



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

ALINE COLETTI SORTICA

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, SÍFILIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, A
INTERSECÇÃO NECESSÁRIA:
UM ESTUDO DE CASO SOBRE SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA NO
MUNICÍPIO DE ESTEIO**

Porto Alegre

2017

ALINE COLETTI SORTICA

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, SÍFILIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, A
INTERSECÇÃO NECESSÁRIA:
UM ESTUDO DE CASO SOBRE SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA NO
MUNICÍPIO DE ESTEIO**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre no
Programa de Pós-Graduação em Ensino na
Saúde – Mestrado Profissional da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Sortica, Aline Coletto

Sortica, Aline Coletto Rede de Atenção À Saúde, Sifilis e Educação em Saúde, a intersecção necessária: Um estudo de caso sobre Sifilis em Gestante e Congênita no município de Esteio / Aline Coletto Sortica. -- 2017.
121 f.

Orientador: Paulo Peixoto de Albuquerque.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RE, 2017.

1. Sifilis. 2. Sifilis congênita. 3. Educação em saúde. 4. Assistência integral à saúde. I. Albuquerque, Paulo Peixoto de, orient. II. Título.



ATA PARA ASSINATURA Nº _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Aline Coletto Sortica, com ingresso em 24/04/2015
Título: **Rede de Atenção à Saúde, Sífilis e Educação em Saúde, a intersecção necessária: um estudo de caso sobre sífilis em gestante e congênita no município de Esteio**
Orientador: Prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque

Data: 31/03/2017
Horário: 14:30
Local: Sala 41 (1º andar) / FAMED

Banca Examinadora	Origem
Maisa Beltrame Pedrosa	SEERS
Luciana Fernandes Marques	UFRGS
Carmen Lucia Bezerra Machado	UFRGS

Porto Alegre, 31 de março de 2017.

Membros	Assinatura	Conceito	Indicação de Voto de Louvor
Maisa Beltrame Pedrosa		Aprovado	_____
Luciana Fernandes Marques		Aprovado	_____
Carmen Lucia Bezerra Machado		Aprovado	_____

Conceito Geral da Banca: (A) Correções solicitadas: () Sim (X) Não
Indicação de Voto de Louvor: () Sim () Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599
Porto Alegre / RS -

AGRADECIMENTOS

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por me proporcionarem a oportunidade de fazer parte do Mestrado em Ensino na Saúde e poder compartilhar com o corpo docente tantas vivências de aprendizado. Aprendi e cresci em cada aula, em cada leitura, em cada troca de experiência.

Um agradecimento especial ao meu orientador *Paulo Peixoto de Albuquerque*, que com sua tranquilidade me manteve no foco e tornou o percurso de construção deste trabalho um processo de crescimento, da forma mais leve possível. Obrigada por acreditar em mim!

E também aos gestores do município de *Esteio*, por abrir as portas da sua rede, me proporcionando esta vivência tão especial e principalmente aos profissionais que me receberam com os braços abertos, vocês tornaram este trabalho possível!

Agradeço a todos os colegas, que se tornaram amigos, os quais é impossível citar nomes, pois todos se tornaram pessoas especiais para mim, com os quais tive o privilégio de conviver, compartilhar angústias, risadas e muitos momentos memoráveis. Aos velhos amigos, que entenderam minha ausência frequente e que torcem por mim e me apoiam em cada momento! Obrigada, todos vocês estão no meu coração!

A *Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul*, onde aprendi muito e tive oportunidade de construir minha trajetória profissional trabalhando com Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV e Aids, tema pelo qual me apaixonei, por sua complexidade e diversidade. Obrigada aos meus diretores por me liberarem para as aulas e acreditaram que o mestrado agregará conhecimentos e qualificará o meu trabalho.

A minha mãe *Rosane*, por quem puxei em personalidade e no jeito de não se “acomodar” e a todos os familiares que torcem por mim sempre, que sabem o quanto este momento é importante. Amo vocês!

Ao meu marido *Walter*, que em muitos momentos perdeu a companhia para as atividades que gostamos de fazer juntos, mas sempre me apoiou e esteve do meu lado! E ao nosso filho *Pedro*, que antes mesmo de nascer já precisou dividir a atenção da mamãe com o estudo e o trabalho. Vocês são meus amores!

E por fim, a Deus por me trazer tantas bênçãos, sou grata pela vida que tenho, por me proporcionar tantas riquezas e oportunidades. Obrigada!

RESUMO

A sífilis permanece como um sério problema de saúde pública, o grande número de casos em gestantes e seus parceiros têm levado ao aumento da sífilis congênita, demonstrando a necessidade de estratégias de prevenção efetivas. O município de Esteio - Rio Grande do Sul foi o local de escolha para a realização deste estudo, por apresentar um número crescente de casos de sífilis congênita e conta em sua rede com a estrutura necessária para o cuidado no pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança, além de ser um município prioritário para ações de vigilância, prevenção e controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Teve como objetivo geral, identificar as potencialidades e fragilidades na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, no que se refere a educação em saúde e ao cuidado às gestantes e parceiros com sífilis e às crianças com suspeita ou diagnóstico de sífilis congênita. E como objetivos específicos: a) elaborar o mapeamento dos serviços da rede de saúde do município que tenham relação com o atendimento a sífilis em gestante e congênita; b) contribuir com elementos para subsidiar estratégias de educação no que se refere ao enfrentamento da sífilis congênita; c) propor uma metodologia de diagnóstico da rede de saúde que possa ser realizada em outros municípios. O estudo foi desenvolvido através de método qualitativo, tipo estudo de caso. Na primeira etapa, realizou-se pesquisa sobre o município, através de bibliografia, sites institucionais, bancos de dados do Ministério da Saúde, com o objetivo de conhecer e mapear a RAS e também os casos de sífilis congênita por bairros. Na segunda etapa, realizou-se 13 entrevistas individuais com gestores, médicos e enfermeiros da Atenção Básica e maternidade, profissional da Vigilância em Saúde e Agentes Comunitários de Saúde, através de questionário com perguntas semiestruturadas, baseados no caso fictício de uma gestante com sífilis. As entrevistas foram transcritas e organizadas em categorias. Através da análise de discurso, pretendeu-se compreender a percepção dos entrevistados sobre o cuidado da sífilis congênita, frente à realidade municipal. Nos resultados foi possível identificar potencialidade da RAS, onde verificou-se que os trabalhadores têm papel fundamental na participação das políticas de saúde e ensino na saúde, também foi verificada fragilidades, referentes ao financiamento em saúde e a própria estrutura da RAS. Na perspectiva dos entrevistados, emerge a complexidade do cuidado em saúde relacionado a uma IST, vinculada as dimensões técnica, de gestão, política, pedagógica, mas principalmente relacionadas a questões individuais e sociais da população. Por fim, são trazidas as possibilidades para a educação e propostas para o município.

Palavras-chaves: Sífilis. Sífilis congênita. Educação em Saúde. Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Syphilis remains a serious public health problem, the large incidence in pregnant woman and their partners have driven the increase of the congenital syphilis, thus the need of more effective prevention strategies. The City of Esteio – Rio Grande do Sul was the chosen location to conduct this study, as it only demonstrates an increasing number of cases of congenital syphilis but also has the necessary structure for the prenatal, childbirth, birth, puerperium, and health care, besides it is considered a priority city for surveillance, prevention and control of Sexually Transmittable Diseases (STD). The overall objective of this work is to identify the strengths and weaknesses in the Health Care Networks of Esteio City, in relation to health education and care for pregnant and partners with syphilis end for kids diagnosed or suspected of congenital syphilis. The specific objectives are: a) to map the services of the city's health network service related with the management of syphilis on pregnant and congenital syphilis; b) to contribute with elements to leverage education strategies concerning coping the congenital syphilis; c) to propose a diagnostic methodology on the health network that can be extended to other cities, with the goal of reducing congenital syphilis. The study used qualitative methodology, like case study. In the first phase, a research was conducted on the city using bibliographic references, institutional sites, Government Health databases, with the objective of understanding and mapping the Health Care Networks as well as the congenital syphilis cases on the neighborhoods. During second phase, were conducted 13 individual interviews with managers, doctors and nurses from the Primary Health and maternity, Health Surveillance Professionals and Community Health Agents, using semi-structured questionnaires, based on a fictional case of a pregnant with syphilis. The interviews were transcribed and organized in categories. The research applied speech analysis to understand the perception of the interviewed around the care of congenital syphilis, in front of the city's reality. In the results, it was identified the potential of the Health care networks, where the professionals have a fundamental role in the health care policies and health education. The results also demonstrated weaknesses related to health financing and the health care network itself. In the perspective of the interviewed, raises the complexity of the health care related to a STD, in relation to the technical aspects, management, policies, pedagogical, and mainly related to individual and social aspects of the population. Lastly, possibilities for education and proposals for health teaching were raised for the city.

Keywords: Syphilis. Congenital Syphilis. Health Education. Comprehensive health care.

LISTA DE ILUATRAÇÕES

Quadro 1 - Tratamento da sífilis congênita no período neonatal de acordo com a situação clínico laboratorial da mãe	22
Gráfico 1 - Série histórica do número de casos de Sífilis Congênita e Taxa de Incidência no município de Esteio – RS	24
Quadro 2 – Quadro de Análise de Discurso (QAD)	36
Figura 1 - Conceitos - chave.....	40
Figura 2 - Comparativo entre situação ideal e situação real e a ineficácia de uma prática pedagógica de saúde pública distanciada da comunidade, na presença de IST (Sífilis): Hipótese de trabalho	41
Mapa 1 - Mapa com Unidades Básicas de Saúde do município de Esteio –RS	48
Mapa 2 - Mapa com distribuição de casos acumulados de sífilis congênita (2007 a 2015) por bairro de Esteio – RS	54
Mapa 3 - Mapa com distribuição de casos acumulados de sífilis congênita (2007 à 2015) por bairro e serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde de Esteio – RS.....	56
Quadro de Análise de Discurso 1(QAD 1) - Percepção da situação/causa do problema por categoria profissional e local de trabalho	58
Quadro de Análise de Discurso 2 (QAD 2) - Opção técnica: por categoria profissional e local de trabalho	61
Quadro de Análise de Discurso 3 (QAD 3) - Percepção dos limites da situação problema: por categoria profissional e local de trabalho	65
Quadro de Análise de Discurso 4 (QAD 4) - Percepção das possibilidades pela educação em saúde: por categoria profissional e local de trabalho.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População município de Esteio – Rio Grande do Sul.....	44
Tabela 2 - Bairros Esteio - RS e casos de sífilis congênita (SC) ente 2007 a 2015.	54

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 QUANDO UM TEMA DE PESQUISA NÃO É SÓ UM TEMA, MAS UMA PROBLEMÁTICA PARA QUEM TRABALHA NA SAÚDE.....	14
2 NO CONTEXTO DA DOENÇA SOCIAL A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA	17
2.1 A DOENÇA	17
2.1.1 Diagnóstico	18
2.1.2 Tratamento da Sífilis em Gestantes.....	19
2.1.3 Tratamento da sífilis congênita	21
2.1.4 Epidemiologia da sífilis congênita.....	23
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: A MATERNIDADE E A PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	25
2.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	28
3 NA CONSTRUÇÃO DA PESQUISA UMA PERSPECTIVA SE EVIDENCIA: A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	33
3.1 CONCEITOS-CHAVES NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO	37
4 NA REALIDADE DE ESTEIO, OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A SÍFILIS	43
4.1 O MUNICÍPIO DE ESTEIO	43
4.2 FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	44
4.3 OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E OS SERVIÇOS DA RAS.....	47
4.3.1 Atenção primária em saúde.....	47
4.3.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	49
4.3.3 Programa Primeira Infância Melhor.....	49
4.4 ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE.....	49
4.4.1 Ambulatório de gestante de alto risco	50
4.4.2 Centro de especialidades	50
4.4.3 Centros de atenção psicossocial	51
4.4.4 Serviço de atenção especializada em HIV/AIDS.....	52
4.5 NÍVEL TERCIÁRIO	52
4.6 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	53
4.7 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE ESTEIO E A SÍFILIS CONGÊNITA	53
5 A REALIDADE DE ESTEIO NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	57
5.1 SÍNTESE DO QUADRO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1.....	60
5.2 SÍNTESE DO QUADRO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2.....	64

5.3 SÍNTESE DO QUADRO DE ANÁLISE DE DISCURSO 3.....	68
5.4 SÍNTESE DO QUADRO DE ANÁLISE DE DISCURSO 4.....	73
5.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados (roteiro entrevista)	100
APÊNDICE B - Carta de Concordância de Realização da Pesquisa.....	102
APÊNDICE C - Carta de Concordância de Realização da Pesquisa	103
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	104
ANEXO A – Parecer CEP/UFRGS.....	106
ANEXO B - Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce	110

APRESENTAÇÃO

Este trabalho aborda um sério problema de saúde pública na atualidade, a sífilis¹. Esta é uma doença secular, de tratamento efetivo e de baixo custo na população em geral, nas gestantes e seus parceiros, o aumento de casos, vem trazendo também a um aumento de casos de sífilis congênita nos últimos anos, o que demonstra a necessidade de estratégias de prevenção mais efetivas. Diferente da sífilis adquirida (adultos e gestantes), a sífilis congênita tem um alto custo financeiro para o sistema de saúde, além de um grande impacto social relacionada às sequelas da doença, justificando a realização de pesquisas nesta área.

No Brasil, entre as políticas de saúde pública, a assistência à saúde materno-infantil sempre foi prioritária, mesmo que com diferentes perspectivas no decorrer da história. Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8080 de 1990, questões relacionadas à mulher que já estavam em pauta no cenário nacional como a desigualdade entre os sexos, sexualidade, anticoncepção, infecções sexualmente transmissíveis, entre outras, foram fortalecidas pela garantia a uma saúde integral, universal e gratuita, preconizada pelo SUS (MESQUITA, 2010).

Como estratégia para garantir à integralidade no cuidado, às Redes de Atenção à Saúde (RASs) têm como prerrogativa organizar as ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, variando do nível de menor densidade, (Atenção Primária à Saúde² - APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (Atenção Secundária à Saúde), até o de maior densidade tecnológica (Atenção Terciária à Saúde), integradas através de sistemas de apoio técnico e de gestão, para uma população definida e um sistema logístico que garanta a referência e a contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde. Para efetivação das RASs, o Ministério da Saúde, instituiu diretrizes para sua organização através da Portaria Ministerial 4279 de 2010 (BRASIL, 2010a).

¹ A Sífilis ou Lues causada pela bactéria *Treponema pallidum*, identificada em 1905, é uma doença infectocontagiosa com manifestações cutâneas e sistêmicas, de evolução crônica e de transmissão predominantemente sexual. Ocorre com maior frequência em adultos sexualmente ativos, não tem predileção de raça ou gênero, mas está associada a fatores socioeconômicos, condições de higiene precárias e comportamento sexual (TALHARI; CORTEZ, 2010).

² Há diversas discussões sobre a concepção dos conceitos de Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica em Saúde e apesar de haver uma tendência internacional do uso de Atenção Primária, o governo brasileiro adotou o termo Atenção Básica (AB). Neste trabalho será utilizado o conceito de Atenção Básica, como sinônimos de Atenção Primária, definida como ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, para promover e proteger a saúde, prevenir doenças e agravos, efetuar tratamento e reabilitação de acordo com as necessidades da família e da comunidade (SOUSA, 2014, p. 45-46.)

Neste sentido é possível identificar um esforço para a implantação de redes temáticas de atenção à saúde nos estados e municípios, entre elas a Rede Cegonha, que visa à humanização da assistência, através da implementação de uma rede que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, o que está diretamente relacionado à prevenção da sífilis congênita.

Conhecer o território onde as pessoas vivem, os serviços de saúde existentes, o fluxo de atendimento, o processo de trabalho dos profissionais envolvidos com o cuidado, as características epidemiológicas e socioeconômicas locais, ou seja, conhecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um instrumento essencial para qualificar a adoção de políticas públicas de saúde.

Mas não basta conhecer a RAS, se o indivíduo (usuário) não é compreendido como um sujeito que tem suas concepções de saúde-doença, em sua condição social, econômica, familiar e em sua condição de gênero, principalmente quando falamos em uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), como a sífilis. Neste sentido, este trabalho pretende desenvolver estratégias para a educação em saúde, através de uma visão ampliada do cuidado em saúde, qualificando as práticas dos profissionais e gestores, contribuindo para um cuidado integral das gestantes e parceiros, com o intuito de reduzir novos casos de sífilis congênita.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Esteio, localizado na região metropolitana de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. O município foi o local de escolha para a realização do estudo, por apresentar um número crescente de casos de sífilis congênita nos últimos anos e também por contar em sua rede, com toda a estrutura para contemplar o cuidado no pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança, componentes preconizados na Rede Cegonha. Além de ser considerado um município prioritário do estado para ações de vigilância, prevenção e controle das IST, HIV e Aids, estando entre os 55 municípios do estado que recebem recurso financeiro federal para estas ações (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Este trabalho tem como objetivo geral, identificar as potencialidade e fragilidades na RAS do município de Esteio - RS, no que se refere a educação em saúde e ao cuidado às gestantes e parceiros com sífilis e o cuidado às crianças com suspeita e/ou diagnóstico de sífilis congênita

E apresenta três objetivos específicos:

- Elaborar o mapeamento dos serviços da rede de saúde do município de Esteio que tenham relação com o atendimento a sífilis em gestante e congênita;

- Contribuir com elementos para subsidiar estratégias de educação no que se refere ao enfrentamento da sífilis congênita.
- Propor uma metodologia de diagnóstico da rede de saúde que possa ser realizada em outros municípios, com o objetivo de reduzir a sífilis congênita.

O texto que segue apresenta a construção do percurso deste trabalho e está organizado da seguinte maneira:

O Capítulo 1, trata da temática da pesquisa, contextualizando além do tema a problemática da sífilis em gestante e congênita, para quem trabalha na saúde.

O capítulo 2, traz uma revisão de literatura sobre temas relevantes para a pesquisa, inicialmente apresentando a descrição da doença nas suas questões clínicas e epidemiológicas, após um resgate histórico das políticas sociais sobre a saúde materno-infantil no que se relaciona à prevenção da sífilis congênita e por fim, apresenta uma revisão sobre RAS.

O capítulo 3, apresenta o percurso metodológico para a construção da pesquisa, bem como os conceitos chaves na perspectiva da educação, que serão utilizados posteriormente na análise da pesquisa.

O capítulo 4, apresenta o município de Esteio e os seus serviços de saúde e sua relação com o atendimento à sífilis em gestante e congênita.

No capítulo 5, a análise dos discursos dos profissionais da saúde de Esteio, apresentam a percepção dos entrevistados, sobre o cuidado da sífilis congênita, frente a realidade do município de Esteio - RS.

No capítulo 6 – considerações finais – buscou-se fazer um ponto e vírgula, e não dar uma conclusão, sintetizando as percepções da autora referente ao apresentado no decorrer deste trabalho e também apresentar algumas “portas de saída”, no que se refere a educação em saúde.

1 QUANDO UM TEMA DE PESQUISA NÃO É SÓ UM TEMA, MAS UMA PROBLEMÁTICA PARA QUEM TRABALHA NA SAÚDE

No âmbito da gestão, na Coordenação da Política de IST/Aids, no Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria de Estado da Saúde do RS (SES-RS), onde estou inserida no meu cotidiano, tem se utilizado diversas estratégias para a redução do número de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano, pois além de ser um problema grave de saúde pública, também é um indicador de saúde pactuado a nível federal, estadual, regional e municipal.

Entre as estratégias realizadas para alcance desta meta, pode-se citar: realização sistemática de capacitações e atualizações em prevenção da transmissão vertical do HIV e Sífilis Congênita para profissionais da saúde; implantação de testagem rápida de HIV e Sífilis na Atenção Básica; pactuação com gestores municipais para que o diagnóstico e tratamento da Sífilis ocorram prioritariamente na Atenção Básica; repasse de recurso financeiro federal para ações de prevenção, diagnóstico e assistência às IST, HIV e Aids nos municípios; produção e distribuição de material técnico, como guia para atendimentos às gestantes e cartazes com fluxograma de diagnóstico e tratamento da sífilis para a Atenção Básica e maternidades; normatização da testagem rápida de HIV e Sífilis em 100% das parturientes, puérperas e nas internações por abortamento nas maternidades do estado, entre outras, porém estas estratégias pontuais não têm se mostrado suficiente para amenizar o problema.

Compreender a dinâmica da RAS, o fluxo de atendimento das Unidades Básicas de Saúde, maternidade e demais serviços de saúde do município e conhecer as estratégias de educação em saúde adotadas para o enfrentamento da sífilis congênita, no âmbito da gestão, vigilância e assistência em saúde em relação às gestantes, parceiros e crianças com suspeita ou diagnóstico de sífilis congênita é de fundamental importância para identificar os fatores que levam a este elevado número de casos de sífilis congênita.

Por que? Porque a priori, a Atenção Básica do município de Esteio, bem como a de muitos outros municípios, apresenta as tecnologias duras, que na concepção de Mehry et al. (1997), são serviços, exames, medicamentos, entre outras tecnologias para diagnosticar e tratar a sífilis nas gestantes e parceiros no pré-natal. O tratamento em tempo oportuno evita a transmissão vertical da sífilis³, ou seja, que a doença seja transmitida durante a gestação para o

³ A transmissão vertical da sífilis ocorre por via transplacentária ou hematogênica e pode resultar em parto prematuro, morte intrauterina ou morte neonatal. Quando não há óbito da criança ou quando o diagnóstico não é feito, a sífilis congênita pode resultar em sequelas como: cegueira, surdez, deficiência mental e deformidades físicas (SÃO PAULO, 2012, 86-116 p.).

concepto. Os casos não evitados podem evoluir para aborto, morte neonatal ou nascimento de uma criança doente devido a sífilis congênita. Neste último caso, a criança necessitará de assistência especializada durante sua internação e após a sua alta, devido as possíveis sequelas da doença, sendo necessário o envolvimento de outros pontos de atenção à saúde da RAS, do nível secundário e nível terciário.

Estima-se, que ocorram 2 milhões de casos de sífilis em gestantes por ano no mundo, destes, 25% dos casos resultam em natimortos ou abortos espontâneos e outros 25%, são de recém-nascidos com baixo peso ao nascer ou infecção grave, estando os dois casos associados a um maior risco de morte perinatal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

No Brasil em 2014, foram 27.595 gestantes notificadas com sífilis e em 2015, foram 33.365 casos, já no que se refere ao número de casos de sífilis congênita, foram 16.163 notificados em 2014 e 19.235 em 2015 (dados preliminares)⁴.

O Rio Grande do Sul também vem apresentando um número crescente de sífilis em gestantes, chegando em 2014 a 1.833 casos notificados, e ainda, 1180 casos de sífilis congênita notificados. Em 2015, a situação se agrava ainda mais, apesar de serem dados ainda preliminares, já estão registrados 2.973 casos em gestantes e 1.668 casos de sífilis congênita⁵.

O município de Esteio, vem seguindo a mesma tendência de aumento, apresentava entre 2007 a 2011 entre 1 a 2 casos ano, chegando em 2015 a 17 casos de sífilis congênita (dados preliminares)⁶. Taxas muito superiores a recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que considera eliminada a sífilis congênita, países que atingirem a taxa de incidência de 0,5 casos/1.000 nascidos vivos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

A RAS, tem um papel fundamental para a prevenção da sífilis congênita. Para Mendes (2011), as RAS apresentam três elementos fundamentais, a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população é a razão de ser da RAS e está sob sua responsabilidade sanitária e econômica. A estrutura operacional é composta pelos nós da rede, o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2016**. V. 47. Ano V, n. 47. Brasília: 2016⁹. [Dados preliminares de 30 de junho de 2016].

⁵ RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de DST/Aids do Rio Grande do Sul. **Informe Epidemiológico Sífilis 2016**: Edição Especial, out. 2016a. [Dados preliminares de 26 de junho de 2016].

⁶ BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Sífilis Congênita. [Dados preliminares de 10 de maio de 2016b].

sistemas de apoio (apoio diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e pelo sistema de governança, que comunicam os diferentes nós, um modelo de atenção à saúde.

Mas estes elementos brevemente apresentados neste capítulo, não são suficientes para responder as questões relacionadas a esta problemática na área de saúde, estes elementos serão aprofundados ou percebidos no próximo capítulo.

2 NO CONTEXTO DA DOENÇA SOCIAL A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

Neste capítulo, a revisão de literatura apresenta em um primeiro momento, o problema na ótica da saúde, percorrendo pela descrição da doença nas suas questões clínicas e epidemiológicas, no seu contexto nacional, estadual e municipal, posteriormente apresenta um resgate das políticas sociais sobre a saúde materno-infantil no que se relaciona a sífilis congênita e por fim, realiza uma exposição sobre Rede de Atenção à Saúde (RAS).

2.1 A DOENÇA

A sífilis, doença que se manifestava igualmente em homens e mulheres em todas as idades, não poupando nem os recém-nascidos e atingindo praticamente todos os órgãos e sistemas do corpo (CARRARA, 1996). Existem diversas teorias para explicar o surgimento da sífilis, entre elas a Teoria Pré-Colombiana, que sugere que a sífilis já existiria na Europa, antes de 1492, sendo confundida com a hanseníase e a Teoria Colombiana, que diz que a doença surgiu no Novo Mundo e foi trazida para o Velho Mundo por marinheiros expedicionários de Cristovão Colombo (TALHARI; CORTEZ, 2010).

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica de evolução crônica, causada pela bactéria gram negativa *Treponema pallidum*, do grupo das espiroquetas de alta patogenicidade. A história natural da doença é caracterizada por fases de atividade clínica e de latências⁷ (SÃO PAULO, 2016). A sífilis recente, com menos de um ano de duração, apresenta as fases primária⁸, secundária⁹ e latente recente. A sífilis tardia, com mais de um ano de evolução, apresenta a fase latente tardia, assintomática por um longo período de duração (2 a 40 anos do início da infecção) e a fase terciária¹⁰ (BRASIL, 2015a).

⁷Nas fases de latência recente e tardia, a doença é assintomática (BRASIL, 2015a).

⁸A fase primária, ocorre após um período de incubação de 10 a 90 dias do contágio, com presença de cancro duro indolor (no local de entrada da bactéria), que desaparece espontaneamente após 2 a 6 semanas, acompanhada de linfadenopatia inguinal, este estágio dura de 2 a 6 semanas e desaparece de forma espontânea, mesmo sem tratamento (BRASIL, 2015a).

⁹A fase secundária apresenta sintomas entre 6 semanas e 6 meses da infecção, podendo ocorrer lesões cutâneo-mucosas e não ulceradas em todo o corpo, pápulas palmo plantares, febre, mal-estar, cefaléia e linfadenopatia generalizada que acabam desaparecendo espontaneamente em algumas semanas (BRASIL, 2015a).

¹⁰ A fase terciária é caracterizada por lesões cutâneas gomulosas e nodulares de caráter destrutivo, doenças cardiovasculares como aortite sífilítica, aneurisma e estenose de coronárias, doenças ósseas como a periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares, e doenças neurológicas como meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, paralisia geral, tabes dorsalis e demência (BRASIL, 2015a).

No período gestacional, pode apresentar consequências severas, pois além de todas as complicações causadas pela doença, a sífilis pode ser transmitida para o feto, causando abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e também morte do recém-nascido (BRASIL, 2015a).

A transmissão da sífilis ao conceito pode ocorrer em qualquer fase da doença, mas é bem maior nas etapas iniciais, quando há “espiroquetemia” importante, ou seja, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais gravemente o feto será atingido. Inversamente, a infecção antiga leva à formação progressiva de anticorpos pela mãe, o que atenuará a infecção no conceito, produzindo lesões mais tardias na criança. A taxa de transmissão vertical em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, e de aproximadamente de 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária) (SÃO PAULO, 2016, p. 59-60).

A criança com sífilis congênita ao nascer já pode se encontrar gravemente doente ou com manifestações clínicas menos intensas ou até com aparência saudável na maioria dos casos, vindo a manifestar a doença mais tardiamente (SÃO PAULO, 2016).

A doença na criança pode ser classificada como precoce e tardia. Na **sífilis congênita precoce** os sintomas aparecem nos 2 primeiros anos de vida, com lesões semelhantes à sífilis secundária no adulto, porém mais infiltradas. Baixo peso ao nascer, desconforto respiratório, irritabilidade, choro débil, hepatoesplenomegalia, pseudoparalisia, entre outros. A neurosífilis ocorre em 40 a 60% das crianças nesta fase. A **sífilis congênita tardia** ocorre após o 2º ano de vida, corresponde a sífilis latente tardia no adulto. São características desta fase: sífilides nodulares, goma, envolvimento ósseo principalmente a periostite da tíbia (chamada tíbia em lâmina de sabre); ceratite intersticial uma doença oftalmológica que pode levar a cegueira; surdez por lesão no oitavo par de nervos cranianos e neurosífilis que tem como principal manifestação a paralisia juvenil que se inicia entre 6 e 21 anos (TALHARI; CORTEZ, 2010).

2.1.1 Diagnóstico

O diagnóstico de sífilis na gestante deve levar em consideração a história clínica, o exame físico e laboratorial. Para o diagnóstico da sífilis devem ser realizados os testes treponêmicos e não treponêmicos (BRASIL, 2015a; SÃO PAULO, 2016):

- Testes treponêmicos: são exames que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *Treponema Pallidum*. Entre estes exames estão disponíveis o FTA-Abs, TPHA e o Teste Rápido. Tem pouca importância no monitoramento de respostas à terapia utilizada, uma vez que estes normalmente permanecerão positivos por toda a vida, mesmo após a oferta de terapia eficaz. (BRASIL, 2015a; BALLARD;

HOOK III, 2014). A introdução do teste rápido de sífilis no pré-natal é uma estratégia do Ministério da Saúde, para facilitar o acesso às gestantes e parceiros ao diagnóstico, pois o teste é realizado no momento da consulta com resultado imediato, sendo possível iniciar rapidamente o tratamento, com objetivo à prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2012a).

- Testes não treponêmicos: não apresentam especificidade adequada para sífilis, embora sejam muito sensíveis e possam ser quantificados, é estimado que reações falso-positivas podem ocorrer devido a várias condições clínicas não relacionadas com sífilis e para excluir os resultados não treponêmicos falso-positivos, todos os soros reativos nos testes não treponêmicos devem ser confirmados por um teste treponêmico. Os testes não treponêmicos são qualitativos e quantitativos, o qualitativo permite à detecção de anticorpos na amostra e o quantitativo permite determinação do título de anticorpos da amostra, o que tem como grande vantagem, avaliar a eficácia do tratamento e fazer o seguimento dos casos. O teste não treponêmico mais utilizado é o VDRL (BRASIL, 2015a; BALLARD; HOOK III, 2014).

O diagnóstico na criança é bem mais complexo e todos os recém-nascidos de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no parto ou na suspeita clínica na criança devem realizar a investigação para sífilis congênita, mesmo naquelas adequadamente tratadas, devido à possibilidade de falha terapêutica durante a gestação, que ocorre em cerca de 14% dos casos. Para o diagnóstico da sífilis congênita, deve-se avaliar a história clínico-epidemiológica da mãe, o exame físico da criança, resultado de testes sorológicos, incluindo o exame líquórico (VDRL, leucócitos e proteína), exames radiológicos, além de ser necessária avaliação oftalmológica, audiológica e neurológica (BRASIL, 2015a).

