muito importante foi dado, que foi ter acesso ao diagnóstico! Conhecer o quanto antes o resultado positivo para uma infecção é primordial para sua cura. E, nos casos onde a cura não é possível, o diagnóstico precoce aumenta a expectativa e a qualidade de vida da pessoa. O importante é buscar apoio na rede de saúde e aderir ao tratamento. É válido citar que, nos casos de sífilis, hepatites B e C, além do teste rápido, são necessários exames complementares para fechar o diagnóstico.

Outra questão fundamental, nos casos de resultado positivo, é a comunicação aos parceiros sexuais, pois o controle dessas infecções não ocorre apenas com o tratamento de quem busca ajuda. Para interromper a transmissão e evitar a reinfecção, é fundamental que os parceiros também sejam testados e tratados, com orientação de um profissional de saúde.

Sempre que necessário procure um profissional da área, esclareça suas dúvidas e, quando indicado, realize o teste rápido.

Créditos Pós-Vídeo

Vídeo fruto da dissertação “Adesão dos serviços de atenção básica ao teste rápido para as infecções sexualmente transmissíveis” Discente: Túlio César

Contato: tuca_cva@hotmail.com

Orientadora: Dr.^a Marize Barros de Souza

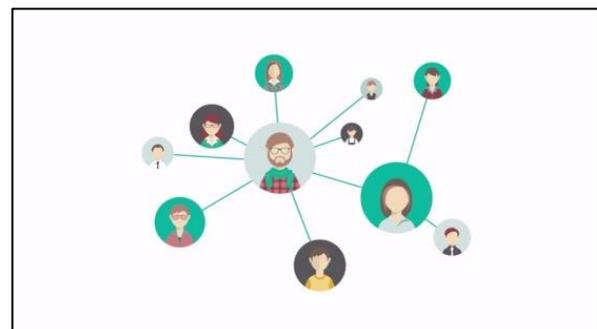
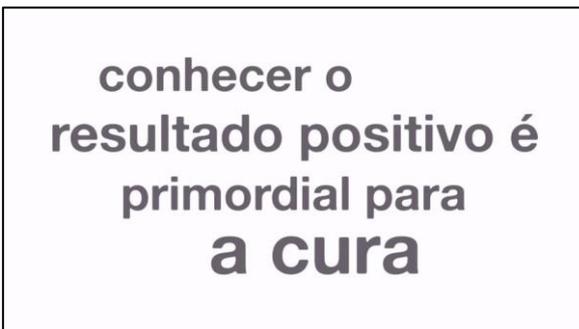
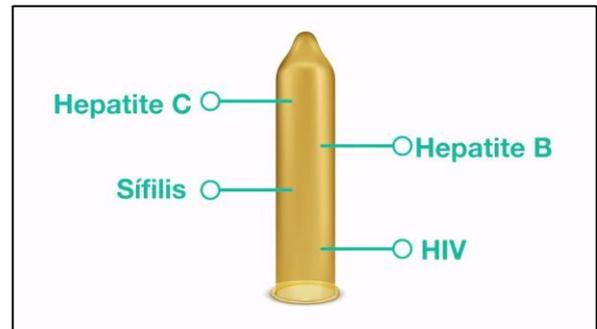
Referências: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ministério da Saúde

Adaptação e Narração: Túlio César
Produção executiva: Priscila Krüger

Vídeo Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=NESYgT9eQXU>

Imagens extraídas do vídeo de aconselhamento pré-teste



REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Hepatites Virais 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 49, n. 31, 2018c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2018>. Acesso em: 16 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV Aids 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 49, n. 53, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>. Acesso em: 16 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Sífilis 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 48, n. 36, 2017a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>. Acesso em: 16 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Sífilis 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 49, n. 45, out. 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em: 16 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais>. Acesso em: 16 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo hiv em adultos e crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018e. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. Acesso em: 16 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Microdados da avaliação externa, 1º Ciclo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=1_ciclo. Acesso em: 16 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Microdados da avaliação externa, 2º Ciclo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo#tab9. Acesso em: 16 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SVS/MS nº 77, de 12 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 12 jan. 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html. Acesso em: 16 mar. 2019.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3ª ed. Rio de Janeiro - RJ: Nova Fronteira, 1999.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Family health: limits and possibilities for an integral primary healthcare approach in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300014&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 16 mar. 2019.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

MAMBANGA, P.; SIRWALI, R. N.; TSHITANGANO, T. Factors contributing to men's reluctance to seek HIV counselling and testing at Primary Health Care facilities in Vhembe District of South Africa. **Afr J Prim Health Care Fam Med**, v. 8, n. 2, p. 1-7, maio, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27380851>. Acesso em: 16 mar. 2019.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad Saúde Públ**, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/sep, 1993. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 mar. 2019.

MIZEVSKI, V. D. *et al.* Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti-HIV nas unidades de atenção básica do Brasil, no ano de 2012. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 1, p. 40-49, 2017. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/823>. Acesso em: 16 mar. 2019.

MORAIS, I. R. D. **Seridó norte-riograndense**: uma geografia da resistência. Caicó – RN: Ed. do autor, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Infections sexuellement transmissibles**. Geneva, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/>. Acesso em: 16 mar. 2019.

SAITO, D. Y. T.; ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHVEITZER, M. C.; MAEDA, S. T. Usuário, cliente ou paciente?: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. **Texto contexto - enferm. [online]**. v. 22, n. 1, p.175-183. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100021&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 mar. 2019.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - SNS. **Jornadas de Doenças Infeciosas 2016**. Lisboa, 2016. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/05/31/jornadas-de-doencas-infeciosas-2016/>. Acesso em: 16 mar. 2019.

WHITE, B. L. *et al.* What Makes Me Screen for HIV? Perceived Barriers and Facilitators to Conducting Recommended Routine HIV Testing among Primary care Physicians in the Southeastern United States. **J Int Assoc Provid AIDS Care**, v. 14, n. 2, p. 127-135, mar./abr. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24643412>. Acesso em: 16 mar. 2019.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. A via que facilita é a mesma que dificulta: estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. **Fractal, Rev. Psicol.** v. 25, n. 1, p. 41-58, jan./abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000100004. Acesso em: 16 mar. 2019.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV- Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p.785-806, 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300785&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 16 mar. 2019.

LIÇÕES APRENDIDAS

Ao longo do curso de mestrado profissional surgiram oportunidades de aprendizado e divulgação dos trabalhos desenvolvidos na esfera acadêmica e no serviço de saúde. A seguir encontram-se listadas as produções realizadas durante o mestrado.

*Julho de 2017 – 14º Mostra Brasil Aqui Tem SUS – XXXIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Apresentação do trabalho: “O som quebrando barreiras: A música como ferramenta de superação da resistência ao profissional homem na coleta do citopatológico de colo uterino”. Trabalho divulgado no Catálogo de experiências exitosas 2017 – Mostra Brasil aqui tem SUS. CONASEMS. *Home page* do trabalho - http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/07/catalogo_experiencias_tela_AF04.pdf

*Outubro de 2017 – I Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde III Encontro Nordestino de PICS. Apresentação do trabalho: “Unindo e Compartilhando: O matriciamento pela ESF como facilitador do acesso as PICS”. *Home page* do trabalho - <http://editorarealize.com.br/revistas/congrecpics/resumo.php?idtrabalho=112>

*Dezembro de 2018 – III Simpósio HIVisibilidade no Brasil. Apresentação do trabalho: “Infecções Sexualmente Transmissíveis na escola: Informar, testar, tratar”. Menção Honrosa de melhor trabalho apresentado.

