

04

v. 10, n. 4 (2020)

www.periodicos.ufrn.br/reb

Natal/RN

ISSN: 2236-1103



Revista Brasileira de
Inovação Tecnológica
em Saúde

**A SÍFILIS NO BRASIL: UMA DOENÇA NEGLIGENCIADA QUE
ENTROU NA AGENDA DA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

EDIÇÃO ESPECIAL

#TesteTrateCure



CONEPS
EM AÇÃO
I CONFERÊNCIA NACIONAL
DE EXPERIÊNCIAS DO
PROJETO "SÍFILIS NÃO":
APOIADORES EM AÇÃO

Editor-Chefe **Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Conselho Editorial **Alexandre Chater Taleb**

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Membro titular da Sociedade Brasileira de Administração em Oftalmologia, Membro Internacional *American Academy of Ophthalmology* e Membro Sócio - *Pan-American Association of Ophthalmology*.

Angélica Espinosa B. Miranda

Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Carlos Alberto Pereira de Oliveira

Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Cristine Martins Gomes de Gusmão

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Custodio Leopoldino de Brito Guerra Neto

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Danilo Alves Pinto Nagem

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Eloiza da Silva Gomes de Oliveira

Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Gerson Fernando Mendes Pereira

Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - MS

Hélio Roberto Hékis

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Karilany Dantas Coutinho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Maria Cristina Soares Guimarães

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde -
ICICT/FIOCRUZ

Renato Marcos Endrizzi Sabbatini

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e Presidente do Instituto EduMed
para Educação em Medicina e Saúde

Sheila Andreoli Balen

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

**Comitê Editorial
Executivo**

Aldair de Sousa Paiva

Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL

André Luís Bonifácio de Carvalho

Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Antonio Higor Freire de Moraes

Instituto Federal do Rio Grande do Norte - IFRN

Hertz Wilton de Castro Lins

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Ion Garcia Mascarenhas de Andrade

Escola Técnica do SUS RN/CEFOPE da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte

João Paulo Queiroz dos Santos

Instituto Federal do Rio Grande do Norte – IFRN

Joseli Soares Brazorotto

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Juciano de Souza Lacerda

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Ricardo Fernando Arrais

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Editores

Daiana Martins de Araújo

José Correia Torres Neto

Kaline Sampaio de Araújo

Mauricio Oliveira Jr.

Tiago de Oliveira Barreto

SUMÁRIO

CARTA AO EDITOR

06

ARTIGO PREMIADO

***PISTAS PARA O TRABALHO DO APOIO
NO PROJETO "SÍFILIS NÃO"***

Vania Priamo; Sofia Campos dos Santos; Jamile Soares dos Santos

12

ARTIGOS ORIGINAIS

***PESQUISA-AÇÃO NO CONTEXTO DO PROJETO
RESPOSTA RÁPIDA À SÍFILIS: EXPERIÊNCIA DO USO DA
METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO COM O
ARCO DE MAGUERES***

Paula Guidone Pereira Sobreira; Adriano Santiago Dias dos Santos; Lutigardes Bastos Santana; Mario Jorge Sobreira da Silva

23

***MOSAICOS DO PENSAR E DO FAZER: CONSTRUINDO
UMA PROPOSTA DE ENFRENTAMENTO À SÍFILIS***

Sofia Campos dos Santos; Vania Priamo;
Jamile Soares dos Santos

34

***CONTRIBUIÇÕES DO APOIADOR DE PESQUISA
E INTERVENÇÃO DO PROJETO SÍFILIS NÃO NA
IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS NO
ENFRENTAMENTO À SÍFILIS NO MUNICÍPIO
DE ALVORADA/RS***

Carla Zilio; Sandra Regina Rocha Baldin

52

**QUANDO O CUIDADO ENCONTRA A RUA:
EXPERIÊNCIAS DE ENFRENTAMENTO À SÍFILIS
COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Diego da Silva Medeiros; Louanne Aires Pereira;
Janete Romão dos Santos; Mirleide de Brito
Figueiredo; Aline Rodrigues Feitoza; Marcos
Cavalcante Paiva

58

**TRAJETÓRIA DA ARTICULAÇÃO DO “PROJETO
QUALIREDE” COM A RESPOSTA PARA A SÍFILIS NO
MUNICÍPIO DE CUIABÁ – MATO GROSSO, 2019**

Fabiano Lima da Silva; Míriam Estela de Souza Freire;
Susi Astolfo; Ruth Terezinha Kehrig

68

**PROJETO “SÍFILIS NÃO”: O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO
PERMANENTE PARA RESPOSTA RÁPIDA À SÍFILIS NAS
REDES DE ATENÇÃO EM GOIÂNIA/GO**

Cássia Valéria Carneiro; Adriano Santiago Dias dos Santos

75

**A EXPERIÊNCIA DO APOIO PARA O FORTALECIMENTO
DO MANEJO DA SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Luis Saulo Sousa Santos; Thamyres Mendes Gomes
Machado; Silvia Cristina Viana Silva Lima

85

**ARTICULAÇÃO REGIONAL: UMA ESTRATÉGIA PARA
O ENFRENTAMENTO À SÍFILIS EM MUNICÍPIOS DA
BAIXADA FLUMINENSE, ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Maria de Fátima Brito de Rezende; Michelle Ribeiro de
Sequeira; Paula Guidone Pereira Sobreira; Brena Gabriella
Tostes de Cerqueira; Carlos Alberto Pereira de Oliveira

93

**UM BREVE RELATO SOBRE OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO
INTEGRADA ENTRE OS APOIADORES DO PROJETO
“SÍFILIS NÃO”, PROJETO FORÇA TAREFA E SEINSF/SEMS**

Neyla Campos Almeida Cordeiro de Menezes; Ana Maria
Mello Porto; Marilda Pereira Yamashiro Tani; Valéria
Bezerra Santos

104



CARTA AO EDITOR

A SÍFILIS NO BRASIL: UMA DOENÇA NEGLIGENCIADA QUE ENTROU NA AGENDA DA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE



É uma grande satisfação apresentar esta Edição Especial da RBITS, a qual nos traz os dez melhores trabalhos, dos apoiadores e de coautores, de experiências ricas e que foram devidamente revisadas por pares e se submeteram a todas as regras da Revista. Nesse sentido, um dos grandes problemas das políticas públicas e seus projetos é a falta de registro de experiências que possibilitem, a quem vier depois, avançar e chegar mais longe do que nós chegamos.

Em 2016, o governo brasileiro teve uma atitude corajosa ao reconhecer que estávamos em uma epidemia de sífilis — fora do controle da assistência e da vigilância em saúde, considerando os três entes federados — que deveria ser atacada objetivamente. Reconhecer que uma doença milenar estava fora de controle foi essencial para o início do seu enfrentamento objetivo e direto.

Contudo, fundamental foi o governo brasileiro reconhecer que enfrentar a Sífilis demandaria dimensões de atendimento, testagem, organização de redes, qualificação dos profissionais nas redes municipais e estaduais, bem como de pesquisas que precisariam contar com a parceria de uma universidade pública reconhecida nacional e internacionalmente e com os três pilares universitários: o ensino, a pesquisa e a extensão.

Assim, há mais de três anos, iniciamos o projeto de parceria acadêmica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), representada pelo Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (Lais), para enfrentar a sífilis no território brasileiro, a partir de uma perspectiva interfederativa com a ação do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass). Um dos aspectos mais relevantes desse enfrentamento era a ação direta nos municípios prioritários. Para tanto, contávamos com a seleção de apoiadores em cada um desses territórios.

Bem no início, o quadro geral é que tínhamos um agravo de saúde milenar negligenciado por governos e pela indústria farmacêutica. A testagem rápida não estava disponível em todas as unidades primárias de saúde nem para o tratamento da sífilis. Ademais, falar sobre a sífilis era ressuscitar algo esquecido pelos alunos das profissões de saúde e pelos profissionais de saúde; era colocar um “bode fedorento” na sala de jantar.

Começamos a construir o projeto com a equipe técnica do Ministério da Saúde do Brasil e com instituições de ensino superior brasileiras. Iniciamos, na UFRN, um complexo processo seletivo público, transparente e descentralizado em cada um dos territórios previstos. Que desafio foi realizado!

Em abril de 2018, os apoiadores que atuavam nos primeiros 72 territórios tinham sido selecionados e estavam sendo qualificados para chegar nas suas localidades. Quantos sonhos e possibilidades! Quantos desafios de colocar a Sífilis na agenda da saúde brasileira nos entes federados! Não foi nada fácil.

Esta publicação especial da RBITS mostra como a parceria entre o SUS e, prioritariamente, as universidades públicas federais é essencial para enfrentar os desafios da saúde pública no Brasil. Especialmente quando é preciso garantir que um projeto, ou uma política pública de saúde, seja efetivamente implementado.

Aprendemos muito. A UFRN contribuiu efetivamente com a implementação da política de enfrentamento nacional à sífilis. Isso só foi possível graças à rede de cooperação técnica cuidadosamente articulada entre Ministério da Saúde, universidades, estados, municípios e instituições parceiras; com cooperações para além do território brasileiro. O Lais/UFRN, com o Ministério da Saúde, levou o tema da sífilis para a agenda internacional da saúde global.

O projeto que, cotidianamente, foi denominado “Sífilis Não” estava em construção coletiva. Assim, surgiam desafios a cada mês: como agir? Como compartilhar experiências? Como reorganizar o enfrentamento da epidemia de sífilis no território brasileiro?

Durante o projeto, e em vista de parcerias internacionais com a França, o Canadá, Portugal e a Espanha, ficava claro para os pesquisadores do projeto que a sífilis estava fora de controle porque ela era economicamente irrelevante para os laboratórios (indústria farmacêutica); era pouco relevante para os governos nacionais e locais e, portanto, negligenciada, a não ser para as populações-chave. A testagem não era suficiente e adequadamente oferecida e, muito possivelmente, os resultados eram uma minúscula ponta do “iceberg” da sífilis.

Assim, em 2018, os apoiadores e as apoiadoras estavam andando Brasil afora. Nesse processo, foram eles e elas construindo caminhos com supervisores e coordenadores nacionais do projeto. Essa equipe foi formada por gente de garra e força, sempre tecedores de redes de enfrentamento da sífilis no Brasil.

No final de um tempo, deveríamos apresentar à sociedade brasileira as melhores experiências realizadas nos 72 territórios. Todos os nossos 54 apoiadores fizeram a diferença, a história e construíram pontes indispensáveis para a democracia e o fortalecimento do SUS.

Nesse tempo, de forma interfederativa, a sífilis passou a fazer parte das agendas públicas da saúde nos âmbitos municipal, estadual, do Distrito Federal e nacional. Foram centenas de Conferências de Saúde (municipais, distrital e estaduais), em que o projeto e os resultados foram apresentados. Dessa forma, uma Moção de Apoio ao Projeto e sua expansão nacional foi aprovada por unanimidade na 16ª Conferência Nacional de Saúde o Projeto “Sífilis Não”. A sífilis, definitivamente, entrava para a agenda da gestão pública da saúde, um grande feito, visto que há pelo menos um século isso não ocorria no Brasil.

As mudanças assistenciais são claras e estruturantes, tanto na assistência quanto na vigilância à saúde. Elas nos apontam que estamos vencendo batalhas fundamentais, mas não vencemos a guerra. Aliás, estamos longe disso no Brasil, mesmo com avanços incontestáveis, e ainda há muitos países que não testam, não tratam e não curam a sífilis.

Nesse sentido, gostaríamos de ressaltar que até mesmo o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) de 2021 incluiu uma questão sobre a sífilis. Convenhamos que isso seria impensável antes do reconhecimento dessa infecção pela agenda da saúde pública brasileira nos entes federados. Isso seria impensável antes do Projeto “Sífilis Não”.

Por fim, esta publicação contribui para uma nova forma de apoiar um projeto interfederativo que teve reconhecidas, pelos pares no Comitê Editorial da Revista, as dez experiências mais interessantes apresentadas pelos apoiadores e apoiadoras do Projeto “Sífilis Não”.

Escolher as experiências a ser compartilhadas não foi tarefa fácil, mas, sim, uma viagem em sonhos e experiências coletivas que comprovam o poder das instituições públicas de ensino superior, da inovação e da Ciência. Convidamos você para aproveitar os relatos que incluem experiências em todas as regiões brasileiras. Temos a certeza de que estamos fazendo a diferença não apenas para o enfrentamento à sífilis mas também para o desenho de políticas públicas de saúde a ser organizadas necessariamente de forma interfederativa.

Natal, 1º de fevereiro de 2021.