2.1.2 Tratamento da Sífilis em Gestantes

Após o advento da penicilina e sua comprovada eficácia para o tratamento da sífilis em 1943, muitos pensaram que a doença estivesse controlada, resultando na diminuição do interesse por seu estudo e controle. Porém, a doença se mantém como problema de saúde pública até os dias atuais (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis é uma doença facilmente curável e de tratamento de baixo custo. A penicilina ainda é considerada o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, sendo a Penicilina G. benzatina a única escolha para as gestantes, pois há evidências científicas de que esta é a

única droga capaz de tratar também o feto. A penicilina G. benzatina também é a primeira escolha de tratamento para adultos - não gestantes e nutrízes (SÃO PAULO, 2016).

Recentemente houve um desabastecimento nacional das penicilinas, em decorrência da falta de matéria-prima específica para a sua produção no mercado (BRASIL, 2015b), o que em alguns casos, impossibilitou o tratamento das gestantes com a penicilina G. benzatina, sendo indicado o tratamento com ceftriaxona, mas nestes casos o tratamento é considerado como inadequado, necessitando um acompanhamento mais frequente da gestante (mensalmente) e o recém-nascido necessitará ser investigado e tratado para sífilis congênita (BRASIL 2015a, 2015b).

As gestantes diagnosticadas com sífilis devem iniciar o tratamento o mais precocemente possível, mesmo se ainda persistirem dúvidas em relação ao diagnóstico clínico e laboratorial, as gestantes devem ser tratadas e orientadas em relação à necessidade da conclusão da investigação laboratorial. O tratamento pode ser realizado na atenção primária, com exceção dos casos onde há necessidade de dessensibilização à penicilina e do uso da droga por via injetável, onde está mais recomendado o nível hospitalar (SÃO PAULO, 2016).

O tratamento deve ser imediato nos casos de gestantes e seus parceiros e será realizado de acordo com a fase da doença. Nos casos de sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de um ano de evolução) a penicilina G. benzatina deverá ser aplicada em dosagem única de 2.400.000 UI intramuscular (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo) e nos casos de sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução), latente com duração ignorada ou sífilis terciária, a medicação deve ser realizada por via intramuscular em três séries, com intervalo de uma semana entre cada série, totalizando 7.200.000 UI. Nos casos de neurosífilis é recomendada à penicilina G. cristalina com dosagem de 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, de 4/4 horas ou infusão contínua, por 14 dias (BRASIL, 2015a).

A alergia à penicilina é em sua maioria de natureza benigna e reações graves ocorrem raramente, entre 10 e 40 casos por 100.000 tratamentos. As gestantes com alergia comprovada devem realizar a dessensibilização a nível hospitalar e o tratamento com penicilina benzatina, pois não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto (SÃO PAULO, 2012).

O controle de cura nas gestantes é realizado por meio do VDRL mensal no primeiro ano e semestralmente no segundo ano após tratamento. A redução de dois ou mais títulos do teste não treponêmico ou negativação após seis a nove meses de tratamento, demonstra a cura da infecção, a completa negativação dos testes não treponêmicos é diretamente proporcional à

precocidade da instauração do tratamento, é comum que pessoas com diagnóstico na fase secundária permaneçam com resultados reagentes nestes testes, pelo resto da vida. Nos casos de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de duas diluições em três meses e três diluições em seis meses (exemplo de 1:32 para 1:8), após três meses e para (1:4 após seis meses). A elevação de títulos dos testes não trepônemicos, em duas diluições (exemplo de 1:16 para 1:64), em relação ao último exame realizado, indica reinfecção e um novo tratamento deve ser iniciado (BRASIL, 2015a).

O tratamento do parceiro ou parceiros sexuais devem ocorrer simultaneamente ao da gestante e práticas sexuais seguras, com o uso do preservativo no período durante e após o tratamento, são fatores cruciais para interromper a cadeia de transmissão (SÃO PAULO, 2012).

2.1.3 Tratamento da sífilis congênita

Para Sonda et al. (2013), diferente da sífilis em adultos, a sífilis congênita tem um alto custo financeiro para o sistema de saúde. Os procedimentos prestados em recém-nascidos com sífilis congênita representam custos três vezes superior aos cuidados despendidos a um bebê sem essa infecção.

Todos os RN de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita devem realizar a investigação para sífilis congênita, mesmo naquelas adequadamente tratadas, devido à possibilidade de falha terapêutica durante a gestação, que ocorre em cerca de 14% dos casos (BRASIL, 2015a, p.114).

As decisões de tratamento na criança, deve ser com base na identificação de sífilis na mãe, na adequação do tratamento materno; na presença de achados clínicos, laboratoriais ou evidência radiográfica de sífilis em recém-nascidos e na comparação da materna (no momento do parto) e os títulos sorológicos neonatais (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

O recém-nascido (RN) necessita de internação hospitalar para tratamento endovenoso por até 10 dias de vida, realização de diversos exames laboratoriais, punção lombar para coleta de exame líquórico, exames radiológicos e avaliação oftalmológica, audiológica e neurológica. O esquema de tratamento dependerá da situação, conforme recomendações do Ministério da Saúde, no quadro 1:

Quadro 1 - Tratamento da sífilis congênita no período neonatal de acordo com a situação clínico laboratorial da mãe

A – Todos os RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste treponêmico (ex. VDRL) do RN, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar*, além de outros exames, quando houver indicação clínica	
Situação	Esquema proposto
A1 – presença de alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas	Penicilina cristalina, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa (EV), a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, intramuscular (IM), durante 10 dias
A2 – Presença de alteração liquórica	Penicilina cristalina ^a , na dose de 50.000 UI/Kg/dose, EV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
A3 – Ausência de alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquóricas e a sorologia negativa	Penicilina G benzatina ^b , na dose única de 50.000 UI/Kg/dose IM. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico após conclusão do tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado com o esquema A1
B – Todos os RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico (ex. VDRL) em amostra de sangue periférico do RN. Se reagente e com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR	
Situação	Esquema proposto
B1 – Presença de alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológicas sem alterações liquóricas	Esquema A1
B2 – Presença de alteração liquórica	Esquema A2
C – Para RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico (ex. VDRL) em amostra de sangue periférico do RN	
Situação	Esquema proposto
C1 – Se RN for assintomático e o VDRL for não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento ^c , deve-se proceder ao tratamento do RN	Penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg
C2 – Se RN for assintomático e o VDRL for reagente, com título igual ou menor que o materno, acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar de acordo com alterações liquóricas.	Esquema A1 (sem alterações de LCR) Esquema A2 (com alterações no LCR) Esquema A3 (penicilina G. benzatina+ seguimento obrigatório, se exames normais e LCR normal)
* Na impossibilidade de realização de punção lombar, tratar o caso como neurosífilis ^a Níveis liquóricos treponemicidas de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina procaína, justificando o uso da penicilina cristalina. ^b O tratamento com penicilina G procaína por 10 dias em pacientes assintomáticos, com exames complementares normais, não mostrou nenhum benefício adicional quando comparado ao esquema de penicilina G benzatina. ^c O acompanhamento é imprescindível e deve ser realizado na puericultura para a detecção de sinais clínicos. Na alta hospitalar, a mãe deve esclarecer sobre os riscos da não identificação da criança caso ela tenha sífilis (sequelas, principalmente surdez e déficit de aprendizagem, que são sutis, mas que podem se apresentar, de modo irreversível, no futuro)	

Fonte: BRASIL, 2015a

Na impossibilidade de tratar a criança com medicamentos penicilínicos, uma opção terapêutica é a ceftriaxona 25-50mg/kg peso dia, EV ou IM, por 10 a 14 dias. Porém, a literatura científica considera que os dados em relação à eficácia de tratamentos feito com os não-penicilínicos para a sífilis congênita são insuficientes, portanto a criança deverá ser acompanhada em intervalos mais curtos (a cada 30 dias) e o profissional avaliar a necessidade de novo tratamento, devido a possibilidade de falha terapêutica (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b).

Após a alta, a criança deverá permanecer em acompanhamento ambulatorial mensal até 6 meses de vida e bimestrais no 6º ao 12º mês. A realização de exames não treponêmicos devem ser regulares até 18 meses ou dois exames consecutivos negativos. O acompanhamento especializado em oftalmologia, neurologia e audiologia deve ser semestral até 2 anos de vida (BRASIL, 2015a).

Há necessidade de uma rede de saúde articulada e bem estruturada para realizar um atendimento eficiente a esta criança. Outras áreas que extrapolam o escopo da saúde, podem ser necessárias considerando que esta criança pode apresentar sequelas neurológicas, surdez, entre outros problemas que causem necessidades especiais que envolvam educação e assistência social.

2.1.4 Epidemiologia da sífilis congênita

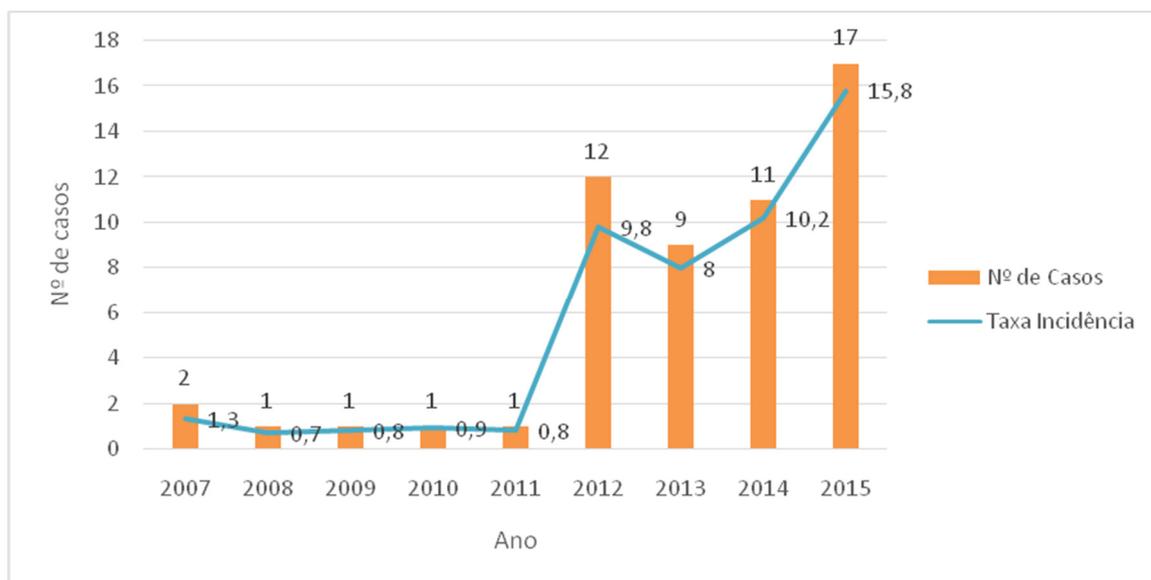
Nos últimos anos, no Brasil, vem ocorrendo um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita, podendo se verificar este aumento em uma série histórica de 2007 a 2015, passando de 5.554 no ano de 2007, o que representa uma taxa de incidência de 1,9 para 19.228 casos em 2015, que corresponde a uma taxa de 6,5 para cada 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2016a).

Nos últimos anos, o Rio Grande do Sul também vem apresentando um número crescente de sífilis congênita, chegando em 2014 a 1.180 casos, em 2015 a situação se agrava ainda mais, apesar de serem dados ainda preliminares, já são 1.668 casos de sífilis congênita notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o que representa uma taxa de incidência de 11,3 casos por 1.000 nascidos vivos (RIO GRANDE DO SUL, 2016a).

O município de Esteio vem seguindo a mesma tendência de aumento de casos de sífilis congênita, chegando nos anos de 2012 a 12 casos, 2013 a 9 casos, 2014 a 11 casos e 2015 a 17 casos, conforme dados preliminares (consultados em 10 de maio de 2016), no Sistema de

Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme gráfico 1, apresentado a baixo (BRASIL, 2016b):

Gráfico 1 - Série histórica do número de casos de Sífilis Congênita e Taxa de Incidência no município de Esteio – RS



Fonte: BRASIL, 2016b

Quanto à taxa de incidência de Sífilis Congênita em 2015, Esteio apresentou 15,8 casos por 1.000 nascidos vivos (RIO GRANDE DO SUL, 2016a), taxa muito superior a recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que considera eliminada a sífilis congênita, países que atingirem a taxa de incidência de 0,5 casos/1.000 nascidos vivos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

O número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade é um indicador de saúde, que tem como objetivo avaliar e monitorar a promoção à atenção integral à saúde da mulher e da criança, pois expressa a qualidade da assistência do pré-natal (PN), visto que a Sífilis pode ser diagnosticada e tratada durante a gestação e parto. A meta é avaliada anualmente e pactuado a nível federal, estadual e municipal, segundo o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2016 (BRASIL, 2016c).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: A MATERNIDADE E A PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Questões relacionadas à natalidade e à fecundidade no âmbito coletivo já eram preocupações no século XVIII, que em conjunto com problemas econômicos e políticos foram os primeiros alvos de controle e já se esboçava, naquela época, uma política de controle da natalidade (FOUCAULT, 1999).

No Brasil, os debates sobre reprodução e fertilidade entraram na pauta desde meados do século XIX. E nas primeiras décadas do século XX o controle da natalidade era visto como um grande problema social e político (MESQUITA, 2010).

Para Carrara (1996), desde o início do século XX a sífilis era considerada responsável pela maior parte dos casos de aborto, por mais da metade dos casos de morbinatalidade e por 80% dos casos de problemas congênitos.

Na década de 20, quando a saúde pública era atribuição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, surgem as primeiras legislações e regulamentações sobre saúde materno-infantil. Na década de 30 foram criados o Ministério da Educação e Saúde e a Diretoria de Proteção à Maternidade e Infância, que investia na promoção da maternidade e infância. Entre 1937 e 1945 foi implantado o primeiro programa de saúde materno infantil do Brasil que objetivava apenas normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil, sem preocupação com as questões relacionadas à reprodução. Até o início da década de 70, a postura oficial do governo brasileiro era contrária às medidas de controle da natalidade (MESQUITA, 2010).

Em 1975 foi implantado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), com o objetivo de controle da natalidade e redução da morbimortalidade materna e infantil, este programa era baseado na intervenção médica sobre o corpo feminino por meio do uso da cesariana e na esterilização como método contraceptivo preferencial e foi fortemente criticado, apesar de alcançar resultados na queda da mortalidade materno-infantil e na taxa de natalidade, o programa foi considerado simplista (CASSIANO et. al, 2014).

Em 1983 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objeto primordial de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência para concepção e contracepção. O PAISM já previa entre outras ações a

identificação e o controle das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a solicitação de exame para sífilis quando houvesse suspeita clínica (BRASIL, 1984).

Para Cassiano et al. (2014), o PAISM foi um grande avanço e um marco histórico na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. A relevância desse programa se torna ainda maior quando se destaca a proposta social de mudança para a integralidade da atenção à saúde da mulher, incluindo a prevenção e o tratamento de agravos à saúde em todo ciclo vital da mulher e não apenas durante o período gestacional. Mas apesar de ser uma política foi bem estruturada, não foi efetivamente implantada em todo o território nacional.

É importante lembrar que até década de 80 a saúde era vinculada à seguridade social e apenas os segurados tinham acesso à assistência, excluindo grande parte da população dos serviços de saúde. Mesmo com a Constituição Federal de 1988, prevendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, este direito foi garantido como política pública de saúde apenas com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990 legitimada através da Lei Orgânica 8.080 de 1990, que tem como alguns dos seus princípios a universalidade e a integralidade da assistência, entendida como como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990a). No mesmo ano foi assinada a Lei nº 8.142 assegurando à participação da comunidade na gestão do SUS com a criação dos conselhos de saúde nas esferas do governo federal, governos estaduais e municipais (BRASIL, 1990b).

Para Cassiano (2014), os movimentos sociais que ocorreram na sociedade brasileira, principalmente o feminista, foram importantes para a construção de políticas públicas, como SUS, introduzindo na agenda da política nacional, questões como a desigualdade social entre homens e mulheres, sexualidade, dificuldades relacionadas à anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho doméstico. Resultando na consolidação de leis e programas de saúde que se intensificaram em toda a década de 1990 e se estenderam até os anos 2000.

No ano 2000, com o objetivo de desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, institui-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do SUS, através da Portaria nº 569, em 01 de junho de 2000 (BRASIL, 2000). O PHPN, além de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, tinha como finalidade a atenção humanizada do pré-natal e puerpério, através de atendimento acolhedor e qualificado e sem intervenções desnecessárias; melhorar o acesso aos serviços de saúde. Além de promover o vínculo afetivos entre mãe e filho logo após o nascimento, e garante

uma assistência segura, confiável e respeitosa pelos profissionais durante todo o tempo em que ambos permanecerem na maternidade.

O PHPN institui como exame de rotina do pré-natal os exames para detecção de sífilis (VDRL) e HIV na primeira consulta de pré-natal e um novo exame de sífilis no terceiro trimestre de gestação. O PHPN também previa uma avaliação do programa através de indicadores de processo, entre eles: o percentual de gestantes que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos e indicadores de resultados, entre eles: o percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município (BRASIL, 2002).

Em avaliação do PNPN realizada pelo Ministério da Saúde em 2003 (BRASIL, 2008), demonstrou que o houve avanços na captação precoce das gestantes, realização da primeira bateria de exames laboratoriais e que a maioria das gestantes foi imunizada contra o tétano. Mas também foram identificadas fragilidades, como a falta de integração efetiva entre o pré-natal e o parto, a reduzida realização da segunda bateria de exames complementares no terceiro trimestre de gravidez e a escassa realização da consulta de puerpério. A diretriz da humanização do parto também foi prejudicada, as visitas aos hospitais preconizadas não ocorrem, provavelmente pela não concretização das referências específicas.

Em 2011, o Ministério da Saúde institui a Rede Cegonha, através da Portaria ministerial nº 1.459, de 2011, que tem como objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a).

Em relação à prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis, a Rede Cegonha inclui a testagem rápida de HIV e Sífilis no componente pré-natal, que tem como objetivo o diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e da sífilis durante o período gestacional, incluindo como atribuição das equipes de Atenção Básica a realização dos testes rápidos para o diagnóstico de HIV e para a triagem da sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2012a, 2012b).

As vantagens do teste rápido de sífilis é ser um exame treponêmico de fácil execução, podendo ser utilizada amostra de sangue total colhida por punção digital ou venosa, com apresentação do resultado em aproximadamente 10 a 15 minutos, sem uso de equipamentos (SÃO PAULO, 2014).

No intuito de melhorar o acesso ao exame e evitar que a as mulheres percam a última chance na gestação de fazer o diagnóstico de sífilis, o estado do Rio Grande do Sul publicou Nota Técnica instituindo a normativa para realização de exame de em 100% das gestantes e parturientes nas maternidades, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, independente de internação pelo SUS, sistema privado ou outros convênios (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Em 2016, o Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar o acesso ao homem ao pré-natal, lançou o Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde, a estratégia do pré-natal do parceiro, busca enfatizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde. O Guia também propõe a inclusão do homem nas consultas de pré-natal e oferta de exames de rotina, entre eles exames para HIV, Sífilis, Hepatite B e C. Esta estratégia contribui para que o homem participe ativamente do processo de promoção da saúde, da prevenção e do tratamento principalmente das IST, HIV/Aids e Hepatite Virais (BRASIL, 2016d).

Em uma análise comparativa realizada por SILVA et al. (2011), entre as legislações anteriores e a atual no campo de saúde da mulher, a Rede Cegonha traz alguns pontos que complementam as anteriores e também prevê mais exames diagnósticos e estratégias para alcançar metas que eram apenas propostas por outros programas, como sistemas de regulação de leitos obstétricos e neonatais e principalmente conta, com uma verba financeira considerável para promover todas as ações que propõe. Ainda ressalta que de fato esse programa não é novo, mas uma versão atualizada de programas anteriores, que tem como diferencial uma legislação específica, o que não acontecia por exemplo com o PAISM, o único programa anterior que trata da assistência de forma integral.

2.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A primeira descrição completa de uma rede regionalizada de saúde foi apresentada pelo Relatório Dawson em 1920, teve por objetivo propor mudanças no sistema de proteção social inglês depois da Primeira Guerra Mundial. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região (KUSCHNIR, R.; CHORNY, 2010).

O relatório Dawson propôs a necessidade de uma organização nova e ampliada dos serviços de saúde, distribuída em função das necessidades da comunidade, integrando a

medicina preventiva e curativa e a integração em rede dos serviços de saúde nos seus diferentes níveis de complexidade. Os conceitos propostos no relatório Dawson, como por exemplo: a atenção primária como porta de entrada principal e ordenadora do cuidado, territorialização, população adscrita, vínculo, acolhimento, referência e contrarreferência entre outros, são amplamente utilizados até os dias de hoje (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1964).

No Brasil, no final da década de 70, já se almejava uma mudança do sistema público de saúde que fosse baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade e já se propunha a constituição de uma rede descentralizada, hierarquizada e integrada de serviços e estas propostas foram incorporadas posteriormente ao conjunto de princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira, porém naquele momento aspectos centrais em torno da viabilidade da Reforma Sanitária como o financiamento e gestão, colocaram em segundo plano o debate sobre a organização dos serviços (TEIXEIRA e SOLLA, 2006).

O SUS traz como seus princípios a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde e propõe a organização de suas ações e serviços de forma regionalizada (BRASIL, 1990a). Mas as RASs só são formalmente incorporada ao SUS, com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS (BRASIL, 2010a) e com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90 e dispõe sobre a organização do SUS e prevê que a integralidade da assistência à saúde deve iniciar e se completa na RAS, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, pactuado nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011b).

A organização das RASs, tendo a atenção primária um papel essencial no cuidado da população, sendo considerada a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, têm demonstrado ser um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica. A RAS é considerada uma estratégia eficaz, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário. Uma organização que contemple a promoção de saúde e a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas (BRASIL, 2010a).

Bonfada et. al (2012), fazem um contraponto em relação a assistência integral proposta pelo Estado, considerando que a base da produção dos serviços de saúde ainda está baseada em programas verticalizados que não respondem às necessidades e a realidade local. E que na prática, o contexto fortalece as especialidades médicas, operacionalizando uma prática

somente para os aspectos ligados ao funcionamento dos aparelhos ou sistemas focos da sua especialização, tornando a atenção à saúde limitada a queixa-conduta, que além de altos custos, pouco contribui para a transformação da realidade de saúde/doença individual e coletiva. Para Mendes (2011), ainda temos que superar um sistema fragmentado, fortemente hegemônico, organizado em pontos de atenção à saúde isolados e que não se comunicam uns com os outros, conseqüentemente são incapazes de prestar uma atenção contínua à população (MENDES, 2011).

O Ministério da Saúde avalia que a organização da atenção e da gestão do SUS expressa uma intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: lacunas assistenciais importantes, financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde, configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas, além da fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; a pulverização dos serviços nos municípios e pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária (BRASIL, 2010a).

A Organização Pan-americana de Saúde (2011), traz três elementos básicos para a constituição das RAS: o primeiro é a população que é a razão de ser da RAS, o segundo é a estrutura operacional que é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós e o terceiro é o modelo de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde.

Neste contexto, Mendes (2015a), diz que população de responsabilidade das RAS não é a população dos censos demográficos, mas a população cadastrada e vinculada a uma unidade de APS. Essa população vive em territórios sanitários, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários. O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados e instituir a gestão com base nas necessidades de saúde da população ou gestão de base populacional, elemento essencial das RASs. Um sistema de saúde baseado na população é capaz de estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica sob sua responsabilidade, de acordo com riscos e de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa

população, bem como prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências.

A estrutura operacional é o segundo elemento das RASs, que compõe-se de cinco elementos: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS (MENDES, 2015b).

Para Mendes (2011), os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas. Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo estas densidades tecnológicas, variando do nível de menor densidade na atenção primária em saúde, ao de densidade tecnológica intermediária na atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, na atenção terciária à saúde.

Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as RASs, são aquelas organizadas através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

E o terceiro elemento das RASs é o modelo de atenção à saúde, que são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RASs, articulando de forma singular as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em razão da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Os modelos de atenção à saúde são de dois tipos: os modelos de atenção aos eventos agudos e os modelos de atenção às condições crônicas (MENDES, 2015b).

Para Silva (2011), com a transição epidemiológica e demográfica, desafios com a tripla carga de doença (crônicas, infecciosas e em decorrência da violência) exigem diferentes respostas dos sistemas de saúde. Para atender a essas necessidades, os serviços precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade, através de linhas de cuidado que abranjam prevenção e promoção e orientem os usuários no seu caminhar nas RASs. Para Senna, Costa e Silva (2010), as dificuldades da rede de saúde dos municípios encontram-se em questões como a falta de serviços de média de alta complexidade, a falta de insumos, a falta de medicamentos, a precariedade das unidades da saúde, a falta de hospitais adequados para atender a demanda e a

dificuldade de fixação dos profissionais. Na APS, essas questões refletem a descontinuidade do cuidado, já que restringem a população usuária apenas a esse nível de atenção.

Apesar de todas temáticas abordadas neste capítulo, ainda não se evidenciam completamente os fatores de natureza social, a literatura sobre a temática é complexa e polissêmica, merecendo ser analisada. Pois para compreender o contexto social da doença e descrever o processo de construção da pesquisa, é preciso compreender que uma IST envolve questões sociais e individuais, envolvendo preconceito e julgamento de valores. Neste sentido Carrara (1996), diz que desde o seu surgimento, a sífilis foi relacionada a preconceito e superstição e era considerado um castigo ao descontrolado e o excesso, percebidos na conduta sexual.

As condições sociais e individuais estão relacionadas à doença no período gestacional, neste sentido Domingues et al. (2013), dizem que a ocorrência de sífilis na gestação está associada à cor da pele, ao baixo nível de escolaridade, às condições socioeconômicas piores, aos antecedentes de risco obstétrico, ao início tardio do acompanhamento pré-natal e ao número insuficiente de consultas, indicando maior vulnerabilidade social e reprodutiva dessas mulheres o que torna mais complexo o desafio de controle da sífilis nessa população.

No próximo capítulo será descrita a metodologia do trabalho e os conceitos-chaves e suas implicações com a educação na saúde.

3 NA CONSTRUÇÃO DA PESQUISA UMA PERSPECTIVA SE EVIDENCIA: A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Neste capítulo está descrito o percurso metodológico realizado para a construção da pesquisa, bem como os conceitos-chaves que foram utilizados na análise da mesma.

Este estudo foi desenvolvido através de método qualitativo, tipo estudo de caso, realizado em 2016, no município de Esteio no Estado do Rio Grande do Sul (RS), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - PGENSAU.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito específicas. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2015, p. 21)

O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo (o caso) em profundidade e em seu contexto do mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não puderem ser claramente evidentes. O estudo de caso conta com muitas fontes de evidência, com os dados precisando convergir de maneira triangular e como outro resultado beneficia-se do desenvolvimento anterior das preposições teóricas para orientar a coleta e análise de dados (YIN, 2015).

O município de Esteio - RS, foi o local de escolha para a realização deste estudo, pois além de apresentar um número relevante de casos de sífilis congênita, conta sua rede com: Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o atendimento de pré-natal de baixo risco e puericultura; hospital com ambulatório para gestação de alto risco, maternidade, complexo neonatal, além de Emergência Pediátrica e Internação Pediátrica, ou seja, o município tem todos os pontos de atenção à saúde para o cuidado materno-infantil. Além de ser considerado um município prioritário do estado para ações de vigilância, prevenção e controle das IST/HIV/Aids e Hepatites Virais.

A pesquisa foi realizada em duas etapas, na primeira etapa foi realizada em uma pesquisa sobre o município, através de bibliografia, sites institucionais como o da Prefeitura Municipal de Esteio, Secretaria Estadual da Saúde, Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre outros, também foram utilizadas informações de bancos

de dados do Ministério da Saúde, com o objetivo de conhecer a rede de serviços do município, através das informações coletadas foi realizado o mapeamento da rede e mapeamento dos casos de sífilis congênita nos bairros do município.

A segunda etapa da pesquisa foi realizada através de entrevistas com os responsáveis pela coordenação municipal da política de IST/Aids e de Atenção Básica (gestores), 2 médicos e 2 enfermeiros da Atenção Básica, 2 médicos e 2 enfermeiros da maternidade, 1 profissional da Vigilância em Saúde e 2 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município. Os ACS e o coordenador da Atenção Básica não estavam previstos inicialmente no projeto de pesquisa, porém após a coleta das primeiras entrevistas entendeu-se que incluir estes profissionais, poderiam qualificar a análise de dados e a pesquisa como um todo.

A coleta de dados foi realizada no ano de 2016 e ocorreu no local de trabalho dos entrevistados, incluindo UBS, Hospital, Serviço de Atendimento Especializado em IST/Aids e Hepatites Virais (SAE), Vigilância em Saúde e na Secretaria Municipal de Saúde de Esteio.

A coleta de dados aconteceu por meio da realização de entrevistas com base em questionário com perguntas semiestruturadas, baseada em um caso fictício de uma gestante com diagnóstico de sífilis (ÂPENDICE A).

As entrevistas foram realizadas por um único pesquisador, de forma individual, gravadas por equipamento de áudio que foram transcritas na íntegra, com um tempo de duração de cerca de 30 minutos.

O instrumento de pesquisa (roteiro das entrevistas) foi testado em um estudo piloto, com o objetivo de preparar a pesquisadora para entrar em campo. Após o estudo piloto, não houve a necessidade de adequação e ajustes no instrumento e a entrevista foi utilizada para análise de dados.

As entrevistas foram transcritas e organizadas em categorias de análise para facilitar a compreensão das ideias e posterior discussão.

A análise do discurso é uma estratégia metodológica que visa tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que conforma um dado imaginário. Para MAINGUENEAU (2015), o discurso é continuamente construído e reconstruído no interior de práticas sociais determinadas, esta construção de sentido é certamente obra de indivíduos, mas de indivíduos inseridos em configurações sociais.

Através do modo discursivo é possível melhor visualizar o modo como as relações sociais se inscrevem na história e são regidas na medida em que leva a consequências teóricas relevantes e não trata os “dados” como meras ilustrações, mas sob uma forma mais viva, trata

de “fatos” da linguagem com sua memória, sua espessura semântica, sua materialidade linguístico-discursiva (ORLANDI, 2009).

Para a elaboração da análise dos discursos parte-se dos discursos em estado bruto, que são submetidos a um trabalho analítico inicial de decomposição que consiste, basicamente, na seleção das principais ancoragens e ideias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos e que termina sob uma forma sintética, onde se busca a reconstituição discursiva da representação social. Neste sentido Orlandi (2009) diz que:

Há uma passagem inicial fundamental que é o que se faz entre a superfície linguística (o material de linguagem bruto coletado, tal como existe) e o objeto discursivo, este sendo definido pelo fato de que o corpus já recebeu um primeiro tratamento de análise superficial, feito em primeira instância pelo analista (p. 65).