*Fevereiro de 2019 – Capítulo de Livro – “Unindo e compartilhando: O matriciamento pela ESF como facilitador do acesso às PICS. Relato de experiência.”. Bases conceituais da saúde 4. Organizadora Elisa Miranda Costa. Ponta Grossa/PR: Atena Editora, 2019. ISBN 978-85-7247-135-0 DOI 10.22533/at.ed.350191502 *Home page* - <https://www.atenaeditora.com.br/wp-content/uploads/2019/02/e-book-Bases-Conceituais-da-Sa%C3%BAde-4.pdf>

*Fevereiro de 2019 – Mostra RN aqui tem SUS. Apresentação dos trabalhos: “Infecções Sexualmente Transmissíveis na escola: Informar, testar, tratar” e “A interiorização da sífilis: Perfil epidemiológico da doença no interior do Rio Grande do Norte.”. O primeiro trabalho citado foi selecionado para a 16ª MOSTRA BRASIL AQUI TEM SUS, a ser realizada em julho de 2019 na cidade de Brasília.

*Março de 2019 – Artigo “A interiorização da sífilis: Perfil epidemiológico da doença em um município no interior do Rio Grande do Norte, 2013 – 2017. Submetido no periódico *Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil* (RESS). O artigo na íntegra encontra-se a seguir.

A INTERIORIZAÇÃO DA SÍFILIS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA EM UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE, 2013 – 2017

THE INTERIORIZATION OF SYPHILIS: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF DISEASE IN A MUNICIPALITY IN THE INTERIOR OF RIO GRANDE DO NORTE, 2013 – 2017

LA INTERIORIZACIÓN DE LA SÍFILIS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD EN UN MUNICIPIO EN EL INTERIOR DEL RÍO GRANDE DEL NORTE, 2013 – 2017

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em um município do Rio Grande do Norte. **Métodos:** Estudo descritivo, de natureza documental. Utilizaram-se os dados notificados entre 2013 e 2017. **Resultados:** Verificaram-se 57 casos de sífilis, sendo 38 de adquirida, quatro de congênita e 15 de gestacional. Os achados foram analisados de acordo com quatro grupos, sendo eles: **Completo e consistência:** 59,6% das notificações estavam com o item “bairro” em branco, em 21% a variável “gestante” estava inconsistente; **Sífilis adquirida, gestacional e congênita:** foram notificados mais casos em homens, 91% das notificações foram oriundas das unidades básicas de saúde, 59,6% ocorreram na zona urbana; **Sífilis adquirida e gestacional:** idade mínima de 13 e máxima de 82 anos, a escolaridade tinha 27,4% como “ignorado”. Sobre a **Sífilis gestacional:** 40% dos diagnósticos ocorreram no 1º trimestre, 13,3% dos parceiros foram tratados. **Conclusão:** A incidência apresentou valores crescentes nos anos de estudo.

Palavras-chave: Epidemiologia. Epidemiologia Descritiva. Sífilis. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasil.

Abstract

Objective: To describe the epidemiological profile of syphilis cases in a Rio Grande do Norte region. **Methods:** A descriptive-documental study using data reported between 2013 and 2017. **Results:** 57 cases of syphilis were found, being 38 acquired, four congenital and 15 gestational. The findings were analyzed according to four groups: **Completeness and consistency:** 59.6% had a blank space at the "neighborhood" information, 21% the variable "pregnant" was inconsistent; **Acquired, gestational and congenital syphilis:** more cases were reported in males, 91% of notifications came from Primary Health Care units, 59.6%

occurred in urban areas; **Acquired and gestational syphilis**: 13 as minimum age and 82 years as maximum, schooling had 27.4% as "ignored". About **Gestational syphilis**: 40% of the diagnosis occurred in the first trimester, 13.3% of the partners were treated. **Conclusion**: The incidence increased in the study years.

Keywords: Epidemiology. Epidemiology Descriptive. Syphilis. Sexually Transmitted Diseases. Brazil.

Resumen

Objetivo: describir el perfil epidemiológico de los casos de sífilis en una cidade de Rio Grande do Norte. **Métodos**: estudio descriptivo-documental con datos reportados entre 2013 y 2017. **Resultados**: se encontraron 57 casos de sífilis, 38 adquiridos, 4 congénitos y 15 gestacionales. Los datos se analizaron de acuerdo con cuatro grupos: **Integridad y consistencia**: el 59.6% tenía un espacio en blanco en la información del "vecindario", el 21% la variable "embarazada" era inconsistente; **Sífilis adquirida, gestacional y congénita**: se notificaron más casos en hombres, 91% de las notificaciones provinieron de unidades de Atención Primaria de Salud, 59.6% ocurrieron en áreas urbanas; **Sífilis adquirida y gestacional**: 13 años como mínimo y 82 años como máximo, la escolaridad tuvo 27,4% como "ignorado". Sobre la **sífilis gestacional**: el 40% del diagnóstico se produjo en el primer trimestre, el 13,3% de las parejas fueron tratadas. **Conclusión**: La incidencia aumentó en los años de estudio.

Palabras-clave: Epidemiologia. Epidemiología Descriptiva. Sífilis. Enfermedades de Transmisión Sexual. Brasil.

Introdução

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria de alta patogenicidade que tem o homem como o único reservatório. A transmissão pode ser sexual, vertical ou sanguínea, sendo a transmissão sexual a predominante. Já a transmissão vertical pode ocorrer durante toda a gestação, resultando, muitas vezes, em graves danos para o feto ou para a criança; o período de incubação varia de 10 a 90 dias – média de 21 dias – a partir do contato sexual infectante. Com relação ao tratamento, a penicilina é o medicamento de escolha para todas as apresentações da sífilis e a avaliação clínica do caso indicará o melhor esquema terapêutico. A suscetibilidade à infecção é universal e os anticorpos produzidos em infecções anteriores não são protetores¹.

A avaliação, juntamente com a anamnese, nos permite classificar a sífilis em relação ao tempo de infecção como recente (até dois anos de duração) e tardia (mais de dois anos de duração), e, com relação às manifestações clínicas, como primária, secundária, latente e terciária. Para o diagnóstico da sífilis é possível usar os exames diretos e os testes imunológicos. Os exames diretos são aqueles em que, por meio da observação direta em material retirado das lesões, visualiza-se a presença das espiroquetas². Dentre os testes imunológicos para sífilis temos os não treponêmicos, que detectam anticorpos que não são específicos para os antígenos G do *T. pallidum*, e os treponêmicos, que detectam anticorpos específicos para os antígenos do *T. pallidum*³.

A sífilis adquirida se define a partir de: todo indivíduo assintomático ou com evidência clínica de sífilis primária ou secundária com teste não treponêmico e treponêmico reagente. Sífilis em gestante é confirmada quando a gestante apresenta teste não treponêmico e treponêmico reagentes realizados durante o pré-natal; e em gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio. A sífilis congênita resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o feto, por via transplacentária (principalmente) ou no momento do parto¹.

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo território nacional foi instituída em dezembro de 1986; a da sífilis em gestantes, em julho de 2005; e, por último, a da sífilis adquirida, em agosto de 2010. Em 2016, a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil; a sífilis adquirida teve sua taxa de detecção aumentada de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 58,1 em 2017. Neste ano, as notificações do Nordeste em relação ao Brasil representaram 12,8% dos casos de sífilis adquirida, 18,5% de sífilis em gestantes e 27,9% de sífilis congênita. As notificações do Rio Grande do Norte (RN) em relação ao Nordeste equivaleram a 8,9% dos casos de sífilis adquirida, 4,6% de sífilis em gestantes e 6,5% de sífilis congênita⁴.