Carlos Alberto P. de Oliveira (IFHT/Uerj) e Ricardo Valentim (Lais/UFRN)
Coordenadores do Projeto “Sífilis Não”

LETTER TO THE EDITOR

SYPHILIS IN BRAZIL: A NEGLECTED DISEASE THAT WAS ADDED TO THE PUBLIC HEALTH AGENDA



It is a great pleasure to present this Special Edition of RBITS, which brings us the ten best works, from local supporters and co-authors, that were duly reviewed by peers and submitted to all the guidelines of the Journal.

In this sense, one of the major problems of public policies and their projects is the lack of record of experiences that make it possible for those who come after us to move forward and go further than we did.

In 2016, the Brazilian government took a courageous attitude as it recognized that we were facing a syphilis epidemic — outside the control of health care and surveillance, considering the three federated entities (the federal government; state and Federal District health authorities, and City Health Authorities) — and that it should be objectively confronted. Moreover, recognizing that an ancient disease was uncontrolled was essential for precisely addressing the issue.

However, it was fundamental for the Brazilian government to recognize that facing Syphilis would require dimensions of care, testing, organization of networks, qualification of professionals at municipal and state level, as well as research that would require a partnership with a nationally and internationally recognized public university as for its three pillars: teaching, research, outreach and extension programs.

Hence, more than three years ago, we inaugurated the academic partnership project of the Federal University of Rio Grande do Norte (UFRN), represented by the Laboratory of Technological Innovation in Health (LAIS), to face Syphilis in the Brazilian territory, in an inter-federative perspective with the action by the National Municipal Health Secretariats Council (CONASEMS) and the National State Health Secretaries Council (CONASS). One of the most relevant aspects of this confrontation was the direct action in the prioritized municipalities. For that, we counted on the selection of local supporters in each of these territories.

In the beginning, the general picture was that we had an ancient health issue, neglected by governments and the pharmaceutical industry. Rapid-result testing was not available in all primary health care units as well as the treatment of Syphilis. To talk about Syphilis was to resurrect a matter forgotten by students in the health professions and by health professionals; it was like putting a “smelly goat” in the dining room.

We started developing the project with the technical team of the Brazilian Ministry of Health and with higher education institutions throughout the country. Thus, at UFRN, we began a complex, transparent, and decentralized public selection process in each of the prioritized territories. What a challenge it was!

In April 2018, supporters who would work in the first 72 territories had been selected and were being qualified to reach their respective locations. So many dreams and possibilities! How many challenges there were to include Syphilis on the Brazilian health agenda in the federated entities! It was not easy.

This special publication by RBITS highlights that the partnership among the Unified National Health System (SUS) and, chiefly, federal public universities is substantial for addressing public health challenges in Brazil. Especially, when it is necessary to ensure that a project, or such a public health policy, is effectively implemented.

We have definitely learned a lot. UFRN has effectively contributed to the implementation of the national policy to fight the syphilis epidemic. This was only possible thanks to the technical cooperation network, which was carefully articulated between the Ministry of Health, universities, states, municipalities, and partner institutions. Yet, the institutional cooperation that took place beyond the Brazilian territory. Additionally, LAIS/UFRN, with the Ministry of Health, emphasized the theme of Syphilis to the international global health agenda.

The project, which was known as “No Syphilis”, was under collective development. Thus, challenges arose every month: how to act? How to share experiences? How to reorganize the confrontation of the Syphilis epidemic in the Brazilian territory?

During the project, and because of the international partnerships with France, Canada, Portugal, and Spain Higher Education Institution, it was evident to the project’s researchers that Syphilis was uncontrolled since it was economically irrelevant to the pharmaceutical industry. Moreover, because it was of little relevance to national and local governments. Therefore, a neglected disease — except for key populations. Testing was not sufficiently and adequately offered and, quite possibly, the results were a tiny tip of the syphilis iceberg.

Thus, in 2018, local supporters, mostly female, were walking around Brazil. And there they went, building paths with the project’s national supervisors and coordinators. People of strength, always weavers of syphilis coping networks all over Brazil.

What a wonderful trip. And, at the end of such a course, we gladly have to present to the Brazilian society the best experiences carried out in 72 territories. All of our 54 local supporters have truly made a difference and history by building indispensable bridges for democracy and the strengthening of the SUS.

During that period, in an inter-federative way, syphilis was included on the public health agenda at the municipal, state, Federal District, and national levels. What is more, hundreds of Health Conferences (municipal, Federal district, and state) occurred, wherein the project and its results were presented. Accordingly, a Motion to Support the Project and its national expansion was unanimously approved at the 16th National Health Conference. Then, syphilis was definitely included on the national public health agenda, representing a great achievement since this has not occurred in Brazil for at least a century.

The health care changes are clear and structured, both in assistance and health surveillance. It has been told us we are winning fundamental battles. Nonetheless, we have not won the

war yet. In fact, we are far from that, in Brazil, even with indisputable advances, and, even worse, in many countries that do not test, do not treat, and do not cure syphilis.

Moreover, we would like to highlight that even the 2021 National High School Exam (ENEM) included a question about syphilis. We have to agree that this would be unthinkable before the recognition of this infection by the SUS. That would have been unthinkable before the project “No Syphilis”.

Finally, this publication contributes to a new way of supporting inter-federative projects that had the ten most relevant experiences presented by the local supporters peer-reviewed, as conducted by the Journal’s Editorial Committee.

Choosing the experiences to be shared was not an easy task, but, rather, a journey into dreams and collective experiences that prove the power of the Brazilian public higher education institutions, innovation, and Science.

We would like to invite you to read the reports, which include experiences in all Brazilian regions. We are sure that we are making a difference regarding syphilis and the design of public health policies that are necessarily organized in an inter-federative way.

Natal, February 1st, 2021.

Carlos Alberto P. de Oliveira (IFHT/UERJ/Brazil) e Ricardo Valentim (LAIS/UFRN/Brazil)
Project Coordinators of the Project “No Syphilis”



PISTAS PARA O TRABALHO DO APOIO NO PROJETO “SÍFILIS NÃO”

TRACKS FOR SUPPORT WORK IN THE “SYPHILIS NO” PROJECT

Vania Priamo

Fisioterapeuta, Mestra em Saúde Coletiva, com Residência em Saúde da Família, Especialista em Educação Permanente em Saúde e Especialista em Ativadores de Mudança da Formação Profissional em Saúde. Apoiadora de Núcleo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Apoiadora de Pesquisa e Intervenção do Projeto “sífilis não”.

E-mail: vania.priamo@lais.huol.ufrn.br.

Sofia Campos dos Santos

Terapeuta Ocupacional, Especialista em Saúde do Trabalhador, Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Referência para Sífilis/Setor de Acompanhamento das IST. Apoiadora de Pesquisa e Intervenção do Projeto “sífilis não”.

E-mail: sofia.santos@lais.huol.ufrn.br.

Jamile Soares dos Santos

Assistente Social, Pedagoga, Especialista em Atenção Integral ao Consumo e Consumidores de álcool e outras drogas, Especialista em Serviço Social, Saúde e Contemporaneidade. Apoiadora de Pesquisa e Intervenção do Projeto “sífilis não”.

E-mail: jamile.santos@lais.huol.ufrn.br.



RESUMO

Desenvolver o papel do Apoiador de Pesquisa e Intervenção no Projeto “Sífilis Não” nos municípios prioritários partiu do reconhecimento inicial de alguns desafios e potencialidades. Entre os desafios, está a necessidade de cartografar os territórios, transpor os limites territoriais e de construir a perspectiva do trabalho de maneira integrada, mesmo que em municípios distintos. Entre as potencialidades, tem destaque a identificação do perfil profissional das apoiadoras, incluindo as experiências e vivências

que cada uma trouxe em sua bagagem. Esse reconhecimento inicial foi estruturante para as ações e estratégias desenvolvidas a partir do projeto. Este relato trata de uma narrativa que partiu da reflexão da trajetória da construção da modelagem do apoio de pesquisa e intervenção no Projeto “Sífilis Não”, sendo a narrativa um método que busca “uma forma de entender a experiência” de maneira colaborativa entre o pesquisador e o pesquisado. Para tanto, o estudo realizou um resgate conceitual, analisando a trajetória e levantando as pistas que

contribuem com o desenvolvimento dessa modelagem de apoio, como: a realização de cartografia; o reconhecimento de atores estratégicos; a apresentação do projeto no território; o desenvolvimento de ações de forma planejada; o reconhecimento de que o apoio é uma estratégia que mobiliza e articula; e a compreensão de que a sustentabilidade das ações não deve depender da presença exclusiva do apoiador. A narrativa está organizada em ciclos cronológicos, que dialogam entre si, para melhor compreensão da revelação das pistas.

Palavras-chave: Apoiador; Modelagem do apoio; Projeto “Sífilis Não”; Cartografia.

ABSTRACT

Develop the role of the Research and Intervention Supporter in the “Syphilis No” Project in the priority municipalities, started from the initial recognition of some challenges and potential. Among the challenges is the need to map territories, cross territorial boundaries and to build the perspective of work in an integrated manner, even if in different municipalities. Among the potentialities, the identification of the professional profile of the research supporters stands out, including the experiences that each one brought in their luggage. This initial recognition was structuring for the actions and strategies developed from the project. This report deals with a narrative that started from reflecting on the trajectory of the construction of the modeling of research and intervention support in the “Sífilis Não” Project. The narrative being a method that seeks “a way to understand the experience” in a collaborative way between the researcher and the researched. For this, a conceptual rescue was carried out, the trajectory was analyzed and the clues that contribute to the development of this supporter modeling were raised, such as: the realization of cartography; the recognition of strategic actors; the presentation of the project in the territory; the development of actions in a planned manner; the recognition that support is a strategy that mobilizes and

articulates; and the understanding that the sustainability of actions should not depend on the exclusive presence of the supporter. The narrative is organized in chronological cycles, which dialogue with each other, for a better understanding of the revelation the clues.

Key-words: Supporter; Support modeling; “No syphilis” project; Cartography.

INTRODUÇÃO

Elaborar e desempenhar o papel do Apoiador de Pesquisa e Intervenção do Projeto “Sífilis Não” nos municípios prioritários não foi tarefa fácil, tampouco suave, mas me mobilizou em muitos sentidos. Inicialmente, porque construo uma trajetória com mais de 15 anos de vivência como apoiadora institucional e matricial, docente e pesquisadora, em diversos âmbitos de atenção à saúde. Também porque esse é um lugar do qual gosto de ser/fazer parte, desde que passei a me reconhecer como trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, observo a necessidade do olhar ampliado para análise de conjuntura, planejamento e análise de situação de saúde, educação permanente em saúde, articulação e mobilização de atores e instituições, bem como a necessidade da mediação de conflitos. Ouso dizer que foi e é uma experiência prazerosa e provocativa, que me permite refletir cotidianamente sobre o meu fazer e cada lugar que hoje ocupo. Narrar esse relato me permite olhar para essa trajetória em ato, organizar e registrar a experiência, analisar os avanços, reconhecer os não avanços e contribuir para o desenvolvimento de outras propostas que surjam por esse mesmo caminho.

MÉTODO

Para apresentação deste relato, escrito em forma de narrativa, faço a opção por uma organização em ciclos, que mencionam o tempo cronológico dos acontecimentos. Em

alguns momentos, é perceptível o avançar de um ciclo no tempo cronológico do outro. Isso foi pensado para garantir uma melhor organização das informações e evitar o risco de perdas de detalhes que podem fazer diferença no que é significativo em cada ação/estratégia/construção/movimento, as pistas.

Para Clandinin e Connely (2011), a pesquisa narrativa é “uma forma de entender a experiência” de maneira colaborativa entre o pesquisador e o pesquisado. Pode ser descrita como uma metodologia que consiste na coleta de histórias sobre determinado tema, em que o investigador encontra as informações para entender determinado fenômeno, que podem estar registradas a partir de inúmeros métodos, como: diários, autobiografias, narrativas escritas, notas de campo, entre outros.

Para a produção deste relato, opto por retomar os meus relatórios mensais de produção, em especial, os realizados no ano de 2018, que foram escritos a partir de análises que constituíram a cartografia inicial. Entretanto, mantenho o compromisso de, ao escrever esta narrativa, ater-me aos pontos mais expressivos e que se tornaram chaves para a constituição das pistas que modelam o trabalho do apoio ao Projeto “Sífilis Não”.

QUAL LUGAR DE APOIO CONSTITUI MINHA FALA?

Meu primeiro contato com a prática do apoio vem no ingresso na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (2005), quando me aproximei do campo do apoio matricial e da função apoio, além da cogestão de coletivos desenvolvida por Gastão (CAMPOS, 2003), a partir do “Método Paideia”. Trata-se da construção de uma filosofia da prática em saúde, delineada pela tese de livre-docência do referido autor – um método para análise de cogestão de coletivos – centrado em três conceitos clássicos recompostos por ele:

valor de uso; constituição de sujeito; democracia em organizações.