O discurso pode também ser visto como um expediente de apresentação de resultados de pesquisa qualitativa. Neste sentido IÑIGUEZ (2004), destaca que o discurso se converteu em um objeto de análise, de estudo e de debate das ciências sociais devido a questões teórico e epistemológicas do papel da linguagem, ao uso da linguagem nos vários contextos relacionais e de comunicação e também, pela sua relevância através dos meios de comunicação, sobretudo pela relevância que as novas tecnologias adquiriram em nossos tempos, estas razões demonstram uma enorme influência sobre o conjunto das ciências sociais e humanas.

Para se considerar um discurso é necessário que se cumpra certas condições, ou sejam enunciados a partir de posições determinadas, inscritos em um contexto interdiscursivo específico e reveladores de condições históricas, sociais, intelectuais, etc. (IÑIGUEZ, 2004).

Para juntar as “peças” e construir o discurso considerou-se os seguintes princípios:

- **Coerência:** Agregação ou soma não matemática de pedaços isolados de depoimentos de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte deste todo e o todo como constituído por estas partes. Gill (2002), diz que aspectos familiares da fala muitas vezes tornam-se imperceptíveis ao ouvinte e quando as mesmas são transcritas tornam-se visíveis, isso implica em múltiplos “remendos” na fala, mudanças no andamento ou tópico, pausas, sobreposições, interrupções e etc.

- **Posicionamento próprio:** O discurso deve expressar sempre um posicionamento próprio, distinto, original, específico frente ao tema que está sendo pesquisado. Gill (2002), diz que para se afirmar que determinada perspectiva de um sujeito é um discurso, é preciso que este diga algo mais, implica que este assuma uma posição dentro de um conjunto de argumentos.

- **Tipos de distinção entre os Discursos:** Para Iñiguez (2004), não necessariamente cada formação discursiva tem um lugar de enunciação. Distintos conjuntos de enunciados que

se referem a um mesmo posicionamento podem se distribuir por uma multiplicidade de gêneros de discurso, esta heterogeneidade de gêneros de uma formação discursiva contribui para definir sua identidade.

Nesta pesquisa, que envolveu coleta de depoimentos individuais, buscou-se a ideia central, que foi a descrição, a mais sucinta e objetiva possível, do sentido do discurso. A ideia central tem a importante função de individualizar um dado discurso ou conjunto de discursos, descrevendo positivamente suas especificidades semânticas, o que permite distingui-lo de outros discursos, portadores de outras especificidades semânticas.

Na ancoragem, através da ideia básica do discurso, buscou-se a manifestação de uma teoria, ideologia ou crença professada, que foram representadas através das dimensões técnica, gestonária, individual, social, pedagógica ou política.

Foi utilizado como filtro de análise dos discursos, os conceitos-chaves: Educação social, Integralidade, Educação Permanente e Cuidado de si.

As respostas obtidas através das entrevistas foram gravadas e transcritas, para a tabulação dos dados. Inicialmente foi analisada a questão 1 de todos os sujeitos entrevistados, a seguir a questão 2 e assim sucessivamente. Desta forma, o primeiro passo consistiu em copiar integralmente o conteúdo de cada entrevista, considerando a categoria profissional e local de trabalho dos participantes. Posteriormente, utilizando o instrumento de análise de discurso, buscou-se identificar para cada questão, as expressões-chave, as ideias centrais e as ancoragens. Conforme o instrumento apresentado no quadro 2:

Quadro 2 – Quadro de Análise de Discurso (QAD)

CAUSAS				
CATEGORIA	ENTREVISTADO	EXPRESSÕES-CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM

Fonte: A autora

A seguir foi realizada a síntese de cada quadro e posteriormente a discussão dos resultados encontrados.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi observado os aspectos éticos, conforme a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012c).

O projeto de pesquisa foi inicialmente submetido à Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Faculdade de Medicina e posteriormente, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (ANEXO A). A coleta de dados só foi iniciada após aprovação pelas instâncias acima citadas e das Cartas de Concordância de Realização da Pesquisa assinada pela Secretária Municipal de Saúde (APÊNDICE B) e Diretora da Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio (APÊNDICE C).

A participação dos entrevistados foi voluntária, aos quais foi realizada uma explanação sobre a pesquisa, esclarecimento de dúvidas e orientações sobre a entrevistas, por fim os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE D) em duas vias, uma para o entrevistado e outra para a pesquisadora.

Os dados serão mantidos em sigilo permanecerão em um banco de dados separado e de acesso restrito, sendo armazenados por um período de 5 anos. Aos participantes foi garantido o anonimato, não sendo revelado nenhum dado que permita sua identificação.

3.1 CONCEITOS-CHAVES NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO

Na perspectiva de Paulo Freire, a educação tem um papel de mudança na realidade do mundo, transformando as pessoas não apenas em objetos da história, da cultura e da política, mas em sujeitos capazes de intervir na realidade, sendo esta tarefa incomparavelmente mais complexa e geradora de novos saberes do que simplesmente a de adaptação (FREIRE, 1996).

Já a educação em saúde, como um processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade. A prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social (MACHADO et. al, 2007).

Para esta pesquisa, foram explorados os conceitos-chaves: educação social, autonomia, cuidado de si, integralidade e educação permanente, que foram utilizados como filtro de análise dos discursos na pesquisa:

- **Educação social:** Este tema é discutido por Carvalho e Baptista (2008), que dizem que a educação social surge associada à evolução da investigação e produção nas ciências sociais e da educação. Refletindo a responsabilização da sociedade frente as problemáticas sociais existentes e corresponde a um espaço profissional desenhado no ponto de encontro e de cruzamento, entre a área do trabalho social e a área da educação. Para Souza e Müller (2009), a educação social é um caminho, que junto com outros, pode compor um cenário mais viável para a inclusão de pessoas e categorias consideradas excluídas na atual conformação da sociedade. Por meio da educação, mas não só por ela, se pode contribuir para que haja garantia de direitos e justiça social.

- **Autonomia:** Para Freire (1996), o respeito a autonomia e a dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros. Sendo uma das tarefas mais importantes para uma educação crítica proporcionar as condições para que o educando possa assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos.

Para Soares e Camargo Júnior (2007), a autonomia, no que se refere ao processo saúde/doença, significa defender não a autodeterminação do paciente pura e simples, mas ao contrário, o fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais da saúde, entre pacientes e seus familiares, porque essas redes de autonomia/dependência passam a ser vistas como fundamentais para o cuidado e para a saúde. O que é preciso superar é a dimensão autoritária ou paternalista dessas relações e caminhar no sentido de possibilitar a expansão da autonomia à medida que (e na medida em que) avança o processo terapêutico. A autonomia reconhece que ambos os sujeitos (profissionais da saúde e pacientes) devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas, objetivos entre eles.

- **Cuidado de si:** Para Foucault (2006), o cuidado de si está relacionado com o conhecimento do sujeito por ele mesmo. O cuidado de si mesmo, e o fato de ocupar-se consigo é um privilégio-dever, um dom-obrigação que nos assegura a liberdade, obrigando-nos a tomar-nos nós próprios. O cuidado de si apresenta paradoxos de um preceito que pode significar egoísmo ou volta sobre si mesmo ou um princípio positivo, relacionado a uma moral rigorosa, ou ainda, o cuidado de si envolvido em um contexto ético geral de não-egoísmo, seja sob a forma cristã de renunciar a si mesmo ou sob a forma “moderna” de uma obrigação para com os outros. Todos estes códigos de rigor moral estão fortemente marcados, constituindo razões para o tema ser um tanto desconsiderado.

- **Integralidade:** A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS fundamentada no princípio de direito: direito universal ao atendimento das necessidades de saúde. A

integralidade tem um sentido amplo e para que se realize, é necessário que se estabeleça uma relação sujeito-sujeito, nas práticas dos profissionais, na discussão da organização dos serviços de saúde e também nas respostas governamentais através das políticas, que contemplem uma visão mais abrangente dos sujeitos "alvos" das políticas de saúde (MATTOS, 2006).

▪ **Educação Permanente:** Para Ceccim (2005), é a definição pedagógica do processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, permeabilizada pelas relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. Ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes às práticas organizacionais, implicando a instituição e/ou o setor da saúde às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais e por fim, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Os conceitos apresentados trazem à tona, uma conjuntura que ultrapassam o conhecimento biomédico sobre a doença, que nem sempre é capaz de romper com um modelo fragmentado de ensinar, aprender e fazer saúde, especialmente quando se trata de uma IST como a sífilis, que remete a múltiplas dimensões, destacadas a seguir:

A **dimensão individual** é como o indivíduo assume, vivencia e exercita sua sexualidade. Neste sentido Ayres et al. (2009), consideram que as práticas individuais de saúde, especialmente envolvendo às IST, estão relacionadas à informação que o indivíduo dispõe sobre o problema, à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano de preocupações e finalmente, ao interesse e as possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras.

A **dimensão social** tem relação ao modo como as pessoas se comportam frente a uma doença, modo este que pode ser de omissão, negação ou exclusão. Para Ayres et al. (2009), as possibilidades de incorporar mudanças práticas não dependem exclusivamente do indivíduo, mas de aspectos, como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas etc.

Na **dimensão técnica** estão os procedimentos e protocolos para tratamento disponível, que visualiza apenas o aspecto técnico relacionado à doença, já a **dimensão gestonária** está relacionada com o modo de organizar o trabalho das equipes multiprofissionais no que se refere ao cuidado das gestantes com sífilis e seus parceiros. Ayres et al. (2009), dizem que para

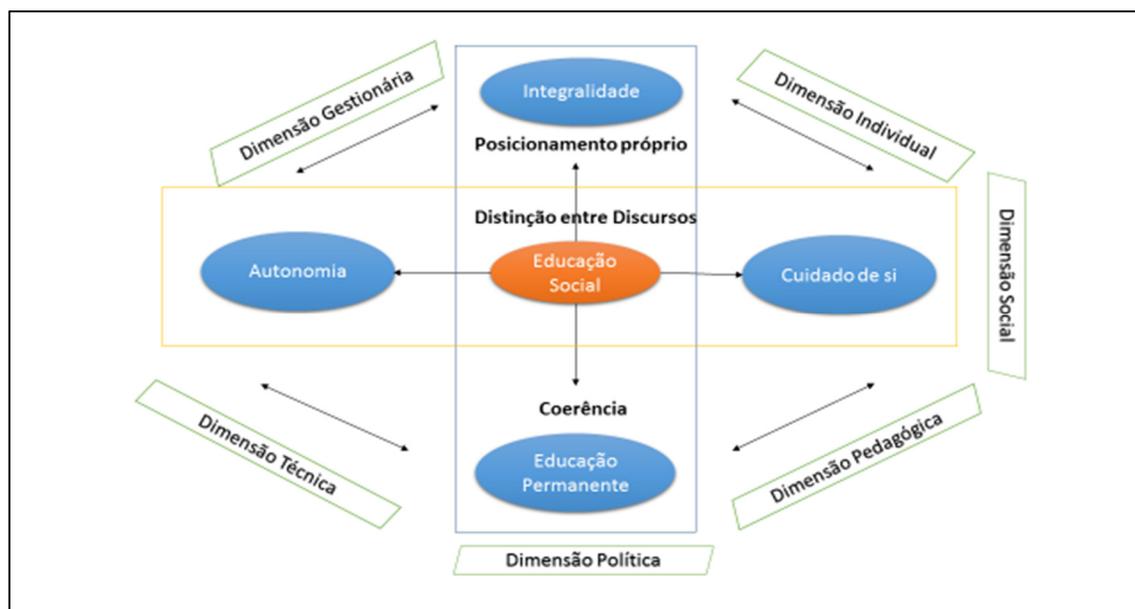
canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar necessidade de outros recursos fortalecendo o indivíduo é necessário o maior grau e qualidade de compromisso, recursos, gerência, monitoramento de programas nacionais, regionais e locais.

A **dimensão pedagógica** tem relação com o modelo como que as pessoas aprendem o que é saúde e doença nesta área específica que se relaciona a sexualidade. Neste sentido Zanella (2003), diz que para o aprendizado acontecer de forma significativa na vida do indivíduo é necessário um envolvimento pessoal que vai de encontro com as necessidades deste sujeito, o que leva a motivação, o desejo de aprender. As condições físicas, psicológicas, ambientais e sociais podem favorecer ou inibir o processo de aprendizado.

Para Rua (1998), a **dimensão política** está relacionada com a necessidade de manter os conflitos da sociedade dentro de limites administráveis, permitindo que a sociedade possa sobreviver e progredir. A política está relacionada com um conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos.

Os conceitos trabalhados foram expostos esquematicamente, para melhor compreensão de relação dos conceitos entre si, buscou-se organizá-los esquematicamente de modo a evidenciar aqueles elementos que articulados com o conceito-chave - Educação Social - permitindo compreender as inter-relações entre as diferentes dimensões. Conforme apresentado na figura 1:

Figura 1- Conceitos - chave



Fonte: A autora

Neste esquema (lógico) se apresentam, não só, os conceitos chaves que orientaram o processo de análise, mas as diferentes dimensões que emergem no processo de trabalho quando se pensa a questão da educação social na saúde. Trata-se de uma configuração cognitiva própria que permite pela articulação dos conceitos com as dimensões, rastrear nos discursos dos profissionais da saúde os elementos que podem flagrar os pontos de maior visibilidade que poderão em um segundo momento repensar a política de saúde.

Considerando o exposto, a pergunta disparadora do pensar a pesquisa foi:

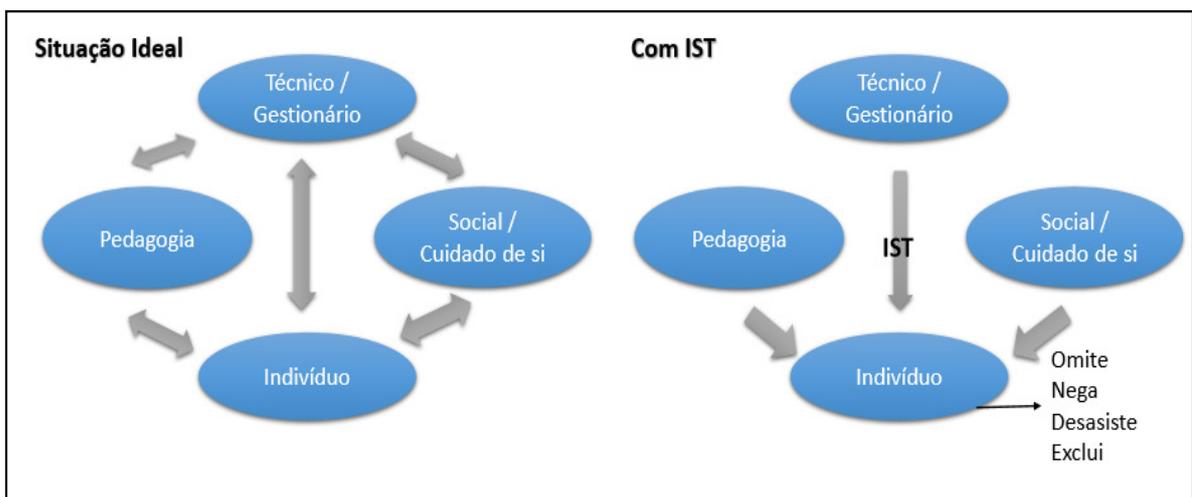
Porque apesar da assistência prestada, na rede de saúde, ocorre o aumento do número de casos de sífilis congênita anualmente?

Esta pergunta aponta para uma hipótese de trabalho que está subsumida na sua formulação: o descompasso entre uma concepção técnica de saúde que se (re)afirma no modo como atua a atenção primária (situação ideal) e o trabalho proposto pelos serviços de saúde (situação real) que compõe a RAS por ser extremamente especializada, implica em prática pedagógica de saúde pública distanciada da comunidade ou do grupo que pretende educar (situação com IST).

A Representação esquemática na hipótese de trabalho pode ser visualizada no comparativo entre situação ideal e situação real e a ineficácia de uma prática pedagógica de saúde pública distanciada da comunidade: presença de IST (Sífilis), conforme apresentado na figura 2:

Figura 2 - Comparativo entre situação ideal e situação real e a ineficácia de uma prática pedagógica de saúde pública distanciada da comunidade, na presença de IST (Sífilis):

Hipótese de trabalho



Fonte: A autora

No próximo capítulo será apresentado o município de Esteio, o mapeamento dos serviços da rede de saúde que tem relação com o atendimento a sífilis em gestante e congênita e a análise e discussão das informações e dados trazidos pelo estudo de caso.

4 NA REALIDADE DE ESTEIO, OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A SÍFILIS

Neste capítulo será apresentado o município de Esteio – RS. As informações foram coletadas de sites e bancos de dados governamentais do âmbito municipal, estadual e federal, também foram realizadas pesquisas em material bibliográfico sobre as temáticas abordadas no capítulo.

4.1 O MUNICÍPIO DE ESTEIO

Para apresentar o município, buscou-se informações gerais sobre a história e sobre a população, as pesquisas foram realizadas no site da Prefeitura Municipal de Esteio e também foram coletadas informações do site do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE).

O município de Esteio teve sua origem da construção da linha férrea em 1873, ao longo da Região Metropolitana de Porto Alegre (ESTEIO, 2016a). O povoado começou a formar-se em torno do ano de 1833, a partir da fazenda do Areião, em uma área que pertencia ao município de São Leopoldo. O nome Esteio surgiu porque o principal sustentáculo da ponte sobre o arroio Sapucaia era um esteio de madeira de lei, que se chamava inicialmente de "Ponte do Pau Fincado", depois "Ponte do Esteio". Esteio foi desmembrado de São Leopoldo e emancipado em município em 1954 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

O Município de Esteio faz divisa com cinco municípios da região metropolitana de Porto Alegre, que são: Sapucaia do Sul, Gravataí, Cachoeirinha, Canoas e Nova Santa Rita (ESTEIO, 2006).

A área do município é de 27,676 Km², com uma densidade demográfica de 2.917,87hab/Km². No censo de 2010, a população de Esteio era 80.755 habitantes, com quase a totalidade da população vivendo em área urbana, a estimativa populacional para 2016 é de 84.114 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Na tabela 1, apresenta-se a população de Esteio, por faixa etária e sexo:

Tabela 1 – População município de Esteio – Rio Grande do Sul

POPULAÇÃO MUNICÍPIO DE ESTEIO – RS			
Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Menores de 1 ano	502	446	948
De 1 a 4 anos de idade	2.111	1.971	4.082
De 5 a 9 anos de idade	2.820	2.798	5.618
De 10 a 19 anos de idade	6.657	6.287	12.944
De 20 a 29 anos de idade	7.085	7.150	14.235
De 30 a 39 anos de idade	5.697	5.853	11.550
De 40 a 49 anos de idade	5.244	6.102	11.346
De 50 a 59 anos de idade	4.719	5.371	10.090
De 60 a 69 anos de idade	2.657	3240	5.897
De 70 a 79 anos de idade	1.076	1.734	2.810
De 80 a 89 anos de idade	285	698	923
De 90 a 99 anos de idade	41	123	164
De 100 anos ou mais	1	9	10
Total	38.973	41.782	80.755

Fonte: Censo IBGE, 2010.

Observa-se na tabela 1, que apesar da população masculina ser superior a feminina entre crianças e adolescentes entre 1 e 19 anos de idade, a partir dos 20 anos, o número de homens diminui progressivamente em relação as mulheres, conforme a faixa etária aumenta, esta diferença vai se ampliando. Para Siviero, Turra e Rodrigues (2011), a mortalidade mais precoce em homens é uma característica mundial e está relacionada a fatores socioeconômicos, culturais, ambientais, política ou biofisiológicos no Brasil, além destas causas, o aumento da mortalidade masculina nos jovens e adultos está relacionada a causas externas, especialmente violência.

4.2 FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Para compreender o financiamento da saúde no município de Esteio, inicialmente buscou-se subsídios em materiais teóricos, como legislação e autores que estudam sobre o assunto, para uma breve introdução sobre o tema. Posteriormente pesquisou-se informações específicas sobre os investimentos em saúde no município de Esteio, pelas três esferas de governo, para isso, utilizou-se informações públicas, disponíveis em site do governo municipal, estadual e federal.

O financiamento do SUS é responsabilidade do governo federal, estadual e municipal, a Constituição Federal de 1988 estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988).

Cabe ressaltar que informações referentes aos recursos federais são de fácil acesso no site do Fundo Nacional de Saúde (FNS), porém nas esferas estadual e municipal não ficam tão evidentes, sendo necessária uma pesquisa mais minuciosa para localizar as informações sobre os recursos financeiros. No âmbito municipal, apesar de existirem informações públicas, estas não estão totalmente acessíveis para a população, ou seja, não é possível através das informações disponíveis, identificar se os recursos investidos em saúde são de origem federal, estadual ou municipal.

A Secretaria Municipal da Saúde de Esteio, entre janeiro e agosto de 2016 tinha em seu orçamento o montante de R\$ 700.276.012,80, deste valor foram liquidados R\$ 173.213.163,00, demonstrando que o município de Esteio, como muitos outros municípios brasileiros não consegue utilizar de forma integral os recursos financeiros da saúde. Nas informações coletadas do site da Prefeitura Municipal não estão especificados onde os recursos foram investidos, nem se a fonte é municipal, estadual ou federal (ESTEIO 2016e).

Entre os pagamentos realizados à saúde pela Secretaria Estadual da Saúde para o município de Esteio, no período de janeiro a agosto de 2016, estão incluídos repasse para Primeira Infância Melhor, incentivo para a qualificação da Atenção Básica, incentivos para Equipes de Saúde da Família, incentivo à formação em medicina da família e comunidade (bolsa de residência), incentivo para Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), incentivo para a farmácia básica para aquisição de insumos para controle do diabetes, repasse para aquisição e dispensação de fraldas para uso domiciliar, financiamento de ação para a prevenção da dengue no verão e pagamento de prestadores para média complexidade SUS. Também ocorreram pagamentos de incentivos para o Hospital São Camilo, para atendimento de nefrologia, traumatologia-ortopedia, leitos de saúde mental e ambulatório para gestantes de alto risco (RIO GRANDE DO SUL, 2016b).

O município de Esteio, recebe recursos federais transferidos diretamente ao fundo municipal de saúde referentes aos blocos da Vigilância em Saúde, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Investimento, Atenção Básica e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2016e).

De janeiro a agosto de 2016, a Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar receberam 74,5% dos recursos federais recebidos pelo município (BRASIL, 2016e). Em uma análise realizada por Junior e Mendes (2015), da composição do financiamento do Ministério

da Saúde por meio do Fundo Nacional de Saúde, a Média e Alta Complexidade concentram a maior parte dos recursos financeiros, tendo a maior parte do financiamento federal. Segundo estes autores, essa concentração do capital ocorre em virtude do uso de tecnologias de ponta e de profissionais especializados nesse segmento.

O bloco da Atenção Básica no período de janeiro a agosto de 2016 recebeu 19% dos recursos transferidos fundo a fundo do Ministério da Saúde para o município. O bloco da Atenção Básica é constituído pelo Componente Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), referente ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2007a) e Componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde. Esteio recebeu neste período, recursos referentes a saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2016e).

Capucci (2014), refere que o custeio da Atenção Básica onera cerca de 21% do total de gastos federais, que para obter os retornos esperados da Atenção Básica, seria preciso deslocar recursos de serviços de média e alta complexidade, o que necessitaria uma reorganização de toda a rede, sob os paradigmas da atenção primária, desde os currículos dos cursos de graduação em saúde até os programas de requalificação de práticas clínicas e de regulação do acesso a serviços de saúde no âmbito loco-regional do sistema.

A assistência farmacêutica do município recebeu 2,7% do total de recursos recebidos pela União, referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica e da Farmácia Popular. O município ainda recebeu um recurso pontual para construção de 2 academias da saúde (BRASIL, 2016e).

A Vigilância em Saúde recebeu da União 2,1% do valor total dos recursos federais, divididos no Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), no Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) e na Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias, além de receber recursos para Assistência Financeira Complementar (BRASIL, 2013a, BRASIL, 2016e). No bloco da Vigilância em Saúde está contemplado o incentivo de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das IST/AIDS e Hepatites Virais (BRASIL, 2013b), este incentivo está regulamentado na Resolução CIB/RS 143/14, o valor anual de R\$ 75.000,00 (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

4.3 OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E OS SERVIÇOS DA RAS

Para realizar o mapeamento dos serviços de saúde da RAS vinculados ao SUS, que prestam atendimento direta ou indiretamente às gestantes, parturientes, recém-nascidos e crianças e que por consequência realizam o atendimento a sífilis em gestantes e congênita, realizou-se a classificação dos serviços, conforme os conceitos da literatura de atenção primária, secundária e terciária. Foram realizadas pesquisas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), para conhecer os serviços do município, onde verificou-se também as categorias profissionais cadastradas em cada serviço, nos casos onde houve dúvidas sobre os serviços e os fluxos de atendimento, também foi realizado uma consulta ao site da Prefeitura Municipal da Saúde ou diretamente com os trabalhadores.

Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a atenção primária em saúde, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde. Os níveis de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS (MENDES, 2011).

4.3.1 Atenção primária em saúde

A atenção primária é o nível do sistema saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras. Aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar estar, bem como a promoção em saúde. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas e seus problemas de saúde. Também é o nível de atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados pela promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2002).

A Estratégia Saúde da Família, vertente brasileira da Atenção Primária em Saúde, (APS), visa à expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação

4.3.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas, como Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e etc. O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários e agregar práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas (BRASIL, 2014a).

Esteio conta com uma equipe de NASF, composto por fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e psicólogos que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESTEIO, 2016b).

4.3.3 Programa Primeira Infância Melhor

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM), foi implantado no Rio Grande do Sul em 2003 e foi conferido o status de política pública estadual em 2006. Voltado para a promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, o PIM constitui-se numa importante política pública do estado. Está sob a coordenação da Secretaria Estadual da Saúde, que articula com as Secretarias Estaduais da Educação, da Cultura, da Justiça e do Desenvolvimento Social (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007; RIO GRANDE DO SUL, 2006).

O PIM em Esteio está presente nos bairros Jardim Planalto, Parque Primavera e São José, no momento da verificação dos dados, eram 26 visitantes atendendo 85 famílias, com 6 gestantes, 88 crianças de 0-3 anos e 4 crianças de 3- 6 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2016c).

4.4 ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE

A atenção secundária em saúde é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, é responsável pela realização de procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (ERDMANN et al., 2013).

No município de Esteio a atenção secundária é composta do Ambulatório de Gestante de Alto Risco (AGAR), Hemodiálise, Centro de Especialidades, Centro de Atendimento Psicossocial tipo II (CAPS II), Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas Infantil (CAPS Inf.) e um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) com atendimento para HIV/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose.

4.4.1 Ambulatório de gestante de alto risco

Apesar da gestação ser um fenômeno fisiológico e na maioria das vezes acontecer sem complicações, algumas gestações já iniciam com problemas, ou eles surgem no percurso, apresentando maior probabilidade de desfecho desfavorável tanto para o feto quanto para a mãe, estas gestações são consideradas de alto risco (BUCHABQUI; ABEICHE; NICKEL, 2011).

Os Ambulatórios de Gestantes de Alto Risco (AGAR) tem como prerrogativa oferecer atendimento multiprofissional às gestantes de alto risco ou que necessitem acompanhamento periódico devido a doenças prévias ou próprias da gestação; realizar matriciamento à RAS que realiza pré-natal, auxiliando na condução do pré-natal de risco habitual e de alto risco nos demais níveis de atenção, em particular na atenção primária; adotar o desenho da linha de cuidado da Rede Cegonha; instituir a classificação de risco da gestação de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e manter todas as vagas ambulatoriais cadastradas no SUS disponíveis para as centrais de regulação, de acordo com as normas do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

OAGAR de Esteio, recebe as gestantes que tem critérios considerados de alto risco, para atendimento especializado no pré-natal e está localizado no Hospital São Camilo (ESTEIO, 2016c).

4.4.2 Centro de especialidades

O Centro de Especialidade de Esteio está localizado no centro da cidade e conta com o atendimento de médico clínico, nutricionistas, neurologistas, coloproctologista, cardiologistas, psicólogo, fonoaudiólogos, psicopedagogo, dermatologista, ortopedista e traumantologista, musicoterapeuta e equipe de enfermagem (BRASIL, 2016f).

O primeiro atendimento ocorre após avaliação do médico da UBS de referência do paciente. Caso o profissional de saúde identifique a necessidade de um atendimento com um especialista, será feito um encaminhamento à Central de Marcação, que agendará uma data para

a consulta e comunicará o paciente. Os retornos serão marcados no próprio Centro de Especialidades pelo usuário (ESTEIO, 2016d).

4.4.3 Centros de atenção psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial é realizado prioritariamente em espaços coletivos, de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes (BRASIL, 2011c).

O município de Esteio conta em sua rede com um Centro de Atenção psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), que atende pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Os CAPS AD, são serviços de saúde mental abertos e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes (BRASIL, 2011c). O CAPS AD de Esteio, conta com psicólogos, médico psiquiatra e clínico, enfermeiro psiquiátrico e enfermeiros generalistas, técnico em enfermagem, assistente social, nutricionista pedagogo e musicoterapeuta (BRASIL, 2016f).

O município conta com um Centro de Atendimento Psicossocial II (CAPS II) que atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, conforme a organização da rede de saúde local, estes serviços são indicados para municípios com população acima de 70 mil habitantes (BRASIL, 2011c). Tem em sua equipe psiquiatras, assistente social, psicólogos, enfermeiros, auxilia e técnico de enfermagem (BRASIL, 2016f).

E também conta com um Centro de Atendimento Psicossocial infantil (CAPS inf.) que atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes (BRASIL, 2011c). O CAPS infantil de Esteio, conta com psicólogos, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta e técnico em enfermagem (BRASIL, 2016f).

4.4.4 Serviço de atenção especializada em HIV/AIDS

O Serviço de Atenção Especializada (SAE) é uma unidade ambulatorial voltada a atenção integral às pessoas com IST/HIV/Aids (BRASIL, 2013c). O SAE de Esteio ainda é referência para o atendimento de Hepatites Virais e Tuberculose. Apesar de o atendimento da sífilis ser realizado na Atenção Básica, este serviço acaba tendo um papel importante, pois frequentemente acontecem situações de confecção sífilis e HIV.

Outro aspecto relevante é que a coordenação da política de IST/Aids do município é realizada pelo mesmo profissional que coordena o serviço. O Serviço conta com 2 médicos infectologistas, 1 médico pneumologista, 1 farmacêutica, 1 psicóloga, 3 enfermeiras, 1 assistente social, 2 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares de escritório (BRASIL, 2016f).

4.5 NÍVEL TERCIÁRIO

Os pontos de atenção terciário integram o nível de atenção terciária, ou seja, de “alta complexidade”. Os hospitais, nas RASs, devem cumprir, principalmente, a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Para isso, os hospitais em redes devem ter uma densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função e devem operar com padrões ótimos de qualidade (MENDES 2015a).