Observa-se no Brasil e no mundo um aumento no número de casos registrados de sífilis congênita, adquirida e em gestantes. Esse fenômeno pode estar relacionado ao incremento na cobertura de testagem, com a ampliação do uso dos testes rápidos nos serviços de saúde, à resistência por parte dos profissionais em administrar a penicilina nas unidades de Atenção Primária, ao desabastecimento desse medicamento em nível mundial, à redução do uso de preservativos, assim como ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica⁵.

Este estudo justifica-se pelo reconhecimento da sífilis como problema de saúde pública mundial. O Município de Jucurutu/ RN compartilha dessa problemática. Dessa forma, o conhecimento dos fatores associados à ocorrência de casos, nesse município, pode contribuir para o efetivo controle desse agravo, assim como instrumentalizar os profissionais sobre a epidemiologia da doença.

O presente artigo objetivou descrever o perfil epidemiológico da ocorrência de sífilis adquirida, gestacional e congênita no Município de Jucurutu, no Rio Grande do Norte, no período de 2013 a 2017.

Métodos

Tipo de estudo

Estudo retrospectivo transversal de natureza descritiva documental.

Cenário

O cenário deste estudo foi o Município de Jucurutu, o qual encontra-se situado na Região Nordeste do país, a 246 km da capital Natal, tinha uma população de 17.692 habitantes com base no censo de 2010, e a população estimada em 2018 era de 18.274 pessoas⁶. Na rede de atenção básica existem nove equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo cinco localizadas na zona urbana e quatro na zona rural, um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)⁷, e a cidade conta ainda com um hospital de nível municipal.

População e amostra

A população do estudo foi compreendida pelos casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita notificados no município no período compreendido entre janeiro de 2013 e dezembro 2017. Sobre a temporalidade, o estudo norteou-se pelo aumento constante no número de casos de sífilis no Brasil, nos últimos cinco anos⁵, assim sendo, surgiu a inquietação no sentido de entender se os números do Município de Jucurutu acompanhavam os dados nacionais.

Coleta e análise dos dados

A coleta dos dados ocorreu em outubro de 2018 por meio de informações secundárias obtidas nas fichas de notificações, as quais foram fornecidas pela Secretária Municipal de

Saúde (SMS), que realizou o resgate no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Posteriormente, as fichas foram organizadas e numeradas em ordem crescente por data de notificação, os dados foram tabulados em planilha eletrônica no programa Microsoft Excel, versão 2016, e depois analisados com apoio do Excel e SPSS versão 20.0.

A planilha eletrônica foi elaborada levando em consideração as variáveis relevantes para a descrição do perfil epidemiológico, sendo elas: ano da notificação, unidade notificadora, sexo, idade, cor, escolaridade, zona, rua, bairro, classificação da sífilis, idade gestacional, classificação clínica, resultados dos testes imunológicos, tratamento da gestante, tratamento do parceiro, motivo para não tratamento do parceiro.

Aspectos éticos

Este artigo foi fruto de um trabalho apresentado como requisito para conclusão do curso de Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde – EpiSUS – Fundamental. Tendo em vista a Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016, o trabalho não foi submetido ao CEP/CONEP, pois se trata de um artigo que objetivou o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, não revelando, em momento algum, os dados que possam identificar os sujeitos.

Resultados

No intuito de tornar os resultados encontrados mais didáticos, os achados foram divididos e analisados em quatro tópicos, sendo eles: Sobre a completude e a consistência das informações; Sobre os casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita; Sobre os casos de sífilis adquirida e gestacional; e Sobre os casos de sífilis gestacional.

(i) Sobre a completude e a consistência das informações

Em relação à completude das informações, foram considerados incompletos os registros cujo campo estava sem informação ou foi preenchido como “ignorado”. A variável bairro apresentou maior percentual de incompletude (59,6%), seguida da escolaridade (28,1%). Foram consideradas inconsistências as informações que não apresentavam relação com os demais dados do indivíduo ou com código inválido. As variáveis com maior percentual de inconsistência foram “gestante” (21%) e classificação clínica da sífilis (5,3%). O Quadro 01 exibe as variáveis que apresentaram dados incompletos e/ou inconsistentes. (Quadro 01 – Consistência e completude das informações registradas nas notificações de sífilis no Município de Jucurutu de 2013 a 2017)

(ii) Sobre os casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita

Para as três classificações de sífilis (adquirida gestacional e congênita), optou-se por analisar conjuntamente as variáveis comuns a esses três tipos de notificação. A Tabela 01 apresenta discriminadamente os casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita classificados por ano (2013 – 2017) e o somatório dos casos. Observa-se um aumento expressivo no número de notificações das três classificações de sífilis nos anos de 2016 e 2017. Sobre a unidade notificadora, a Unidade Básica de Saúde (UBS) foi responsável por 91,2% do total de notificações e a rede hospitalar, por 8,8%. Quanto à procedência, 59,6% corresponderam à zona urbana, 24,6%, à rural e 15,8% estavam sem informação. No que se refere à sífilis adquirida, observa-se maior registro no sexo masculino (55,3%). O Quadro 02 explana dados referentes à unidade notificadora, zona de ocorrência e sexo.

(Tabela 01. Distribuição dos casos de sífilis, no Município de Jucurutu/RN no período de 2013 a 2017)

(Quadro 02. Distribuição dos casos de sífilis no Município de Jucurutu/RN no período de 2013 a 2017, segundo a unidade notificadora, zona e sexo)

Com relação à distribuição segundo raça/cor, 22 (38,6%) se declararam como pardos, 20 (35,1%), como brancos, seis (10,5%), como pretos, nove notificações (15,8%) tinham a resposta desta variável como “ignorado”.

(iii) Sobre os casos de sífilis adquirida, gestacional

Para os casos de sífilis adquirida e gestacional foram trabalhadas as variáveis idade e escolaridade, por serem comuns a essas classificações, e não eram cabíveis de análise conjunta com a sífilis congênita. Em relação à idade, das 53 notificações de sífilis adquirida e gestacional, uma notificação não tinha informação, as demais 52 notificações tiveram as seguintes medidas de tendência central: Média 31,04; Mediana 27,00; Moda 23; Idade mínima 13; Idade máxima 82 anos. O Gráfico 01 expõe a distribuição dos casos segundo a escolaridade, predominando a alternativa “Ignorado”, seguida por ensino médio completo e fundamental incompleto.

(Gráfico 01. Distribuição dos casos de sífilis adquirida e gestacional no Município de Jucurutu no período de 2013 a 2017, segundo a escolaridade)

(iv) Sobre os casos de sífilis gestacional

Sobre a classificação clínica dos 15 casos de sífilis gestacional, quatro (26,7%) foram classificadas como primárias; três (20%), como terciárias; duas (13,3%), latentes; duas (13,3%), como ignorado; duas (13,3%) estavam em branco; uma (6,7%); como secundária; e uma (6,7%), como confirmada. Seis notificações (40%) ocorreram no primeiro trimestre de gestação, seis (40%); no segundo trimestre e três (20%), no terceiro trimestre.

Uma gestante (6,7%) não teve o tratamento realizado e uma notificação (6,7%) não tinha informação sobre o tratamento, as demais 13 gestantes (86,6%) tiveram o tratamento para sífilis prescrito. No tocante à realização dos testes imunológicos para a sífilis, 86,7% dos casos apresentaram resultado reagente para o teste não treponêmico e 60% foram reagentes para o teste treponêmico. Observou-se que, em relação à realização do tratamento dos parceiros, 13,3% realizaram, 53,3% não realizaram e 26,7% constam como ignorado. Entre as causas para o não tratamento predominou a perda de contato da gestante com o parceiro (33,3%). A Tabela 02 expõe as informações relativas à realização do teste diagnóstico na gestante e tratamento do parceiro.