A compreensão do Método Paideia é fortalecida quando experiencio o campo da gestão na atenção básica (2008). Nesse período, há uma reaproximação com o apoio matricial, função apoio, compreensão da micropolítica do trabalho em saúde, ampliação da “caixa de ferramentas¹” do apoiador e o conhecimento do apoio rizomático, cuja filosofia é centrada no conceito de cuidado e na educação permanente em saúde como produtora de (novos) sentidos no processo de trabalho (BERTUSSI, 2010).

A partir do ano de 2009, atuando no campo da gestão em diversos níveis de atenção como apoiadora institucional (com perfil gerencial), começo a contribuir com as discussões sobre apoio que vinham se aquecendo desde o ano de 2007. Essa função, posteriormente, foi instituída por meio da Política Estadual de Atenção Básica (PEAB), baseada nas diretrizes de democracia institucional e na autonomia dos sujeitos, com aposta na relação horizontal e no princípio da afetação e da educação permanente (BAHIA, 2013). Nos anos de 2016 a 2017, experiencio o apoio no desenvolvimento de pesquisas de campo e levo para a sala de aula as vivências como apoiadora, em busca de aprimorar as disciplinas de saúde coletiva e políticas de saúde para graduandos de cursos da área de saúde.

A CHEGADA AO PROJETO “SÍFILIS NÃO”

Após o processo seletivo (março de 2018), que buscou o perfil de apoiador com experiências no campo da Atenção Primária à Saúde (APS), Vigilância à Saúde (VS), Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e com Organizações Não Governamentais

1 Caixa de ferramentas: inspirada nas reflexões de Emerson Merhy, é o conjunto de saberes necessários para que a ação ocorra. Exemplos: rede de cogestão de coletivos, fluxograma descritor, entre outras (BRASIL, 2005).

(ONG) ou de base comunitária, começo a problematizar qual a modelagem de apoio precisava desenvolver para atender os quatro eixos do Projeto “Sífilis Não”: educação; vigilância em saúde; cuidado integral; gestão e governança. Nesse contexto, é importante destacar que foram selecionadas três apoiadoras para dois municípios prioritários, sendo a capital e outro na região metropolitana. Na oportunidade do primeiro encontro de formação, chamado de curso introdutório (19 a 23 de março), aproveitamos para ampliar nossa troca de saberes em busca de conhecer a trajetória uma das outras, na perspectiva de já traçar estratégias que poderiam ser compartilhadas, sendo, além de mim, uma apoiadora com experiência na área IST e vivência na APS e VS, e outra apoiadora com experiência na docência e na área de planejamento em saúde e VS, sendo referência para o agravo da sífilis em um dos municípios.

Até aquele momento, já identificava a necessidade de conhecer mais sobre as IST, em especial, a sífilis. Avaliamos também que nós três possuíamos perfis profissionais complementares, o que contribuiria para uma atuação articulada e que atendesse todos os eixos do projeto, conforme a atividade a ser desenvolvida. Foi quando consideramos, pela primeira vez, a possibilidade de realização do trabalho de forma integrada nos dois municípios, embora o projeto reforce essa divisão para fins de lotação.

Ainda sobre o curso introdutório, foram apresentadas diversas informações sobre os municípios prioritários, sendo possível identificar algumas pistas para o início do trabalho como: necessidade de descentralização do tratamento da sífilis; melhoria na qualidade das informações nas notificações e qualificação dos bancos de dados; resistência no manejo da sífilis na APS; falhas na busca ativa dos casos; articulação inter-setorial; aproximação com os instrumentos de gestão; apresentação do projeto para o conhecimento de atores estratégicos; e estruturação de um Grupo Técnico Local

(GTL), com representação de todos os entes (municípios, estado e demais instituições) como um espaço estruturante para o planejamento e o acompanhamento de ações (PRIAMO, 2018a).

Em continuidade ao movimento de aproximação, foi realizado no mês de abril (03 a 04), o Seminário Interfederativo Nordeste. Essa foi uma oportunidade estratégica para a conformação do GTL, sendo discutida a composição, seus objetivos e dado início a um levantamento de problemas que já são conhecidos nos territórios. Pode-se considerar que esse foi um movimento importante para facilitar a entrada do apoiador no cenário de atuação. Estiveram presentes, além das apoiadoras, representantes da APS e VS dos dois municípios e do Estado, representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde (NEMS), atualmente denominado Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEMS) (PRIAMO, 2018b).

Dentre os problemas apontados por eixo, foram destacados:

- Eixo vigilância à saúde: ineficiência de processos de educação permanente com foco na vigilância, em todos os níveis de atenção; carência de materiais e recursos humanos insuficientes para o desenvolvimento de atividades; identificação de falha sobre o processo de trabalho, por não se ter a vigilância epidemiológica como potencial norteadora de ações;
- Eixo gestão e governança: falta de inclusão da temática sífilis nos espaços de governança (Comissão Intergestores Bipartite (CIB); Comissão Intergestores Regionais (CIR); e Conselhos de Saúde) como tema permanente para acompanhamento, aparecendo somente em caráter emergencial; falta de articulação entre os diversos instrumentos de planejamento (planos municipal e estadual de saúde, relatório anual de gestão, planejamento anual de saúde, plano plurianual, entre outros instrumentos que norteiam o planejamento de ações;

- Eixo cuidado integral: irregularidade de oferta de testes não treponêmicos e demora no retorno de resultados de exames; cultura do manejo da sífilis congênita nas maternidades centrada na classe médica; fragilidade no fluxo de execução do Teste Rápido (TR); descumprimento e falta de conhecimento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT);
- Eixo educomunicação: ausência de política de educomunicação; fragilidade na abordagem de agravos prioritários; realização pontual de atividades, muitas vezes, centradas nos dias específicos (Dia D); falta de articulação para uso dos equipamentos sociais nos territórios, como as rádios comunitárias.

PRIMEIROS PASSOS E A CARTOGRAFIA DO TERRITÓRIO

A partir do mês de maio do ano de 2018, avaliamos que o processo de trabalho das apoiadoras já se constituía de forma integrada, em especial, por entendermos que, dessa forma, o trabalho estava sendo mais efetivo. Realizávamos reuniões sistemáticas para acompanhamento das nossas ações e procurávamos estar presentes, no mínimo em dupla, em todas as agendas, sejam as realizadas pelos municípios, sejam pelo estado, sejam por outros entes. Optamos também pela realização da cartografia dos municípios apoiados, com levantamento da rede de serviços, visitas institucionais, análise dos indicadores e dos instrumentos de gestão, entre outras atividades que contribuíram para esse primeiro “mapa” dos municípios prioritários (PRIAMO, 2018c).

Corroborando com Oliveira (2011, p. 22), na apresentação de sua tese de doutorado, em que diz:

Cartografar consiste em construir um mapa. Todavia este mapa não configura um único e mesmo plano do real considerado como um estado de coisas. O real na cartografia é tomado a partir do atual envolvimento por nuvens

de virtuais em incessante processo de virtualização e atualização (Deleuze e Parnet, 1998) [...] Todavia, a proposta de uma cartografia é se tornar um agenciamento, o qual, ao contrário de indicar um fechamento, incide em um disparo que faz constituir outras cartografias modificadas a partir da composição com o próprio leitor. O resultado, portanto, de uma cartografia rigorosamente construída, não é final. É sim um meio para a constituição de novos mapas.

Nesse sentido, a cartografia foi tomada e compreendida como uma metodologia do trabalho do cotidiano apoio no Projeto “Sífilis Não”. Fomos constituindo um olhar mais apurado de cada um dos municípios e dos entes estaduais, identificando algumas tensões, entre elas, a autonomia das apoiadoras na condução da pauta da sífilis, mesmo nas agendas que ocorriam em âmbito municipal, nosso local de atuação.

Nesse íterim, mobilizamos a primeira reunião do GTL em território, ocorrida no dia 09 de maio de 2018, que contou também com novos atores em cena, representante da rede cegonha e outros trabalhadores do SEMS. Foi discutida a necessidade de realização de um planejamento ascendente com os municípios apoiados e uma maior aproximação com a Rede Cegonha. Ficou acordado que todas as ações de planejamento serão apresentadas e pactuadas por esse coletivo que contaria com encontros regulares, a cada dois meses, para avaliação e implementação das ações do projeto nos territórios (PRIAMO, 2018c).

No total, foram realizadas 8 reuniões ordinárias do grupo técnico, sendo a última ocorrida no dia 19 de maio de 2019. Após esse período, tivemos reuniões mais concentradas nos municípios e com a área técnica estadual. A tentativa de retomada no ano de 2020 foi interrompida pela pandemia de covid-19. Ainda não foi avaliada a realização de agenda remota, mas foram mantidas agendas com atores municipais e com o estado, sendo que este segundo recebeu nova equipe gestora na coordenação de

VS. Há também um grupo de whatsapp®, criado desde a oportunidade do seminário interfederativo. Por meio dele, já ocorreu um agenciamento de pautas e discussão de algumas questões.

Nesse mesmo dia de reunião do GTL, que contou com a participação do supervisor do apoio, foi apresentada a nova apoiadora a compor o trio, pois houve a saída de uma das profissionais no mês de janeiro de 2019. Nesse contexto, a nova apoiadora chega para somar ainda mais com o perfil necessário de atuação em todos os eixos do projeto, pois traz em sua bagagem o olhar sobre a redução de danos e as vulnerabilidades sociais. Nesse sentido, foi muito tranquilo manter a pactuação para a continuidade do desenvolvimento do apoio de maneira integrada.

Continuando as ações cartográficas, com relação à análise dos instrumentos de gestão municipais (Plano Municipal de Saúde, Relatório Anual de gestão e Planejamento Anual de Saúde), tivemos alguns percalços, pois alguns aguardavam a aprovação pelos respectivos conselhos municipais e outros não estavam publicados nos canais oficiais. Nesse contexto, foi possível termos acesso apenas a algumas versões preliminares dos instrumentos. Na análise, foi identificado que as ações, em ambos os municípios, seguem critérios conforme a necessidade local de saúde e seus dados epidemiológicos. Porém, mesmo com o acentuado crescimento das notificações de casos, não foi possível identificar alguma priorização de ações e estratégias para além da disponibilização/descentralização de exames e insumos e a realização de ações de educação em saúde pelas equipes. Com relação aos instrumentos elaborados pelo estado, é identificada a sífilis como um dos agravos prioritários a ser trabalhada, tendo, inicialmente, uma lista destacando 22 municípios dos 417 (hoje subiu para 30). Nessa lista, estão considerados os quatro municípios prioritários pelo Projeto “Sífilis Não”, sendo que só há apoiadoras em dois deles (PRIAMO, 2018d).

Os instrumentos de gestão também apontaram que a meta estabelecida para controle da sífilis congênita em um dos municípios não estava sendo atingida, apesar da descentralização do diagnóstico e de o tratamento atingir quase 100% das unidades na APS. Além disso, a realização de TR em gestantes encontrava-se abaixo da meta, 1,4 exames realizados por gestante (a meta consiste em garantir no mínimo, a realização de 2 TR em cada gestante, no primeiro e no terceiro trimestre gestacional). Isso nos aponta a necessidade de um olhar sobre a atualização dos protocolos, a qualidade do pré-natal ofertado e de seguimento dos casos de sífilis, além de abordar essa temática com o grupo de trabalho da sífilis, instituído desde o ano de 2015. Vale ressaltar que o outro município apoiado conta com uma câmara técnica municipal instituída desde o ano de 2013, para que pudesse ser dada prioridade à melhoria da atenção e prevenção nos casos de transmissão vertical. Mas essas duas ações ainda não haviam sido suficientes para avançar em estratégias mais estruturadas para conter o agravo (PRIAMO, 2018e; PRIAMO, 2018f).

É importante trazer para a cena que a identificação de atores não governamentais e governamentais acontece a todo momento em território. Porém, na etapa inicial do projeto, essa identificação fica mais evidente, tanto pela necessidade de apresentação da proposta do Projeto “Sífilis Não” quanto para nossa apresentação no território. Assim, além das já citadas, foi dado início à articulação com o programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência de Medicina de Família e Comunidade, que, no início, estava presente em apenas um município e atualmente contempla os dois.

Além dessa relação, há a articulação com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que, ao final do ano de 2019, foi um ator importante para o lançamento da campanha de prevenção da sífilis e em outras estratégias que consolidam o compromisso de ambos os projetos na proteção de crianças e adolescentes. Houve também

a articulação com a equipe de apoiadores institucionais do estado, atuantes na região leste, que engloba 47 municípios, estando nesse rol os dois prioritários que são acompanhados. Nesse contexto, foi realizado um trabalho integrado com os apoiadores do estado, que “borrou” as barreiras territoriais com a realização de oficinas para discussão e pactuação dos indicadores da sífilis na região, tema prioritário no estado, como já mencionado (PRIAMO, 2018g).