Em Esteio, o nível de atenção terciária é prestado pelo Hospital São Camilo. O hospital é uma Fundação de Saúde Pública de Direito Privado, com 100% dos atendimentos pelo SUS e conta com atendimento de emergência, centro cirúrgico, centro de especialidades, internação, clínica e cirúrgica, unidade de terapia intensiva (UTI) adulto. O atendimento na área materno-infantil é referência para outros municípios da região metropolitana e conta com ambulatório de gestante de alto risco (Agar), centro obstétrico, alojamento conjunto, complexo neonatal, emergência pediátrica e internação pediátrica (FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SÃO CAMILO DE ESTEIO, 2015).

O hospital conta com um total de 147 leitos, divididos em 22 cirúrgicos, em nefrologia e urologia, cirurgia geral, ginecologia, neurocirurgia, gastroenterologia e ortopedia e traumatologia. Para internação em clínica geral são 63 leitos, 12 em saúde mental e psiquiatria e 8 em UTI adulto. Na área materno-infantil são 21 leitos de clínica e cirurgia obstétrica, 10 leitos UTI neonatal, 10 leitos unidade de cuidados intermediários neonatal (UCI) e 5 leitos de unidade canguru (BRASIL, 2016f).

4.6 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, incluindo a abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde. São as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde. A vigilância em saúde inclui: a vigilância e o controle das doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária (BRASIL, 2010b).

A Vigilância em Saúde deve estar inserida na construção das RASs, a integração com a APS é fundamental para a integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, desenvolvendo um processo de trabalho condizente com a realidade local (BRASIL, 2010b).

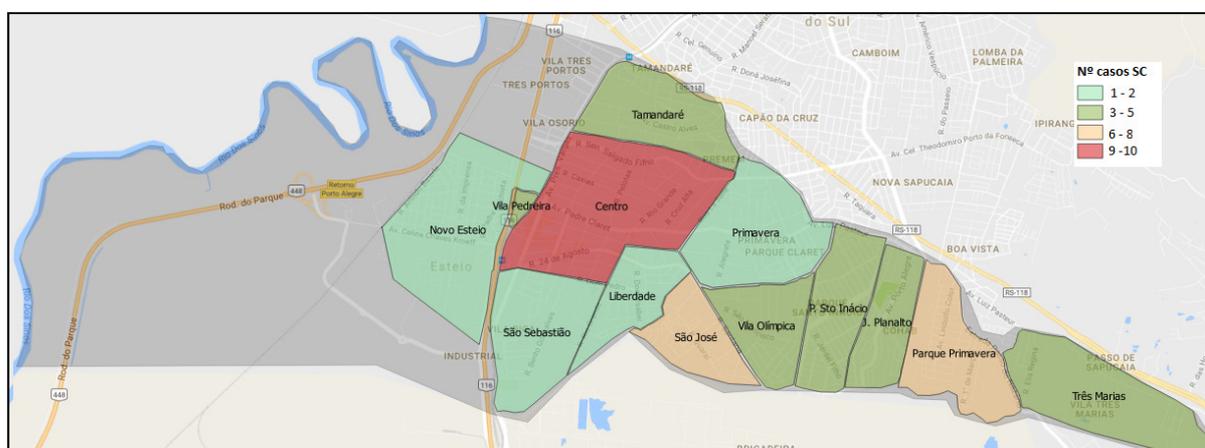
No que se refere a Vigilância em Saúde de Esteio, não foram encontradas informações específicas sobre a sua atuação dentro da rede do município.

4.7 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE ESTEIO E A SÍFILIS CONGÊNITA

Para compreender como estão distribuídos os casos de sífilis congênita no município de Esteio, foi necessário utilizar informações do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), este banco contém informações particulares dos usuários notificados, portanto é confidencial e só pode ser acessado por profissionais autorizados. Para este trabalho foi solicitado a Coordenação Estadual de IST/Aids da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul as seguintes informações: número de casos de sífilis congênita por ano de diagnóstico no município de Esteio, entre 2007 a 2015 e bairro de residência. Cabe destacar, que apesar da pesquisadora trabalhar neste setor, não teve acesso a informações pessoais dos casos notificados de sífilis congênita, recebendo apenas as informações solicitadas, preservando assim a confidencialidade das informações.

Algumas regiões da cidade apresentam um maior número de casos de sífilis congênita. Para facilitar a compreensão das informações o número de casos acumulados entre 2007 a 2015 por bairro foram trabalhados no Software Livre QGIS, no Google maps e estão apresentados no mapa 2:

Mapa 2 - Mapa com distribuição de casos acumulados de sífilis congênita (2007 a 2015) por bairro de Esteio – RS



Fonte: Google Maps

Nota: Dados SINAN, trabalhados pela autora

Para a construção da tabela abaixo, utilizou-se informações do censo populacional do IBGE - 2010 e dados do SINAN. Realizou-se uma adaptação referente ao bairro Novo Esteio, pois chamou atenção o número de casos de sífilis congênita na Vila Pedreira, localizada geograficamente neste bairro, por este motivo entendeu-se necessário um destaque para esta área. Para chegar ao número aproximado de habitantes desta localidade, foram subtraídos o número de habitantes do setor referente à Vila Pedreira do número total de habitantes do bairro Novo Esteio, estas informações estão disponíveis na sinopse por setor do IBGE, em densidade demográfica (IBGE, 2010).

A tabela abaixo, mostra a população por bairros de Esteio e número de casos acumulados de sífilis congênita no período de 2007 a 2015.

Tabela 2 - Bairros Esteio - RS e casos de sífilis congênita (SC) ente 2007 a 2015.

Bairro	Nº de habitantes	Nº casos SC (2007 a 2015)
Centro	10.811	10
Parque Primavera	7.649	8
São José	7.124	8
Jardim Planalto	5.857	5
Vila Pedreira	507 ¹	5
Novo Esteio	6955 ²	2
Santo Inácio	7.842	4
Tamandaré	4.874	4
Três Marias	2.413	3
Olímpica	5.940	3

Liberdade	5.402	2
Primavera	5701	1
São Sebastião	7.660	1
Três Portos	1.275	0
Industrial	59	0

¹ O número de habitantes refere-se ao setor correspondente à Vila Pedreira e foi subtraído do total de habitantes do Bairro Novo Esteio.

² O número total de habitantes do Bairro Novo Esteio é de 7462, porém foram subtraídos os habitantes do setor correspondente à Vila Pedreira.

Fonte: IBGE, censo 2010. BRASIL, 2016b

O centro é a região do município com maior número de casos de sífilis congênita entre 2007 e 2015 (10 casos), mas também a região mais populosa do município, segundo o censo de 2010 do IBGE, são 10.811 habitantes. O centro da cidade conta com uma Unidade Básica de Saúde, nesta região também estão localizados o Centro de Especialidades, o CAPS II e o SAE (BRASIL, 2016b, 2016f).

O bairro Parque Primavera tem uma população estimada de 7.649 habitantes e apresentou 8 casos de sífilis congênita entre 2007 e 2015, conta com a UBS Dr. Pedro Ernesto - CAIC, com 3 equipes, além de contar com 8 visitantes do PIM, contemplando as comunidades Barreira, Hípica e Nazareno (BRASIL, 2016b, 2016f; RIO GRANDE DO SUL, 2016).

O bairro São José tem uma estimativa de 7.124 habitantes (IBGE, 2016). Neste bairro ocorreram 8 casos de sífilis congênita entre 2007 e 2015. O bairro tem uma unidade básica tradicional, a UBS Esperança e ESF Cruzeiro com 3 equipes, conta também com 12 visitantes do PIM nas comunidades Jardim Floresta, São José, Cruzeiro e Esperança (BRASIL, 2016b, 2016f; RIO GRANDE DO SUL, 2016).

O bairro Jardim Planalto tem uma população estimada de 5.857 habitantes, onde ocorreram 5 casos de sífilis congênita entre 2007 e 2015. No bairro está localizada a UBS Planalto, onde tem 4 Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2016b, 2016f).

A Vila Pedreira está geograficamente localizada dentro do Bairro Novo Esteio, apesar de apresentar uma população pequena é um local considerado de bastante vulnerabilidade. Na Vila Pedreira ocorreram 5 casos de sífilis congênita entre 2007 e 2015, nesta região esta localizada a UBS Pedreira. No Bairro Novo Esteio, no mesmo período, ocorreram 2 casos de sífilis congênita no mesmo período em uma população quase 14 vezes maior, este bairro conta com uma ESF com 2 equipes (BRASIL, 2016b, 2016f).

O bairro Santo Inácio apresentou 4 casos de sífilis congênita entre 2007 e 2015, neste bairro não há UBS, sendo o atendimento em saúde realizado por outra UBS localizada em bairro

próximo. O bairro Tamandaré também apresentou 4 casos no período de 2007 a 2015, este bairro conta com uma UBS, nesta região também está localizado o Hospital do município e o Serviço de Hemodiálise (BRASIL, 2016b, 2016f).

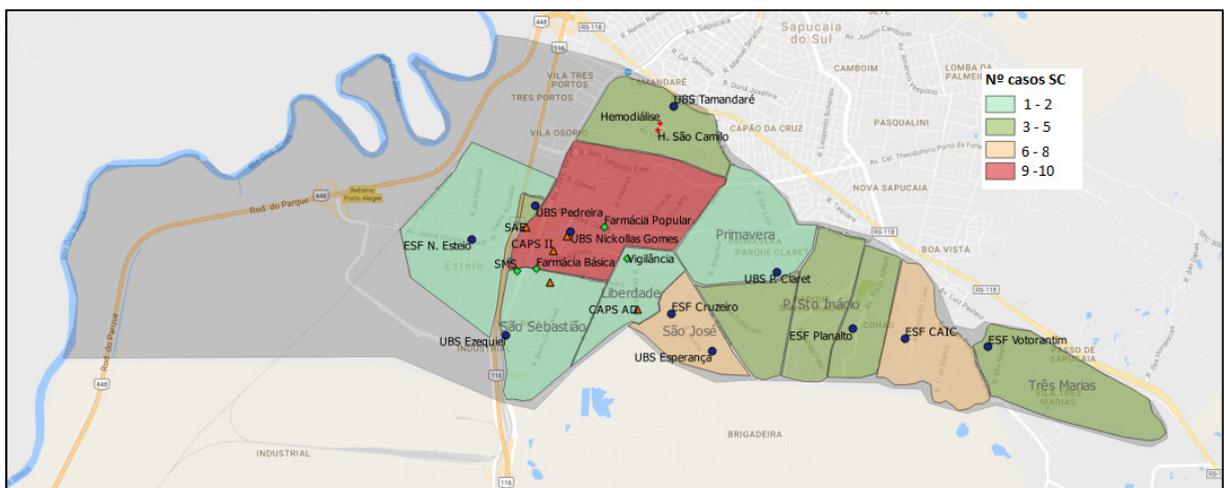
O bairro Três Marias apresentou 3 casos de sífilis congênita entre 2007 e 2015, conta com uma equipe de ESF, este bairro é o mais distante da região central do município. Já a Vila Olímpica também apresentou 3 casos de sífilis congênita no mesmo período, porém não têm serviços de saúde neste bairro (BRASIL, 2016b, 2016f).

No bairro Liberdade ocorreram 2 casos de sífilis congênita entre 2007 e 2015, não tem UBS nesta área, neste bairro estão localizados o CAPS AD e a Vigilância em Saúde do município (BRASIL, 2016b, 2016f).

No bairro Primavera ocorreu 1 caso de sífilis congênita no período de 2007 a 2015, neste bairro está localizado a UBS Claret. No bairro São Sebastião também ocorreu um caso de sífilis congênita no mesmo período, neste bairro esta localizada a UBS Ezequiel (BRASIL, 2016b, 2016f).

No mapa abaixo, apresenta-se os serviços de saúde da RAS de Esteio, para uma melhor compreensão da localização dos serviços e a distribuição dos casos de sífilis congênita por bairro no período acumulado de 2007 a 2015. Para a construção do mapa 3, utilizou-se o Google maps e dados coletados na pesquisa, que foram trabalhados no Software Livre QGIS.

Mapa 3 - Mapa com distribuição de casos acumulados de sífilis congênita (2007 à 2015) por bairro e serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde de Esteio – RS.



Fonte: Google Maps

Nota: Dados SINAN e CNES, trabalhados pela autora no mapa

5 A REALIDADE DE ESTEIO NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Neste capítulo, através da análise dos discursos pretendeu-se compreender a percepção dos entrevistados, sobre o cuidado da sífilis congênita, frente à realidade do município de Esteio no Rio Grande do Sul. Para facilitar a compreensão dos leitores, as categorias foram divididas em Quadros de Análise de Discurso (QAD), apresentando as seguintes categorias:

QAD 1: A percepção dos entrevistados sobre as causas do problema da sífilis congênita (porque a situação ocorreu?); QAD 2: As opções técnicas que cada profissional apresenta (o que se faz com um caso como este?); QAD 3: Os limites da situação problema (O que poderia ter sido feito e não foi?); QAD 4: as possibilidades pela educação em saúde (a educação em saúde pode ser a solução?).

Os QAD trazem os dizeres dos entrevistados, que se apresentam e materializam efeitos de sentidos, que na ancoragem são produzidos em condições determinadas e que estão de alguma forma presentes no modo como aquele que diz percebe a sua situação.

Posteriormente é apresentada a síntese dos quadros e a discussão, que tem como objetivo sintetizar os recortes apresentados no quadro acima e também permite identificar as dimensões ou categorias que se evidenciam.

As entrevistas foram realizadas com 13 profissionais da saúde de Esteio, sendo 11 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, 11 entrevistados têm formação em nível superior e 2 sem formação superior.

Foram entrevistados o coordenador da Atenção Básica e o coordenador da Política de IST/Aids (GESTORES), médico do centro obstétrico e médico da UTI Neonatal (MÉDICOS HOSPITAL), enfermeiro do centro-obstétrico e enfermeiro da maternidade (ENFERMEIROS HOSPITAL), 2 médicos de Estratégia de Saúde da Família de unidades distintas (MÉDICOS ATENÇÃO BÁSICA), 2 enfermeiros de Estratégia de Saúde da Família de unidades distintas (ENFERMEIROS ATENÇÃO BÁSICA), um profissional da Vigilância em Saúde do município (VIGILÂNCIA MUNICÍPIO) e 2 Agentes Comunitários de Saúde (AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE).

A categoria profissional foi levada em conta para profissionais que estão diretamente ligados à assistência ao usuário, ou seja, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS). Já os gestores e o profissional da vigilância em saúde não foram identificados por sua formação, pois para o cargo não é necessária uma formação em área específica.

Para manter o anonimato dos participantes da pesquisa, cada entrevistado foi identificado com a letra “E” de entrevistado, seguida de um algarismo arábico que representa a sequência em que as entrevistas foram realizadas de “E1” a “E13”.

No QAD 1, destaca-se a percepção dos entrevistados sobre a causa do problema:

Quadro de Análise de Discurso 1(QAD 1) - Percepção da situação/causa do problema por categoria profissional e local de trabalho

(continua)

CAUSAS				
CATEGORIA	ENTREVISTA	EXPRESSÕES CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
GESTOR	E3	<p>“ela não foi acolhida pela atenção básica”</p> <p>“não conseguiu acolher ela de uma forma que ela começasse a vir fazer o acompanhamento...”</p> <p>“...o primeiro problema, não criou vínculo”</p> <p>“Se ela é de um território(...). se ela já não tinha o hábito de vir, tinham que ter buscado”</p> <p>“toda a doença relacionada ao sexo, tem uma história de preconceito e dificuldade de diálogo(...)”</p> <p>“tem vínculo com outras questões (...) traição, falta de relação estável (...) o uso de drogas, de alcoolismo...”</p>	<p>Não acolhimento</p> <p>Não vinculação</p> <p>Falta de diálogo</p> <p>Questões que extrapolam a saúde</p>	<p>Dimensão Técnica/ Gestionária</p> <p>Dimensão Social</p>
	E7	<p>“me parece um descuido da equipe em monitorar”</p> <p>“faltou intercomunicação do hospital (...) com a UBS para que essa gestante pudesse ser monitorada lá na ponta, para o seguimento do tratamento daquele caso”</p>	<p>Falha no atendimento</p> <p>Falta de comunicação da rede</p>	<p>Dimensão Técnica / Gestionária</p>
MÉDICOS HOSPITAL	E2	<p>“é sempre assim, é sempre a mesma história, o namorado não trata (...) é que isso tudo são os relacionamentos conturbados, porque dificilmente isso acontece com uma pessoa que já esta estabilizada, em um relacionamento estável.”</p>	<p>Problema no relacionamento com o parceiro</p>	<p>Dimensão Individual</p>
	E5	<p>“acredito que pela relação do casal, pela dificuldade em acertar as coisas, no caso de os dois... talvez assim, porque a sífilis a gente sabe que foi... sexualmente transmitida.”</p>	<p>Problema no relacionamento com o parceiro</p>	<p>Dimensão Individual</p>

(continuação)

CAUSAS				
CATEGORIA	ENTREVISTA	EXPRESSÕES-CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
ENFERMEIROS HOSPITAL	E1	“eu acho que é bastante por medo da paciente, do relacionamento já conturbado que ela tem com o parceiro”	Problema no relacionamento com o parceiro	Dimensão Individual
	E4	“a gestação que é bem-vinda por aquela mulher, mas não é pelo parceiro, o parceiro acha que é um golpe ou as vezes é um relacionamento em crise ”. “Uma é pela situação de violência que ela vive” “acho que faltou da UBS , apesar que a UBS não pode fazer tudo, mas poderia se envolver um pouquinho mais pra vincular ela .”	Problema no relacionamento com o parceiro Não vinculação	Dimensão Individual Dimensão Social Dimensão Técnica/ Gestionária
MÉDICOS ATENÇÃO BÁSICA	E6	“parece uma questão de vínculo entre a equipe de saúde e a usuária, não houve o vínculo , não houve um resgate da paciente” “Além da equipe de saúde, a equipe de serviço social também parece que não foi informada ou a equipe de saúde falhou ”	Falha no atendimento da UBS Falta de comunicação da rede	Dimensão Técnica / Gestionária
	E8	“eu acho que é multifatorial , é uma gravidez indesejada, é uma gravidez indesejada de um parceiro que ela não tem uma relação muito boa e ainda tem uma sífilis junto ”	Problema no relacionamento com o parceiro	Dimensão Individual /Social
ENFERMEIROS ATENÇÃO BÁSICA	E9	“então esta questão de gravidez no meio de uma relação que não é firme , gera uma situação de insegurança” “mesmo sabendo que ele não é fiel (...) não saberia se pegou, se a culpa não seria dela e mesmo que não fosse, o companheiro não aceitaria né, ficaria como se a culpa fosse dela .” “...mas tu não vai conseguir chegar num VDRL como devia, o quanto antes, e nestas idas e vindas, aqui é muito longe do centro, não tem passagem, vai uma vez para agendar, na segunda vez se não for, ela não vai fazer a coleta ” “as vezes ela vai conseguir chegar mesmo de manhã lá e não vai conseguir coletar naquele dia ”	Relacionamento instável Culpabilização da mulher Dificuldade de acesso a exames laboratoriais	Dimensão Individual Dimensão Social Dimensão Gestionária
	E11	“... acho que faltou um pouquinho mais de insistência , de falar porque que é importante ela tratar, porque seria importante o companheiro vir também até a unidade pra tratar, explicar tudinho para ela, que as vezes eles precisam de um “baque” assim, de algumas palavras mais duras pra se conscientizar que não é uma brincadeira”.	Falha no atendimento da UBS	Dimensão Técnica/Pedagógica

(conclusão)

CAUSAS				
CATEGORIA	ENTREVISTADO	EXPRESSÕES-CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
VIGILÂNCIA MUNICIPIO	E10	<p>“em função de uma relação conturbada(...) o principal motivo dela é medo”</p> <p>“ela tem dúvidas de que ele... de que ela passou para ele e de que reação que ele vai ter, se por acaso o exame dele der não reagente.”</p> <p>Acho que a equipe ali, tinha que ser mais incisiva com ela, naquela gestação anterior, porque ela já tinha um diagnóstico de sífilis e ela perdeu o bebê e isso ficou esquecido, não se buscou ela, porque embora ela não estivesse mais gestante ela tinha uma doença</p>	<p>Problema no relacionamento com o parceiro</p> <p>Falha no atendimento da equipe</p>	<p>Dimensão Individual</p> <p>Dimensão Técnica/ Gestonária</p>
	AGENTE COMUNITÁRIO	E12	<p>“Eu acho que tem a haver com a questão do parceiro (...) como ela tinha dúvida se a sífilis veio dela ou do parceiro, porque ele parece não ser fiel, enfim”.</p> <p>“Da reação dele ao saber o que poderia acontecer, tanto que ela demorou a ir buscar o serviço no posto de saúde (...), eu acho que o ponto maior foi o do parceiro, que fez com que ela não buscasse o serviço”.</p>	<p>Problema no relacionamento com parceiro</p>
E13		<p>“Eu acho que faltou orientação para ela, não ter com quem conversar, talvez na unidade ela não tivesse uma pessoa que ela confiasse para chegar e expor isso, toda essa dificuldade”.</p> <p>“Se ela tivesse alguém que ajudasse ela a resolver este problema, porque sozinha ela não tá conseguindo. Talvez ela não tenha familiares, a gente não sabe se ela tem apoio, talvez é o apoio que está faltando”.</p> <p>Ela tem uma relação pouco estável com ele, o medo de contar e perder ele, são várias coisas que estão... A parte emocional dela está muito fragilizada</p>	<p>Falha no atendimento da equipe</p> <p>Falta apoio familiar e do serviço</p> <p>Problema no relacionamento com parceiro</p>	<p>Dimensão Técnica / Gestonária</p> <p>Dimensão Individual /Social</p> <p>Dimensão Individual</p>

Fonte: Entrevistas

A síntese tem como objetivo sintetizar os recortes apresentados no quadro acima, permitindo identificar as dimensões ou categorias que se evidenciam.

5.1 SÍNTESE DO QUADRO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1

O conjunto de narrativas apontam para duas situações: a primeira diz respeito à dimensão técnico/gestonária, pois na leitura do senso comum dos entrevistados é a que está ligada a causa do problema, o que na perspectiva de Merhy (1997), podem ser consideradas

como tecnologias leves, como por exemplo: a falha no atendimento, falta de acolhimento e falta de comunicação com os outros pontos de saúde da rede.

Entretanto, em uma segunda leitura dos dados, percebe-se que todas as categorias profissionais entrevistadas destacam a dimensão individual como aquela que se apresenta como real causa do problema, pois em sua grande maioria deslocam a causa do problema para a esfera privada ao trazer o relacionamento com o parceiro como forte indicador do problema, além de falta de diálogo sobre questões de sexualidade, falta de apoio, culpabilização da mulher e violências.

Neste caso, destaca-se o fato dos profissionais não relacionarem o problema com a incapacidade do sistema de articular políticas públicas que possam dar conta de uma situação na qual segmentos da população em situação de vulnerabilidade e fragilidade social está. Mesmo quando a questão social aparece nas falas, pouco se relaciona a aspectos importantes da dimensão social, como por exemplo, as ferramentas que este indivíduo dispõe para enfrentar o problema, ficando as falas muito restritas ao âmbito do indivíduo, do pessoal.

O QAD 1 aponta para um paradoxo: a causa ou razão de um problema está ora no sistema ora no usuário, ou seja, há uma questão não visibilizada aqui que é a responsabilidade dos técnicos e a efetividade do serviço público, pois são estes aqueles que tem maiores condições (conhecimentos) sobre os problemas e saúde pública.

Quadro de Análise de Discurso 2 (QAD 2) - Opção técnica: por categoria profissional e local de trabalho

(continua)

OPÇÕES				
CATEGORIA	ENTREVISTADO	EXPRESSÕES CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
GESTOR	E3	<p>“por todo o contexto, a gente consegue facilitar o atendimento mesmo fora da cobertura de Estratégia de Saúde da Família quando a gente diz que ele é um paciente do SAE. A rede é sensível as questões de DST/Aids...</p> <p>“A gente tem o prontuário eletrônico (...) que facilita eu olhar, então dá para ver de onde ela é...”</p> <p>“O PIM eu acho que seria importante (...) elas têm gente para trabalhar, vão nas casas, os visitantes, na gestação (...) talvez seria uma solução para isso, ter chegado antes” ... Então quando chega estes casos lá ela encaminha, mas aí já tá lá, não é de ter tratado a prevenção disso antes..”</p>	<p>Facilitar atendimento</p> <p>Prontuário eletrônico facilita</p> <p>Falta prevenção</p>	Dimensão Técnica/ Gestionária

(continuação)

OPÇÕES				
CATEGORIA	ENTRE VISTADO	EXPRESSÕES CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
GESTOR	E7	<p>“onde tem ESF, tu tem essa facilidade, a agenda é flexível, a agenda é voltada para a vigilância”</p> <p>“ tu tem o ACS como o principal responsável por vigiar e assim, trazer a equipe esse controle”</p> <p>“as vezes a gente precisa de parceria inter profissional e o NASF tem uma potência forte, com a psicologia, o serviço social”</p> <p>“muito potente é o Comitê de Investigação da Sífilis, que tá nascendo agora (...) a sífilis é aquele negócio, tem que pegar cada caso e ir até o fim, investigar”</p>	<p>Agenda flexível</p> <p>Controle da equipe</p> <p>Parceria inter profissional</p> <p>Investigação de casos</p>	Dimensão Técnica/ Gestionária
MÉDICOS HOSPITAL	E2	<p>“Tu teria que ter um protocolo ou um livro que tu anotasse essas pacientes, fulana faz uma semana que não apareceu, vamos atrás.”</p>	Busca das pacientes faltosas	Dimensão Técnica/ Gestionária
	E5	<p>“Na verdade a nossa preocupação é com relação ao bebê, se o bebê vai tratar o não.”</p> <p>“Do caso assim... familiar a gente pede as vezes avaliação do serviço social pra poder acompanhar essa situação família, mas a nossa preocupação é se o bebê tem que tratar ou não!”</p> <p>“A gente sempre acompanha por um protocolo que a gente tem, uma tabela do Ministério da Saúde”</p>	<p>Preocupação com tratamento criança</p> <p>A questão familiar é para o serviço social</p> <p>Utilização de protocolo</p>	Dimensão Técnica/ Gestionária
ENFERMEIROS HOSPITAL	E1	<p>“Eu acho que poderia ter um rastreamento para essas pacientes que tenham, que precisem fazer o tratamento, mas que não retornam e ai acabam podendo transmitir e seguem o ciclo da doença, não tem...”</p> <p>“Se tivesse um rastreamento que pudesse parar isso! Fazer o tratamento, ir atrás da paciente que precisa e não foi. Isso eu acho que falta. A busca, a busca é importante.”</p>	<p>Rastreamento das pacientes</p> <p>A busca é importante</p>	Dimensão Técnica/ Gestionária
	E4	<p>“De repente fazer uma consulta só com ele, porque tudo que eu pego de sífilis, o problema é o parceiro, que ou não é tratado corretamente ou não é tratado de vez”</p> <p>“Eles (profissionais) não relacionam o parceiro no tratamento da gestante.”</p>	Consulta para parceiro	Dimensão Técnica/ Gestionária
MÉDICOS ATENÇÃO BÁSICA	E6	<p>“Uma equipe multiprofissional, com apoio de NASF, de PIM (...) seria completamente diferente o desfecho para a busca, um possível encaminhamento para o CAPS AD para o companheiro”</p>	Equipe multiprofissional	Dimensão Técnica/ Gestionária

(continuação)

OPÇÕES				
CATEGORIA	ENTRE VISTA DO	EXPRESSÕES CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
MÉDICOS ATENÇÃO BÁSICA	E8	<p>“a gente tem uma equipe dos Agentes Comunitários (...) no caso de não comparecer na consulta a gente faz uma busca ativa, isso é a primeira coisa”</p> <p>“a gente tem o grupo do NASF que conta com psicóloga, com uma equipe multidisciplinar que também ajuda bastante”</p>	<p>Busca ativa</p> <p>Importância da equipe multidisciplinar</p>	Dimensão Técnica/ Gestonária
ENFERMEIROS ATENÇÃO BÁSICA	E9	<p>“buscar vinculação com ACS, com um técnico, com alguém que conhecesse a família (...) fazer busca ativa, visita, alguma maneira de trazer para perto, um grupo de gestante (...)”</p>	Buscar vinculação	Dimensão Técnica/ Gestonária
	E11	<p>“... no primeiro momento a gente já faria a medicação, eu não deixaria ela ir embora sem fazer a medicação, até porque se o teste rápido deu reagente e ela já teve toda essa história de sífilis anterior e não tratada”</p> <p>“O Agente de Saúde é o fundamental, porque a gente consegue fazer as buscas ativas e saber porque que não veio.”</p> <p>“a gente tenta resolver a maioria das coisas aqui no posto, as vezes foge da alçada, mas a gente tenta resolver o máximo que a gente pode”.</p>	<p>Início de tratamento imediato</p> <p>Busca ativa pelo ACS</p> <p>Resolutividade da Atenção Básica</p>	Dimensão Técnica/ Gestonária
VIGILÂNCIA MUNICÍPIO	E10	<p>“Talvez a gente já tivesse que ter iniciado o tratamento nela antes de encaminhar para o laboratório, segundo o protocolo (Protocolo Ministério da Saúde).”</p>	Seguir protocolos	Dimensão Técnica/ Gestonária
AGENTE COMUNITÁRIO	E12	<p>“A gente faz uma longa busca ativa, a gente vai uma, duas, três, quatro, enfim, quantas vezes for necessário”</p> <p>“...a gente agenda a consulta para ela, ela não precisa pegar ficha na fila (...) nós entregamos na casa a consulta dela (...) a gente corre atrás, agenda e verifica se a pessoa vem na consulta, se ela não veio a gente retorna e reforça com ela, a gente tá sempre em cima deles”.</p> <p>“a gente conhece todos da casa, tem esse vínculo que é muito importante, eles acabam tendo confiança em ti, eles abrem tudo para ti, toda a vida, tu fica as vezes horas escutando os problemas deles, choram na nossa frente, eles contam toda a vida deles para a gente”.</p> <p>“Viramos um amigo, nós não somos só profissionais que estão ali trabalhando, já somos amigos deles, é importante e aquele vínculo que a gente cria ele não é quebrado, não é porque assim</p>	<p>Busca ativa pelo ACS</p> <p>Acompanhamento das consultas pelo ACS</p> <p>Vínculo do ACS com as pessoas do território</p>	Dimensão Técnica/ Gestonária

(conclusão)

OPÇÕES				
CATEGORIA	ENTRE VISTADO	EXPRESSÕES CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
AGENTE COMUNITÁRIO	E12	oh, tu fazendo um bom trabalho, eles confiando em ti, eles te respeitam muito” “Nós temos um bom relacionamento com os médicos, quando dá algum problema, alguma doença mais grave, a gente se comunica com a que faz o pré-natal, com a Dra XXX, ela mesma nos procura muitas vezes para tirar dúvida né, e a gente tem esse bom contato ”	Comunicação com outros membros da equipe	Dimensão Técnica/ Gestionária
	E13	“quando a gente desconfia (da gravidez) a gente já começa a ficar... tu faz visitas bem periódicas (...) as vezes tu faz uma vez na semana, porque daí, no momento que tu tem vínculo com essa família, que tu vínculo com essa gestante, fica mais fácil porque ela passa a confiar muito em ti” “O médico as vezes fala, mas as vezes eles confiam muito mais na gente, que esta dentro da casa deles, e quanto mais tempo de vínculo mais fácil vai se tornando para nós , para eles poderem se abrir com a gente” “Eu sei direitinho quantas gestantes eu tenho e se alguma delas tem algum problema de saúde, então eu controlo o pré-natal delas, é tipo uma vigilância que tu tem que fazer em cima, então uma vez no mês eu vou na casa dela, e eu já sei mais ou menos o dia do pré-natal e eu controlo pelo prontuário eletrônico que tu sabe se veio ou não. “Talvez pudesse ter sido oferecido outras coisas para ela, talvez ela precisasse de um outro acompanhamento, talvez um psicólogo ”	Vínculo com ACS Acompanhamento pelo ACS Apoio de outros profissionais	Dimensão Técnica/ Gestionária

Fonte: Entrevistas

5.2 SÍNTESE DO QUADRO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2

No QAD 2, as narrativas trazem como opção técnica, independente da categoria profissional, apenas a dimensão técnico/gestionária. As falas trazem, na perspectiva de Merhy (1997), questões relacionadas a tecnologias leve-duras, como utilização de protocolos, uso de prontuário eletrônico e tecnologias leves, como o trabalho inter e multiprofissional, as parcerias com outras políticas e outros pontos de atenção da RAS. Estes pontos aparecem como importante estratégia técnica, mas pouco saem da “zona de conforto” do conhecimento técnico dos profissionais tanto no nível individual quanto da equipe de saúde.