Discussão

Haja vista os resultados encontrados, constatou-se a necessidade da melhoria na qualidade das informações registradas, uma vez que o preenchimento incompleto da ficha foi constatado como um problema relevante e que necessita ser superado. As quatro variáveis com mais dados ausentes foram: bairro, escolaridade, zona, raça/cor e classificação clínica da sífilis. Quanto à inconsistência, a prevalência foi relacionada à variável “gestante”, em 21% das notificações constava como resposta o item “não se aplica” para mulheres em idade fértil. Uma vez que os indivíduos em questão podem engravidar, a alternativa não se mostra a mais adequada.

Utilizando os parâmetros de completude do Sinan, que avalia como boa – igual ou superior a 75,1%; regular – de 50,1 a 75,0%; baixa – de 25,1 a 50,0%; e completude muito baixa – igual ou inferior a 25,0%⁸. E, para consistência das variáveis, os parâmetros: excelente – igual ou superior a 90,0%; regular – de 70,0 a 89,0%; e baixa – inferior a 70,0%⁹. Infere-se que a completude referente às variáveis Bairro e Escolaridade foi “baixa” e “regular”, respectivamente; quanto à consistência da variável “gestante”, a mesma se enquadrou como “regular”. Com isso, percebe-se a fragilidade do processo de trabalho em relação à notificação dos casos de sífilis, seja no momento da notificação, seja na digitalização, uma vez que no município o repasse das informações para o sistema é centralizado.

Seguindo o panorama nacional, o Município de Jucurutu apresentou um aumento constante nos casos de sífilis nos últimos cinco anos. Comparando o ano de 2013 com 2017, ocorreu um aumento de 1.300%, passando de dois casos em 2013 para 26 em 2017. A maior incidência ocorreu em 2017, com uma taxa de 1,4 casos para cada 1.000 habitantes. De 2013 a 2017, para cada 3,7 casos de sífilis gestacional houve um caso de sífilis congênita,

acompanhando o padrão do Brasil e do Nordeste que, em 2017, registraram mais casos de sífilis gestacional do que de sífilis congênita⁴. Tais dados são relevantes, pois mostram que parte das gestantes está tendo acesso ao tratamento durante a gestação e prevenindo a ocorrência de sífilis congênita.

Em contrapartida, tem-se os números registrados no Rio Grande do Norte no ano de 2016, onde para cada 0,7 casos de sífilis gestacional ocorreu um caso de sífilis congênita, e em 2017 a proporção foi de 0,9 para 1⁴⁻⁵. Corroborando esse achado, em estudo transversal realizado no Município de Fortaleza/Ceará, o qual analisou as fichas de notificação de gestantes com sífilis e seus respectivos conceitos no período de 2008 a 2010, a proporção encontrada foi ainda mais preocupante, para cada 0,2 casos de sífilis gestacional ocorreu um caso de sífilis congênita¹⁰.

Os resultados refletem um problema de subnotificação da sífilis gestacional. Além disso, apontam a magnitude do problema da sífilis congênita e a importância de maiores investimentos na melhoria da qualidade da assistência do pré-natal, uma vez que é possível inferir que possivelmente existem barreiras para essas gestantes, como, por exemplo: ausência, baixa qualidade ou início tardio do pré-natal; falta de acesso aos exames diagnósticos, tratamento e assistência de qualidade; abandono precoce do tratamento; e reinfeção devido ao não tratamento do parceiro.

Nos anos de 2013 e 2014, em Jucurutu predominaram registros de casos de sífilis gestacional, o que poderia ser atribuído à recomendação de ser realizado tal teste durante a gestação. A partir de 2015 a prevalência foi de casos de sífilis adquirida. Tal fato pode ser elucidado tendo em vista que no referido ano ocorreu uma capacitação para testes rápidos no município, o que incentivou os profissionais a realizarem essa ação, comprovando, assim, a importância das atividades de educação permanente para os profissionais e serviços de saúde.

A descentralização do teste rápido de HIV e outras ISTs para a atenção básica traz uma mudança significativa no atendimento, antes realizado prioritariamente em Centros Especializados de Testagens e Aconselhamento (CTAs) e, atualmente, disponível nas unidades de referência próximas à moradia dos usuários¹¹. Contudo, é importante entender que o processo de descentralização envolve uma mobilização subjetiva do trabalhador e sua efetivação tem maiores condições de ocorrer sob a perspectiva de corresponsabilidade, em vez de transferência de responsabilidade¹².

No Município de Jucurutu, do total de notificações realizadas, 91% ocorreram por parte das unidades básicas de saúde, confirmando, assim, a característica do serviço como porta de entrada do sistema de saúde e a efetividade do processo de descentralização da

atenção em ISTs para a atenção básica. Somente nos casos de sífilis congênita o hospital municipal realizou mais notificações que as UBS, o que pode ser justificado pelo contato precoce da instituição com o recém-nascido. A maior parte dos casos (59,6%) ocorreu na zona urbana, possivelmente em virtude do acesso mais fácil dessa população ao diagnóstico.

Foram notificados mais casos em homens do que em mulheres, diferente do que era esperado, uma vez que culturalmente a mulher procura mais os serviços preventivos de saúde que o homem. Entretanto, surge espaço para os seguintes questionamentos: A prevalência no sexo masculino é justificada pela hipótese de mais homens estarem procurando os serviços de saúde? Por fragilidade nas ações referentes à saúde do homem? Ou porque a incidência da doença no município é maior no sexo masculino? Ratificando esse último questionamento, estudo realizado em uma unidade de saúde do Município de Macapá identificou que, dos 497 testes de HIV realizados na unidade, 412 foram em mulheres e 85 em homens, todavia, quando levado em consideração o resultado reagente, ocorreram quatro casos em homens e quatro em mulheres, comprovando, assim, que o sexo masculino procura menos o serviço de saúde, contudo, a incidência é maior no homem, pois o resultado reagente apareceu em 4,8% dos homens testados, já nas mulheres o valor foi de 0,98%¹³.

A sífilis adquirida vem também se instalando entre os segmentos mais jovens da população brasileira, sobretudo entre homens, o que impõe a necessidade de desenvolver estratégias intersetoriais, incluindo ações de prevenção nas escolas e nas redes de interação juvenil. Esse movimento contribui para a promoção da saúde integral do homem, considerando que a maioria destes só procura serviços de saúde quando doente. Uma cultura que precisa ser revertida, principalmente em se tratando de ISTs⁴.

Levando em consideração as medidas de tendência central, nota-se a maior incidência entre adolescentes, o que confirma a necessidade de promover ações para esse público, uma vez que raramente os adolescentes procuram os serviços de saúde para atividades preventivas na área das infecções sexualmente transmissíveis. Fato constatado por pesquisa realizada em uma unidade básica de saúde da família, no Município de Rio Grande/RS, o qual concluiu que o número de adolescentes que buscam atendimento na unidade de saúde é elevado e diversificado, no entanto, quando o foco é promoção da saúde sexual e reprodutiva, percebe-se que o número de atendimentos é reduzido¹⁴.

Em relação à escolaridade, a prevalência foi em dois pontos “extremos”: ensino médio completo e fundamental incompleto, comprovando a suscetibilidade da população do município, de uma forma geral, à doença, que pode acometer indivíduos com mais ou menos estudo. Todavia, o destaque no quesito escolaridade foi para o alto índice de incompletude

(28,1%), o que acaba inviabilizando uma análise mais detalhada sobre a relação da sífilis com o grau de escolaridade.