UMA PAUSA PARA REFLEXÃO

Na oportunidade de um dos encontros de formação dos apoiadores, ocorrido no ano de 2018, fomos instigados a escrever uma narrativa da nossa trajetória. Apresentamos, a seguir, a cópia da narrativa produzida no dia 23 de outubro de 2018. Importante destacar que, nesse período, muito já havia sido construído sobre a compreensão do apoio, porém, havia a necessidade de continuidade dessa compreensão.

Narrativa sobre o modo de fazer apoio no Projeto “Sífilis Não”:

“Estou apoiadora, em uma experiência muito diferente da qual já tenha vivido.

Costumo refletir que cada apoio é dispar, sendo isso que nos faz tão singular.

O singular não na perspectiva da miudeza, mas na perspectiva de dar possibilidades ao que não aparece e não é dito. A visibilidade e a dizibilidade.

Assim, galgo meu processo pautado nos caminhos que Deleuze, Guatarri e Foucault me convidaram um dia. Na oportunidade de considerar o processo de produção dirigido à geração de modos existenciais, ou seja, modos de agir, de sentir e de dizer o mundo. Nada mais oportuno para começar a construir o devir-apoiadora nesse projeto, em um assunto que até então estava invisível, porém presente e vibrando a todo instante.

O assunto, Sífilis, é novo para mim na perspectiva que hoje o vejo, e sinto que ainda não estou sob o efeito do “glaucoma territorial”. Assim, foi importante iniciar o pensar no território existencial das pessoas tocadas por esse agravo.

Quem são? Como vivem? Em quais condições acontece? O que os une e os aproxima? O que sentem? O que dizem? O que não dizem? E as equipes de saúde que fazem tanto, por que esses dados não refletem? E a gestão, como se aproxima disso? O que acontece em cada território?

E vieram algumas perguntas de partida para a construção desse apoio: como apoiar para que os “ditos” possam apontar a direção comum para o que se quer produzir?

E depois surgem algumas percepções: há resistências; há muito sendo produzido; há diferenças de compreensão entre o que é dito e o que ouvido; há diferenças entre o que é visto a partir de cada olhar... seria mais fácil ver com as lentes do outro? Por que nem sempre enxergo?

Nesse contexto surgem mais perguntas para me apontar que esse processo de construção do devir-apoio não é estanque. A análise é cotidiana e é preciso se debruçar sobre essas questões e não se imobilizar.

Produzir a partir do que se tem e estar aberto para coisas que vão chegar.

Seriam essas as pistas para essa construção? No meu caso, sinto que sim!

Além disso, o olhar integrado com a experiência das apoiadoras que estão comigo nesse cotidiano, contribui para meu olhar micro e macro político.

A elaboração de um olhar analisador, reflexivo e vibrátil.

Percebo esses elementos importantes em cena, que se somam ao processo de iniciar o reconhecimento de cada um dos lugares, de se aproximar de quem vive a o cotidiano, de desnudar o olhar do pré-conceito e do pré-julgamento.

Pensar em como melhorar juntos, é estratégico...

Assim, parafraseando Frei Betto, “a cabeça pensa onde os pés pisam”. Reflito:

Temos então: um apoio institucional? Um apoio territorial? Um apoio rizomático? Ou seria um apoio matricial? E que tal pensar no apoio híbrido... uma dose de cada?

Que apoio é esse? Continuo a construção!” (PRIAMO, 2018h).

Nessa reflexão, fica evidente que a construção do modelo de apoio perpassa um modelo já instituído. Concordando com Oliveira (2011, p. 45), a terminologia do apoio é uma proposta de convenção. Há arranjos já instituídos para essa modalidade,

a saber: metodologia de apoio, função apoio, apoio institucional, apoio à gestão e apoio matricial. A esse respeito, a reflexão que faço avança para o olhar de que os modelos registrados servem de molde para novos modelos. Assim, constituímos o apoio do Projeto “Sífilis Não”.

PLANEJA QUEM EXECUTA

O desenvolvimento do planejamento ascendente com cada um dos municípios é iniciado (outubro a dezembro de 2018), partindo de estratégias singulares, respeitando as diferenças entre os cenários e com olhar sobre as ações já em desenvolvimento. Assim, em um dos municípios, foi realizado um planejamento estratégico com representantes das equipes de saúde e equipes gestoras dos 12 Distritos Sanitários (DS), tendo sido realizadas oito oficinas de planejamento, com avaliação das ações pactuadas de maneira quadrimestral.

No desenvolvimento da oficina, partimos de problemas oriundos da memória da elaboração do Plano Municipal de Saúde (2018-2021) e os apontados durante a realização de visitas técnicas a cada um dos 12 DS no ano de 2018. Utilizou-se a proposta de planilha que nos foi apresentada no seminário interfederativo e reapresentada na reunião do GTL, contando com a inclusão de colunas para monitoramento quadrimestral. Cada grupo com representante dos DS avaliavam os problemas levantados previamente, inseriam novos ou excluía problemas que já haviam se resolvido, caso necessário, e desenvolviam o planejamento de atividades e ações considerando prazos e responsáveis.

De acordo com Paim (2009, p. 767), “[...] o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação. [...] também ajuda a mobilizar vontades [...] e eleva a consciência sanitária das pessoas, facilitando a mobilização política dos interessados pela questão saúde”. Nesse sentido, chamamos a atenção dos participantes para a elaboração de

ações que estavam sob a governabilidade de quem executa. Além disso, buscou-se esgotar a discussão sobre determinados assuntos tidos como “nevrálgicos”, quais sejam: demora no resultado do VDRL; não realização da aplicação da penicilina na APS; baixa quantidade de executores de TR; necessidade de atualização do PCDT. A discussão avançou até que todos pudessem compreender que, algumas ações só aconteceriam com o desejo de todos.

No outro município apoiado, aproveitamos a realização do acolhimento pedagógico² (2018) para avançar no planejamento de ações para qualificação do pré-natal e redução da sífilis congênita. Utilizamos a mesma planilha para planejamento de ações, mas com objetivo específico para qualificação já definido, ou seja, não partimos do levantamento de problemas prévios, por entender que a necessidade de avançar nessa ação já era reconhecida por todos. O acompanhamento dessa ação ficou a cargo dos apoiadores institucionais do município, que também estavam como facilitadores da proposta de acolhimento pedagógico.

Em uma atividade posterior, realizada nesse mesmo município (2019), corroborando com a necessidade de atualização do PCDT das IST, trabalhamos com a elaboração de narrativas das equipes de saúde, utilizando a ferramenta usuário-guia. Além disso, foi realizada visita em três unidades de saúde, sendo construídas narrativas a partir da leitura das informações do prontuário, complementadas pela fala dos profissionais que acompanharam e acompanham cada um dos casos. As intervenções quanto à atualização do PCDT foram acontecendo no instante em que surgiam as dúvidas sobre o cuidado realizado,

2 O Acolhimento Pedagógico é uma estratégia de qualificação da APS do estado da Bahia, sendo desenvolvido desde o ano de 2010 em todos os 417 municípios. É um processo de educação permanente em saúde desenvolvido a partir do introdutório para as equipes de saúde da família, realizado nos anos de 2003 a 2004. Conheça mais em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/>

Usuário-guia: é “uma estratégia para análise da “produção do cuidado com um usuário que acompanhamos no serviço de saúde” (EPS, 2014).

ou quando era identificada a necessidade de atualização de alguma rotina (PRIAMO; SANTOS; SOARES, 2019).

Na avaliação da atividade pelos participantes, alguns profissionais das equipes relataram que a proposta proporcionou uma reflexão coletiva sobre os processos de trabalho, apontando os resultados positivos e as fragilidades. Sinalizaram também que a equipe de gestão está mais próxima e se tornaram parceiras das equipes (PRIAMO; SANTOS; SOARES, 2019).

RESULTADOS E LIÇÕES APRENDIDAS

Pensar e delimitar um modelo de apoio é algo arriscado, principalmente se considerarmos que os modelos se moldam a partir das necessidades, dos momentos, das bagagens que cada apoiador traz. Nesse sentido, as pistas nos mostram um horizonte de possibilidades para atuação nesse campo, das quais cito algumas:

- a construção da modelagem do apoio perpassa a percepção do modelo de apoio esperado;
- a identificação de lacunas é indispensável, para assim impedir ou retardar o alcance dos objetivos;
- a cartografia abre as possibilidades para um olhar apurado sobre os territórios de atuação;
- o processo envolve a necessidade de conhecer os objetivos do projeto e o apresentar ao território;
- a apresentação do projeto aos atores estratégicos, além de “mostrar a cara do projeto”, é uma das ações que pode ser vista como “ponto de partida” e de inserção;
- o apoio não pode ser realizado sozinho e as ações a ser desenvolvidas não devem ser centradas única e exclusivamente na figura do apoiador. É isso que garante a sustentabilidade das ações na ausência do profissional com esse papel;

- a realização de planejamento de ações, de modo ascendente, é um objetivo a ser almejado, a fim de que um mapa cartográfico inicial possa ser desenhado, incluindo a análise de situação de saúde;

- a preparação prévia para iniciar as ações em território (curso introdutório e seminário Interfederativo, por exemplo) é estruturante para a movimentação no território e principalmente para evitar as “armadilhas” institucionais que podem produzir amarras no desenvolvimento de algumas ações consideradas estratégicas;

- o processo implica ver o apoio como um instrumento para articulação, mobilização de espaços e para sinalização de novas possibilidades, sendo esse um caminho desejável e de possível realização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrever a experiência de quase três anos de atuação no Projeto “Sífilis Não” em formato de narrativa requereu um resgate não só documental (relatórios, planilhas, postagens, anotações em diários) mas também sensitivo, reflexivo e afetivo. É um revisitar de ações, reflexões, contribuições, avanços, desafios, conquistas, retrocessos... que foram disparados por cada passo dado no território. Estar preparado para esse momento também requer empenho e novas ideias.

Um dos grandes desafios postos é o de construir ações sustentáveis que não necessitem da presença do apoiador para que possam ser desenvolvidas, para que, assim, na sua ausência (seja por avanços em outras frentes, seja pela finalização de etapas), o cuidado continue acontecendo de forma intrínseca, estando presente na rotina. Assim, finalizo esta narrativa, que não possui um fim em si, pois cada uma das ações contadas abre para tantas outras narrativas que ficaram nas entrelinhas. Nesse sentido, sigo na certeza de que o melhor foi feito.

REFERÊNCIAS

BAHIA. **Política Estadual da Atenção Básica**. 2013. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/PoliticaEstadualDeAtencaoBasica_jun_2017.pdf. Acesso em: 8 nov. 2020.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. 234 f. Tese (Pós-Graduação em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: unidade de aprendizagem. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. Pesquisa narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa. **R. Educ. Públ**, Cuiabá, v. 21, n. 47, p. 663-667, set./dez. 2012. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/1766>. Acesso em: 5 nov. 2020.

EPS EM MOVIMENTO. **Usuário-guia**. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia>. Acesso em: 1 nov. 2020.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G.W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 767-782.

PRIAMO, V. **Relatório analítico do curso introdutório**. abr. 2018a. Disponível em: <https://lues.vigilanciasaude.ufrn.br>. Acesso em: 16 mar. 2021.

PRIAMO, V. **Relatório analítico do seminário interfederativo - Nordeste**. maio 2018b. Disponível em: <https://lues.vigilanciasaude.ufrn.br>. Acesso em: 16 mar. 2021.

PRIAMO, V. **Terceiro Relatório – primeiras impressões**. jun. 2018c. Disponível em: <https://lues.vigilanciasaude.ufrn.br>. Acesso em: 16 mar. 2021.

PRIAMO, V. **Quarto Relatório – instrumentos de gestão**. jul. 2018d. Disponível em: <https://lues.vigilanciasaude.ufrn.br>. Acesso em: 16 mar. 2021.

PRIAMO, V. **Relatório de análise dos instrumentos de gestão e planejamento**. jul. 2018e. Disponível em: <https://lues.vigilanciasaude.ufrn.br>. Acesso em: 16 mar. 2021.

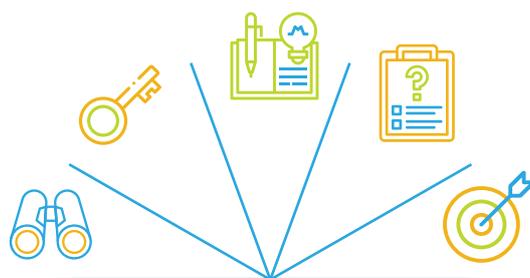
PRIAMO, V. **Relatório sobre os comitês de investigação da Transmissão Vertical**. jul. 2018f. Disponível em: <https://lues.vigilanciasaude.ufrn.br>. Acesso em: 16 mar. 2021.