Apesar da importância dada ao trabalho em equipe, como a importância do ACS, dos profissionais do NASF, dos visitantes do PIM, etc., cada profissional tem seu papel bem definido, sendo a responsabilidade do “outro” profissional dar conta de questões como vínculo, prevenção e busca, demonstrando uma fragmentação do trabalho em saúde.

Quadro de Análise de Discurso 3 (QAD 3) - Percepção dos limites da situação problema: por categoria profissional e local de trabalho

(continua)

LIMITES				
CATEGORIA	ENTREVISTADO	EXPRESSÕES-CHAVES	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
GESTOR	E3	<p>“Falta uma questão de um protocolo de rede, ter o mesmo protocolo que dialoga na primária e na secundária, a primeira coisa acho que um protocolo único de encaminhamento (...) um protocolo de rede... E uma coisa mais importante que falta é assistência social”.</p> <p>a gente tem um problema de carga horária (...), 99.9 não cumprem a carga horária. Vem, atende.. Terminou, vai embora.”</p>	<p>A Rede não dialoga</p> <p>Não cumprimento da carga horária</p>	<p>Dimensão Técnica/ Gestionária</p>
	E7	<p>“a gestão é cobrada porque a gente não amplia a ESF no município, não é por falta de sensibilidade nossa, a gente sabe que é importante e que é o modelo mais resolutivo em saúde, mas como é que faz? Se não tem recurso humano e financeiro (...)”</p>	<p>Dificuldades financeiras e de recursos humanos</p>	<p>Dimensão Gestionária/ Política</p>
MÉDICOS HOSPITAL	E2	<p>“Como eu te falei dessa menina que chegou com FM (feto morto) ela também tinha um teste rápido positivo, mas ela não foi fazer exame (...) ela não foi nem mais no pré-natal. Então assim... O problema... é um problema cultural né?”</p> <p>“a mulher tem uma coisa, que passam para ela, a culpa né... “Bah, será que ele pegou de mim?” Não, ela não pergunta “Puxa, peguei desse safado?” Não, jamais! Isso aí é a nossa cultura (...) a culpa é sempre da mulher, tá introjetado”</p>	<p>Questão cultural para não realização do pré-natal</p> <p>A cultura de culpabilizar a mulher</p>	<p>Dimensão Social</p>
	E5	<p>“ela teria que ter feito o pré-natal, ela foi orientada a fazer (...) mas eu acho que faltou interesse realmente da mãe, isso aí vai partir dela... de fazer o tratamento, de começar o pré-natal de fazer as ecografias, a gente não tem como buscar a paciente na casa pra vir fazer”</p> <p>“Não sei como funciona a questão do Posto acompanhar essa situação, porque eu acho que eles não vão né? As visitas domiciliares são para outras coisas”</p>	<p>Desinteresse da gestante com o Pré-Natal</p> <p>Desconhecimento do trabalho dos outros pontos da Rede</p>	<p>Dimensão Individual</p> <p>Dimensão Técnica/ Gestionária</p>

(continuação)

LIMITES				
CATEGORIA	ENTREVISTA	EXPRESSÕES CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
MÉDICOS ATENÇÃO BÁSICA	E6	<p>“Eu peguei paciente com sífilis aqui (...) que o parceiro não quis fazer o tratamento, é bem complicado, já foi solicitado para o parceiro vir, enfim ele não quer se tratar, então não tem como a gente forçar, ultrapassa do nosso limite.”</p> <p>“É muito difícil pra equipe de saúde se não tiver um bom embasamento ‘há o paciente não quer, então deixa’, ‘é uma tigre’ ou ‘não buscou o tratamento, deixa assim...’, <i>azar o dela</i>, é muito difícil pra equipe não comprar essa ideia”</p> <p>“Para o profissional conversar com o paciente já existe um tabu que o profissional tem que passar por cima”.</p> <p>O que falta é um sistema que integre o prontuário eletrônico, que aqui todos os serviços do município têm prontuário eletrônico... com o hospital, isso ainda não tem... E faz bastante falta para integrar toda a rede né...</p>	<p>Usuário não aceita tratamento</p> <p>Julgamento de valores dos profissionais com os usuários</p> <p>Falta de integração da RAS</p>	<p>Dimensão Individual</p> <p>Dimensão Técnica/ Gestionária</p> <p>Dimensão Técnica/ Gestionária</p>
	E8	<p>“teoricamente é uma paciente que está sozinha (...) com uma gravidez indesejada, com um diagnóstico de sífilis, sem saber como lidar com um marido, com um companheiro que teoricamente tem indício de agressão”</p> <p>“Ir na escola todo mundo vai, o que diferencia um aluno bom de um aluno ruim é o que? E que tem o estudo em casa, tem a realização das tarefas, a vinda no médico é a mesma coisa, como se fosse a escola, não adianta só vir aqui na consulta, faz exame, sai com a receita... É importante fazer o tema de casa (...) acho que isso anda junto, de mãos dadas com acesso a saúde, acesso a Unidade, enfim... É uma parte bem importante sim...</p>	<p>Paciente sem rede de apoio</p> <p>Compromisso compartilhado entre usuário e profissionais</p>	<p>Dimensão Individual</p> <p>Dimensão Técnica/ Gestionária/ Individual</p>
ENFERMEIROS ATENÇÃO BÁSICA	E9	<p>“acho que o município até tenta, mas quando é pequeno, médio porte não consegue dar vazão”</p> <p>“um pouco é a rede que não funciona muito bem e questões financeiras e de entendimento, de sensibilização tanto dos profissionais, quanto do gestor, de tu se colocar no lugar, eu não vou ter uma segunda passagem, eles tem que ir lá”</p> <p>“da equipe não se deixar na primeira, porque não voltou na consulta e ficou por isso mesmo, porque de uma certa forma ficou por isso mesmo.”</p> <p>“eles tem que ir agendar (exames), sai daqui vamos dizer, já autorizado, mas as vezes ela vai conseguir chegar mesmo de manhã lá e não vai conseguir coletar naquele dia, tem demorado bastante.”</p>	<p>Dificuldade de gestão</p> <p>Rede que não funciona</p> <p>Empenho da equipe</p> <p>Facilitar a realização de exames</p>	<p>Dimensão Técnica/ Gestionária</p>

(conclusão)

LIMITES				
CATEGORIA	ENTREVISTA	EXPRESSÕES CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
ENFERMEIROS ATENÇÃO BÁSICA	E11	<p>“o pessoal aqui, as vezes não tem dinheiro nem para a passagem, é uma comunidade bem carente...”</p> <p>“tem aquele que não vai de jeito nenhum, que a gente sabe que não vem nem aqui que é perto.”</p> <p>“até porque a gente não tem braços pra atender todo mundo”.</p>	<p>Comunidade carente</p> <p>Usuário não vai ao serviço de saúde</p> <p>Serviço não consegue atender todos</p>	<p>Dimensão Social</p> <p>Dimensão Individual</p> <p>Dimensão Técnica/ Gestonária</p>
VIGILÂNCIA MUNICÍPIO	E10	<p>“a gente tem muita dificuldade para se aproximar da Atenção Básica, a Atenção Básica nos vê como uma pessoa que vai dar mais trabalho para eles, na verdade a gente precisa da informação pra propor medidas e ver o que está acontecendo”</p> <p>“muitas vezes a atenção Básica pode estar tendo dificuldade com um caso, mas a gente pode se unir com vigilância, com SAE e tentar abordar ela de outra maneira.”</p> <p>“onde tem Estratégia (de Saúde da Família) tem mais recurso para ir buscar do que uma Unidade tradicional e a gente tenta forçar isso neles, mas não é como nós gostaríamos que fosse ainda”</p> <p>“Não vou dizer que ninguém sabe que tem que usar camisinha, todo mundo sabe, porque a gente fala nisso o tempo todo, mas mesmo assim as pessoas continuam não usando.”</p>	<p>Dificuldade de articulação dos pontos da Rede</p> <p>Articulação com outros pontos da rede</p> <p>O serviço pode fazer mais esforços para buscar as pacientes</p> <p>Apenas informação não muda o comportamento</p>	<p>Dimensão Técnica/ gestonária</p> <p>Dimensão Social</p>
AGENTE COMUNITÁRIO	E12	<p>“E como eu noto que também não tem um Agente de Saúde, que pudesse visita-la e orientá-la a vir até o Posto pra poder buscar o atendimento antes”</p> <p>“Uma prevenção, uma orientação, faltou orientação para essa mulher”</p> <p>“sem o trabalho do Agente de Saúde fica difícil, quem é que vai poder ir na casa do paciente? O médico? O enfermeiro? O técnico de enfermagem? É difícil de tirar eles de dentro do posto, do atendimento deles para irem até lá!”</p>	<p>Falta do ACS para captação da gestante</p> <p>Falta de orientação sobre prevenção</p> <p>Falta do ACS para captação da gestante</p>	<p>Dimensão Técnica/ Gestonária</p>
	E13	<p>“quando ela não compareceu mais ao pré-natal eu acho que deveria ter sido feito a busca ativa, porque fica o registro na unidade, tem que ser notificado isso, quando aparece um caso de sífilis”</p> <p>“Pelo que deu para entender essa é uma Unidade normal, não uma Unidade de Saúde da Família (...) eu não sei como funciona nas unidades onde não há Agente de Saúde, como eles fazem”</p>	<p>Faltou busca ativa</p> <p>UBS sem ACS tem maior dificuldade em vincular pacientes</p>	<p>Dimensão Técnica/ Gestonária</p>

Fonte: Entrevistas

5.3 SÍNTESE DO QUADRO DE ANÁLISE DE DISCURSO 3

No QAD 3 - Limite da situação problema, as falas trazem questões técnica/gestionária como as maiores limitadoras para a resolução do problema, mas também surgem questões relacionadas às dimensões sociais e pessoais. Os gestores trazem nas falas os limites da gestão, como a falta de fluxos entre os níveis de atenção à saúde da RAS, também aparecem nos discursos, as dificuldades financeiras e com recursos humanos enfrentadas no município, sendo estas situações percebidas como algo que ultrapassa a capacidade de gerenciamento do nível local de política de saúde e que não estão sob sua governabilidade direta.

Os profissionais ligados à assistência (médicos, enfermeiros do hospital ou da Atenção básica) apontam questões relacionadas à gestão, principalmente a falta de articulação da RAS, mas predominam nas falas, as dificuldades pessoais e sociais dos usuários, como por exemplo a falta do pré-natal como um problema cultural ou ainda de desinteresse das gestantes. Na visão da Vigilância, reforça-se a dificuldade de articulação com as equipes de saúde. Já os ACS trazem a questão técnica relacionada a práticas do seu cotidiano, como a busca ativa e captação das gestantes como problema.

Quadro de Análise de Discurso 4 (QAD 4) - Percepção das possibilidades pela educação em saúde: por categoria profissional e local de trabalho

(continua)

PERCEPÇÕES				
CATEGORIA	ENTREVISTA	EXPRESSÕES CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
GESTOR	E3	“é ai que é o grande problema. É falta de formação... Acho que educação em saúde, tanto para que é usuário , quanto para o profissional é fundamental ”	Falta de formação em saúde	Dimensão Técnica
		“estas questões não estão inseridas na rotina da sala de aula né. O que é a educação em saúde no conteúdo programático de educação primária lá, nível fundamental”	A escola não faz educação em saúde	Dimensão Técnica/ Pedagógica
		“A educação em saúde da o empoderamento ao profissional , pra ele se sentir empoderado de olhar sobre aquilo, esse que é o caminho.” “... eles tem a ideia de que eles tem todo o conhecimento suficiente... Que não é necessário se informar. ”	Educação em saúde empodera os profissionais Os profissionais não acham necessário se atualizar	

(continuação)

PERCEPÇÕES				
CATEGORIA	ENTREVISTA	EXPRESSIONES CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
GESTOR	E7	<p>“a parceria de saúde com a escola, não é ir na escola dar palestrinha sobre DST, a gente sabe que isso não funciona, mas minimamente trabalhar com essa população (estudantes) a questão de autocuidado, a questão de protagonismo juvenil”</p> <p>“tem que começar na base e sempre focar em ter uma referência, um vínculo muito forte da equipe com a escola, uma coisa que a gente precisa trabalhar mais”</p>	<p>Necessidade de inovar na educação em saúde</p> <p>Falta um trabalho entre equipe de saúde e escola</p>	<p>Dimensão Pedagógica</p> <p>Dimensão Técnica/ Gestionária</p>
	MÉDICOS HOSPITAL	E2	<p>“Eu acho que para os profissionais (...) não digo tratamento, porque tratamento é fácil, todo mundo sabe fazer, eu digo para conseguir lidar com essa situação toda.</p> <p>“a mulher é mais fácil, o homem já é mais complicado, então eu acho que tem que ter alguém que saiba lidar mais ou menos com isso.”</p>	Falta de conhecimento que extrapola o biomédico
E5		<p>“Eu não sei se ela sabe dos riscos que tem a sífilis para o bebê dela. De repente ela não sabe. Acho que se ela soubesse de algumas coisas, isso ajudaria, de repente ela faria o tratamento”</p>	Desconhecimento sobre a doença	Dimensão Pedagógica
ENFERMEIROS HOSPITAL	E1	<p>“eu acho que nessas DST, sempre tem o que melhorar, o que buscar e o que educar né”</p> <p>“as vezes tem medo de tratar, tem medo do que o parceiro vai achar, então tem que esclarecer”</p> <p>“a população é ainda muito leiga nessa parte”</p> <p>“as vezes não entendem quando a gente fala”</p>	<p>Falta informação para a população</p> <p>Profissionais não falam a linguagem da população</p>	<p>Dimensão Pedagógica</p> <p>Dimensão Técnica/ Pedagógica</p>
	E4	<p>“os profissionais não estão preparados para lidar com assuntos assim, que são mais sensíveis, são assuntos que tu vai envolver a sexualidade das pessoas”</p> <p>“as pessoas (profissionais) não estão preparadas, elas não abordam, elas tem medo, elas tem receio e daí não tratam o parceiro, não fazem os tratamentos adequados, não levam à importância real que deveriam levar”</p> <p>“eu acho que os profissionais tem que ser capacitados e atualizados sempre, e eles não são!”</p> <p>“eu escutei até de um pediatra uma vez, aqui no alojamento, logo que eu comecei a trabalhar aqui: Há, mais ainda existe sífilis congênita?”</p>	<p>Dificuldade dos profissionais em abordar questões relacionadas a sexualidade</p> <p>Os profissionais não são capacitados</p> <p>Desconhecimento dos profissionais sobre a doença</p>	<p>Dimensão Técnica/ Pedagógica</p> <p>Dimensão Técnica/ Gestionária</p>

(continuação)

PERCEPÇÕES				
CATEGORIA	ENTREVISTA	EXPRESSIONES CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
ENFERMEIROS HOSPITAL	E4	<p>“os profissionais não estão preparados para lidar com assuntos assim, que são mais sensíveis, são assuntos que tu vai envolver a sexualidade das pessoas”</p> <p>“as pessoas (profissionais) não estão preparadas, elas não abordam, elas tem medo, elas tem receio e daí não tratam o parceiro, não fazem os tratamentos adequados, não levam à importância real que deveriam levar”</p> <p>“eu acho que os profissionais tem que ser capacitados e atualizados sempre, e eles não são!”</p> <p>“eu escutei até de um pediatra uma vez, aqui no alojamento, logo que eu comecei a trabalhar aqui: Há, mais ainda existe sífilis congênita?”</p>	<p>Dificuldade dos profissionais em abordar questões relacionadas a sexualidade</p> <p>Os profissionais não são capacitados</p> <p>Desconhecimento dos profissionais sobre a doença</p>	<p>Dimensão Técnica/Pedagógica</p> <p>Dimensão Técnica/Gestionária</p>
	MÉDICOS ATENÇÃO BÁSICA	E6	<p>“é muito difícil pra equipe de saúde se não tiver um bom embasamento (...) no sentido de acolhimento das pessoas, de ter um preparo psicológico”</p> <p>Eu acho que a educação da equipe é mais importante do que a educação do usuário.</p> <p>Tu cria um ciclo vicioso e as coisas funcionam porque deveriam funcionar assim e tu cria um ciclo vicioso e tu perde a noção de que tu é um agente, que tu pode quebrar este ciclo.</p>	<p>A equipe precisa estar preparada para acolher os usuários</p> <p>Educação para equipes é importante</p> <p>O profissional é um agente de mudança</p>
E8		<p>“Informação é uma coisa bem importante dos pacientes terem, não só na Unidade Básica, mas também em outros serviços, seja via Agente de Saúde, seja em outras circunstâncias”</p> <p>“se eles são devidamente informados, se é explicado, o que que ele têm, o que pode acontecer se ele não tomar o remédio, tu trazer o paciente pro tratamento e não ser uma coisa só de ele vir aqui na consulta e sai com uma receita, mas tem que fazer ele participar realmente”</p>	<p>Informação para os usuários</p> <p>Informação para adesão do tratamento</p>	<p>Dimensão Pedagógica</p>

(continuação)

PERCEPÇÕES				
CATEGORIA	ENTREVISTA	EXPRESSIONES CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
ENFERMEIROS ATENÇÃO BÁSICA	E9	<p>“tu tem que desconstruir algumas coisas, porque tu tem a teoria, tu tem o material (...) mas qual é o meu recurso como profissional?”</p> <p>“aqui tem casais de mulheres e como falar de camisinha feminina? Vai ter que olhar os vídeos na internet, porque é uma coisa que te falta, eu tava falando para ela e imaginando, eu não faço isso, como eu vou explicar que isso é tranquilo, que isso protege, que tem que usar”.</p> <p>“eu tenho que me apropriar desse conhecimento, independente do que eu acredite, ou do que eu ache. Eu sou a profissional que ta ali... Eu vou ter que saber, porque que eu vou explicar.</p> <p>“o profissional que diz: há, não existe mais! De entender que continua existindo”</p> <p>“Eu tenho que ver qual é a necessidade da pessoa, não precisa que eu dê uma lição de moral nela”</p>	<p>Superação dos preconceitos pelos profissionais</p> <p>Desconhecimento dos profissionais sobre a doença</p> <p>Superação dos preconceitos pelos profissionais</p>	<p>Dimensão Pedagógica</p> <p>Dimensão Pedagógica</p>
	E11	<p>Mas a educação continuada nunca vai ser demais, nos espaços de reunião de equipe a gente sempre consegue fazer, nem que seja rápido.</p> <p>“tem umas reuniões que participam o pessoal da educação e eles pediram se a gente poderia trabalhar sobre sexualidade. Só que tem escolas que é muito difícil de entrar”</p> <p>“a enfermeira que estava aqui antes teve bastante dificuldade, mas ela insistiu, insistiu e a gente não quer perder esta meada”</p>	<p>Importância de um espaço de educação para as equipes</p> <p>Dificuldade de trabalhar a temática de sexualidade nas escolas</p>	<p>Dimensão Gestonária/ Pedagógica</p> <p>Dimensão Gestonária</p>

(conclusão)

PERCEPÇÕES				
CATEGORIA	ENTREVISTA	EXPRESSIONES CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
VIGILÂNCIA MUNICÍPIO	E10	<p>“as pessoas que tem contato com a sífilis ou que se descobrem com sífilis, muito vezes não sabem nem o que que é, e não sabem o que poderão ter prevenido”</p> <p>Nós fomos apresentar umas questões sobre a sífilis, não eram técnicos da área, mas ligados a Secretaria da Saúde, não sabiam que a doença ainda existe, nos questionaram “Mas a sífilis ainda existe?”</p> <p>“a gente fala isso para os profissionais o tempo todo, só que daí, quando tu vai pegar uma notificação de sífilis, não iniciou tratamento, encaminhou para VDRL, mas porque né?”</p>	<p>Desconhecimento das pessoas sobre a doença</p> <p>Orientação não é suficiente para mudança</p>	<p>Dimensão Social</p> <p>Dimensão técnica</p>
AGENTE COMUNITÁRIO	E12	<p>“Tinha que ser trabalhado essa questão, porque com essa informação eles poderiam evitar que isso tivesse acontecido”.</p> <p>“Com certeza a educação em saúde é muito importante neste caso, tanto neste, quanto do HIV”</p>	<p>Informação para prevenção</p>	<p>Dimensão Pedagógica</p>
	E13	<p>“A gente fez um trabalho com os adolescentes sobre essa parte sexual na escola. Dúvidas que tu achava que eles não tinham mais e eles tinham, na questão das doenças, como é que pegava”</p> <p>“As vezes, só aquela informação jogada pra eles, eles não captam como deveriam, eles não entendem, as vezes eles não sabem nem o que que é, “deu positivo para sífilis, mas o que que é sífilis?”</p> <p>“Nem todo mundo sabe o que que é. “ Mas como é que eu peguei isso? Foi sentando no vaso? Foi usando a mesma toalha?”</p> <p>“É um trabalho de formiguinha assim, tu planta a sementinha hoje, tu vai colher nas gerações futuras, por isso que eu acho da importância de tu pegar precocemente nas escolas”</p> <p>“Tem muito disso assim, tem coisas bem pequenas que a gente acha que não, mas as pessoas não sabem, quanto menor o grau de instrução das famílias, mais complicado”.</p>	<p>Desconhecimento das pessoas sobre a doença</p> <p>A educação é um trabalho de longo prazo</p> <p>Pessoas com menos instrução tem menos conhecimento</p>	<p>Dimensão Pedagógica</p> <p>Dimensão Social</p>

Fonte: Entrevistados

5.4 SÍNTESE DO QUADRO DE ANÁLISE DE DISCURSO 4

No QAD 4 - Percepção das possibilidades para educação em saúde, as questões técnicas surgem nas falas, estando relacionadas às questões de educação tanto para os profissionais, quanto para os usuários do serviço de saúde e escolas, evidenciando que as possibilidades de incorporar mudanças práticas, não dependem exclusivamente do indivíduo, mas de aspectos, que passam necessariamente ao acesso à informação e escolarização, evidenciando-se uma necessidade de trabalhar educação em saúde com as populações mais vulneráveis.

Os profissionais da saúde percebem sua importância como agentes de educação em saúde, mas fica explícito também, as dificuldades dos profissionais em abordarem temas com sexualidade, relacionamentos afetivos e sexuais e as IST, pois esbarram nos seus preconceitos e nas diferenças culturais e pessoais com os usuários. Dificuldade também aparecem na articulação entre serviço de saúde e escola, por dificuldade de articulação com os educadores, mesmo que o trabalho com adolescentes seja considerado importante.

5.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados ou as informações de campo (entrevistas) permitem algumas considerações de caráter imediato:

- a) O fato dos profissionais da saúde (independente da categoria), relacionarem *a causa do problema*, como sendo de responsabilidade individual. Mesmo quando a questão social aparece nas falas, pouco se relaciona a aspectos importantes da dimensão pedagógica/social, como por exemplo as ferramentas que este indivíduo dispõe para enfrentar o problema, ficando as falas muito restrito ao âmbito privado dos indivíduos;
- b) Na *percepção do problema*, o que se destaca é a articulação entre duas dimensões - dimensão gestonária e a dimensão individual. Pensando em ensino na saúde, as categorias do nosso modelo surgem pela ausência ou daquilo que fica evidenciado pelo silêncio: necessidade de uma educação permanente dos quadros técnicos (dimensão técnica) de educação social para as populações em maior vulnerabilidade, (dimensão política), a falta de autonomia e cuidado de si (dimensão individual), além da ausência de uma perspectiva de atuação mais integral (dimensão pedagógica);

- c) Apesar da importância destacada pelos profissionais entrevistados, ao trabalho em equipe, pouco se avançou nas práticas dos profissionais neste sentido, visto que cada profissional tem sua função específica, reforçando a fragmentação do trabalho, tão enraizada na formação dos profissionais da saúde;
- d) Como *opção técnica*, em nenhum momento os profissionais citam a utilização de práticas educativas, nem no sentido da educação social, nem no sentido da educação permanente, demonstrando que talvez a educação não faça parte do cotidiano dos profissionais da saúde, ou pelo menos não tenha uma importância significativa nas suas práticas cotidianas;
- e) Como *limites da situação problema*, as falas trazem as questões técnica, de gestão, individual, cultural e política como limitadoras para a resolução do problema. Fica evidente a complexidade relacionada ao cuidado em saúde, especificamente no caso de uma IST, como a sífilis. Apesar de serem citados como importantes, não bastam aparatos tecnológicos, nem protocolos, há necessidade de investimentos em políticas sociais e de saúde, equipes preparadas não apenas para o diagnóstico e tratamento da infecção, mas também preparados para lidarem com questões relacionadas a sexualidade e as diferenças culturais das pessoas.
- f) A falta de autonomia e o cuidado de si aparecem como um *limite do problema*, mas se observa uma superficialidade nos discursos como, tendo como causa o desinteresse dos indivíduos ou por questões relacionadas a sua cultura, não se fazendo um olhar mais profundo sobre as reais causas deste problema. Não foi dito, mas fica evidente nas falas, que os limites da situação esbarram em questões que não se restringem a capacidade de resolução dos profissionais da saúde isoladamente, demonstrando a necessidade de outros parceiros que possam contribuir com ferramentas para tornarem as pessoas mais autônomas e com maior capacidade de autocuidado, buscando assim a integralidade. Neste sentido, percebe-se a necessidade de abordar questões relacionadas aos determinantes sociais da saúde no cotidiano dos profissionais e gestores, bem como articular com outras políticas sociais, movimentos sociais e parceiros que possam contribuir no fomento de ações que possam direta ou indiretamente promover medidas que melhorem as condições de moradia, alimentação, escolaridade, renda, emprego, entre outros para a população, fatores que influenciam no processo saúde-doença.
- g) O tema educação não surge espontaneamente nas falas, aparece apenas quando os entrevistados são questionados sobre as *possibilidades pela educação* em saúde, para resolver o problema da sífilis congênita. A partir do questionamento, a educação surge

nos discursos trazendo sua importância para a saúde, e também o papel do profissional da saúde como um agente de educação. Mas esbarra na dificuldade do profissional em abordar temas relacionados à sexualidade, pois estes, não se sentem preparados, nem pela formação acadêmica e tão pouco pelos espaços de educação permanente dos quais participam. Trabalhar temas que envolvam a sexualidade mexe com tabus, questões pessoais e íntimas dos profissionais, ou seja, é preciso enfrentar os seus próprios preconceitos, o que reflete no cuidado em saúde oferecido aos usuários. Quando se pensa em incluir a temática IST no cotidiano das escolas, as dificuldades ainda são maiores, pois os profissionais da saúde encontram pouco espaço para diálogo com os professores, que também não estão preparados para abordarem questões que envolvam sexualidade, reduzindo ainda mais as possibilidades de trabalhar com os adolescentes aspectos importantes de autonomia e autocuidado.

Confirmando aquilo que o "estado da arte" ou as pesquisas disseram: que não basta apenas conhecer o agente etiológico da doença e como ele age, é preciso compreender que uma IST está relacionada a questões sociais e individuais, envolvendo preconceito e julgamento de valores. Ou dito de outra forma por *Carrara (1996)*, *que desde o surgimento da sífilis, a doença foi relacionada a preconceito e superstição e era considerado um castigo ao descontrole e o excesso, percebidos na conduta sexual.*

No conjunto de respostas, observa-se que há uma heterogeneidade no cuidado em saúde, que envolvem: as dificuldades da RAS em organizar os serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas, a necessidade de compreender as características epidemiológicas e socioeconômicas locais, investimento em políticas sociais e de saúde que possibilitem uma mudança na realidade.

E por fim, percebe-se a importância da educação para os profissionais da saúde, que precisam estar preparados para lidarem com as questões individuais e sociais das pessoas e a forma como estas, se relacionam com a doença, principalmente nos segmentos mais vulneráveis. Neste sentido, os profissionais podem auxiliar os indivíduos nos seus processos individuais de mudança, para que estes tenham condições de buscar maior autonomia e responsabilidade pelo seu cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação, além de um exercício para dar conta de uma exigência acadêmica do PPGENSAU, foi também um exercício de reflexão para uma inquietação pessoal e profissional como trabalhadora da Coordenação de IST/Aids, na Secretaria Estadual da Saúde. Pois nem sempre no cotidiano do trabalho é possível realizar de maneira efetiva o apoio aos municípios na realização de ações de prevenção, promoção, diagnóstico e cuidado integral das pessoas com IST/HIV e Aids, por não se conhecer em profundidade a realidade e as dificuldades locais, tornado o “apoio” muito mais uma “cobrança” de resultados, limitando a discussão entre gestores estaduais e municipais, com poucas oportunidades de diálogo com os trabalhadores ligados a assistência direta aos usuários.

No desenvolvimento desta pesquisa, foi possível identificar elementos importantes, relacionados a potencialidade da RAS, que se refere ao cuidado à sífilis em gestante e congênita e para o Ensino na Saúde:

- A educação tem uma função estratégica central, dentro da construção de uma proposta de política pública de saúde, sendo inevitáveis a revisão e o questionamento das práticas operacionais que são o instrumento de materialização de uma política de saúde mais ampla;
- Os trabalhadores da RAS colaboram com a gestão local, na busca de soluções novas para a construção de uma posição/conhecimento em saúde relacionado ao cuidado às IST, ao levarem em consideração as demandas sociais de cada comunidade, mantendo permanente atenção à luta contra a exclusão social, o que torna os trabalhadores da RAS fundamentais para a educação em saúde;
- A política pública de saúde (IST), as unidades básicas de saúde e a comunidade, são ligadas e dependentes entre si e podem como instrumento educativo promover e sustentar um modelo diferenciado (interdisciplinar) de atuação a partir de seus profissionais da saúde.
- Os profissionais da saúde percebem a importância do trabalho multiprofissional e valorizam o conhecimento e o papel dos outros membros da equipe, sendo uma grande potencialidade da rede, que precisa ser explorada e estimulada, através de uma mudança nas práticas educativas que integrem, buscando a integração de todos estes atores.