Corroborando esse achado, estudo retrospectivo, de base documental coletada no Sinan e abordagem quantitativa, relativo ao agravo sífilis em gestante, em Curitiba/PR, concluiu que a análise da escolaridade poderia ter sido mais consistente se o campo escolaridade tivesse sido preenchido adequadamente ao longo dos anos, já que 142 casos (32%) foram enquadrados como “ignorados ou não se aplicam”¹⁵.

Quanto aos 15 casos de sífilis gestacional, seis notificações ocorreram no 1º trimestre e seis no 2º trimestre. O achado, mesmo não sendo o ideal, demonstra a ocorrência do diagnóstico precoce (dois primeiros trimestres), confirmando a efetividade dos serviços municipais de saúde em relação ao pré-natal e diagnóstico precoce. Quanto aos parceiros sexuais da gestante, somente 13,3% foram tratados e a maior motivação para o não tratamento foi que a gestante não teve mais contato com o parceiro. Uma vez que não existe mais contato entre os indivíduos, o município poderia traçar estratégias para realizar a busca ativa dessas pessoas, levando em consideração a cautela que o assunto exige.

Constata-se como limitações deste estudo o número restrito de casos resgatados no período em questão, o que muitas vezes tornava os cálculos estatísticos e proporções inviáveis, contudo, levando em consideração a população do município de cerca de 18 mil habitantes, os números são relevantes, pois em 2017 tivemos uma incidência de 1,4 casos para 1.000 habitantes.

Sugere-se que a Secretaria Municipal de Saúde promova a ampla divulgação dos dados aqui expostos aos profissionais da saúde e das áreas técnicas do município para que os mesmos possam entender os pontos positivos e negativos e, assim, repensem o seu processo de trabalho.

As unidades de saúde devem promover gradativamente, de acordo com a rotina de trabalho de cada um, a ampliação da informação e dos testes para jovens, uma vez que essa faixa etária teve uma incidência maior de casos. Por fim, destaca-se a importância da orientação dos profissionais em relação à notificação e preenchimento correto dos dados, tendo em vista que, a partir de tais informações, é possível avaliar o estado de saúde da população, definir metas e prioridades e planejar ações de saúde pública.

Agradecimentos

Atenciosamente agradecemos ao Ministério da Saúde e ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais por ofertarem o

curso do EpiSUS Fundamental para o Rio Grande do Norte, à Secretaria Estadual de Saúde pelo esforço e dedicação que teve para que o curso acontecesse da melhor maneira possível, à Secretaria Municipal de Saúde de Jucurutu por fornecer os dados necessários para que este trabalho pudesse se materializar. A todas essas instituições, nosso cordial obrigado.

Contribuição dos autores

Araújo TCV, Tritany EF e Souza MB contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; aprovação final da versão a ser publicada; e responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância em Saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de hiv, sífilis e hepatites virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso 2019 jan. 18]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [acesso 2019 jan. 18]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim epidemiológico sífilis 2018 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso 2019 jan. 18]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim epidemiológico sífilis 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso 2019 jan. 18]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Brasília; 2010. [acesso 2019 jan. 20] Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/jucurutu/panorama>
7. Araújo TCV, Santos MCB, Souza MB. Unindo e compartilhando: o matriciamento pela esf como facilitador do acesso as pics. relato de experiência. In: Costa EM. Bases conceituais da saúde 4. Ponta Grossa (PR): Atena Editora; 2019. p. 174-179. [acesso 2019 jan. 20]

Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/wp-content/uploads/2019/02/e-book-Bases-Conceituais-da-Sa%C3%BAde-4.pdf>

8. Ministério da Saúde (Brasil). Sinan relatórios: manual de operação. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Souza VMM, Brant JL, Arsky MLS, Araujo WN. Avaliação do sistema nacional de vigilância epidemiológica da leptospirose Brasil, 2007. *Cad Saude Coletiva*. 2010; 18(1):95-105.
10. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Analysis of cases of gestational and congenital syphilis between 2008 and 2010 in Fortaleza, State of Ceará, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [acesso 2019 jan. 22]; 23(2):563-574. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563
11. Ew RAS, Ferreira GS, Moro LM, Rocha KB. Stigma and rapid testing in primary care: users' and professionals' perception. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2018 jul-set [acesso 2019 jan. 22]; 31(3):1-11. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7463>
12. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso 2019 jan. 22]; 26(3):785-806. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300785&lng=pt&tlng=pt
13. Aguiar DS, Brito AL, Pojo IGS, Silva RN, Silva MCG, Menezes RAO. Enfermagem frente à testagem rápida de sífilis, hiv e hepatites virais em uma comunidade periférica de Macapá, Amapá. *Braz. J Hea Rev* [Internet]. 2018 jul-set [acesso 2019 jan. 22]; 1(1):164-184. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/653>
14. Gomes VLO, Acosta DF, Silva CD, Pinheiro TM, Souza CS. Atención en una unidad básica de salud: estudio con foco en la salud sexual de adolescentes del municipio de Rio Grande/RS. *Enfermería Global* [Internet]. 2013 jul [acesso 2019 jan. 22]; (12)31:117-124. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300007
15. Moroskoski M, Rozin L, Batista MC, Queiroz RO, Silva SP. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba – PR. *R Saúde Públ Paraná* [Internet]. 2018 jul [acesso 2019 jan. 22]; 1(1):47-58. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/39>

Tabelas, Quadros e Gráficos

Quadro 01 – Consistência e completude das informações registradas nas notificações de sífilis adquirida, gestacional e congênita no Município de Jucurutu/RN de 2013 a 2017

Variável	Completude Casos Incompletos		Consistência Casos Inconsistentes	
	N	%	N	%
Idade	01	1,8	0	0
Raça/Cor	9	15,8	0	0
Escolaridade	16	28,1	1	1,8
Zona	9	15,8	0	0
Bairro	34	59,6	0	0
Rua	3	5,3	0	0
Gestante	2	3,5	12	21
Classificação Clínica	4	7	3	5,3

Fonte: Fichas de notificação do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (Sinan) Ministério da Saúde, Brasil.

Tabela 01 – Distribuição dos casos de Sífilis adquirida, gestacional e congênita no Município de Jucurutu/RN no período de 2013 a 2017

Ano Notificação	Tipo			Total
	Adquirida	Congênita	Gestacional	
2013	0	0	2	2
2014	0	0	3	3
2015	7	1	0	8
2016	13	1	4	18
2017	18	2	6	26
Total	38	4	15	57

Fonte: Fichas de notificação do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (Sinan) Ministério da Saúde, Brasil.