PRIAMO, V. **Relatório sobre identificação dos atores Governamentais e Não Governamentais**. out. 2018g. Disponível em: <https://lues.vigilanciasaude.ufrn.br>. Acesso em: 16 mar. 2021.

PRIAMO, V. **Narrativa da trajetória**. out. 2018h. Disponível em: <https://lues.vigilanciasaude.ufrn.br>. Acesso em: 16 mar. 2021.

PRIAMO, V.; SANTOS, S. C.; SOARES, J. S. **O “usuário-guia” como ferramenta para educação permanente das equipes de saúde da família**. Rede Humaniza SUS, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/o-usuario-guia-como-ferramenta-para-educacao-permanente-das-equipes-de-saude-da-familia-2/>. Acesso em: 5 nov. 2020.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. 168p f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2011. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309702>>. Acesso em: 06/11/2020.



PESQUISA-AÇÃO NO CONTEXTO DO PROJETO RESPOSTA RÁPIDA À SÍFILIS: EXPERIÊNCIA DO USO DA METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO COM O ARCO DE MAGUEREZ

ACTION RESEARCH IN CONTEXT OF THE PROJECT QUICK RESPONSE TO SYPHILIS: EXPERIENCE WITH USING OF THE PROBLEMATIZATION METHODOLOGY WITH MAGUEREZ'S ARCH

Paula Guidone Pereira Sobreira

Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Pós-graduação lato sensu em Psicoterapia Infante Juvenil (IFF/FIOCRUZ). Psicóloga pela Universidade Gama Filho. Apoiadora do Ministério da Saúde/UFRN no Projeto de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção. Professora e coordenadora de Pós-graduação e Extensão da UNIG.

e-mail: paulaguidone@yahoo.com.br

Adriano Santiago Dias dos Santos

Gestor de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília – UnB, Consultor do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis atuando na Coordenação Geral de Vigilância às Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI/SVS/MS e-mail: mscadriano@gmail.com

Lutigardes Bastos Santana

Odontóloga pela Universidade Federal da Bahia, Especialista em Saúde Coletiva e Sociedade pelo Centro Universitário Internacional e em Saúde da Família pela UFBA, Consultora do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis atuando na Coordenação Geral de Vigilância às Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI/SVS/MS - e-mail: lutisantana@hotmail.com. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Enfermeira do Complexo Hospital de Clínicas do Paraná (CHC-UFPR). E-mail: gil-mara-dasilva@hotmail.com

Mario Jorge Sobreira da Silva

Doutor e Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Graduação em Farmácia. Chefe da Divisão de Ensino no Instituto Nacional do Câncer (INCA). e-mail: mjsobreira@yahoo.com.br



RESUMO

O objetivo deste artigo é relatar a experiência da realização de uma oficina junto aos profissionais de saúde, visando ao planejamento de ações voltadas para o combate à sífilis. Tomando como base a metodologia

da pesquisa-ação, ocorreu uma oficina em uma Clínica da Família localizada em um município da Baixada Fluminense/RJ. O estudo empregou a metodologia da problematização, tendo como referência a Teoria do Arco de Charles Maguerez

analisando o funcionamento cíclico em 5 etapas: observação da realidade; definição dos pontos-chave; teorização; proposição de hipóteses de solução; e, aplicação à realidade. A análise dos dados observou cada uma das etapas, com relatório produzido sobre a experiência. Como resultado, o estudo apresentou oito propostas para o alcance dos objetivos do Projeto de Resposta Rápida à Sífilis. A vivência dessa prática permitiu desenvolver um processo de ação-reflexão-ação das atividades assistenciais exercidas pelos profissionais de saúde da unidade em questão, sendo um exemplo de trabalho efetivo do apoiador em conjunto com os atores do território visando produzir mudanças nas práticas de gestão e assistência na busca de melhores resultados no combate à sífilis.

Palavras-chave: Sífilis; Projeto de Resposta Rápida à Sífilis; Metodologia da problematização; Pesquisa-ação; Teoria do arco de Charles Maguerez.

ABSTRACT

This practical experience allowed to develop an action-reflection-action process of the care activities carried out by the health professionals from the Family Clinic, being an example of effective supporter's work, together with the territory's actors, aiming to produce changes in the management and care practices in advanced for better results in the fight against syphilis. The purpose of this article is to report the experience of conducting a workshop with health professionals, aiming at planning actions aimed at combating syphilis. Based on the action research methodology, a workshop was held at a Family Clinic located in a municipality in Baixada Fluminense/RJ. Problematization methodology was used, having Charles Maguerez's Theory of Arch as reference, analyzing the cyclical functioning in 5 steps: reality observation; definition of key points; theorizing; proposition of solution hypotheses; and, application to reality. Data were analyzed at each step and an

experience report was produced. As a result, eight proposals were developed to achieve the aims of Rapid Response to Syphilis Project. This practical experience allowed to develop an action-reflection-action process of the care activities carried out by the health professionals from the Family Clinic, being an example of effective supporter's work, together with the territory's actors, aiming to produce changes in the management and care practices in advanced for better results in the fight against syphilis.

Key-words: Syphilis; Rapid Response to Syphilis Project; Problematization methodology; Action research; Charles Maguerez's Theory of Arch.

INTRODUÇÃO

A sífilis é considerada um grande problema de saúde pública, sendo decretada pelo Ministério da Saúde, em 2016, como uma epidemia. A taxa de detecção de sífilis adquirida em 2019 foi de 72,8/100.000 habitantes e da sífilis em gestante foi de 20,8/100.000 habitantes (BRASIL, 2020a). Já a incidência da sífilis congênita foi de 8,2/1.000 nascidos vivos para o mesmo período (BRASIL, 2020a). Os números apontam para a necessidade de controle dessa infecção e para a adoção de estratégias em prol do alcance da meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) prevista entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que é uma incidência de sífilis congênita de até 0,5/1.000 nascidos vivos (CHINAZZO, 2015).

Em 2017, foi aprovada a Lei Orçamentária Anual N° 13.414, com previsão de recursos financeiros para utilização em ações de enfrentamento à sífilis (BRASIL, 2017). Tais recursos subsidiaram um acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana (OPAS) e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), resultando em um projeto intitulado "Resposta rápida ao enfrentamento

da sífilis nas redes de atenção à saúde”, também conhecido como Projeto “Sífilis não” (UFRN, 2017).

O objetivo geral do Projeto “Sífilis não” é contribuir para a redução da sífilis adquirida e em gestantes e a eliminação da sífilis congênita no Brasil (UFRN, 2017). Para isso, foram selecionados 52 apoiadores em todo o país para atuarem em 72 municípios. No estado do Rio de Janeiro, foram selecionados pelo projeto 13 municípios prioritários, escolhidos de acordo com o número de habitantes (mais de cem mil) e o índice composto de sífilis de cada município (LUCAS, 2019). Desses 13 municípios, 8 ficam localizados na região da Baixada Fluminense.

O apoio institucional é uma função gerencial para a cogestão que trabalha com as relações entre serviços, bem como entre gestores e trabalhadores. É um processo que movimenta um conjunto de agendas baseadas no tripé de envolvimento coletivo, conexão de redes e junção de múltiplos olhares, práticas, interesses e desejos de um objetivo comum para implementação e fortalecimento de políticas públicas (LUCAS, 2019).

Visando ao trabalho nessas relações, durante uma reunião com o Grupo de Apoio Local (GAL), em um município da Baixada Fluminense/RJ, surgiu a ideia da realização de uma oficina com os profissionais das unidades de saúde de forma a fortalecer o diálogo horizontal entre gestores e profissionais, dividindo, assim, a corresponsabilização no combate à sífilis. A oficina seria uma integração entre trabalhadores e gestores para a superação de uma situação-problema, influenciando positivamente nas práticas de atenção e de gestão com base no enfrentamento à sífilis, contribuindo, dessa forma, para alterar o grave quadro atual da sífilis no município em questão. Assim, o objetivo deste artigo é relatar a experiência da realização de uma oficina com a utilização da Teoria do Arco de Charles Maguerez realizada junto aos profissionais de saúde de uma Clínica da Família, localizada em um município da Baixada Fluminense/RJ.

MÉTODO

O presente relato de experiência utilizou como base a metodologia da pesquisa-ação, que é caracterizada por ser uma forma de pesquisa social empírica focada na relação, com uma ação voltada à resolução de um problema concreto, de caráter coletivo, no qual todos os envolvidos participam de forma ativa e cooperativa (THIOLLENT, 1986). A questão norteadora utilizada para estruturar a pesquisa foi: “Como podemos melhorar as práticas institucionais relacionadas à prevenção e ao controle da sífilis?”.

Segundo Miranda e Resende (2006), a pesquisa-ação articula a teoria e a prática no processo de construção do conhecimento. Dessa forma, o trabalho sobre o público-alvo e as temáticas a ser trabalhadas (investigação) são convertidas em ações ao longo do processo, o que possibilita aos envolvidos uma atuação efetiva sobre a realidade estudada, visando transformá-la.

A pesquisa foi realizada em março de 2020, em uma Clínica da Família (CF), localizada em um município da Baixada Fluminense/RJ. Essa CF tem uma área de abrangência de 30 mil pessoas e é composta por 10 equipes de Saúde da Família, três equipes de Saúde Bucal e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, oferecendo serviços de: curativos; planejamento familiar; teste do pezinho; testes rápidos de sífilis, HIV e hepatites; exames laboratoriais; consultas individuais e coletivas; pré-natal e puerpério, entre outros. A escolha por essa CF ocorreu em comum acordo com a gestão local, devido ao seu horário de funcionamento ser estendido, ao modelo integrado de assistência praticado e ao grande número de atendimentos realizados.

Foi realizada uma oficina com 24 profissionais da unidade de saúde, havendo pelo menos um profissional de cada equipe multiprofissional que atuava na CF. Essa amostra representativa foi fundamental para: i) compreender os aspectos facilitadores e limitantes de cada equipe durante

o trabalho vivo em ato; ii) promover a troca de experiência entre os diversos atores da unidade; iii) propor alternativas de ação factíveis de execução, considerando as diversas realidades; iv) criar sensação de pertencimento, favorecendo a implementação da intervenção; e, v) favorecer o processo de disseminação das informações para os demais profissionais da unidade.

Durante a oficina, empregou-se a metodologia da problematização, tendo como referência a Teoria do Arco de Charles Maguerez. Trata-se de uma metodologia de ensino baseada na resolução de problemas, discutidos em grupo, voltada para o “saber fazer” a partir de uma realidade local, usando a experiência de cada um para a criação da solução do problema (BERBEL, 2020; REIBNITZ, 2006). A estrutura do método envolve um funcionamento cíclico em cinco etapas: observação da realidade; definição dos pontos-chave; teorização; proposição de hipóteses de solução; e aplicação à realidade.

Para sistematizar a experiência, todos os dados e fatos vivenciados durante cada etapa da oficina foram registrados em um diário de campo. Todos os registros foram compartilhados com os participantes de forma a objetivar o que foi vivido e compreendido, incluindo: as referências dos acordos estabelecidos para funcionamento do grupo; os dados relacionados a compreensões, interpretações, sínteses das leituras de fundamentação teórica; descrição de atividades e práticas do grupo; e, sínteses das reflexões e decisões coletivas. Dessa forma, buscou-se construir os saberes coletivamente, num processo único, dialético e transformador dos participantes (FRANCO, 2005).

Os dados foram analisados em cada uma das etapas e foi produzido um relatório sobre a experiência. Foi estabelecido com a equipe um prazo de dois meses para avaliação das ações implementadas e identificação das mudanças necessárias para alcance dos objetivos do Projeto “Sífilis Não”.

RESULTADOS E LIÇÕES APRENDIDAS

A observação da realidade

A “observação da realidade” é exercida com a participação ativa dos sujeitos, com um olhar sobre a realidade e os dados da vida real. Esse olhar permite aos sujeitos a identificação de aspectos que precisam ser trabalhados, desenvolvidos, revisados ou melhorados (BERBEL, 1999; BORDENAVE, 2004; BERBEL, 2020; OLIVEIRA, 2020).

Para auxiliar os participantes da oficina na análise da realidade, foram apresentados os dados de sífilis do Brasil, do estado do Rio de Janeiro e do município, disponíveis no Sistema Nacional de Agravos e Notificações (SINAN), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Além disso, buscamos nos sistemas de informações locais (SINAN) os dados de sífilis da CF em questão, e registros e documentos existentes na secretaria de saúde do município. Esses dados foram compostos por: número de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita. Verificou-se que, em alguns casos, a gestante havia realizado o pré-natal na CF, com resultado do VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) indicativo de sífilis, porém, não havia sido notificada.