Quando se pensa uma IST, em especial a sífilis em gestante e congênita, onde há necessidade de transformação profunda das condições de saúde é preciso para melhor fazer frente a este desafio, dar aos profissionais da saúde oportunidades de desenvolvimento e

crescimento individual e coletivo. Foram identificados alguns elementos nesta pesquisa, relacionados ao âmbito municipal (local) e individual (dos próprios entrevistados), que podem ser utilizados como um disparador de um processo de educação em saúde no município.

No primeiro nível pode-se identificar questões relacionadas ao financiamento em saúde e sobre a Rede de Atenção à Saúde, relacionados à perspectiva do município:

Financiamento em saúde: O município de Esteio apresenta a mesma dificuldade de outros municípios brasileiros na utilização dos recursos financeiros em saúde, como observa-se nas informações apresentadas, grande parte dos recursos disponíveis não são utilizados. Neste trabalho não ficaram evidentes os motivos, apenas trouxe a tona uma questão que cabe ser aprofundada em estudos futuros. Porém, baseada na minha vivência na gestão estadual, onde ouço relatos dos gestores municipais, me aventuro a trazer algumas suposições:

- Os recursos federais e estaduais não se adequam as reais necessidades dos municípios, que em grande parte são para uso específico em determinadas ações ou programas, que não contemplam as prioridades locais, além de em alguns casos exigirem contrapartida financeira dos municípios. Este é o caso por exemplo, do incentivo de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das IST/AIDS e Hepatites Virais, que está vinculado ao bloco de Vigilância em Saúde e, portanto, não pode ser utilizado para assistência em saúde, que é considerado por grande parte dos gestores, a maior necessidade dos municípios. Percebe-se neste caso, a distância entre os entes federados dos três níveis de gestão, onde as necessidades do nível federal, estadual e municipal não se alinham. Já existem propostas de mudanças relacionada ao financiamento em saúde a nível federal, estas propostas precisam ser discutidas e balanceadas, para que as mudanças possam realmente contemplar as necessidades de saúde da população.
- Em muitos casos, percebe-se a falta de autonomia dos secretários de saúde quanto à utilização dos recursos, dependendo muitas vezes de outras secretarias para fazer a gestão financeira, que nem sempre tem a compreensão das necessidades da saúde da população, entrando todas as despesas do município no mesmo rol de prioridades. Outro aspecto importante é a falta de conhecimento dos próprios gestores em saúde e equipes técnicas dos municípios, que nem sempre conhecem todos os recursos disponíveis e nem como utilizá-los de maneira eficiente.

A falta de informações públicas precisas sobre a utilização dos recursos financeiros, pode ser um reflexo desta dificuldade de utilização dos recursos no município e também é um entrave para o controle social, pois dificilmente a população em geral poderá compreender a

utilização dos recursos financeiros em saúde se não estiver engajada em Conselho Municipal de Saúde ou outros entes formais.

Ainda sobre o financiamento em saúde, uma realidade se apresenta, a APS apesar de ser considerada uma prioridade, no que se refere aos investimentos financeiros fica com uma parte pequena do total investido em saúde, esta realidade é um reflexo do que acontece em todo o país. O nível terciário é o de maior custo, pois é onde está a maior parte das tecnologias duras e um grande número de profissionais e procedimentos especializados, o que explica a maior parcela de investimentos em saúde. Por outro lado, a APS é considerada responsável por grande parte dos problemas de saúde da população e tem enfrentado dificuldades para se manter e ser ampliada nos municípios. Neste ponto, nos deparamos com um embate político, pois afinal de contas, o que tem mais prestígio e é considerado essencial pela comunidade? O que afeta de maneira imediata a população: a falta da UBS ou a falta do hospital? Há um paradoxo no modelo de saúde vigente, pois na teoria a APS poderia resolver maior parte dos problemas de saúde da população, mas na prática, os hospitais estão lotados de casos que poderiam ser resolvidos na APS, mas não são. Como resolver este problema, se os recursos em saúde são os mesmos e parece inviável reduzir investimentos em média e alta complexidade, quando já se enfrentam tantas dificuldades nesta área, no entanto, se não ocorrerem maiores investimentos na APS, a mesma nunca será resolutiva para assumir seu papel, o que continuará sobrecarregando os hospitais. Este trabalho não tem a intenção de encontrar uma solução para este problema, apenas pontuar que o financiamento não está adequado ao modelo de saúde que se pretende no SUS e portanto, há necessidade de uma discussão ampla sobre este assunto.

No que se refere ao financiamento, questões ligadas às dimensões técnica e gestonária predominam, neste sentido é importante subsidiar os gestores municipais para trabalhar com instrumentos de Planejamento e Gestão como por exemplo: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, além de conhecimentos sobre aplicação dos recursos do SUS, processos licitatórios e contratos na Administração Pública, que se fazem fundamental para a utilização eficiente dos recursos financeiros. Além da apropriação dos gestores municipais da saúde, profissionais de outros setores dentro da administração municipal, como Secretaria da Fazenda, precisam compreender as especificidades do setor saúde. Cabe ressaltar que a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), promove gratuitamente cursos de Gestão Pública em Saúde em sua plataforma virtual, ficando como sugestão a utilização desta ferramenta aos profissionais do município.

A Rede de Atenção à Saúde de Esteio: O município apresenta uma rede de serviços que abrange os três níveis de atenção: primário, secundário e terciário para o atendimento

materno-infantil. Neste trabalho aparecem algumas questões importantes para a reflexão, como por exemplo, a situação da região central do município, que apresenta o maior número de casos de sífilis congênita, apesar de contar com uma UBS e também estar próximo de outros pontos de atenção à saúde. A Vila Pedreira ainda tem uma situação mais crítica ao que se refere a sífilis congênita, pois tem um número grande de casos em uma população bem pequena. Outros bairros como Três Marias, Jardim Planalto, Santo Inácio, Vila Olímpica e Tamandaré também precisam de uma atenção diferenciada no que se refere a sífilis congênita, pelo grande número de casos.

Os fatores que influenciam para esta realidade não foram identificados neste trabalho, mas não pode se deixar de considerar que além da rede de saúde é preciso considerar fatores sociais, individuais e políticos como por exemplo: acesso da população a educação, cultura, emprego e renda para se fazer uma análise da realidade local, estas questões podem ser aprofundadas com outros estudos futuros.

É necessário ainda, pensar em questões pedagógicas, técnicas e gestionárias que podem estar relacionados ao significado desta situação como por exemplo: Quais os motivos da rede não conseguir vincular estes usuários? Seus mecanismos de controle/monitoramento são falhos? Ou ainda, a capacitação técnica para este tipo de acompanhamento esbarra em preconceito, valores não percebidos ou entendidos? Pela análise dos serviços da RAS não foi possível esclarecer estas questões, mas podemos encontrar alguns indícios a seguir, quando vemos as perspectivas dos entrevistados.

O segundo nível, relacionado à perspectiva dos entrevistados:

Aspectos técnicos e de gestão: Na percepção dos entrevistados as dimensões técnica e gestionária são consideradas como as *causas mais frequentes do problema* da sífilis congênita, neste sentido surgem falas relacionadas a falta de busca e falta de acolhimento das gestantes e seus parceiros, além da falta de comunicação com os outros pontos de saúde da rede, conteúdos considerados como tecnologias leves. *Como opção técnica para o problema* da sífilis congênita surgem nas falas a utilização de protocolos, prontuário eletrônico, importância do trabalho multiprofissional, parcerias com outras políticas e outros pontos de atenção da RAS, consideradas tecnologias leves e leve-duras. Nos *limites da situação problema*, aparece a falta de fluxos e articulação entre os níveis de atenção à saúde da RAS, as dificuldades financeiras e com recursos humanos enfrentadas no município. Portanto, o que se percebe é uma necessidade de fortalecer o diálogo entre os profissionais de todos os níveis de atenção à saúde e apesar da questão financeira aparecer nos diálogos, os maiores problemas não são relacionados a esta questão e sim, em mudanças nos processos de trabalho. Neste sentido, é necessário incluir toda

a rede do município, para que um ponto de atenção à saúde conheça o trabalho do outro e assim, construir coletivamente as estratégias para qualificar suas ações como profissional, como equipe e como rede de atenção à saúde.

Aspectos individuais e sociais: Como *causas mais frequentes do problema*, apesar de aparecerem questões técnicas e gestonárias, como causas, percebe-se que as dimensões pessoal e social são aquelas que se apresentam mais facilmente como real causa do problema. O relacionamento com o parceiro, envolvendo questões de violência, instabilidade e medo, além da falta de diálogo sobre questões de sexualidade, falta de apoio, culpabilização da mulher, também surgem como causas do problema, reforçando o que foi dito por Carrara (1996) e Domingues et al. (2013), apresentado anteriormente neste trabalho. Como *opção técnica para o problema*, não surgem nas falas opções relacionadas aos aspectos pessoais e sociais, demonstrando que o setor saúde tem dificuldades em articular suas ações com outras políticas sociais, que possam beneficiar os segmentos da população em situação de maior vulnerabilidade social e que apresentem dificuldades individuais para enfrentar o problema da doença.

As questões relacionadas à educação em saúde, surgem nas falas apenas quando questionado sobre esta possibilidade aos entrevistados, o que traz a reflexão de que talvez as práticas educativas não façam parte do cotidiano dos profissionais da saúde. Mas quando questionados, as falas sugerem que uma atuação pedagógica se faz necessária por parte dos profissionais com a população, principalmente as em maior vulnerabilidade, mas percebe-se que no geral os profissionais não se sentem preparados para abordarem questões que ultrapassem os limites do conhecimento biomédico, como por exemplo questões relacionadas à sexualidade, relacionamentos, violência, entre outros, entendendo que para trabalhar com estas temáticas, outros profissionais se fazem necessários.

As ações de educação em saúde nas escolas, também não são um processo simples, pois necessita da articulação entre escola e serviço de saúde, havendo muitos pontos a serem aprimorados para um trabalho construtivo em parceria. Os profissionais também sentem necessidade de espaços de educação em saúde nas equipes, mas não propõem espaços que ultrapassem as barreiras do serviço, que possam ser ampliadas para outros pontos de atenção à saúde e outras estruturas locais relacionadas à assistência social, mesmo que esta necessidade apareça indiretamente, quando se pensa nas *causas do problema*. As falas ainda trazem a educação como uma ferramenta importante para a autonomia e cuidado de si, o que não depende exclusivamente do indivíduo, mas de aspectos, que passam necessariamente ao acesso à informação, escolarização, contexto social e individual.

A realização de uma imersão na realidade do município de Esteio, através do mapeamento da RAS, da realização das entrevistas sobre um caso fictício de uma gestante com sífilis, a análise dos discursos dos profissionais e o aprofundamento no referencial teórico, pode ser uma proposta de metodologia a ser utilizada em outros municípios para o diagnóstico da rede de saúde.

Este método, além de compreender a dinâmica entre os serviços da RAS do município, demonstrou que a política de saúde não pode estar desarticulada das demais políticas sociais e que a saúde não pode resolver sozinha este grave problema de saúde pública que é a sífilis congênita.

Para atender as necessidades que apontaram neste trabalho, são necessárias estratégias de educação em saúde que contemplem a temática das IST, não esquecendo do HIV e Aids, que não foram o objeto de estudo, mas apresentam as mesmas vulnerabilidades da sífilis e de outras IST. As IST devem ser trabalhada transversalmente entre as políticas de saúde e considerar às populações mais vulneráveis e suas diversidades. Neste sentido, algumas propostas surgem como “porta de saída” para a educação, considerando a importância da participação de diferentes atores na sua construção e consolidação, tendo como objetivo contemplar as necessidades dos usuários e profissionais da saúde, bem como dispor ferramentas para qualificar a RAS, buscando a autonomia dos sujeitos e a integralidade do cuidado. A pesquisadora solicitará através da Coordenação Municipal de IST/Aids encontro com o Secretário Municipal da Saúde, Coordenações de Atenção Básica, IST/Aids, Vigilância em Saúde, para apresentar os resultados da pesquisa e propor a estratégia de educação, são elas:

1. Comitê de Investigação de Transmissão Vertical como ferramenta para EPS:

Esta proposta pretende articular duas potentes estratégias, a Educação Permanente em Saúde (EPS) e a implantação do Comitê de Investigação de Transmissão Vertical.

A EPS atualmente é regulamentada através da Resolução Conselho Nacional da Saúde - CNS nº. 335/2003, Portaria MS/GM nº 198/2004 e Portaria GM/MS nº 1.996/2007, que tornaram a Educação Permanente uma política nacional que tem como objetivo a formação continuada para os trabalhadores da Saúde do país (BRASIL, 2003, 2004 e 2007b). Nesta proposta utilizaremos a Educação Permanente como sinônimo de uma prática de ensino-aprendizagem baseada na produção de conhecimentos no cotidiano dos profissionais. A política articula ensino, trabalho e cidadania e leva em conta as peculiaridades de cada território e de cada contexto locorregional. Em toda a prática de trabalho e de vida a dimensão de ensino e aprendizagem está presente, estimular que esses aspectos sejam colocados em reflexão, é colocar a dimensão política, a participação, o controle social e os paradigmas vigentes em

questão, para assim, buscar ações transformadoras. Portanto, tem o processo de trabalho como seu objeto de transformação. Entende-se, também, que os profissionais se transformam, na medida em que colocam em análise as formas de pensar e agir (CECCIN, 2005).

Já o Comitê de Investigação de Transmissão Vertical é uma proposta do Ministério da Saúde para estados e municípios com números relevantes de casos de Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites B e C. No caso Esteio, o estado vem recomendando e apoiando a implantação do Comitê com foco na sífilis congênita e no HIV desde 2015, porém o mesmo ainda não se concretizou. O Comitê é um organismo de natureza intrainstitucional, interinstitucional, multiprofissional, que visa analisar eventos relacionados a agravos evitáveis, e apontar medidas de intervenção para a sua redução. Tem atuação técnica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função educativa e representa um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde. O comitê também contribui para a melhoria da informação, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada à gestante no pré-natal, parto e puerpério. Deve reunir instituições governamentais, gestores, trabalhadores em saúde, conselhos de classe, membros da academia e integrantes da sociedade civil organizada, com objetivo de propor medidas para redução dos casos de Transmissão Vertical e a melhoria da qualidade da vigilância, assistência e da gestão (BRASIL, 2014b).

A intenção de articular a proposta de EPS e a implantação do Comitê de Transmissão Vertical no município é reunir os atores envolvidos direta ou indiretamente com o cuidado materno-infantil, para a discussão de casos ocorridos no município, na perspectiva de potencializar a RAS e proporcionar um cuidado integral às gestantes e parceiros, não apenas com o objetivo de prevenir casos futuros de sífilis congênita, mas também de potencializar todo o cuidado materno-infantil no município, no momento em que a rede articula e discute seus problemas reais.

1.1 A proposta: Encontros mensais para discussão de casos ocorridos no município. Serão convidados a participar os trabalhadores da área materno-infantil de todos os níveis de atenção à saúde, Vigilância em Saúde, gestores. A gestão do município deve definir outros membros relevantes como por exemplo: representante do Conselho Municipal da Saúde, representante de Conselhos de Classe, representante do Ministério Público, movimentos sociais envolvidos com a temática materno-infantil e ou IST/Aids, representante da Secretaria Municipal de Cidadania e Desenvolvimento Social, entre outros.

1.2 Operacionalização: o Ministério da Saúde traz nas Diretrizes para Constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical (BRASIL, 2014b), todas as orientações para a formalização do Comitê. Sugere-se que o gestor de IST/Aids do município desencadeie o processo, mas cabe ressaltar que o mesmo será efetivo apenas se houver o apoio do secretário municipal da saúde, que deve convidar os membros e liberar os trabalhadores para a participação dos encontros.

1.2.1 Os casos: a investigação deve partir de casos de transmissão vertical do HIV (HIV/Aids em crianças menores de 5 anos) e casos de Sífilis Congênita (aborto por sífilis, natimortos por sífilis, óbitos por sífilis e casos de sífilis congênita). Sugere-se que a investigação ocorra em casos recentes notificados no SINAN, portanto a participação da Vigilância em Saúde do município será fundamental em todo o processo, que junto a Coordenação de IST/Aids selecionará os casos a serem investigados.

1.2.2 Investigação dos casos: Após a definição dos casos a serem investigados, deve se solicitar aos profissionais que estiveram envolvidos com a assistência do caso todas as informações necessárias para a investigação: as mesmas serão coletadas de prontuários, dos profissionais que acompanharam o caso, como médicos, enfermeiros, ACS, assistentes sociais e ainda, se for o caso de outros sistemas de informação, como Sistema Informação de Mortalidade (SIM), por fim, se o Comitê avaliar necessário pode se realizar entrevista com a mãe da criança, todas as informações necessárias estão no Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita (ANEXO B).

1.3 Encontro mensal: A reunião mensal terá como objetivo discutir os casos, já com as informações coletadas, onde realiza-se a conclusão sobre a investigação. O Protocolo de Investigação de Casos aponta eixos que abrangem os principais problemas identificados em cada caso, relacionados a vulnerabilidade individual e social, vulnerabilidades programáticas relacionadas ao serviço ou a gestão ou ainda, outros fatores que não se enquadram nos anteriores. Com o encerramento do caso e a identificação das causas do problema, o Comitê terá subsídios para propor medidas de prevenção de casos futuros e organização dos processos de trabalho, além de utilizar o espaço do encontro, para trabalhar temáticas identificadas relevantes em ações educativas.

1.4 Desenvolvimento do trabalho: Após a apresentação da proposta, se a mesma for de acordo dos membros envolvidos, poderá ser iniciada no município. A Coordenação Estadual de IST/Aids, através da pesquisadora, dará o apoio necessário para a

formalização do Comitê e organização do processo no município, participará das primeiras reuniões conforme a necessidade do município, para auxiliar com as dificuldades iniciais. Mas a intenção é que o mesmo seja gerenciado pelo próprio município, para que seja autônomo do nível estadual.

1.5 Custo financeiro: Em um primeiro momento não há necessidade de investimentos financeiros. Os profissionais envolvidos serão os trabalhadores do próprio município. O local para realização dos encontros, pode ser dentro da própria estrutura do município. Porém, se forem necessários investimentos financeiros para suprirem as necessidades identificadas pelo Comitê, como capacitações, formulação e impressão de material técnico, entre outros, os mesmos podem ser realizados através do incentivo de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das IST/AIDS e Hepatites Virais recebido pelo município.

2 Programa de leitura e discussão de textos e artigos científicos para profissionais da saúde:

A leitura e discussão de textos e artigos científicos pelos profissionais da saúde proporciona a atualização de conhecimentos, relação com as práticas do cotidiano e troca entre os profissionais do município, através de grupo de discussão em ambiente virtual. Neste sentido Oliveira (2007), diz que a Educação Permanente em Saúde só poderá ser desenvolvida em espaços coletivos e de maneira articulada entre os atores envolvidos, onde é possível estabelecer negociações, construir novos pactos e novos acordos orientados a objetivos comuns agora explicitados. Para Ferraz et. al (2010), em ambiente virtual, o apoio pedagógico pode vir de diferentes identidades e por meio de conexões dialógicas que tendem a ampliar a perspectiva do conhecimento. No ambiente virtual é possível adquirir conhecimento e colaborar com a aprendizagem do outro, o contato com a diversidade pode constituir um novo espaço de construção e circulação do saber, ampliando o ambiente físico no virtual, configurando, assim, uma nova ecologia do saber.

2.1 A proposta: Formar grupo para troca e discussão de artigos e textos de relevância acadêmica, de interesse dos profissionais envolvidos, através das ferramentas gratuitas disponíveis na internet, como Google Groups ou Yahoo Groups. Estas ferramentas proporcionam a criação de fóruns de discussão que podem ser acessados pela internet através do computador ou dispositivos móveis. Propõem-se que o grupo seja composto por todos os profissionais da saúde do município que tenham interesse em participar do fórum de discussão.

2.2 Operacionalização: É fundamental o apoio do secretário municipal de saúde para a operacionalização desta estratégia, o mesmo deve delegar o gerenciamento do grupo, sugere-se que o gerenciador do grupo seja o coordenador de Atenção Básica por este nível de atenção ser considerado o ordenador do cuidado, ou ainda o coordenador de IST/Aids, por este estar mais familiarizado com a temática proposta no grupo, porém cabe ao gestor do município definir quem tem perfil mais adequado para esta função. O convite para a participação do grupo deve incluir todos os profissionais da rede que tenham interesse na temática IST e Aids. A formação de um grupo multiprofissional é importante pois, algumas profissões da saúde tem uma formação que não contempla as ações interdisciplinares, restritas ao seu núcleo, com uma formação “dura”, quando se propõe o cuidado as pessoas com IST e Aids, as profissões da saúde precisam trabalhar em redes, pois muitas questões que impedem a produção do cuidado, extrapolam a área biomédica, questões relacionadas as vulnerabilidades individuais e sociais precisam de uma rede de apoio como parceira. Mas cabe ressaltar que esta estratégia também pode ser utilizada para formação de outros grupos que sejam considerados importantes, onde assuntos específicos relacionados ao núcleo possam ser discutidos como por exemplo, grupo de médicos da Atenção Básica, grupo de ACS, entre outros.

2.3 Elegendo textos e artigos: É importante que sejam selecionados materiais relacionados a IST/Aids, que sejam capazes de desencadear a discussão sobre temas como sexualidade, violência, relações de gênero, vulnerabilidade relacionada a comportamento e práticas sexuais, vulnerabilidades individuais e sociais, estigma e preconceito. Em um primeiro momento os textos devem ser postados pelo gerente do grupo, que estimulará a discussão, espera-se e estimulasse que os demais integrantes também tragam temas e artigos de interesse.

2.4 Discussão: O gerente do grupo deve estimular a discussão e manter o foco no tema, se este for desviado pelos participantes, sugere-se que se utilize “questões disparadoras” para tornar a discussão mais produtiva.

2.5 Periodicidade: Pode-se definir um prazo de 15-20 dias para cada tema.

2.6 Custo financeiros: A utilização do Google groups é gratuita, necessitando apenas de acesso a internet.

3 Promover concurso cultural para jovens da rede pública de ensino em prevenção das IST, HIV e Aids:

Promover concurso cultural para jovens da rede de ensino pública do município com foco na prevenção das IST, HIV e Aids. A proposta tem por objetivo promover a educação em saúde nas escolas, estimulando a discussão e a reflexão sobre as vulnerabilidades individuais e sociais dos adolescentes, sexualidade, questões de gênero e informações sobre a transmissão e prevenção de IST, HIV e Aids.

3.1 Operacionalização: Para efetivação desta proposta é fundamental o interesse da Secretaria Municipal de Saúde, que deve articular com a Secretaria Municipal de Educação e a 27ª Coordenadoria Regional de Educação, responsável pelas escolas estaduais no município de Esteio. Após esta aproximação e apresentação da estratégia, devem trabalhar conjuntamente para estimular a participação das escolas e dos professores da rede de ensino do município. Posteriormente, sugere-se que sejam agendadas com as escolas visitas apresentando a proposta para os alunos do ensino médio e do 6º ao 9º ano do ensino fundamental, convidando-os para participar do concurso. Deve se estimular a participação e apoio dos professores nos trabalhos dos alunos. Para Santos et. al (2014), as práticas de educação em saúde desenvolvidas para adolescentes, devem buscar a integração de saberes, a autonomia e emancipação dos sujeitos, desenvolvendo o pensamento crítico e reflexivo frente à realidade vivenciada, possibilitando que o sujeito tenha subsídios para opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, da família e da coletividade. Sugere-se que o concurso tenha suas regras e critérios de seleção publicados em Edital em meios de comunicação do município, para maior credibilidade da proposta.

3.2 O Concurso: O concurso pode contar com categorias como por exemplo: desenho, fotografias e textos, e também nas categorias individual e grupo (turma). Os trabalhos devem ser avaliados e selecionados por comissão julgadora e receberão premiação para o autor (individual) ou turma, também se sugere premiação as escolas que apoiarem o trabalho. Após a seleção dos trabalhos, recomenda-se que os mesmos sejam utilizados para formulação de cartazes, folders e material educativo, para trabalhar prevenção de IST, HIV e Aids no município.

3.3 Avaliação dos trabalhos: Sugere-se que institua uma comissão julgadora que deve ser capaz de avaliar critérios como: criatividade, relevância do trabalho, coerência, entre outros, pode ser formado por profissionais das Secretarias de Saúde e Educação e 27ª Coordenadoria de Educação.

3.4 Premiação: Os prêmios devem ser de interesse dos jovens, como por exemplo aparelhos telefônicos, tablets, entre outros. As escolas que tiverem alunos premiados

também podem ser premiadas por apoiarem os alunos na participação do concurso, podendo ser equipamentos que beneficiem a instituição de ensino, como notebooks, projetores, entre outros.

3.5 Custo financeiro: Para a aquisição dos prêmios sugere-se a utilização através do incentivo de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das IST/AIDS e Hepatites Virais recebido pelo município, mas cabe ressaltar que os valores dos prêmios devem estar de acordo com a realidade financeira do município.

4 Banco de informações:

Com as propostas de Ensino na Saúde, apresentadas neste trabalho serão produzidos materiais com relevância para o cuidado e prevenção das IST, tanto pelos profissionais da saúde, como pelas escolas. O material produzido, utilizado em campanhas e para a Educação Permanente dos profissionais deve ser socializado e ficar disponível para consulta e reflexão para possíveis pesquisas. Para este fim, recomenda-se a utilização de espaço virtual.

Operacionalização: Sugere-se a utilização de espaços já existentes, como por exemplo, o site da Prefeitura Municipal de Esteio e/ou o Observatório de HIV/Aids da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, que também pode oferecer espaço em sua página da internet para hospedar o material produzido, tornando assim, às informações disponíveis para o público. Os materiais podem ser classificados por assunto, por exemplo (tratamento, diagnóstico, prevenção, vulnerabilidades etc.), conforme as possibilidades do site. É importante que haja um responsável para manter as informações atualizadas.

4.1 Custo financeiro: Não haverá despesas com o espaço virtual, pois se propõe a utilização de sites já existentes.

No termino deste trabalho, reforço minha convicção da necessidade da gestão estadual realizar um apoio cada vez mais próximo dos municípios e ampliar seus esforços para conhecer a realidade local. Esta experiência foi extremamente relevante e apesar de não ser viável sua realização em todos os municípios do estado pela gestão estadual, pois depende de um número grande de visitas e pesquisas locais, pode ser realizada em municípios com desempenho desfavorável dos indicadores de saúde, podendo também ser adaptada, incluindo outras questões de saúde pública e incluindo outros sujeitos, como usuários, sociedade civil, entre outros. No caso de Esteio, fica como proposta para o futuro, um trabalho que possa conhecer profundamente a realidade social de cada bairro do município, com um recorte antropológico, para posteriormente apontar estratégias não apenas para organização da RAS, mas também de outras políticas sociais no município.

Não poderia deixar de mencionar, que o percurso de dois anos no PPGENSAU, o trabalho de pesquisa realizado, as leituras realizadas, as discussões sobre saúde pública e ensino na saúde com professores, convidados e colegas foram responsáveis por uma importante mudança de perspectiva, onde pude me distanciar do espaço cômodo do meu ambiente de trabalho e assim ampliar a minha visão sobre as muitas dimensões relacionadas às IST, também proporcionou um exercício de valoração, onde se destaca a função do ensino na saúde como um agente de transformação da realidade, esta experiência me faz retomar a minha vivência profissional com uma visão mais ampla do processo ensino/aprendizagem e sua importância para a saúde pública.

REFERÊNCIAS

- AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962006000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 30 set. 2015.
- AYRES, J. R. C. M, *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2. Ed. Rio de Janeiro, 2009b, p. 121-142.
- BALLARD, R.; HOOK III, E. W. Sífilis. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana.** Tradução de Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 121-145. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57979/oms_final_pdf_31671.pdf> Acesso em 20 set. 2015.
- BONFADA, D. *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, Feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000200028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico: Sífilis.** v. 47. Ano V, n. 47. Brasília: 2016a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012c.** Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de junho de 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=59&data=13/06/2013>>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 17 jul. 2015.
- BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. **Consulta de pagamento.** Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/consulta/detalhada/detalheAcao.jsf>> Acesso em 09 de ago. 2016e.
- BRASIL. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990b.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 17 jul. 2015.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990. Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016d, 55p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984, 27p.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNESNet. Secretaria de Atenção à Saúde. DataSUS.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em:

<http://cnes2.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>>. Acesso em: 11 dez. 2016f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 335, de 27 de novembro de 2003**. Aprova a “política nacional de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde” e a estratégia de “pólos ou rodas de educação permanente em saúde”. Diário Oficial da União, Brasília, 05 de fevereiro de 2004. Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=62&data=05/02/2004>>. Acesso em 16 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 2, p. 383-387, apr. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102008000200029&script=sci_arttext>

Acesso em: 24 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 198, 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e como estratégia do Sistema Único de Saúde para a Formação e o Desenvolvimento de Trabalhadores para o Setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de fevereiro de 2004.

Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/02/2004&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=72>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 02 de agosto de 2007b. Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=22/08/2007>> Acesso em: 16 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento

das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União, Brasília, 09 de julho de 2013a. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=48&data=10/07/2013>>. Acesso em 17 de set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 27 de junho de 2011a. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/06/2011&jornal=1&pagina=109&totalArquivos=184>>. Acesso em: 08 de mai. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de janeiro de 2007a. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=45&data=31/01/2007>>. Acesso em 11 de ago. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011c**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 30 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=59&data=30/12/2011>>. Acesso em: 11 de dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3276, de 26 de dezembro de 2013b**. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais, previsto no art. 18, inciso II, da Portaria n. 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição de critérios gerais, regras de financiamento e monitoramento. Diário Oficial da União, Brasília, 27 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=251&data=27/12/2013>>. Acesso em: 17 de set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 4279, de 30 de dezembro de 2010a**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 569, de 01 de junho de 2000**. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 8 de junho de 2000. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=4&data=31/12/1990>>. Acesso em: 23 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 77, de 12 de janeiro 2012b**. 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. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de janeiro de 2012.

Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&data=13/01/2012>. Acesso em: 14 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 39, v. 1, 116p, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d, 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Conjunta n. 391/2012/SAS/SVS/MS**. Realização do teste rápido de sífilis na Atenção Básica no âmbito da Rede Cegonha. 02 de outubro de 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt_n391_sifilis.pdf>. Acesso em 01 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores**: 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c, p. 73.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, v. 13, p. 108, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a, p. 119.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para construção de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56592/tv_2_pdf_18693.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria Conjunta n. 1, de 16 de janeiro de 2013c**. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Diário Oficial da União, Brasília, 17 de janeiro de 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/01/2013&jornal=1&pagina=41&totalArquivos=96>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização do Parto: Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 27p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011b**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 29 de junho de 2011. Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=29/06/2011>>. Acesso em: 26 mai. 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Sífilis Congênita**. Disponível em:

<http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>>. Acesso em: 10 mai. 2016b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégico. **Nota Informativa Conjunta n.109/2015b/GAB/SVS/MS, GAB/SCTIE/MS**.