Quadro 02 – Distribuição dos casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita no Município de Jucurutu/RN no período de 2013 a 2017, segundo a unidade notificadora, zona e sexo

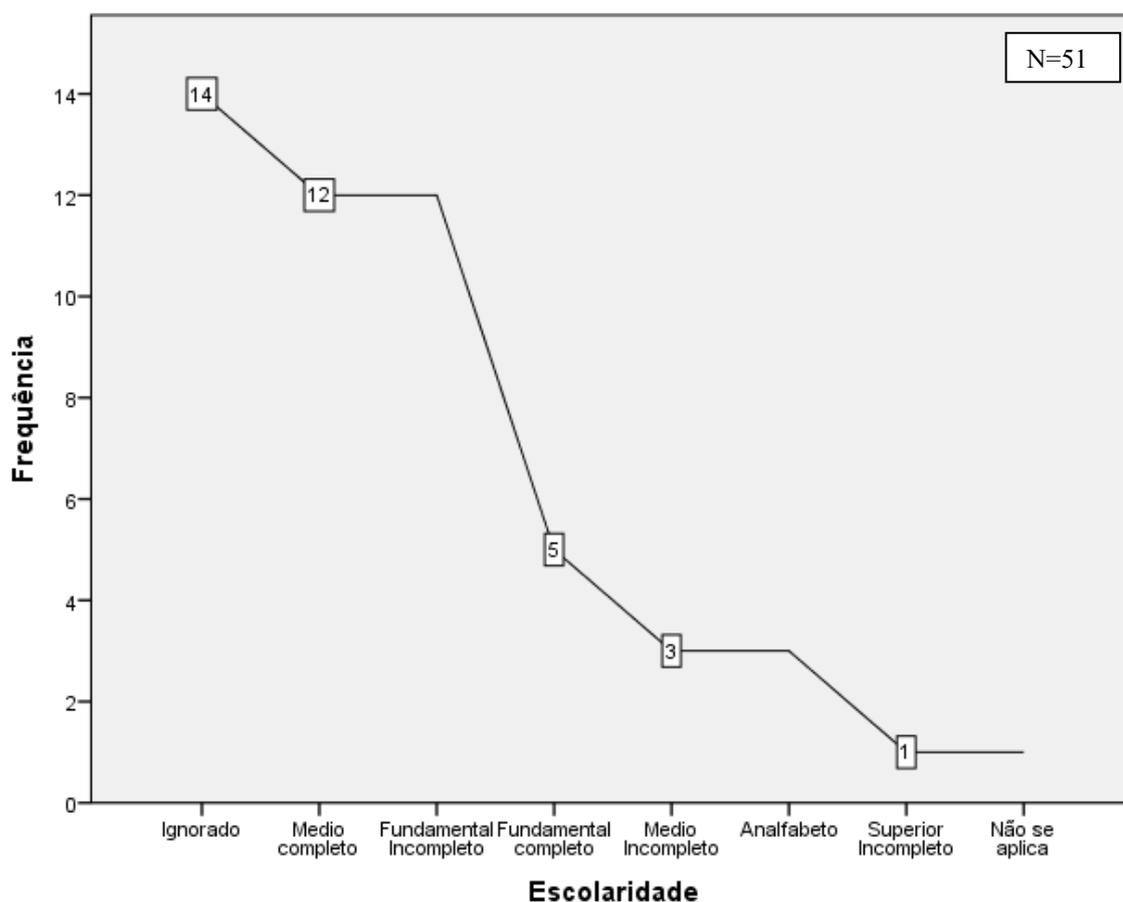
N=57

Variáveis	Gestacional		Congênita		Adquirida		Sífilis Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Unidade Notificadora									
Unidade Básica de Saúde	14	93,3	1	25	37	97,4	52	91,2	
Hospital	1	6,7	3	75	1	2,6	5	8,8	
Zona de ocorrência									
Urbana	8	53,4	1	25	25	65,8	34	59,6	
Rural	5	33,3	2	50	7	18,4	14	24,6	
Sem Informação	2	13,3	1	25	6	15,8	9	15,8	

Sexo								
Masculino	0	0	2	50	21	55,3	23	40,4
Feminino	15	100	2	50	17	44,7	34	59,6

Fonte: Fichas de notificação do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (Sinan) Ministério da Saúde, Brasil.

Gráfico 01. Distribuição dos casos de sífilis adquirida e gestacional no Município de Jucurutu no período de 2013 a 2017, segundo a escolaridade



Fonte: Fichas de notificação do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (Sinan) Ministério da Saúde, Brasil.

Tabela 02 – Testes imunológicos para sífilis (não treponêmicos e treponêmicos) realizados em casos notificados de sífilis gestacional e tratamento dos parceiros sexuais de mulheres notificadas com sífilis gestacional, Jucurutu/RN no período de 2013 a 2017

Variáveis	n	%
Teste não Treponêmico		
Reagente	13	86,7
Não Realizado	1	6,7
Sem Informação	1	6,7
Não Reagente	0	0
Total	15	100
Teste Treponêmico		
Reagente	9	60

Não Realizado	4	26,7
Não Reagente	1	6,7
Sem Informação	1	6,7
Total	15	100
Parceiro Tratado		
Não	8	53,3
Ignorado	4	26,7
Sim	2	13,3
Sem Informação	1	6,7
Total	15	100
Motivo para não tratamento		
Não teve mais contato com a gestante	5	33,3
Foi comunicado, mas recusou	2	13,3
Sorologia não reagente	2	13,3
Outro motivo	2	13,3
Sem Informação	2	13,3
Foi comunicado, mas não compareceu	1	6,7
Ignorado	1	6,7
Total	15	100

Fonte: Fichas de notificação do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (Sinan) Ministério da Saúde, Brasil.

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação da Atenção Básica no teste rápido para ISTs: Uma reflexão da realidade dos municípios da região do Seridó

Pesquisador: Túlio César Vieira de Araújo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83239417.0.0000.5537

Instituição Proponente: Escola de Saúde da UFRN

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.529.502

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa apresentado corresponde a trabalho para dissertação de mestrado (Mestrado Profissional em Práticas de Saúde e Educação/UFRN) no qual pretende-se avaliar a atuação de profissionais de Unidades Básicas de Saúde sobre o teste rápido para infecções sexualmente transmissíveis em 18 municípios da região do Seridó do RN. A amostra será constituída por 203 participantes sendo 103 profissionais envolvidos no processo de testagem da unidade de saúde e 103 gestores dos setores onde estes profissionais trabalham. O estudo é do tipo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa. Serão aplicadas entrevistas com questões abertas e fechadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário – Entender como está a implantação do teste rápido nos serviços de saúde e como o contexto que circundam as equipes da atenção básica podem influenciar esse serviço.

Objetivos Secundários – Relatar o processo de trabalho dos municípios que compõem a região do Seridó no que se refere ao teste rápido para as infecções sexualmente transmissíveis;

Identificar os principais aspectos estruturais, gerenciais e populacionais que podem influenciar a realização do teste rápido na atenção primária.

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



Continuação do Parecer: 2.529.502

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo relata o pesquisador, os riscos da pesquisa serão mínimos, principalmente ao relatar a realização do teste rápido no processo de mesmos poderão sentir-se emocionalmente constrangidos. Caso essa situação venha acontecer à entrevista será interrompida, e o entrevistador dará amparo necessário para tal ocorrido, somente após restabelecimento e se houver desejo por parte dos pesquisados em continuar participando, se dará prosseguimento à coleta de dados.

Benefícios:

Este estudo trará benefícios na produção de subsídios, para discussão de estratégias com vista a aprimorar e/ou adequar o funcionamento dos serviços, além de melhorar o desempenho das instituições, tendo em vista que os municípios tomariam conhecimento das possíveis dificuldades encontradas pelas equipes e assim poderiam traçar planos de ação em busca de possíveis soluções. Por se tratar de uma pesquisa em cidades distintas do estado, mas que partilham de realidades geográficas, econômicas e populacionais semelhantes os resultados podem motivar os gestores locais a se espelharem em exemplos bem-sucedidos dentro da realidade regional. O estudo pode ainda colaborar para o direcionamento de políticas públicas em saúde, ao apresentar informações sobre o processo de trabalho e os fatores que o circundam, conseqüentemente seria proporcionado uma melhoria da qualidade na assistência aos usuários destes estabelecimentos de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O processo contém as informações necessárias para o seu desenvolvimento, o cronograma está condizente e há Cartas de Anuência de todos os responsáveis pelas secretarias de saúde dos municípios envolvidos na pesquisa. O modelo de TCLE está de acordo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão contidos no processo.