Além dos dados epidemiológicos, identificou-se o número de testes realizados, de preservativos distribuídos e de ações de educação em salas de espera realizadas pela unidade. Essa visão sobre os dados locais da CF teve por objetivo levar os profissionais da unidade a uma reflexão crítica sobre o seu processo de trabalho e o que essa “fotografia” nos dizia. Como lição aprendida, destaca-se a metodologia utilizada, pois, segundo a percepção dos participantes, contribuiu com um olhar sobre a realidade e como facilitadora para identificação das fragilidades.

Definição dos pontos-chave

Na segunda etapa, definem-se o que é mais importante na realidade observada e quais são as variáveis para essa situação. Os participantes elegem os principais aspectos. É um momento de síntese em que os envolvidos suscitam os questionamentos que conduziram as discussões e reflexões sobre o tema em questão (BERBEL, 1999; BORDENAVE, 2004; BERBEL, 2020; OLIVEIRA, 2020).

Após a observação dos dados, iniciou-se uma discussão de quais os pontos centrais que precisariam ser alterados para a melhora daquela realidade. Foram identificados os possíveis fatores associados e determinantes do problema. Após reflexão, foram eleitos seis aspectos para ser estudados na etapa seguinte: 1. ausência/insuficiências de informações educativas sobre sífilis; 2. número de preservativos distribuídos; 3. necessidade de ampliação da oferta da testagem; 4. necessidade de realização de tratamento correto; 5. monitoramento das gestantes e parceiro; 6. preenchimento correto da caderneta da gestante e das fichas de notificação.

A enumeração dos pontos-chave alinha-se às ações pensadas no Projeto “Sífilis Não”, contemplando os eixos de cuidado integral, vigilância e educomunicação, mostrando uma relação conjunta entre os profissionais da assistência, gestores e apoiadora. Além disso, contribui para alcançar o objetivo geral do projeto que é contribuir para a redução da sífilis em gestantes, adquirida, e na eliminação da sífilis congênita no Brasil.

Teorização

Na aplicação da terceira etapa, instrumentalizamos os participantes com a apresentação do Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) das Infecções Sexualmente Transmitidas (IST) (BRASIL, 2020b) e o PCDT de Transmissão Vertical (BRASIL, 2019), além

de buscas de subsídios acerca dos temas abordados. Nesse momento de teorização, todos os envolvidos devem estudar os assuntos. Deve-se eleger a forma de estudar cada ponto-chave. É a aquisição de um suporte teórico-científico que faça uma relação entre o empírico e a realidade. Uma boa teorização leva o sujeito a uma compreensão além do problema, incluindo os princípios teóricos que o justificam e explicam (BERBEL, 2020; OLIVEIRA, 2020).

Sobre o ponto-chave da ausência/insuficiências de informações educativas sobre sífilis, consultamos o site do Projeto “Sífilis Não” (<https://sifilisnao.com.br/>) para análise das peças informativas e educativas. Além disso, foram realizadas buscas de metodologias ativas que podem ser usadas em salas de esperas visando à responsabilização do sujeito sobre sua saúde.

Com relação à distribuição do preservativo, foram feitas buscas em artigos que falam sobre a distribuição e utilização de preservativos. Para embasar os pontos-chave de ampliação da oferta de testagem, realização de tratamento correto, monitoramento das gestantes e parceiros e preenchimento correto da caderneta da gestante, foram discutidos o PCDT de Infecções Sexualmente Transmissíveis e o PCDT de Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Também realizamos uma revisão e reflexão da linha de cuidado da sífilis do município.

No decorrer dessa etapa, observou-se que alguns profissionais não tinham conhecimento da linha de cuidado sobre sífilis existente no município, que foi confeccionada pelos gestores e alguns profissionais. Também não tinham ciência da atualização do PCDT e das alterações mencionadas, assim como das peças de campanha sobre a sífilis disponíveis para utilização em campanhas educativas. Tratou-se, portanto, de importante momento de aprendizado e empoderamento dos profissionais presentes na oficina, com grande potencial de contribuição para o replanejamento das ações.

A proposição de hipóteses de solução

A proposição de “hipóteses de solução” no Arco de Charles Maguerez visa elaborar alternativas viáveis para a solução dos problemas identificados nos pontos-chave, de forma criativa e crítica, a partir da relação teoria-prática (BERBEL, 2020; VIEIRA, 2015; OLIVEIRA, 2020). Na quarta etapa, os participantes pensaram e debateram as hipóteses apresentadas, avaliando a viabilidade e se a ação dependia de esforços internos do grupo.

Com relação à ausência/insuficiências de informações educativas sobre sífilis, as hipóteses propostas foram: incluir na televisão da sala de espera informações sobre sífilis; criar campanhas do “dia D” aos sábados com informações e testagens; e realizar registros das salas de espera dando ênfase sobre as informações sobre sífilis. A realização de campanhas e as informações na televisão na sala de espera também seriam alternativas para solucionar o problema com relação à distribuição dos preservativos. Para esse ponto-chave, também se sugeriu ampliar a oferta de preservativos durante as consultas, para além da disponibilização atual nos dispensadores. Com relação à ampliação da oferta da testagem, os profissionais propuseram realizar mais campanhas e oferecer o teste rápido de sífilis durante todas as consultas.

Visando ao tratamento correto, foi sugerido ampliar a divulgação dos esquemas terapêuticos previstos na linha de cuidado da sífilis para os profissionais da unidade e fomentar, junto aos médicos e enfermeiros, o processo de registro, na caderneta da gestante, sobre o tratamento de sífilis realizado. Esta última proposta também ajudaria a resolver o problema relacionado ao não preenchimento correto da caderneta da gestante e da notificação. Outra hipótese sobre esse ponto-chave referiu-se à realização de dupla checagem da caderneta por profissionais da CF, buscando diminuir o índice de incompletude das informações.

Diante da problemática relacionada ao monitoramento das gestantes e dos parceiros, a alternativa sugerida pelos profissionais foi a criação de uma planilha de monitoramento que será alimentada pela gestora da unidade e acompanhada pela coordenadora de Atenção Básica e superintendência de vigilância epidemiológica. Essa ferramenta teria informações sobre testagem, tratamento realizado e resultado de exames da gestante e do parceiro a fim de evidenciar os indivíduos que abandonaram o tratamento ou o realizaram de forma incorreta, favorecendo a atuação da equipe.

Percebe-se, com a execução dessa etapa, que as hipóteses geradas contemplam os pontos-chave evidenciados e todas estavam de acordo e subsidiadas pela teoria. Isso comprova que a metodologia utilizada favoreceu um repensar sobre o processo de trabalho, garantindo, assim, novos aprendizados.

Aplicação à realidade

Na quinta etapa, os sujeitos são levados a construir novos conhecimentos para transformar a realidade observada com base nas hipóteses levantadas. Há uma necessidade de refletir sobre a aplicabilidade à realidade encontrada de cada solução pensada (VIEIRA, 2015; OLIVEIRA, 2020).

O grupo analisou as hipóteses de solução de acordo com a exequibilidade, a urgência e a prioridade e verificou que todas as hipóteses eram passíveis de aplicabilidade e optaram por implementar as ações planejadas. As ações propostas foram: i) informações sobre sífilis com a divulgação das peças de comunicação do projeto nas salas de espera; ii) campanha sobre sífilis com informações, testagem e oferta de preservativos; iii) realização de sala de espera abordando a temática da sífilis; iv) ampliação da oferta do preservativo; v) ampliação da oferta de testagem; vi) divulgação do esquema terapêutico junto aos médicos e enfermeiros; vii) anotação na caderneta da gestante com

conferência de outro profissional, bem como preenchimento correto da notificação; viii) implantação da planilha de monitoramento da gestante e parceiros, compartilhada entre profissionais e gestores, com informações sobre testagem, tratamento realizado e resultado de exames.

Ao finalizarmos o encontro, apresentamos o planejamento das ações, que foi construído pelo grupo, com base no exercício

ação-reflexão-ação e a contribuição da apoiadora como facilitadora na transformação da realidade local. Foram grandes as lições de aprendizado não só como uma ferramenta de gestão mas principalmente pelo envolvimento do profissional, contribuindo para a construção de uma sensação de pertencimento e responsabilização e para o fortalecimento da colaboração coletiva, da autonomia e do empoderamento.

Quadro 1 – Sistematização do Arco da Problematização de Charles Maguerez da oficina realizada numa Clínica da Família de um município da Baixa Fluminense.

Observação da realidade	Pontos-chave	Teorização	Hipóteses de solução	Aplicação da realidade (prazo 2 meses)
Alta incidência de casos de sífilis no município e na Unidade de Saúde. O que fazer para reduzir?	Ausência/insuficiências de informações educativas sobre Sífilis	Mostra das peças de campanhas disponíveis no site do Projeto "Sífilis Não"; Artigos que comprovem a importância de ações educativas com metodologias ativas.	Incluir na TV da sala de espera informações sobre a sífilis; Criar campanhas do dia D aos sábados com informações e testagem; Realizar registros das salas de espera e dar ênfase às informações sobre Sífilis.	TV na sala de espera com informações sobre sífilis. Campanhas com oferta de testagem, informação e preservativo; Sala de espera abordando a sífilis;
	Distribuição de preservativos	Estudos sobre o uso de preservativos;	Incluir na TV da sala de espera informações sobre o uso do preservativo e disponibilidade na unidade; Incluir na TV da sala de espera informações sobre o uso do preservativo e disponibilidade na unidade; Ofertar também nas consultas, além dos preservativos que já estão disponíveis nos dispensadores. Criar campanhas do dia D aos sábados com informações, testagem e ofertas de preservativos.	TV na sala de espera com informações sobre sífilis. Campanhas com oferta de testagem, informação e preservativo; Ampliar oferta de preservativo.

Necessidade de ampliar oferta de testagem	Revisão do PCDT sobre testagem e fluxograma;	Criar campanhas do dia D aos sábados com informações e testagem; Oferecer amplamente testagem à população em geral.	Campanhas com oferta de testagem, informação e preservativo; Ampliar oferta de testagem.
Necessidade de melhorar a qualidade do tratamento	Revisão do PCDT; Linha de cuidado (LC) de sífilis que existe no município;	Disponibilização dos esquemas terapêuticos disponíveis no PCDT e na LC; Anotação do tratamento realizado na carteira da gestante e doses aplicadas do tratamento.	Disponibilização de esquema e discussão dos casos em reunião de equipe; Anotação do tratamento na caderneta da gestante.
Monitoramento das gestantes e parceiros	Revisão do PCDT de Transmissão vertical;	Preenchimento de uma planilha compartilhada pela gestora da CF, coordenadores AB e VE, e pela apoiadora. Planilha contém toda informação da gestante e do parceiro desde testagem, tratamento e parto.	Implantação da planilha compartilhada de monitoramento da gestante.
Preenchimento da caderneta da gestante e notificação.	Revisão do PCDT de Transmissão vertical; Revisão das instruções do preenchimento das fichas de notificações.	Revisão dupla do preenchimento das cadernetas das gestantes; Supervisão do preenchimento das fichas de notificações.	Revisão por 2 profissionais da caderneta da gestante e das fichas de notificações.

Fonte: autoria própria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da metodologia do Arco de Charles Maguerez contribuiu para fortalecer o papel dos profissionais de saúde no

planejamento das ações do projeto e como agente transformador. Ao olhar para a realidade e para os dados produzidos na sua unidade, foi possível observar o que era necessário ajustar visando à melhora dos

indicadores. A etapa de teorização forneceu subsídios que permitiram aos profissionais pensar em ações práticas que pudessem transformar a realidade encontrada, permitindo a elaboração de um plano de ação para a unidade, construído de forma interdisciplinar pelos profissionais envolvidos.

Durante a oficina, foi percebido um relevante processo de reorientação das práticas de gestão e do serviço de saúde, por meio de uma relação horizontal pautada pela responsabilização, diminuindo a fragmentação e a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde e às ações, sendo essa uma das atribuições do apoio institucional. Essa oficina contribuiu, ainda, para instrumentalizar os profissionais para o uso de uma metodologia que pode ser aplicada em outros momentos para o realinhamento das ações de combate à sífilis, ou, ainda, para o enfrentamento de outros agravos de saúde e revisão de processos de trabalho.