Orienta a respeito da priorização da penicilina G. benzatina para sífilis em gestantes e penicilina cristalina para sífilis congênita no país e alternativas para o tratamento. Brasília, 28 de outubro de 2015.

BUCHABQUI J. A; ABEICHE A. M.; NICKEL C. Assistência Pré-natal. In: FREITA F. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 6. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, 23-44p.

CAPUCCI, P. Financiamento para atenção básica à saúde no Brasil: avanços e desafios.

JMPHC: Journal of Management & Primary Health Care, v. 5, n. 1, p. 127-128, 2014.

Disponível em: <[http://www.jmphc.com.br/saude-](http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/download/206/209)

[publica/index.php/jmphc/article/download/206/209](http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/download/206/209)> Acesso em: 09 de ago. 2016.

CARRARA, S. **Tributo a vênus**: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40 [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339 p. Disponível em:

<<http://books.scielo.org/id/q6qbbq/pdf/carrara-9788575412817-01.pdf>> Acesso em: 30 set. 2015.

CARVALHO A.; BAPTISTA, I. **Educação Social**: Fundamentos e estratégias. Porto: Porto Editora, 2008, p. 112.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas

desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**. Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014. Disponível em:

<<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499#>>. Acesso em: 20 set. 2015.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic, Saúde, Educ**. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Congenital Syphilis**. Jun.

2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/congenital.htm>. Acesso em: 06 out. 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Sífilis Congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-517, 2013.

Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/76592>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

ERDMANN, A. L. *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 131-139, jan.-fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700017&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 10 dez. 2016.

ESTEIO. História. **Prefeitura Municipal**. Disponível em: <https://www.esteio.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21&Itemid=186>. Acesso em: 30 de ago. 2016a.

ESTEIO. Hospital São Camilo FSPSCE. Serviço de pré-natal de alto risco do São Camilo completa um ano. **Prefeitura Municipal**. Disponível em: <https://www.esteio.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8882:servico-de-pre-natal-de-alto-risco-do-sao-camilo-completa-um-ano>. Acesso em: 17 out. 2016c.

ESTEIO. Prefeitura Municipal. **Lei Complementar n. 4247**, de 06 de dezembro de 2006. Institui o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Esteio. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/plano-diretor-esteio-rs>>. Acesso em: 22 de out. 2016.

ESTEIO. Lei de Responsabilidade Fiscal. Relatório de despesas por órgão. **Prefeitura Municipal**. Disponível em: <https://www.esteio.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=360>. Acesso em 26 dez. 2016e.

ESTEIO. Saúde. Inaugurado o Centro de Especialidades. **Prefeitura Municipal**. Saúde. Disponível em: <http://www.esteio.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9238:inaugurado-o-centro-de-especialidades&catid=33:saude&Itemid=217>. Acesso em: 17 out. 2016d.

ESTEIO. Saúde. Confraternização encerra ano do grupo de caminhada da UBS Novo Esteio. **Prefeitura Municipal**. Disponível em: <http://www.esteio.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8549&catid=33&Itemid=217>. Acesso em: 17 out. 2016b.

FERRAZ, V. M. *et al.* Indicativos e características da aprendizagem em uma comunidade virtual de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 447-455, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 02 fev. 2017.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 2. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006, 680p. Disponível em: <<https://ayrtonbecalle.files.wordpress.com/2015/07/foucault-m-a-hermen3aautica-do-sujeito-escaneada.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2015.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999, 382p. Disponível em: <<https://ayrtonbecalle.files.wordpress.com/2015/07/foucault-m-em-defesa-da-sociedade.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. 25. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996, 92p. Disponível em: <https://sonhosdeumprofessordeeducacaofisica.files.wordpress.com/2015/09/pedagogia_da_a_utomomia_-_paulofreire.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2016.

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SÃO CAMILO DE ESTEIO. **Serviços – Materno-infantil**. Disponível em: <<http://saocamilo.esteio.rs.gov.br/servicos/materno-infantil>>. Acesso em: 20 out. 2015.

GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL G. (Coord.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 2. Ed. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 244-267.

IÑIGUEZ, L. A análise de discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: IÑIGUEZ, L. (Coord.) **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005, p. 105-158.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. IBGE, 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430770&search=rio-grande-do-sullesteiolinfograficos:-informacoes-completas>> Acesso em: 14 set. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse por setores**. IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/?nivel=st>>. Acesso em: 27 set. 2016.

JUNIOR A. P.; MENDES A. O Fundo Nacional de Saúde e a prioridade da média e alta complexidade. **Argumentum**. Vitória, v. 7, n. 2, p. 161-177, jul./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/10510/8251>> Acesso em: 09 ago. 2016.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500006&lng=en&nrm=iso>. Access em: 29 out. 2015.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2015.

MAINGUENEAU, D. **Discurso e análise do discurso**. São Paulo: parábola Editorial, 2015, p. 192.

MATTOS R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R. MATTOS R. A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 43 - 68. Disponível em: <<http://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf#page=43>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 549. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

MENDES, E. V. O papel da atenção primária à saúde (APS) na operacionalização das redes de atenção à saúde. In: BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015a, p. 22-55.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015b, 193 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

MERHY, E.E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO R. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997, p. 113-150.

MESQUITA, C. C. **Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do PAISM**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6121/2/21.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

MINAYO, M.C.S. (Org). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 34. Ed. Petrópolis: Vozes, 2015, 80p.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-589, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500019&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 02 fev. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para acção**. Geneva: OMS, 2008, 38p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/4/9789248595851_por.pdf>. Acesso em: 13 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 111.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afine 1920**. Publicación científica n. 93, Febrero de 1964. 38p. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0Bz2f5jZf_tC4MmNNVTZmeXJtOEE/edit>. Acesso em: 29 out. 2015.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: Princípios e procedimentos**. Campinas: Editora Pontes, 2009, 100p.

RIO GRANDE DO SUL. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução n. 203, 14 de maio de 2012**. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 21 de maio de 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Ações em Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Nota Técnica n. 02/2015 – Coordenação Estadual de DST/Aids/DAS/SES**, de 02 de setembro de 2015. Realização de testagem rápida de HIV e exame paras Sífilis em 100% das gestantes e parturientes, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, independente de internação pelo Sistema Único de Saúde, sistema privado ou outros convênios. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1476387885_Guia%20final.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Diário oficial do Estado do Rio Grande do Sul. **Lei n. 12544, de 3 de julho de 2006**. Institui o Programa Primeira Infância Melhor e dá outras providências <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/wp-content/uploads/2006/07/Lei-Estadual-N-125442006.pdf>>. Acesso em: 04 de jul. de 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução n. 143**, de 24 de março de 2014. Institui repasse financeiro para 55 municípios e Estado nos termos Portaria GM/MS n. 3276, de 26 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1396554594_cibr143_14.pdf>. Acesso em: 19 de nov. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Primeira Infância Melhor. **Lista de municípios com PIM implantado**. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/onde-atua/>>. Acesso em 29. set. 2016c.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de DST/Aids do Rio Grande do Sul. **Informe Epidemiológico Sífilis 2016**: Edição Especial, out. 2016a. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1476387918_Informe%20Modelo%20final.pdf>. Acesso em 01 nov. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. **Relatório de pagamentos**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/564/?Relat%C3%B3rio_de_Pagamentos>. Acesso em 20 set. 2016b.

RUA, M.G. As políticas públicas e a juventude nos anos 90. In: **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. V. 2. Brasília: CNPD, 1998, p. 731-752.

SANTOS, J. S. *et al.* Educação em saúde na adolescência: contribuições da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v. 14, n. 1, p. 20-26, julho 2014. Disponível em: <http://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol14-n1/v14_n1_artigo_pesquisa_3.pdf>. Acesso em: 05 de fev. 2017.

SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. **Guia de Referências técnicas e Programáticas para as Ações o Plano de Eliminação da Sífilis Congênita**. São Paulo: 2012, 196p.

SÃO PAULO. Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. **Utilização de testes rápidos para triagem da sífilis**. 2014, p. 40.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestante e sífilis congênita**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016, p. 112.

SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V. R. **Primeira Infância Melhor**: uma inovação em política pública. Brasília: UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007, p. 128. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/wpcontent/uploads/2014/11/LivroPIMUmaInovacaoEmPoliticaPublica.pdf>>. Acesso em: 04 de jul. 2016.

SENNA, M. C. M.; COSTA, A. M.; SILVA L. N. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, 121-137, jan.-jun. 2010. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/341/299>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SILVA, L. C. F. P. *et al.* Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, ano XIV, n. 93, out. 2011. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=10495&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em out 2015.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2015.

SIVIERO P. C. L.; TURRA C. M.; RODRIGUES R.N. Diferenciais de mortalidade: níveis e padrões segundo o sexo no município de São Paulo de 1920 a 2005. **R. Bras. Est. Pop.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 283-301, jul./dez. 2011. Disponível em: https://www.rebep.org.br/revista/article/view/67/pdf_62>. Acesso em: 25 set. 2016.

SOARES, J. C. R.S.; CAMARGO JR., K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface**. Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78, Abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 Dez. 2015.

SONDA, E. C. *et al.* Sífilis congênita: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. Santa Cruz do Sul, v. 3 n. 1, p. 28-30, 2013. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/issue/view/186>>. Acesso em: 06 out. 2015.

SOUSA M. F. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil In: SOUSA M.F.; FRANCO M. S.; MENDONÇA A. V. M. **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes Editora, 2014, p. 40-76.

SOUZA C. R. M.; MÜLLER V. R. Educador social: conceitos fundamentais para sua Formação. In: IX CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE E ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA, out. 2009, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba: PUCPR, 2009. p. 3001-3014. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2658_1385.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2015.

STARFIELD, B. Parte I. Atenção Primária e sua relação com a à saúde. In: _____. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002, p. 19-42.

TALHARI, S.; CORTEZ, C.C.T. Sífilis. In: FOCACCIA, R. VERONESI, R. **Tratado de Infectologia**. 4. Ed., v. 2, São Paulo: Atheneu, 2010, p. 1405-1411.

TEIXEIRA, C.F; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006, 237p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-07.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e método**. 5. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2015, 290p.

ZANELLA, L., Aprendizagem: uma introdução. In: LA ROSA, J. (Org). **Psicologia e educação: o significado de aprender**. 7. Ed. Porto Alegre: EDIPUC, 2003, 23-38p.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados (roteiro entrevista)



Caso:

Violeta, 19 anos, moradora do Bairro Jardim das Flores, procurou a UBS por suspeitar que está grávida. Foi atendida pela Enf^a Paula, que perguntou sobre a data da última menstruação, mas Violeta não sabia exatamente, mas lembrava de ter menstruado no seu aniversário, mais ou menos 5 meses atrás (em torno de 20 semanas). Paula forneceu um teste rápido de gravidez, que Violeta realizou no mesmo momento, com resultado reagente. Paula disse que era necessário iniciar o Pré-natal imediatamente, pois ela já estava chegando tardiamente a UBS.

Informações da consulta com Enf^a Paula:

Nome Paciente: Violeta

Idade: 19 anos

Gesta:II

Aborto: I

Idade Gestacional: mais ou menos 20 semanas (por DUM aproximadamente),

BCFs: 145 bpm

Realizado exame ginecológico sem presença de secreções ou outras alterações

Realizada coleta de preventivo.

Teste rápido de HIV: Não reagente

Teste rápido de Sífilis: Reagente

Solicitado demais exames de rotina do PN e VDRL (Enf^a Paula pede que Violeta realize os exames com maior rapidez possível, pois precisa confirmar a Sífilis, marca consulta com o médico para a próxima semana e pede que traga junto seu companheiro, pois ele precisa fazer o exame também e iniciar tratamento).

Violeta foi ao laboratório indicado por Paula, porém teve que agendar os exames para 10 dias, não conseguiu fazer o exame, pois lhe explicaram que não há mais cota este mês, mas como ela é gestante é prioridade e deve retornar na próxima semana para fazer a coleta.

Informações sobre Violeta:

Violeta ficou bastante preocupada com o diagnóstico da gravidez, na realidade estava com medo e por isso não havia procurado o serviço anteriormente. Ela e o namorado João, estão

em altos e baixos na relação à bastante tempo. No ano passado já havia ficado grávida e ele a acusou de ter engravidado propositalmente, mesmo sabendo que ele não queria perdeu o bebê.

Na primeira gravidez o exame para sífilis também tinha dado positivo, na UBS já tinham pedido que levasse o namorado, só que eles estavam brigados e como logo depois perdeu o bebê, acabou não voltando.

João era boa pessoa, mas as vezes ele usava drogas e ficava agressivo, alguns dias antes de perder o bebê, eles discutiram e ele há empurrou, no fundo achava que tinha perdido o bebê por causa da queda, mas no hospital disseram que devia ser por causa da sífilis, no hospital fizeram uma injeção e mandaram ela fazer outras na UBS, mas acabou não indo, ela e João estavam tentando fazer as pazes, se falasse sobre “isso” as coisas podiam piorar outra vez.

Ela sabia que João não era fiel, mas não sabia se tinha pego dele essa doença, porque teve outros namorados antes dele. Ela esta com muitas dúvidas.

E se por acaso o exame dele fosse negativo?

E se ela tivesse passado para ele?

Como ele reagiria?

Ela não sabe o que fazer, precisa pensar antes de contar para o João sobre a gravidez e sobre a doença.

Desfecho deste caso:

Violeta não retornou ao laboratório e também não foi a UBS, abandonou o Pré-natal.

Roteiro da entrevista:

Após leitura do Caso Violeta, como profissional da saúde, a partir do seu espaço de trabalho (gestão, UBS, maternidade, vigilância) responda as questões a seguir:

1 - Identificação:

2 - Formação profissional:

3 - Local de trabalho (gestão, UBS, ESF, maternidade, vigilância):

4 - No seu ver, porque esta situação ocorreu?

5 - O que se faz hoje em um caso como o de Violeta?

6 - O que poderia ter sido feito e não foi feito neste caso?

7 - Você acha que educação em saúde poderia ser a solução? Porque?

APÊNDICE B - Carta de Concordância de Realização da Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

CARTA DE CONCORDÂNCIA DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, ANA PAULA GOULARTE MACEDO, Secretária Municipal da Saúde de Esteio – Rio Grande do Sul, declaro que tenho ciência do Projeto de Pesquisa a ser realizado nesta instituição, intitulado de: **A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A SÍFILIS CONGÊNITA: UMA INTERSECÇÃO NECESSÁRIA** pela pesquisadora ALINE COLETTO SORTICA, sob a orientação do PROF. DR. PAULO PEIXOTO DE ALBUQUERQUE, do Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

E autorizo a realização da referida Pesquisa nos serviços de Saúde vinculados a Secretaria Municipal da Saúde de Esteio, após a ocorrer aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e pela Plataforma Brasil, obedecendo às exigências presentes nos documentos exigidos pela Resolução nº 466 de 2012.

Porto Alegre, 26 de novembro de 2015.

Ana Paula Goularte Macedo

Secretária Municipal de Saúde de Esteio - RS

Assinatura e Carimbo

APÊNDICE C - Carta de Concordância de Realização da Pesquisa

APENDICE C - Carta de Concordância de Realização da Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

CARTA DE CONCORDÂNCIA DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, SANDRA SALETE MOKVA, Diretora Técnica da Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio – FSPSCE, declaro que tenho ciência do Projeto de Pesquisa a ser realizado nesta instituição, intitulado de: **A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A SÍFILIS CONGÊNITA: UMA INTERSECÇÃO NECESSÁRIA**, pela pesquisadora ALINE COLETTO SORTICA, sob a orientação do PROF. DR. PAULO PEIXOTO DE ALBUQUERQUE, do Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

E autorizo a realização da referida Pesquisa na área materno-infantil da Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio – FSPSCE, após a ocorrer aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e pela Plataforma Brasil, obedecendo às exigências presentes nos documentos exigidos pela Resolução nº 466 de 2012.

Porto Alegre, 26 de novembro de 2015.

Sandra Salete Mokva

Diretora Técnica da Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio – FSPSCE

Assinatura e Carimbo

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Projeto de Pesquisa: A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A SÍFILIS CONGÊNITA:
UMA INTERSECÇÃO NECESSÁRIA.

Estamos realizando uma pesquisa para aprofundar os conhecimentos sobre as potencialidade e fragilidades na rede de Atenção à Saúde, no que se refere ao cuidado às gestantes e parceiros com sífilis e o cuidado às crianças com suspeita e/ou diagnóstico de sífilis congênita, do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a pesquisadora.

Para tanto, gostaríamos de contar com sua participação como voluntário. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Por ser um município com um número reduzido de serviços de saúde, há um risco de identificação dos participantes, para minimizar este risco você não será identificado e terá a garantia de confidencialidade e privacidade.

Leia atentamente as informações abaixo, se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar da pesquisa basta preencher os seus dados e assinar esse Termo de Consentimento. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, preencha seus dados e assine deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa. Declaro que fui informado sobre as questões que envolvem esta pesquisa e esclarecidos sobre minhas dúvidas. Assim estou ciente:

1 - Quanto aos objetivos geral e específicos da pesquisa:

Geral: Identificar as potencialidade e fragilidades na rede de Atenção à Saúde, no que se refere ao cuidado às gestantes e parceiros com sífilis e o cuidado às crianças com suspeita e/ou diagnóstico de sífilis congênita;

Específicos:

- Identificar os serviços da rede de saúde do município de Esteio que tenham relação com o atendimento a sífilis em gestante e congênita;
- Propor elementos para subsidiar uma estratégia de Educação Permanente e no que se refere ao enfrentamento da sífilis congênita;
- Validar uma metodologia de avaliação e diagnóstico da rede de saúde que possa ser realizada em outros municípios, com o objetivo de reduzir a sífilis congênita;

2- Quanto aos procedimentos: a participação se dará através de uma entrevista com base em questionário com perguntas semiestruturadas, de forma individual, gravadas por equipamento de áudio e transcritas na íntegra, com um tempo de duração de cerca de 30 minutos. As gravações das entrevistas ficarão armazenadas em meio digital por um período de 5 anos e depois serão deletadas;

3- Quanto aos benefícios que poderão ser alcançados: esta pesquisa pretende subsidiar uma estratégia de Educação Permanente e no que se refere ao enfrentamento da sífilis congênita e validar uma metodologia de avaliação e diagnóstico da rede de saúde que possa ser realizada em outros municípios, com o objetivo de reduzir a sífilis congênita;

4- Que não terei despesas quanto a minha participação;

5- Que qualquer dúvida sobre assuntos relacionados a pesquisa que poderão ainda a surgir serão esclarecidas.

Se você necessitar de qualquer outro esclarecimento quanto a realização deste estudo pode entrar em contato, a qualquer momento, com a pesquisadora **Aline Coletto Sortica**, pelo telefone (51) 9635-0814, com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo telefone (51) 3308-3738.

Declaro que estou ciente dos propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes em qualquer etapa da pesquisa. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização à pesquisadora responsável pelo estudo de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Porto Alegre, ___/___/____

Assinatura do voluntário

Assinatura da pesquisadora
responsável

ANEXO A – Parecer CEP/UFRGS

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL / PRÓ- REITORIA DE PESQUISA -	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E A SÍFILIS CONGÊNITA: UMA INTERSECÇÃO NECESSÁRIA

Pesquisador: Paulo Peixoto de Albuquerque

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54781816.9.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.673.036

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa a ser desenvolvida no município de Esteio, localizado na região metropolitana de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. Será mapeada a rede de serviços de saúde do município de Esteio, número de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF), Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids, hospital e os fluxos de atendimento em relação à sífilis congênita no município. Serão convidados a participar da pesquisa o gestor municipal em DST/Aids, 2 médicos e 2 enfermeiros da Atenção Básica, 2 médicos e 2 enfermeiros da maternidade e 1 profissionais da vigilância epidemiológica do município. A coleta de dados acontecerá por meio da realização de entrevistas com base em questionário com perguntas semiestruturadas, baseados em um caso fictício de uma gestante com diagnóstico de sífilis. As entrevistas serão realizadas por um único pesquisador, de forma individual, gravadas por equipamento de áudio e transcritas na íntegra, com um tempo de duração de cerca de 30 minutos. As gravações das entrevistas ficarão armazenadas em meio digital por um período de 5 anos e depois serão deletadas. Antes do início da coleta de dados, o instrumento de pesquisa (roteiro das entrevistas) será testado em um estudo piloto, com o objetivo de preparar a pesquisadora para entrar em campo e verificar a adequação do instrumento e realizar ajustes se forem necessários. As entrevistas serão transcritas e organizadas em categorias de análise para facilitar a compreensão

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro			
Bairro: Farroupilha		CEP: 91.040-000	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3308-3738	Fax: (51)3308-4085	E-mail: etica@propesq.ufrgs.br	



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.873.036

das ideias e posterior discussão. As respostas obtidas serão tabuladas e analisada a questão 1 de todos os participantes entrevistados, a seguir a questão 2 de todos os participantes e assim sucessivamente. As entrevistas serão transcritas e organizadas em categorias de análise para facilitar a compreensão das ideias e posterior discussão. Serão considerados nos discursos, os princípios de coerência, posicionamento próprio e tipos de distinção entre os discursos. As respostas obtidas através das entrevistas gravadas e transcritas, para a tabulação dos dados seguirão a seguinte ordem: Inicialmente analisada a questão 1 de todos os

participantes entrevistados, a seguir a questão 2 de todos os participantes e assim sucessivamente. Desta forma, o primeiro passo consiste em copiar integralmente, o conteúdo de todas as respostas referentes a questão 1 Instrumento de Análise de Discurso 1(IAD1), na coluna Expressões Chave. A seguir será realizada a análise e/ou síntese.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as potencialidade e fragilidades na Rede de Atenção à Saúde do município de Esteio - RS, no que se refere ao cuidado às gestantes e parceiros com sífilis e o cuidado às crianças com suspeita e/ou diagnóstico de sífilis congênita.

Objetivo Secundário:

1) Elaborar o mapeamento dos serviços da rede de saúde do município de Esteio que tenham relação com o atendimento a sífilis em gestante e congênita.2)Contribuir com elementos para subsidiar uma estratégia de Educação Permanente e no que se refere ao enfrentamento da sífilis congênita. 3) Propor uma metodologia de avaliação e diagnóstico da rede de saúde que possa ser realizada em outros municípios, com o objetivo de reduzir a sífilis congênita.

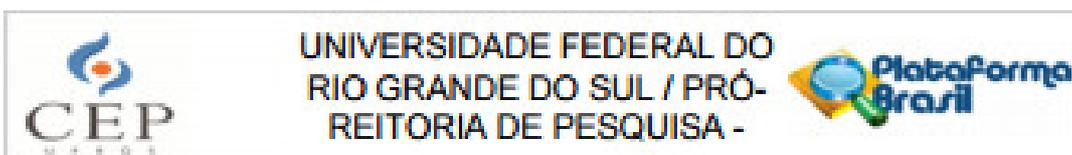
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores referem como risco, a questão do risco de identificação dos participantes por ser um município com um número reduzido de serviços de saúde. Para minimizar o risco, referem que os participantes terão a garantia de confidencialidade e privacidade. Sobre os benefícios, referem que a pesquisa pretende subsidiar uma estratégia de Educação Permanente e no que se refere ao enfrentamento da sífilis congênita e validar uma metodologia de avaliação e diagnóstico da rede de saúde que possa ser realizada em outros municípios, com o objetivo de reduzir a sífilis congênita.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa acadêmica, vinculada ao PPG Ensino na Saúde, desta universidade, de cunho

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farraposilha CEP: 92.040-000
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1473/2016

qualitativo, tipo estudo de caso. Projeto e proposta de pesquisa bem estruturados, com todos os documentos exigidos apresentados pelos pesquisadores.

A nova submissão trata de emenda ao projeto original, já em curso, que se justifica pelo fato de após as entrevistas com os profissionais previstos no projeto, verificar-se a necessidade de incluir outros participantes, sendo eles: o Coordenador da Atenção Básica do município e 2 Agentes Comunitários de Saúde. A inclusão dos mesmos faz-se fundamental, pois são membros importantes da Rede de Atenção à Saúde. Não haverá alterações no roteiro de entrevista. Foi apresentado novo cronograma que incluiu as entrevistas com estes participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pronto para aprovação

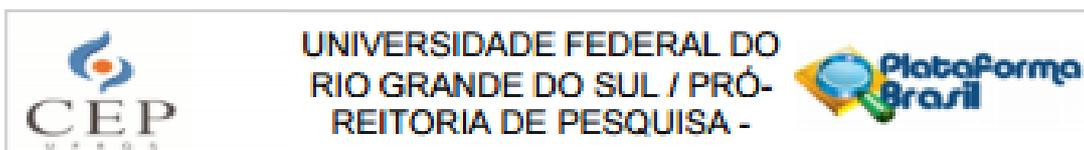
Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_771211_E1.pdf	06/08/2016 17:34:32		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	06/08/2016 17:24:08	Aline Coletto Sortica	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.pdf	15/06/2016 11:54:59	Aline Coletto Sortica	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/06/2016 11:41:45	Aline Coletto Sortica	Aceito
Folha de Rosto	plataformaassinada.pdf	01/04/2016 14:35:23	Aline Coletto Sortica	Aceito
Outros	Parecercompesq.pdf	31/03/2016 14:10:29	Aline Coletto Sortica	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	30/03/2016	Paulo Roberto de	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farrowpilha CEP: 91.040-000
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.673.026

Orçamento	orcamento.pdf	16:38:44	Albuquerque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaisc.jpeg	30/03/2016 16:36:08	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaesteio.jpeg	30/03/2016 16:35:05	Paulo Peixoto de Albuquerque	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Agosto de 2016

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)

ANEXO B - Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce

Ministério da Saúde



Protocolo de Investigação de Casos de Sífilis Congênita Precoce

Registro da Notificação

Número do Sinan: _____
 Notificação: _____
 UF: _____ Município: _____
 Unidade de Saúde: _____ Data da notificação: ____/____/____

Dados de Identificação da Criança

Tipo de investigação: () Aborto () Natimorto () Nascido vivo
 Nome: _____
 Data de nascimento/aborto/natimorto: ____/____/____
 Sexo: () (F - Feminino, M - Masculino, I - Ignorado)
 Número da Declaração de Nascido Vivo: _____
 Número do Cartão SUS: _____
 Número do(s) Prontuário(s): Nº: _____ Serviço: _____
 Nº: _____ Serviço: _____
 Residência: _____
 UF: _____ Município: _____
 Endereço: _____

Dados da Mãe

1. Nome: _____
2. Data de Nascimento: ____/____/____ ou Idade da mãe no parto: ____ anos
3. Estado civil/conjugal:
 - (1) Solteira
 - (2) Casada/união estável/amasiada
 - (3) Divorciada/separada
 - (4) Viúva
 - (9) Ignorado



4. Escolaridade:

- (0) Analfabeta
- (1) 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
- (2) 4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
- (3) 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau)
- (4) Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
- (5) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
- (6) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)
- (7) Educação superior incompleta
- (8) Educação superior completa ou mais
- (9) Ignorado
- ou Anos completos de estudos: _____ anos

5. Ocupação: _____

6. A ocupação é sazonal? () (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

7. Raça/cor da mãe:

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Amarela
- (4) Parda
- (5) Indígena
- (9) ignorada

Antecedentes Epidemiológicos da Mãe

8. Comportamentos de risco e situações de vulnerabilidades vivenciadas pela mãe, durante a gestação da criança em investigação: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () Durante a gestação, vivendo em situação de rua
- () Durante a gestação, sem moradia, vivendo em casa de familiares/amigos
- () Durante a gestação, vivendo em albergue/cortiço
- () Mudança frequente de domicílio/residência
- () Sofreu abuso/violência sexual
- () Sofreu violência doméstica física ou verbal
- () Mantida em cárcere privado (domiciliar) durante a gestação
- () Usuária de "crack"

- () Usuária de álcool (+ de uma lata de cerveja ou dose/dia)
- () Usuária de outro tipo de droga. Especifique: _____
- () Privada de liberdade (presidiária)
- () Parceira de presidiário
- () Profissional do sexo
- () Múltiplas parcerias sexuais (mais de um parceiro na gestação da criança em investigação)
- () Imigrante. De qual país? _____ Há quanto tempo? _____
- () Imigrante. De qual estado? _____ Há quanto tempo? _____
- () Família de baixa renda
- () Outras situações de vulnerabilidade. Especifique: _____

9. Presença de infecções associadas nesta gestação: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () HIV
- () Hepatite B
- () Hepatite C
- () Outras DST. Especifique: _____
Se presente, foi tratada? ()

10. Antecedentes obstétricos:

Número de gestações anteriores: _____ Número de nascidos vivos: _____
Número de natimortos: _____ Número de abortos: _____

11. Antecedente de transmissão vertical. Possui outros filhos com: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

- () Infecção pelo HIV
- () Sífilis congênita
- () Hepatite B
- () Hepatite C

12. Momento do diagnóstico de sífilis materna:

- (1) Durante o pré-natal
- (2) Durante o parto
- (3) Durante curetagem
- (4) Após o parto
- (5) Desconhecido



13. No caso de o diagnóstico materno de sífilis ter sido realizado no parto/puerpério, qual foi o motivo? (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)
- () Não fez pré-natal
- () Fez pré-natal e não foi solicitado teste para sífilis
- () Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do serviço.
Especifique: _____
- () Fez pré-natal, foi solicitado teste para sífilis, mas houve falha no fluxo do laboratório.
Especifique: _____
- () Erro de diagnóstico (falha no entendimento - profissional de saúde considerou "cicatriz sorológica").
- () Teste rápido para sífilis não disponível na Unidade de Saúde
- () Outro. Especifique: _____

PRÉ-NATAL

14. Realização de pré-natal: () (1 - Sim, 2 - Não)
15. Motivo(s) da não realização do pré-natal: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)
- () Desconhece a importância do pré-natal
- () Muda com frequência de endereço
- () Trabalha e não teve tempo
- () Trabalha e o empregador não deixou
- () Acha que não precisava, porque já tinha experiência em gestação anterior
- () Parceiro não deixou
- () Privada de liberdade (presidiária) sem acesso ao serviço de pré-natal
- () Mantida em cárcere privado
- () Local muito distante, não tinha dinheiro para ir ao pré-natal
- () Dificuldade no acesso (demora) para agendar consulta no pré-natal ou na unidade de referência
- () Unidade de Saúde não realiza teste para gravidez
- () Unidade de Saúde exigiu a presença de um responsável, porque a mãe era menor de 18 anos, durante a gestação da criança em investigação
- () Outro. Especifique: _____
16. Pré-natal realizado em: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)
- () Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS
- () Serviço de referência
- () Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde). Informar:
- Nome do Convênio/Plano: _____
- Nome do Médico do convênio: _____
- CRM do médico: _____



- () Consultório Médico Particular. Informar:
- Nome do médico: _____
- CRM do médico: _____
17. Local do pré-natal:
- UF: _____ Município: _____
- Unidade de Saúde: _____
18. Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal (em semanas): _____ (Ign - 99)
19. Número total de consultas no pré-natal (médico e enfermagem): _____ (Ign - 99)
20. Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativa da gestante?
- (1) Sim
- (2) Não. Por quê? _____
21. Motivo(s) do abandono do pré-natal:
- _____
- _____
22. Foi recebido algum auxílio/incentivo para fidelização ao pré-natal? (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)
- () Auxílio transporte
- () Enxoval
- () Cesta básica
- () Não recebeu qualquer auxílio
- () Outros. Especifique: _____
23. O parceiro foi chamado para o pré-natal ("Pré-natal do parceiro" ou "Pré-natal do homem")?
- (1) Sim
- (2) Não. Por quê? _____
24. Estado sorológico e/ou clínico do parceiro¹ durante a gestação da criança em investigação:
- (1) Sorologia não reagente para sífilis
- (2) Caso de sífilis não tratada.
- Informar o(s) motivo(s): _____

¹ - Parceiro - companheiro da mãe durante a gestação da criança em investigação.