Recomendações:

Considerando que o processo contém as informações necessárias de forma correta, não há recomendações a fazer.

É obrigatório o envio dos relatórios parcial (durante a pesquisa) e final (após o término da

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



Continuação do Parecer: 2.529.502

pesquisa). ver modelo no site do CEP Central/UFRN <www.cep.propesq.ufrn.br>.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise do protocolo de pesquisa, o CEP Central/UFRN decide pela aprovação do referido protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
2. desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);
3. apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u) ;
5. elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
6. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
7. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g) e,
8. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1046114.pdf	21/12/2017 01:59:39		Aceito

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

E-mail: cepufn@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



Continuação do Parecer: 2.529.502

Outros	Cartas_de_Anuencia.docx	21/12/2017 01:58:38	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito
Outros	Cartas_de_Anuencia.pdf	21/12/2017 01:53:26	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito
Outros	Instrumento_Coleta_de_Dados.docx	21/12/2017 00:20:28	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.docx	21/12/2017 00:18:40	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	21/12/2017 00:18:18	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito
Outros	Formulrio_CEP_CENTRAL.docx	21/12/2017 00:17:22	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito
Outros	Formulrio_CEP_CENTRAL.pdf	21/12/2017 00:16:24	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_ nao_ incio.docx	21/12/2017 00:08:08	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_ nao_ incio.pdf	21/12/2017 00:07:48	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/12/2017 00:06:27	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo.docx	21/12/2017 00:06:11	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	21/12/2017 00:05:47	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	21/12/2017 00:04:22	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	21/12/2017 00:02:01	Túlio César Vieira de Araújo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 07 de Março de 2018

Assinado por:
LÉLIA MARIA GUEDES QUEIROZ
(Coordenador)

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

UF: RN

Telefone: (84)3215-3135

Município: NATAL

CEP: 59.078-970

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

APÊNDICE – Instrumento de coleta de dados



Data ____ / ____ / ____

Domínio 1 – Caracterização da Unidade de Saúde e do profissional gestor

(Entrevistar o gestor, na ausência deste entrevistar o profissional com domínio sobre o processo de trabalho da equipe)

Qual o profissional entrevistado?

() Gestor da Unidade (Profissional oficialmente designado como gestor da unidade)

() Profissional com domínio sobre o processo de trabalho da equipe

1.1 - Cidade _____

1.2 - Nome da Unidade de Saúde _____

1.3 - Zona () Urbana () Rural

1.4 - A unidade possui estrutura própria? () Sim () Não

1.5 - Número médio de pessoas na área de abrangência da unidade _____

1.6 - Há horário fixo de funcionamento da unidade? () Sim () Não

1.7 - Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)?

Segunda: Em que horário abre (____:____) Em que horário fecha (____:____)

() Com intervalo para almoço () Sem intervalo para almoço

Terça: Em que horário abre (____:____) Em que horário fecha (____:____)

() Com intervalo para almoço () Sem intervalo para almoço

Quarta: Em que horário abre (____:____) Em que horário fecha (____:____)

() Com intervalo para almoço () Sem intervalo para almoço

Quinta: Em que horário abre (____:____) Em que horário fecha (____:____)

() Com intervalo para almoço () Sem intervalo para almoço

Sexta: Em que horário abre (____:____) Em que horário fecha (____:____)

() Com intervalo para almoço () Sem intervalo para almoço

Sábado: Em que horário abre (____:____) Em que horário fecha (____:____)

() Com intervalo para almoço () Sem intervalo para almoço

Domingo: Em que horário abre (____:____) Em que horário fecha (____:____)

() Com intervalo para almoço () Sem intervalo para almoço

*Horário reservado para intervalo de almoço (____:____) às (____:____)

1.8 - Esta unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço?

() Sim () Não () Algumas, Especifique _____

1.9 - Quantas equipes estão atuando na estrutura desta unidade de saúde? _____

(Se existir mais de uma equipe na mesma unidade de saúde, aplicar a entrevista a partir do domínio 2 para cada profissional selecionado nas equipes.)

1.10 – Em relação à pessoa responsável pela gerência da unidade, qual a sua formação profissional? _____

1.11 – Há quanto tempo esse profissional está na gerência da unidade (meses)? _____

1.13 - Há quanto tempo esse profissional trabalha na unidade (meses)? _____

1.11 - Qual o seu tipo de vínculo?

() Servidor público estatutário

() Cargo comissionado

() Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)

() Contrato temporário por prestação de serviço

() Empregado público CLT

() Contrato CLT

() Autônomo

() Outro(s), Especifique _____

1.12 - Qual foi o mecanismo de ingresso do profissional que faz a gerência da UBS?

() Concurso público

() Seleção pública

() Outro(s), Especifique _____

1.14 - O profissional que faz a gerência da UBS organiza o seu trabalho de que maneira?

() Faz exclusivamente a gerência da UBS

() Divide-se entre gerência da UBS e cuidado ao usuário

() Dedicar menos que 20 h à gerência da UBS por conta de outros vínculos

() A gerência da UBS é compartilhada/rodiziada entre os profissionais

() Nenhuma das anteriores

1.15 - Qual a formação do profissional que faz a gerência da UBS? (**Maior titulação**)

() Possui graduação na área da saúde () Possui graduação na área diferente da saúde

- () Possui pós-graduação na área da saúde () Pós-graduação em área diferente da saúde
 () Possui nível médio ou técnico

Domínio 2 – Teste Rápido na Equipe de Saúde

(Entrevistar o profissional assistencial que está diretamente envolvido no serviço de testagem; caso não haja testagem, entrevistar o profissional que tenha domínio sobre o processo de trabalho da equipe.)

As perguntas sublinhadas permitem mais de uma alternativa como resposta.

- 2.1 - Formação profissional _____
- 2.2 - Qual o seu tipo de vínculo?
- () Servidor público estatutário
- () Cargo comissionado
- () Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)
- () Contrato temporário por prestação de serviço
- () Empregado público CLT
- () Contrato CLT
- () Autônomo
- () Outro(s), Especifique _____
- 2.3 - Qual foi o mecanismo de ingresso?
- () Concurso público
- () Seleção pública
- () Outro(s), Especifique _____
- 2.4 - Há quanto tempo trabalha no serviço (meses)? _____
- 2.5 - Número médio de pessoas na área de abrangência da equipe _____
- 2.6 – Atualmente existe área descoberta da atuação do Agente Comunitário de Saúde?
- () Sim () Não
- 2.7 - Quais categorias profissionais assistenciais compõem o quadro atual de funcionários da saúde da equipe (com exceção do NASF) e quantos funcionários de cada categoria?
- Médico () Sim, Quantos? _____ () Não
- Enfermeiro () Sim, Quantos? _____ () Não
- Técnico de Enfermagem () Sim, Quantos? _____ () Não
- Agente Comunitário de Saúde () Sim, Quantos? _____ () Não
- Dentista () Sim, Quantos? _____ () Não

Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal () Sim, Quantos? _____ () Não

Outros _____

2.8 - Rotineiramente quantos dias semanais os profissionais se encontram presentes na unidade de saúde?

Médico, Quantos dias? _____

Enfermeiro, Quantos dias? _____

Técnico de Enfermagem, Quantos dias? _____

Agente Comunitário de Saúde, Quantos dias? _____

Dentista, Quantos dias? _____

Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal, Quantos dias? _____

Outros _____

2.9 - A equipe tem atividades na unidade de saúde em quais turnos?