Ressalta-se que alguns desafios precisam ser superados, tais como: a realização dessa oficina nas outras Clínicas da Família do município e o retorno para o monitoramento da atividade. As ações tinham o prazo imediato para implantação/implementação, sendo prevista uma segunda oficina em dois meses para monitoramento das ações e análise dos problemas inicialmente detectados. Porém, devido à pandemia da covid-19, ainda não foi possível a realização dessa etapa.

Apesar disso, os produtos da oficina foram encaminhados para o Comitê de Transmissão Vertical Municipal e ao Grupo de Apoio Local, que estão se articulando em prol da continuidade das atividades. A execução dessa oficina é um exemplo de trabalho efetivo do apoio em conjunto com os atores do território a fim de produzir mudanças nas práticas de gestão e assistência na busca de melhores resultados no combate à sífilis.

AGRADECIMENTOS

Ao Projeto “Sífilis Não”, pela oportunidade de participar e por todo o aprendizado compartilhado. Aos participantes da oficina, pela disponibilidade, pelo respeito, pela responsabilidade e pelo compromisso. Ao Secretário de Saúde, ao Superintendente de Vigilância Epidemiológica, à Coordenadora da Atenção Básica, ao consultor em saúde, ao Coordenador de IST e ao Coordenador de dados vitais, pela confiança e pelo apoio para execução do projeto e realização da oficina.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: INP/UUEL, 1999.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina**: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v.32, n.1, p. 25-40, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326>. Acesso em: 28 out. 2020

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. P. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BRASIL. **Lei n.º 13.414, de 10 de janeiro de 2017**. Estima a receita e fica a despesa da União para o exercício financeiro de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13414.htm#:~:text=Estima%20a%20receita%20e%20fixa,cargo%20de%20PRESIDENTE%20DA%20REP%C3%9ABLICA. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**, Brasília, ano VI, n. 1, p. 1-43, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

CHINAZZO, L. K.; DE LEON, C. A. Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário. **Boletim Científico de Pediatria**, v.4, n. 3, p.65-69, 2015.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005.

LUCAS, M. C. V. *et al.* A experiência do apoio institucional do projeto de resposta rápida à sífilis nas redes de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 9, n. 2, p.8-24, 2019. Edição especial – Projeto Sífilis Não. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/18679>. Acesso em: 28 out. 2020.

MIRANDA, M. G.; RESENDE, A. C. A. Sobre a pesquisa-ação na educação e as armadilhas do praticismo. **Revista Brasileira de Educação**, v. 11, n. 33, p.511-565, set./dez. 2006.

OLIVEIRA, J. F. S.; VELOSO, D. L. C.; OLIVEIRA, S. L. F. Arco de Maguerez: a gamificação como ferramenta educativa no cuidado ao pé diabético. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 10, n. 1, p.95-99, jan./mar. 2020.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. **Inovação e Educação em Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN). **Plano de Trabalho do Projeto de Pesquisa aplicada para a integração inteligente orientada ao fortalecimento das redes de atenção para resposta rápida à sífilis**. Natal: UFRN, 2017. 65p.

VIEIRA, M. N. C. M.; PANUNCIO-PINTO, M. P. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 241-248, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104310>. Acesso em: 28 out. 2020.



MOSAICOS DO PENSAR E DO FAZER: CONSTRUINDO UMA PROPOSTA DE ENFRENTAMENTO À SÍFILIS

MOSAICS OF THINKING AND DOING: BUILDING A PROPOSAL TO CONFRONTING SYPHILIS

Sofia Campos dos Santos

Terapeuta Ocupacional, Pedagoga, Especialista em Saúde do Trabalhador, Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Referência para Sífilis da Vigilância Epidemiológica/Setor de Acompanhamento das IST. Apoiadora de Pesquisa e Intervenção do Projeto Sífilis Não. E-mail: sofia.santos@lais.huol.ufrn.br.

Vania Priamo

Fisioterapeuta, Mestra em Saúde Coletiva, com Residência em Saúde da Família, Especialista em Educação Permanente em Saúde e Ativadores de Mudança da Formação Profissional em Saúde. Apoiadora de Núcleo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Apoiadora de Pesquisa e Intervenção do Projeto Sífilis Não. E-mail: vania.priamo@lais.huol.ufrn.br.

Jamile Soares dos Santos

Assistente Social, Pedagoga, Especialista em Atenção Integral ao Consumo e Consumidores de álcool e outras drogas, Especialista em Serviço Social, Saúde e Contemporaneidade. Apoiadora de Pesquisa e Intervenção do Projeto Sífilis Não. E-mail: jamile.santos@lais.huol.ufrn.br.



RESUMO

O objetivo deste artigo é descrever o processo de elaboração de uma proposta do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis. As apoiadoras puderam vivenciar as etapas de construção do documento, por meio do acompanhamento de diferentes atividades com diversos setores da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). O estudo observou aspectos relevantes de um trabalho coletivo, intersetorial e multiprofissional, bem como foi uma oportunidade de avaliar o papel do apoiador e a importância das contribuições do Projeto "Sífilis Não" para a implantação/implementação de ações para combate ao

agravo. A metodologia utilizada para construção do "Plano da Sífilis" tem por base o planejamento estratégico em saúde, adotado pela Secretaria Municipal de Saúde desde 2014. Esse processo resultou, além da proposta de um plano, na implantação da Câmara Técnica Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis, HIV, HTLV e Hepatites Virais.

Palavras-chave: Planejamento; Sífilis; Projeto "Sífilis Não"; Apoio.

ABSTRACT

The objective of this paper is to describe the experience for the elaboration of a Municipal Syphilis Confronting Plan. The supporters were able to experience all the stages of this document construction by monitoring different activities with several Municipal Health Secretariat (SMS) sectors. It was possible to observe relevant aspects of collective, intersectoral and multiprofessional work, as well as an opportunity to evaluate the supporter's roles and the No Syphilis Project importance contributions for the implementation of actions to combat the problem. The methodology used to architect the "Syphilis Plan" was based on Strategic Health Planning (PES), adopted by the Municipal Health Secretariat since 2014. This process resulted, in addition to the proposal for a plan, in the Municipal Technical Chamber for the Prevention of Vertical Transmission of Syphilis, HIV, HTLV and Viral Hepatitis implementation (CPTV).

Key-words: Planning; Syphilis; Project Syphilis No; Support.

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem um desafio para os serviços de saúde do mundo. A sífilis é uma IST causada pelo *Treponema pallidum*. Pode ser adquirida através de contato sexual, transfusão de sangue ou por transmissão vertical, que é o modo de transmissão de maior impacto para a saúde pública, devido à frequência dos desfechos graves para a gestante e para a criança - parto prematuro, óbito fetal e neonatal e infecção congênita do recém-nascido.

A redução da sífilis e a eliminação da sífilis congênita é um problema de saúde pública que exige esforços dos gestores, profissionais de diferentes áreas, principalmente da saúde, e da sociedade civil. O diagnóstico e o tratamento estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, ainda não

foi possível reduzir a incidência de sífilis nem eliminar a transmissão da gestante infectada para o feto (sífilis congênita). Desde 1992, o Brasil é signatário de compromissos internacionais para eliminação da sífilis congênita. Em 2016, a sífilis, em todas as suas formas, foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil, sobretudo entre homens e nos segmentos mais jovens da população brasileira (BRASIL, 2018).

Visando ao controle da epidemia de sífilis, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/MS/SVS), elaborou uma Agenda de Ações Estratégicas para Redução da sífilis no Brasil, "que resultou na iniciativa de uma emenda parlamentar de 200 milhões de reais, destinada a implementar um projeto de resposta rápida à sífilis em 100 municípios prioritários, que respondem por aproximadamente 65% dos casos de sífilis do país" (BRASIL, 2018).

O projeto, denominado "Sífilis Não", é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Coordenação do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS) e apoio técnico do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) – com a participação de 52 apoiadores locais, a partir de abril de 2018, visando ao fortalecimento das redes de atenção à saúde e vigilância em saúde para controle da sífilis, além da produção de pesquisas científicas e ações de comunicação e educação em saúde.

Durante a elaboração da cartografia do território, ao realizar o levantamento dos documentos de gestão, as apoiadoras identificaram a existência de um plano municipal para a sífilis, elaborado em 2011. No entanto, além das fragilidades observadas na execução das propostas, os gestores afirmavam que era necessário um plano atualizado e em consonância com o modelo de planejamento adotado pela SMS. Ao longo da história do Sistema Único de Saúde (SUS),

já é reconhecida a importância do planejamento para a organização e o fortalecimento das ações de saúde para aumentar a resolutividade dos serviços (BRANDÃO, 2019).

De acordo com informações registradas no Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (SALVADOR, 2017), o município de Salvador situa-se no Recôncavo Baiano, com uma população de aproximadamente 2.938.092 habitantes, distribuídos em 692,8 km² e densidade demográfica de 3.859,4 hab/km² (IBGE, 2010). É a quarta capital do país em termos populacionais e compõe a Região Metropolitana de Salvador (RMS) com mais 12 municípios. A estrutura político-administrativa de Salvador compreende 10 regiões administrativas (prefeituras bairros) e 12 Distritos Sanitários (DS) e se situa no Núcleo Regional de Saúde Leste.

Do ponto de vista dos condicionantes e determinantes sociais, a distribuição da população é marcada por grandes contrastes, com uma orla marítima organizada e melhores condições de vida, ao passo que as regiões centrais e periféricas são densamente povoadas e vivendo em condições precárias.

Analisando os dados epidemiológicos relacionados à sífilis, verificou-se que, em Salvador, a sífilis adquirida teve sua taxa de detecção aumentada de 0 caso, em 2010, para 100,6 casos por 100.000 habitantes, em 2019. No mesmo período, a taxa de detecção de sífilis em gestantes variou de 4,2 para 36,6 por 1.000 nascidos vivos; e a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 2,9 para 16,8 por 1.000 nascidos vivos. Tanto a sífilis adquirida como a sífilis em gestantes atingem, principalmente, adultos jovens e adolescentes, pardos e pretos, cuja escolaridade está entre o Ensino fundamental incompleto e o Ensino Médio (SALVADOR, 2020).

Diante do impacto da sífilis para a saúde sexual e reprodutiva das pessoas e para a saúde de milhares de crianças e considerando a relevância do planejamento e a organização das ações nos serviços de saúde, é mister o relato da experiência singular das apoiadoras de pesquisa e

intervenção do Projeto “Sífilis Não”, no processo de elaboração da proposta do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis em Salvador, Bahia.

Nesse sentido, o presente trabalho tem o objetivo de descrever a experiência de apoio para a elaboração de uma proposta do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis. As apoiadoras puderam vivenciar as etapas de construção do documento, pelo acompanhamento de diferentes atividades com diversos setores da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

METODOLOGIA

Desde o início das atividades do apoio, optou-se por um apoio integrado independente do território de atuação das apoiadoras. Ou seja, as intervenções seriam realizadas pelas três apoiadoras nos dois municípios, do Estado da Bahia.

A perspectiva adotada para o apoio visou ampliar a capacidade dos sujeitos individuais e coletivos para gestão, análise e intervenção sobre determinada realidade. O papel do apoiador baseou-se na articulação, mediação, negociação e utilização de instrumentos de gestão como o planejamento, a avaliação e o monitoramento das atividades cotidianas. Segundo Campos (2010), o apoio é um método que possibilita aos sujeitos refletir sobre o fazer e buscar novos saberes e (re)criar o trabalho em saúde. Nesse sentido, o planejamento das ações torna-se uma construção coletiva, em espaços democráticos de fala e escuta.

Para a construção do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis, a metodologia utilizada baseou-se no planejamento estratégico em saúde (PES), adotada pela SMS desde 2014. O planejamento, assim, deve ser entendido como um modo de explicitar a Política de Saúde, definindo o que vai ser feito, quando, onde, como e com quem, numa perspectiva de mobilizar vontades, de uma ação coletiva e compartilhada,

podendo promover o aumento da mobilização política e da consciência sanitária dos atores envolvidos (CERQUEIRA *et al.*, 2020).

No caso das instituições de saúde, em que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto, a necessidade de planejamento torna-se premente. Acresce-se a isso o fato de lidarem com situações que envolvem a vida de milhões de pessoas e que podem resultar em doenças, incapacidades e mortes (PAIM, 2006, p. 767).

A proposta do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis teve como objetivo a implementação de ações estratégicas para prevenção; detecção precoce; redução da infecção da sífilis em homens e mulheres; eliminação da transmissão vertical no pré-natal e no parto e garantia do acompanhamento da puérpera e do recém-nascido.