(3) Caso de sífilis tratada

Qual droga? _____

Quantas doses? _____ Data: __/__/__ Data: __/__/__ Data: __/__/__

(4) Parceiro conhecido e não testado. Por quê? _____

(9) Parceiro sem contato com a família/desconhecido

25. Qual a forma clínica da sífilis materna, durante a gestação da criança em investigação?

- (1) Primária
- (2) Secundária
- (3) Latente precoce
- (4) Latente tardia
- (5) Latente duração indeterminada
- (6) Terciária

26. Durante o pré-natal, foi realizado tratamento materno para prevenir a transmissão vertical da sífilis? () (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

27. Qual esquema de tratamento foi utilizado pela mãe da criança em investigação?

(1) Penicilina benzatina 2.400.000UI Data: __/__/__

(2) Penicilina benzatina 4.800.000UI Data: __/__/__ Data: __/__/__

(3) Penicilina benzatina 7.200.000UI Data: __/__/__ Data: __/__/__ Data: __/__/__

(4) Outro medicamento. Por quê? _____

Qual droga? _____

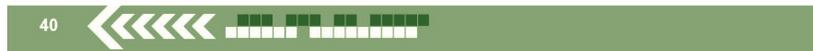
Por quanto tempo: _____(dias) Data: __/__/__

28. Se houve falta/abandono do tratamento, foi realizada busca da gestante?

- (1) Sim
- (2) Não. Por quê? _____

29. Se a mãe não fez tratamento para sífilis, informar o(s) motivo(s): (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado):

- () Sorologias para sífilis não realizadas
- () Atraso nos resultados das sorologias
- () Medicamento não disponível no serviço



- () Medicamento não prescrito
- () Medicamento não administrado, apesar da prescrição e disponibilidade no serviço
- () Gestante não aderente ao tratamento/faltosa
- () Recusa da gestante ao tratamento
- () Profissional de saúde considerou resultado do teste para sífilis como "cicatriz sorológica"
- () Serviço não aplica penicilina benzatina na rotina
- () Paciente encaminhada para outro serviço para receber penicilina benzatina e não compareceu
- () Gestante alérgica a penicilina, não realizou dessensibilização (falta local de referência)
- () Iniciou o pré-natal no final da gestação/realizou apenas uma consulta
- () Outros motivos. Especifique: _____

30. Estado sorológico da mãe, durante a gestação da criança em investigação: (1- Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)

() 1º Teste Treponêmico (Teste rápido) Data: __/__/__

() 2º Teste Treponêmico (Teste rápido) Data: __/__/__

() 1º Teste Treponêmico (FTA-ABS, ELISA, TPHA, CMIA) Data: __/__/__

() 2º Teste Treponêmico (FTA-ABS, ELISA, TPHA, CMIA) Data: __/__/__

() 1º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) Título 1: _____ Data: __/__/__

() 2º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR) Título 1: _____ Data: __/__/__

() 3º Teste não Treponêmico (VDRL, RPR)² Título 1: _____ Data: __/__/__

() 4º Teste não Treponêmico² (VDRL, RPR)² Título 1: _____ Data: __/__/__

() Último teste não Treponêmico antes do parto Título 1: _____ Data: __/__/__

PARTO

31. Local do parto:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

32. Parto realizado em:

- (1) Serviço Público (SUS)
- (2) Serviço de Saúde Suplementar (Convênio/Plano de Saúde)
- (3) Serviço Privado Particular
- (4) Domicílio
- (5) Trânsito/percurso (no deslocamento para serviço de saúde)

2 - No caso de gestante com sífilis tratada em seguimento sorológico.



33. Peso da criança ao nascer: _____ gramas

34. Idade gestacional da criança ao nascer: _____ semanas

35. Resultado do teste não treponêmico da mãe, no momento do parto:
(1 - Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)

() VDRL/RPR Título 1: _____ Data: __/__/__

36. Resultado do teste não treponêmico de sangue periférico e líquido do recém-nascido:
(1 - Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)

() VDRL/RPR(sangue periférico) Título 1: _____ Data: __/__/__

() VDRL/RPR (líquor) Título 1: _____ Data: __/__/__

37. Há presença de alteração no líquido?

(1) Sim. Celularidade: _____ leucócitos/mm³ Proteínas: _____ mg/dL

(2) Não

38. Foi realizado RX de ossos longos no recém-nascido?

(1) Sim. Resultado do RX: (1) Alterado (2) Normal

(2) Não

39. Presença de sinais e sintomas: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Icterícia

() Anemia

() Plaquetopenia, púrpura

() Hepatomegalia

() Esplenomegalia

() Rinite muco-sanguinolenta

() Lesões cutâneo-mucosas

() Lesões ósseas (metáfisite, periostite, osteocondrite)

() Pseudoparalisia de Parrot

() Edema generalizado

() Outros. Especifique: _____

40. Motivos da não realização de exames complementares (RX de ossos longos, VDRL no sangue periférico e líquido) no recém-nascido: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Não havia médico para colher líquido

() Laboratório da maternidade não realiza exame VDRL

() Maternidade não faz RX de ossos longos

() Não havia profissional para interpretar o RX de ossos longos

() Aparelho de RX quebrado

() Médico não solicitou o exame

() Mãe não fez diagnóstico de sífilis

() Recém-nascido com VDRL não reagente

() Mãe com história de sífilis tratada adequadamente durante a gestação

() Outro(s). Especifique: _____

41. Foi realizado tratamento para sífilis no recém-nascido?

(1) Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias

(2) Penicilina G procaina 50.000 UI/Kg/dia, durante 10 dias

(3) Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg, dose única

(4) Outro esquema com penicilina.

Especifique: _____

(5) Outro medicamento. Por quê? _____

Qual droga? _____

Por quanto tempo? _____ (dias) Data: __/__/__

(6) Não realizado

42. Motivos da não utilização das medidas terapêuticas para a sífilis no recém-nascido:
(1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

() Medicamento (penicilina) não disponível na maternidade

() Mãe não realizou sorologia para sífilis no parto

() Recém-nascido não realizou teste não treponêmico

() Teste não treponêmico no recém-nascido não reagente

() Recusa da mãe em medicar a criança

() Outros motivos. Especifique: _____



Transmissão Vertical

PUERPÉRIO

(seguimento da criança após o parto)

43. Local de acompanhamento da criança:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

44. Data da primeira consulta da criança na Unidade de acompanhamento: ____/____/____

45. Em caso de não comparecimento à Unidade de acompanhamento ou abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança?

(1) Sim

(2) Não. Por quê? _____

46. Avaliações realizadas: (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado)

 Neurológica Alterada Normal Data: ____/____/____

 Auditiva Alterada Normal Data: ____/____/____

 Oftalmológica Alterada Normal Data: ____/____/____

 Liquórica de seguimento, no caso de líquido alterado e/ou com VDRL reagente na maternidade.

Data: ____/____/____ Data: ____/____/____

Se não realizadas as avaliações, informar o(s) motivo(s): _____

47. Resultados dos testes não treponêmicos da criança durante o seguimento: (1 - Reagente, 2 - Não reagente, 3 - Não realizado, 9 - Ignorado)

 VDRL/RPR com 1 mês de idade Título 1: _____ Data: ____/____/____

 VDRL/RPR com 3 meses de idade Título 1: _____ Data: ____/____/____

 VDRL/RPR com 6 meses de idade Título 1: _____ Data: ____/____/____

 VDRL/RPR com 12 meses de idade Título 1: _____ Data: ____/____/____

 VDRL/RPR com 18 meses de idade Título 1: _____ Data: ____/____/____

48. Teste treponêmico: (após 18 meses de idade) Data da coleta: ____/____/____

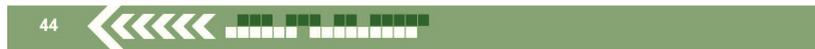
(1) Reagente

(2) Não reagente

(3) Não realizado

(9) Desconhecido

Se não realizado, informar o(s) motivo(s): _____



Ministério da Saúde

49. Situação da criança:

(1) Viva

(2) Morta

(3) Desconhecida

50. Data do óbito: ____/____/____

51. Número da Declaração de Óbito: _____

52. Local do Óbito:

UF: _____ Município: _____

Unidade de Saúde: _____

53. Causa do óbito (conforme Declaração de Óbito):

Parte I:

a) _____ CID: _____

b) _____ CID: _____

c) _____ CID: _____

d) _____ CID: _____

Parte II:

_____ CID: _____

_____ CID: _____

54. Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: (1 - Sim, 2 - Não)

 Sífilis adquirida Gestante com sífilis Sífilis congênita**CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO**

55. Após a investigação utilizando este protocolo, o caso foi encerrado como sífilis congênita:

(1) Confirmada

(2) Suspeita

(3) Descartada

Se o caso foi considerado suspeito ou descartado, justifique: _____



56. Durante a investigação, foi realizada alguma ação educativa para os problemas identificados?

57. Após a investigação, apontar o(s) eixo(s) que abrange(m) o(s) principal(is) problema(s) identificado(s) no pré-natal, parto e puerpério (vide instrução de preenchimento):
(1 - Sim, 2 - Não)

Pré-natal:

- () Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

- () Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Outros. Especifique: _____

Parto:

- () Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

- () Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Outros. Especifique: _____

Puerpério:

- () Eixo Vulnerabilidade individual e social. Especifique: _____

- () Eixo Serviço – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Eixo Gestão – vulnerabilidade programática. Especifique: _____

- () Outros. Especifique: _____

58. Encaminhamentos/recomendações para correção de problemas identificados:

Responsável pela investigação: _____ Data: ___/___/___

Fone para contato: _____

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO
PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE
CRIANÇAS COM 02 (DOIS) ANOS DE IDADE OU MENOS

A investigação de casos de sífilis congênita precoce deverá ser realizada em todas as crianças com 02 (dois) anos de idade ou menos, todos os casos de aborto, natimorto ou óbito por sífilis.

Para responder às perguntas do questionário, o investigador deverá utilizar várias fontes de informação, como: prontuário do paciente, Sinasc e SIM. Poderá, ainda, ser necessária a participação de agentes comunitários, assistente social do serviço ou entrevista com a mãe da criança em investigação. Em caso de dúvida no preenchimento, ou se as opções de respostas não forem suficientes para descrever os dados encontrados nos prontuários/serviços, colocar no quadro correspondente à questão uma observação explicativa, com letra legível, para análise dos Grupos Técnicos/Comitês.

Registro da Notificação

Número do Sinan: Anotar o número da notificação atribuído para o caso.

Notificação: Informar os dados da notificação da criança em investigação.

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação.
- **Data da notificação:** Anotar a data da notificação - data de preenchimento da ficha de notificação.

Dados de Identificação da Criança

Tipo de investigação: Assinalar se o caso em investigação corresponde a uma criança nascida viva ou trata-se de aborto ou natimorto.

Nome: Preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher como: "Filho de + nome da mãe" (Ex.: Filho de Sofia Augusta Brasil) ou, nos casos de aborto e natimorto, preencher como: "Aborto de + nome da mãe" ou "Natimorto de + nome da mãe".

Data de nascimento/aborto/natimorto: Deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano (dd/mm/aaaa) de nascimento da criança. No caso de aborto ou natimorto, preencher com a data de ocorrência do evento.

Sexo: Informar o sexo da criança (M - masculino, F - feminino). I - Ignorado no caso de aborto e, eventualmente, natimorto.

Número da Declaração de Nascido Vivo: Preencher com o número da Declaração de Nascido Vivo.

Número do Cartão SUS: Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.

Número do(s) Prontuário(s): Preencher com o(s) número(s) do(s) prontuário(s) e o(s) nome(s) do(s) serviço(s). No caso de crianças com mais de um prontuário (acompanhamento em mais de um serviço), anotar todos.

Residência: Informar os dados de residência da criança em investigação.

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência da criança.
- **Município:** Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência da criança.
- **Endereço:** Anotar o nome da rua/avenida/travessa/etc., o número e o complemento (casa/apartamento/quadra/lote/bloco/etc.) da residência da criança.

Dados da Mãe

Observação: Nem sempre será possível obter os dados maternos. Procurar no prontuário da criança os dados disponíveis, questionar no(s) serviço(s) ou na maternidade se existe outra forma de conseguir as informações.

1. Nome: Preencher com o nome completo da mãe da criança (sem abreviações).

2. Data de nascimento: Deverá ser anotada a data de nascimento da mãe da criança em números correspondentes ao dia, mês e ano (dd/mm/aaaa). Na falta dessa informação, preencher a **Idade da mãe no parto (em anos)**.

3. Estado civil/conjugal: Preencher o estado civil ou conjugal da mãe da criança (idealmente, durante a gestação da criança em investigação).

4. Escolaridade: Preencher com a série correspondente ao nível de ensino (fundamental, médio, superior) que a mãe da criança frequentou, considerando o último ano concluído com aprovação, durante a gestação da criança em investigação. Na falta dessa informação, preencher com o número de anos de estudo concluído, por exemplo: cursou até o Ensino Fundamental Completo (antigo ginásio) = 08 anos.

5. Ocupação: Informar a atividade exercida pela mãe da criança no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida durante a gestação da criança em investigação. Colocar a ocupação da mãe o mais detalhada possível, evitando termos como aposentada, funcionária pública, afastada, na Caixa ou "encostada", que não especificam a ocupação das pessoas.

6. A ocupação é sazonal? Informar se a atividade exercida pela mãe da criança durante a gestação era sazonal, ou seja, um trabalho que ocorre em determinada época do ano (por exemplo: agricultura – corte de cana-de-açúcar, milho; construção civil etc.).

7. Raça/cor da mãe: Assinalar a raça ou cor declarada pela mãe: Branca; Preta; Amarela; Parda (incluindo-se nessa categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto

com pessoa de outra raça ou cor); Indígena (considerando-se nessa categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). No caso de mães provenientes de outros países que se autodenominarem indígenas, especificar na frente desse campo o país de origem (por exemplo: (X) Indígena - mãe boliviana).

Antecedentes Epidemiológicos da Mãe

8. Comportamentos de risco e situações de vulnerabilidades vivenciadas pela mãe, durante a gestação da criança em investigação: Informar todos os comportamentos de risco/situações de vulnerabilidade da mãe da criança durante a gestação:

- No caso de **imigrante**, informar qual a procedência (país ou estado) e há quanto tempo está morando no local informado como residência, durante a gestação da criança em investigação.
- **Mudança frequente de endereço**, ausência de endereço fixo ou migração materna são fatores que podem contribuir para a não realização ou não fidelização ao pré-natal ou tratamento.
- Será considerada “**Família de baixa renda**” aquela com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo ou a que possua renda familiar mensal de até três salários mínimos, conforme DECRETO Nº 6.135, DE 26 DE JUNHO DE 2007 da Presidência da República - Casa Civil.
- No caso de as opções do questionário não contemplarem a situação de vulnerabilidade identificada, utilizar a opção “Outras situações de vulnerabilidade” e especificar.

9. Presença de infecções associadas nesta gestação: Informar as infecções associadas que a mãe da criança apresentou durante a gestação. Na ocorrência de outras DST durante a gestação da criança em investigação, especificar quais infecções e se foram tratadas (1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado).

10. Antecedentes obstétricos: Informar os antecedentes obstétricos da mãe, antes da gestação da criança em investigação.

- Número de gestações anteriores: Anotar o número de gestações anteriores (Ex.: 03 gestações).
- Número de nascidos vivos: Anotar o número de crianças que nasceram vivas (Ex.: 01 Nascido vivo).
- Número de natimortos: Anotar o número de crianças que nasceram mortas (Ex.: 01 natimorto).
- Número de abortos: Anotar o número de abortos (Ex.: 01 aborto).

11. Antecedente de transmissão vertical: Informar se a mãe possui outros filhos com HIV, sífilis congênita, Hepatite B e Hepatite C.

12. Momento do diagnóstico de sífilis materna: Informar a data e o momento do diagnóstico da sífilis materna, na gestação da criança em investigação. Esses dados são referentes aos testes treponêmico (metodologia rápida ou tradicional) e não treponêmico (com qualquer titulação) reagentes, que demonstram a presença de sífilis materna. Observar, em relação ao pré-natal ou parto da criança em investigação, a época em que o diagnóstico da sífilis materna foi realizado, mediante a data da coleta dos exames ou citação no prontuário. Por exemplo, se o diagnóstico foi feito no momento do parto, a opção correta, aqui, seria “Durante o parto” (da criança em investigação). Colocar “Desconhecido” se não for possível obter essa informação no prontuário da criança ou no serviço.

13. No caso de o diagnóstico materno de sífilis ter sido realizado no parto/puerpério, qual foi o motivo? Informar o(s) motivo(s) de o diagnóstico ter sido realizado após o pré-natal. Caso as opções do questionário não contemplarem os motivos, utilizar a opção “Outro” e especificar. Lembramos que essas informações são importantes para a identificação e correção de falhas nos processos/fluxos da assistência/serviço e da gestão.

PRÉ-NATAL

14. Realização de pré-natal: Informar se a mãe realizou pré-natal durante a gestação da criança em investigação.

15. Motivo(s) da não realização do pré-natal: Informar o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) a mãe da criança não realizou o pré-natal. Caso as opções do questionário não contemplem os motivos, utilizar a opção “Outro” e especificar.

16. Pré-natal realizado em: Informar o local de realização do pré-natal. É possível que a mãe tenha realizado o pré-natal em mais de um serviço. Se realizado em serviço de Saúde Suplementar, informar o nome do Convênio/Plano de Saúde, o nome e o CRM do médico que acompanhou a gestante (Por exemplo: Pré-natal na Unimed Curitiba, Dr. Emílio Ribas, CRM 00003).

17. Local do pré-natal:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou o pré-natal.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo o cadastro do IBGE) onde está localizada a Unidade de Saúde que realizou o pré-natal.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da Unidade de Saúde que realizou o pré-natal.

18. Idade gestacional na 1ª consulta de pré-natal: Informar a idade gestacional na primeira consulta no pré-natal (em semanas). Na ausência dessa informação, colocar “99”.

19. Número total de consultas no pré-natal: Informar o número total de consultas, de enfermagem e médicas, realizadas durante o pré-natal. Na ausência dessa informação, colocar “99”.

20. Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal, foi realizado contato/busca ativa da gestante? Informar se foi feita busca da mãe da criança em investigação, se a mesma faltou ao serviço de pré-natal ou no ambulatório de especialidade, local de acompanhamento da gestação. Se não realizado o contato/busca ativa, informar os motivos.

21. Motivo(s) do abandono do pré-natal: Descrever os motivos que levaram a mãe da criança a abandonar o pré-natal.

22. Foi recebido algum auxílio/incentivo para fidelização ao pré-natal? Informar se a mãe recebeu algum incentivo durante o pré-natal da criança em investigação. Caso as opções do questionário não contemplem os auxílios/incentivos, utilizar a opção “Outros” e especificar.

23. O parceiro foi chamado para o pré-natal (“Pré-natal do parceiro” ou “Pré-natal do homem”)? Informar se o parceiro foi chamado ao pré-natal para ser cuidado (realização de consultas, exames e acesso a informações). Se o parceiro não realizou o “Pré-natal do parceiro”, informar os motivos.

24. Estado sorológico e/ou clínico do parceiro: Informar o estado sorológico e/ou clínico do parceiro (considerar como parceiro o companheiro da mãe durante a gestação da criança em investigação). No caso de parceiro com sífilis não tratada, informar os motivos da falta de tratamento. Se o parceiro tiver sido tratado, descrever a droga utilizada, a dose e as datas. Se o parceiro não foi testado, apesar de conhecido, informar os motivos.

25. Qual a forma clínica da sífilis materna, durante a gestação da criança em investigação? Assinalar a classificação clínica da sífilis materna durante a gestação da criança em investigação: 1) sífilis primária (presença de cancro duro); 2) sífilis secundária (lesões cutâneo-mucosas: roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia); 3) sífilis latente: fase assintomática; o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas (latente precoce até um ano a partir do contato, latente tardia mais de um ano a partir do contato); 4) sífilis terciária: lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artrópata de Charcot).

26. Durante o pré-natal, foi realizado tratamento materno para prevenir a transmissão vertical da sífilis? Informar se a mãe realizou tratamento para sífilis durante a gestação da criança em investigação.

27. Qual esquema de tratamento foi utilizado pela mãe da criança em investigação? Informar o esquema terapêutico utilizado pela mãe da criança, durante a gestação. Indicar a droga usada e preencher as datas em que a medicação foi efetivamente aplicada (idealmente, verificar a checagem da enfermagem). Se a mãe utilizou outra droga que não a penicilina, descrever os motivos, a droga, a data de início do tratamento e por quanto tempo (em dias) utilizou a medicação. Lembramos as seguintes recomendações:

- **Sífilis primária:** Penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, em dose única (01 ampola de 1.200.000 UI em cada glúteo);
- **Sífilis secundária ou latente precoce** (menos de 1 ano de evolução): Penicilina benzatina 4.800.000 UI, intramuscular, em duas doses semanais de 2.400.000 UI;
- **Sífilis terciária, latente tardia** (mais de 1 ano de evolução) ou **latente com duração indeterminada:** Penicilina benzatina 7.200.000 UI, intramuscular, em três doses semanais de 2.400.000 UI.

28. Se houve falta/abandono do tratamento, foi realizada busca da gestante? Informar se foi realizada busca da mãe, no caso de abandono ao tratamento, durante a gestação da criança em investigação. Se não realizada a busca, descrever os motivos.

29. Se a mãe não fez tratamento para sífilis, informar o(s) motivo(s): Informar os motivos de a mãe não ter realizado o tratamento para sífilis, durante o pré-natal da criança em investigação. Caso as opções do questionário não contemplem os motivos, utilizar a opção "Outros motivos" e especificar.

30. Estado sorológico da mãe, durante a gestação da criança em investigação: Informar os resultados dos exames realizados (testes treponêmicos e não treponêmicos) e as respectivas datas. No caso de testes não treponêmicos reagentes, informar a titulação e as datas. Em caso de gestante com sífilis tratada, em seguimento sorológico, será necessário informar os títulos dos testes não treponêmicos de acompanhamento. Informar o resultado, a data da coleta e a titulação do último teste não treponêmico antes do parto.

PARTO

31. Local do parto:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de ocorrência do parto.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de ocorrência do parto.

- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do estabelecimento de ocorrência do parto.

32. Parto realizado em: Informar local de realização do parto.

33. Peso da criança ao nascer: Informar o peso da criança no nascimento (essa informação está disponível no prontuário da criança na maternidade).

34. Idade gestacional da criança ao nascer: Informar a idade gestacional da criança no nascimento (essa informação está disponível no prontuário da criança na maternidade).

35. Resultado do teste não treponêmico da mãe, no momento do parto: Informar o resultado do teste não treponêmico da mãe realizado na maternidade (momento do parto), o título e a data da coleta.

36. Resultado do teste não treponêmico de sangue periférico e líquido do recém-nascido. Informar o resultado do teste não treponêmico realizado em sangue periférico do recém-nascido e no líquido (se realizado), o título e a data da coleta.

37. Há presença de alteração no líquido? Se o líquido do recém-nascido apresentou alteração, informar o número de leucócitos por mm³ e a quantidade de proteínas.

38. Foi realizado RX de ossos longos no recém-nascido? Se realizado RX de ossos longos, informar o resultado (alterado ou normal).

39. Presença de sinais e sintomas: Se presentes, informar quais sinais e sintomas o recém-nascido apresentou. Pseudoparalisia de Parrot é a perda da movimentação dos membros, mais frequente nos superiores, devido à dor na movimentação ativa ou passiva, ocasionada pela osteocondrite. Caso as opções do questionário não contemplem os sinais e sintomas, utilizar a opção "Outros" e especificar.

40. Motivos da não realização de exames complementares (RX de ossos longos, VDRL no sangue periférico e líquido) no recém-nascido: Informar os motivos da não realização dos exames complementares no recém-nascido. No caso de mãe tratada adequadamente, considerar os critérios definidos pelo Ministério da Saúde (Guia de Vigilância Epidemiológica, 2014). Caso as opções do questionário não contemplem os motivos, utilizar a opção "Outros" e especificar.

41. Foi realizado tratamento para sífilis no recém-nascido? Indicar o esquema terapêutico utilizado pelo recém-nascido (verificar a checagem da enfermagem no prontuário). Se o recém-nascido utilizou outro esquema com penicilina, especificar a dose, a via de administração e o tempo de utilização. No caso de o recém-nascido ter recebido outra droga que não a penicilina, especificar a droga, a quantidade, a via de administração (oral, intramuscular, endovenosa), a data de início do tratamento, por quanto tempo utilizou a medicação e os motivos.

42. Motivos da não utilização das medidas terapêuticas para a sífilis no recém-nascido: Informar o(s) motivo(s) do não tratamento da criança. Caso as opções não contemplem os motivos identificados durante a investigação, utilizar a opção "Outros motivos" e especificar.

PUERPÉRIO

(seguimento da criança após o parto)

43. Local de acompanhamento da criança:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de acompanhamento da criança.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de acompanhamento da criança.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da Unidade de Saúde de acompanhamento da criança.

44. Data da primeira consulta da criança na Unidade de acompanhamento: Preencher a data da primeira consulta da criança na Unidade de Saúde de acompanhamento.

45. Em caso de não comparecimento à Unidade de acompanhamento ou abandono do serviço durante o seguimento, foi realizada busca da criança? Informar se foi realizada busca da criança no caso de abandono ou falta. Se não, descrever os motivos.

46. Avaliações realizadas: Informar se foram realizadas as avaliações (neurológica, auditiva, oftalmológica e líquórica), o resultado e a data, durante o seguimento da criança. Se não realizadas, relatar os motivos.

47. Resultados dos testes não treponêmicos da criança durante o seguimento: Informar o resultado dos testes não treponêmicos, os títulos e as datas de coleta, durante o seguimento da criança.

48. Teste treponêmico (após 18 meses de idade): Os testes treponêmicos só poderão ser realizados na criança após os 18 meses de idade, devido à possibilidade de resultado falso-positivo, pela passagem de anticorpos maternos. Informar a data da coleta e o resultado do teste treponêmico realizado na criança após os 18 meses de idade. Se o teste não foi realizado, relatar os motivos.

49. Situação da criança: Informar a situação atual (status vital) da criança em investigação.

50. Data do óbito: No caso de a criança ter evoluído para o óbito, informar a data.

51. Número da Declaração de Óbito: Anotar o número da Declaração de Óbito.

52. Local do Óbito:

- **UF:** Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de ocorrência do óbito.
- **Município:** Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de ocorrência do óbito.
- **Unidade de Saúde:** Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do estabelecimento de ocorrência do óbito.

53. Causa do óbito (conforme Declaração de Óbito): Informar as causas que levaram a criança ao óbito. Descrever todas as causas relacionadas ao óbito, encontradas na Declaração de Óbito.

54. Notificações realizadas no Sinan, relacionadas ao caso em investigação: Informar todas as notificações realizadas no Sinan, para a mãe e para a criança em investigação.

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO

55. Após a investigação utilizando este protocolo, o caso foi encerrado como sífilis congênita (confirmada, suspeita ou descartada): Informar o desfecho do caso após aplicação do protocolo para investigação. Se o caso foi considerado suspeito ou descartado, justificar quais foram os critérios utilizados.

56. Durante a investigação, foi realizada alguma ação educativa para os problemas identificados? Durante a investigação do caso, diversos problemas passíveis de ações imediatas podem ter sido identificados, geralmente os que permitem atuação nos processos de trabalho/fluxos dos serviços. Descrever ações/medidas educativas que foram realizadas durante a investigação.

57. Após a investigação, apontar o(s) eixo(s) que abrange(m) o(s) principal(is) problema(s) identificado(s): Durante a investigação do caso, problemas relacionados a vários eixos determinantes da transmissão vertical da sífilis podem ter sido identificados. Algumas inconformidades nos processos podem estar relacionadas a mais de um eixo. Os principais eixos selecionados neste Protocolo de Investigação estão abaixo mencionados:

- **Eixo Vulnerabilidade individual e social:** geralmente relacionado a questões ligadas à mãe da criança, como: gravidez na adolescência; uso de drogas lícitas/ilícitas; situação de imigração internacional sem documentação – clandestinidade (bolivianas, chinesas, coreanas, haitianas etc.); situação de migração nacional (ex.: construção civil, corte de cana, atividade portuária etc.); profissionais do sexo; presidiárias; parceiras de presidiários; situação de rua; família de baixa renda; baixa escolaridade; dentre outras.
- **Eixo Serviço – vulnerabilidade programática** (durante o pré-natal, o parto e o puerpério): esse eixo abrange as questões de diagnóstico, tratamento e processos nos serviços (falhas, problemas nos fluxos/demora etc.), como: falha na organização do processo de trabalho do pré-natal (não realização de busca de pacientes faltosos/abandono, perda de exame na unidade); falha no entendimento dos protocolos vigentes pelo profissional de saúde; falha no entendimento dos resultados dos exames (“cicatriz sorológica”); falha no tratamento prescrito ou erro de prescrição (medicação com dose não apropriada para a forma clínica da sífilis materna); problema com parceiro – busca/identificação do parceiro; falta de oferta de pré-natal para o parceiro; encaminhamentos; dentre outras.

- **Eixo Gestão – vulnerabilidade programática:** problemas relacionados à gestão em várias instâncias (local, municipal, estadual, federal), como: falta ou má distribuição de insumos (medicamentos, testes etc); falta de rede/serviços (atendimento e laboratorial); complexidade do algoritmo para diagnóstico da sífilis; rede privada – ANS (laboratórios, consultórios, maternidades, convênios); referência e contrarreferência; capacitações; dentre outras.

- **Eixo Outros:** Outras situações que não se enquadram nos eixos acima mencionados.

58. Encaminhamentos/recomendações para correção de problemas identificados: Descrever os encaminhamentos/recomendações propostos para correção dos problemas identificados, durante a investigação do caso.

Responsável pela investigação: Preencher o nome do profissional que realizou a investigação, o telefone para contato e a data.