() Manhã, Quantos dias? _____

() Tarde, Quantos dias? _____

() Noite, Quantos dias? _____

2.10 - A equipe de saúde oferta teste rápido para infecções sexualmente transmissíveis? (Em caso negativo, responder somente até a pergunta de número 2.14)

() Sim () Não

2.11 – Em caso negativo, qual o principal motivo para não realização do teste rápido?

() Equipe não é capacitada

() Número de profissionais da equipe não é suficiente

() Ausência dos testes na unidade

() Falta de tempo

() Estrutura da UBS inadequada para realização

() Outro motivo. Qual? _____

2.12 - Você tem conhecimento sobre a capacitação a distância para a realização dos testes rápidos?

() Sim () Não

2.13 - A equipe (pelo menos 1 profissional) participou de ações de educação permanente referentes aos testes para infecções sexualmente transmissíveis?

() Sim () Não

2.14 - Em caso negativo, por que não participou das ações de educação permanente? _____

2.15 - Ocorre o pré-teste?

() Sim () Não

2.16 - Em caso afirmativo, qual profissional realiza o pré-teste? Tipo de Vínculo Empregatício? Forma de ingresso? Há quanto tempo está no serviço?

2.17 - Qual profissional realiza a coleta de material para a testagem? Tipo de Vínculo Empregatício? Forma de ingresso? Há quanto tempo está no serviço?

2.18 - Ocorre o aconselhamento pós-teste?

() Sim () Não

2.19 - Em caso afirmativo, qual profissional realiza o aconselhamento pós-teste? Tipo de Vínculo Empregatício? Forma de ingresso? Há quanto tempo está no serviço?

2.20 - Os profissionais envolvidos na testagem foram capacitados?

() Sim () Não () Somente alguns

2.21 - Existe documento que comprove a capacitação?

() Sim () Não

2.22 - Os Agentes Comunitários de Saúde receberam capacitação sobre o teste rápido?

() Sim () Não

2.23 - Quantos profissionais assistenciais da equipe (com exceção do NASF) foram capacitados para a testagem? (Não considerar os Agentes Comunitários de Saúde) _____

2.24 - Formação base dos profissionais capacitados? _____

2.25 - Houve acompanhamento das equipes após a capacitação, no sentido de fornecer apoio para esclarecer dúvidas e superar dificuldades?

() Sim () Não () Não houve capacitação

2.26 - Em sua opinião, a equipe atual é suficiente para a realização do teste?

() Sim () Não, explique _____

2.27 - A equipe utiliza o termo de consentimento para a realização do teste?

() Sim () Não

2.28 - A equipe possui registros dos testes realizados?

() Sim () Não

2.29 - Em caso afirmativo da resposta anterior, como ocorre esse registro?

() Prontuário () Cópia do termo de consentimento () Planilha/tabela () Livro/ata

() Outro, qual? _____

2.30 - Qual a **principal** forma de divulgação dos testes para a população?

() Cartaz () Atividades coletivas () Sala de espera () Agente Comunitário de Saúde

() Outro, qual? _____

2.31 - Na sua opinião, a população da área é informada adequadamente sobre a realização do teste?

() Sim () Não

Explique _____

2.32 - Você considera o teste rápido um serviço de importância dentro do contexto da atenção primária?

() Sim () Não

Explique _____

2.33 - Em uma escala de zero a 10, como você considera a importância do serviço de teste rápido dentro do contexto da atenção primária? (Onde zero significa sem nenhuma importância e 10 a importância máxima)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

2.34 - Em uma escala de zero a 10, levando em consideração o contexto que lhe circunda enquanto profissional, qual a sua motivação para realização do teste rápido? (Onde zero significa sem motivação e 10 o maior nível de motivação)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Espaço destinado para justificativa da nota _____

2.35 - Os testes são armazenados na Unidade?

() Sim () Não

2.36 - O armazenamento dos testes ocorre em ambiente climatizado?

() Sim, em local com ar condicionado. () Sim, em geladeira () Não

2.37 - O local onde a testagem é realizada mantém temperatura adequada para os testes?

() Sim () Não, explique _____

2.38 - Em sua opinião, a unidade dispõe de sala adequada para a testagem, que preserve a privacidade visual/auditiva do usuário durante a consulta?

() Sim () Não, explique _____

2.39 - O material indispensável para realização do teste sempre que necessário está disponível?

() Sim () Não, explique _____

2.40 - Quais condições são avaliadas no teste rápido?

() HIV () Sífilis () Hepatite B () Hepatite C

2.41 - Com qual periodicidade é disponibilizado o teste rápido para os usuários?

() Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente () Mensalmente () Esquema de campanhas

2.42 - É realizado o teste rápido na gestante durante o pré-natal?

() Sim, todos () HIV () Sífilis () Hepatite B () Hepatite C () Não, nenhum

2.43 - É realizado o teste rápido na gestante no início do acompanhamento do pré-natal?

() Sim, todos () HIV () Sífilis () Hepatite B () Hepatite C () Não, nenhum

2.44 - É realizado o teste rápido na gestante no início do terceiro trimestre?

() Sim, todos () HIV () Sífilis () Hepatite B () Hepatite C () Não, nenhum

2.45 - O teste rápido é oferecido para as parcerias sexuais da gestante durante o pré-natal?

() Sim, todos () HIV () Sífilis () Hepatite B () Hepatite C () Não, nenhum

2.46 - Em caso afirmativo da pergunta anterior, as parcerias sexuais da gestante comparecem para realizar o teste rápido?

() Todos () A maioria () A minoria () Nenhum

2.47 - Quem tem acesso ao teste rápido na unidade de saúde?

() Somente as gestantes () A gestante e suas parcerias sexuais () Somente a população da área de abrangência da unidade () Toda a população que deseja fazer a testagem

2.48 - A população que realiza o teste são pessoas com comportamentos de risco? (Atualmente o Ministério da Saúde considera como comportamento de risco a relação sexual, homo ou heterossexual, com pessoa infectada sem o uso de preservativos; compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente, no uso de drogas injetáveis; reutilização de objetos perfurocortantes com presença de sangue ou fluidos contaminados pelo HIV.)

() A maioria () A minoria

2.49 - O resultado é dado no mesmo dia da coleta do teste?

() Sim () Não

2.50 - O responsável pela testagem sente-se seguro e capaz de informar um resultado positivo?

() Sim () Não

2.51 - É realizada a busca ativa dos casos positivos que não comparecem à unidade?

() Sim () Não

2.52 - É realizada a busca ativa das parcerias sexuais quando se tem um resultado positivo?

() Sim () Não

2.53 - Existe na unidade um documento com um fluxograma local/regional a ser seguido com base no resultado do teste rápido?

() Sim () Não

2.54 - Existe fluxo de referência/contrarreferência dos usuários encaminhados à especialidade em ISTs/Aids?

Sim Não

2.55 – Quando necessário, a equipe tem a Penicilina Benzatina sempre disponível?

Sim Não

2.56 - A equipe faz aplicação da Penicilina Benzatina na unidade de saúde quando há diagnóstico de sífilis?

Sim Não

2.57 - Indica tratamento com Penicilina Benzatina, sem pedido ou resultado de exame do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis?

Sim Não

2.58 - Na sua opinião, de uma maneira geral, os testes são confiáveis?

Sim Não

2.59 - Na sua opinião, os testes que utilizam amostra de sangue são confiáveis?

Sim Não

2.60 - Na sua opinião, os testes que utilizam fluido oral são confiáveis?

Sim Não