Inicialmente foi realizada a análise dos instrumentos de gestão – Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Programação Operacional Anual dos Distritos Sanitários (POA) e do Plano Municipal para Enfrentamento da Sífilis, elaborado em 2011 – visando identificar a inclusão de ações de combate à sífilis. Na oportunidade, foi realizado o levantamento de problemas apontados a partir das oficinas para construção do Plano Municipal de Saúde de Salvador (2018-2021). Os documentos foram disponibilizados pela Chefia do Setor de Monitoramento e Acompanhamento das IST, HIV/Aids e Hepatites Virais, ligado à Diretoria de Vigilância em Saúde (DVIS).

Em seguida, foram realizadas visitas aos 12 Distritos Sanitários (DS) e aos 03 Serviços Especializados (SAE), com o intuito de identificar fatores que pudessem contribuir para a proposta do plano, incluindo levantamento de potencialidades e fragilidades que cada DS apontava para o desenvolvimento de ações de enfrentamento à sífilis. Essas visitas foram realizadas entre os meses

de setembro e outubro de 2018, em conjunto com as técnicas de referência para sífilis, HTLV e Hepatites Virais e 01 técnica da Diretoria de Assistência à Saúde (DAS). A técnica de referência para HIV/Aids só pode participar de uma visita.

Foi realizado o Encontro Municipal de Enfrentamento da Sífilis - 23 de outubro de 2018, que reuniu representantes da gestão estadual e municipal e trabalhadores dos distritos sanitários. Durante o evento, foi apresentada a situação epidemiológica da sífilis mundialmente, no Brasil, na Bahia e em Salvador; foi apresentado o Projeto de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção; e, também, foram expostos alguns trabalhos de conclusão do EpiSUS Fundamental sobre experiências municipais para enfrentamento à sífilis.

Ao final do encontro, foi apresentada a proposta do planejamento de ações a ser realizadas por meio de oficinas distritais, contando com a participação dos trabalhadores da saúde, Nível Central e DS, e Agentes Comunitários em Saúde (ACS). Ficou decidida a realização de 8 oficinas distritais, em alguns casos, com dois distritos, que apresentavam proximidade geográfica e epidemiológica. As oficinas, sob coordenação das apoiadoras e uma técnica do Setor de IST, ocorreram entre os meses de novembro e dezembro de 2018, com a produção de uma matriz de planejamento que foi avaliada quadrimestralmente a partir de janeiro de 2019. Entre o 2º e 3º quadrimestre de 2019, houve mais uma rodada de visita aos 12 Distritos Sanitários, quando foi possível avaliar e revisar as ações propostas no ano anterior.

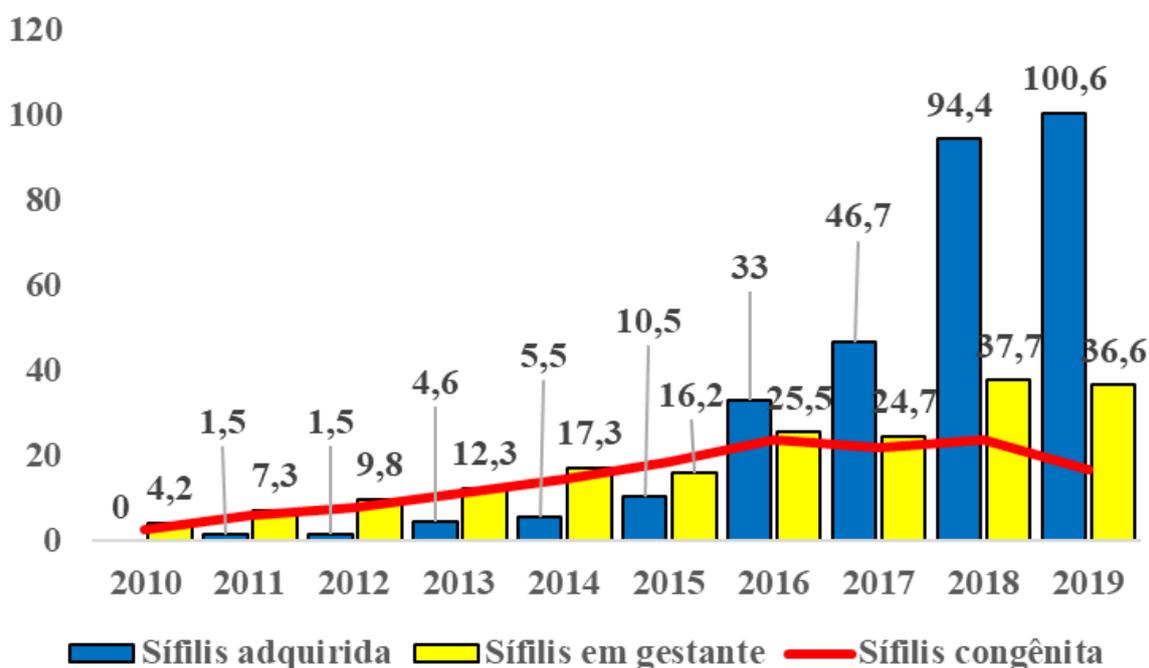
Importante ressaltar que, a partir desse movimento de aproximação com os DS, o Grupo de Trabalho Municipal da Sífilis, existente desde 2015, cuja composição estava restrita aos representantes do Nível Central da SMS (Assistência e Vigilância) e apenas 01 representante de DS, ampliou seus componentes para garantir a representatividade dos atores que estavam mobilizados na pauta da sífilis: Atenção Primária; Saúde da Criança, da

Mulher, do Homem; Rede Cegonha; Campo Temático LGBTQ+; Atenção Especializada. A ampliação do GT Sífilis possibilitou a avaliação das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis e reflexão sobre a necessidade de construção da Linha do Cuidado para pessoas com sífilis, crianças expostas e com sífilis congênita.

Para a análise da situação epidemiológica da sífilis no município, no período de 2010 a 2019, foram utilizados dados disponíveis no SINAN; TabWin, além dos Boletins Epidemiológicos da Sífilis do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e

da SMS, dos anos 2018 e 2019. Os resultados encontrados no município trouxeram um cenário com a taxa de detecção de sífilis adquirida e em gestantes e a taxa de incidência de sífilis congênita maiores que a do Brasil, Nordeste e Bahia nos períodos analisados. A sífilis adquirida teve sua taxa de detecção aumentada de 0 caso, em 2010, para 100,6 casos por 100.000 habitantes, em 2019. No mesmo período, a taxa de detecção de sífilis em gestantes variou de 4,2 para 36,6 por 1.000 nascidos vivos e a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 2,9 para 16,8 por 1.000 nascidos vivos (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestante e taxa de incidência de sífilis congênita, Salvador, 2010-2019.



Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

Em Salvador, entre 2010 e 2019, os Distritos Sanitários (DS) com maiores taxas de detecção de sífilis adquirida foram Centro Histórico, Pau da Lima e Barra/Rio Vermelho. Em 2019, as taxas de detecção dos referidos DS foram respectivamente, 269,9/100000 habitantes; 172,7/100000 habitantes e 154,4/100000 habitantes. Entre 2018 e 2019, apenas o DS Cajazeiras

apresentou redução da taxa de detecção de sífilis adquirida, passando de 127,2/100000 habitantes, em 2018, para 113,8/100000 habitantes, em 2019. (Tabela 1).

Tabela 1 – Taxa de detecção de casos confirmados de sífilis adquirida por distrito sanitário, Salvador, 2010-2019.

Distrito Sanitário	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centro Histórico	1,4	2,7	7,7	9	20,4	115,3	141,1	153,7	269,9
Itapagipe	1,8	0	3,4	7,9	6,8	30,8	37,9	52,5	148,7
São Caetano/Valeria	1,2	1,9	1,4	2,1	12,5	24,4	46,8	82,6	129,3
Liberdade	2,2	1,7	0,5	3,1	3,6	19,3	80,8	81,9	83,7
Brotas	1	0,5	0,5	1,4	5	46,1	57,9	72,3	109,6
Barra/R Vermelho	0,9	0	4,9	4,9	5,9	24,5	35,8	88,1	154,4
Boca do Rio	2,4	3,1	2,9	3,6	13,8	35,3	51,6	97,1	110,7
Itapuã	1,2	0,4	1,9	3,3	3,7	16	34,4	82,7	115,5
Cabula/Beiru	1,8	1,3	3,1	11,2	28	51,2	46	116,5	150,3
Pau da Lima	2,3	2,3	0,4	10,1	6,3	44,6	43,1	139,2	172,7
Subúrbio Ferroviário	0,3	0	4	3,7	7,7	20,4	28,1	64,2	136,1
Cajazeiras	1,2	1,2	1,8	1,7	6,3	20	33,6	127,2	113,8
Total	1,4	1	2,6	5,3	10,4	33	46,1	93,2	137,2

Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

Em relação à classificação final dos casos (Tabela 2), observou-se redução do percentual de casos inconclusivos, de 100% em 2010 para 27% em 2019. O encerramento dos casos de sífilis adquirida deve ocorrer em 60 dias. Quanto ao diagnóstico final, em 2019, 72,5% dos casos foram confirmados; 27% inconclusivos; 0,5% descartado e 0,1% ignorado/em branco. Em relação a 2018, os casos confirmados aumentaram 4,6%,

enquanto que os inconclusivos reduziram 10,9% (dados não mostrados em tabela). Esses resultados estão relacionados ao fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica no município.

Tabela 2 – Percentual de casos de adquirida por classificação final, Salvador, 2010-2019.

Ano da Notificação	Ignorado/Branco	Confirmado	Descartado	Inconclusivo	Total
2010	0	0	0	100	100
2011	0	50	1,2	48,8	100
2012	0,6	27,3	0	72,1	100
2013	0,3	38,3	0	61,4	100
2014	0,9	35,2	0,9	63,1	100
2015	0,1	29,7	0,3	69,9	100
2016	0,1	55	0,6	44,3	100
2017	0,2	73,7	0,7	25,3	100
2018	0,3	69,3	0,2	30,3	100
2019	0,1	72,5	0,5	27	100

Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

Analisando a variável raça/cor (Tabela 3), o maior percentual de casos de sífilis adquirida é dos indivíduos que se declararam pardos e pretos. Em 2019, 31,3% foi de pardos e 23,1% pretos. Somados, os dois resultados representam 54,4%. O percentual

de ignorados/em branco chama a atenção em todos os anos. Verifica-se aumento de 4,4 dessa variável entre 2018 (38,3%) e 2019 (40%). Esses dados são fundamentais para a análise da situação de saúde, e formulação de políticas públicas equânimes.

Tabela 3 – Percentual de casos de adquirida por Raça/Cor, Salvador, 2010-2019.

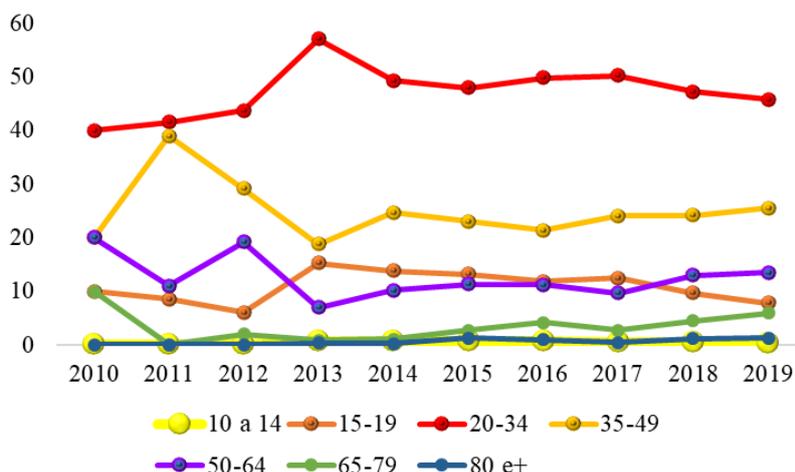
Ano	Ignorado/Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
2010	30	20	30	0	20	0	100
2011	50	1,2	19,5	0	29,3	0	100
2012	31,2	5,2	26	1,3	36,4	0	100
2013	22	5,2	19,7	0,3	52,8	0	100
2014	29,5	5,1	27	0,9	37,6	0	100
2015	51,2	3,3	17,9	1,1	26,3	0,2	100
2016	39,2	2,8	21	0,5	36,3	0,2	100
2017	23,9	4	28,7	1	42,1	0,3	100
2018	38,3	4,1	24,9	0,6	31,8	0,3	100
2019	40	5	23,1	0,5	31,3	0,2	100

Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

Em relação à faixa etária (Gráfico 2), os maiores percentuais de detecção da sífilis adquirida estão entre os adultos jovens (20-34 anos) e adultos entre 35 e 49 anos.

Embora esteja alta, observa-se redução da taxa de detecção na faixa etária 20-34 anos de 2018 (47,2/100000 habitantes) para 2019 (45,8/100000 habitantes).

Gráfico 2 – Percentual de casos de sífilis adquirida por Faixa Etária, Salvador, 2010-2019.

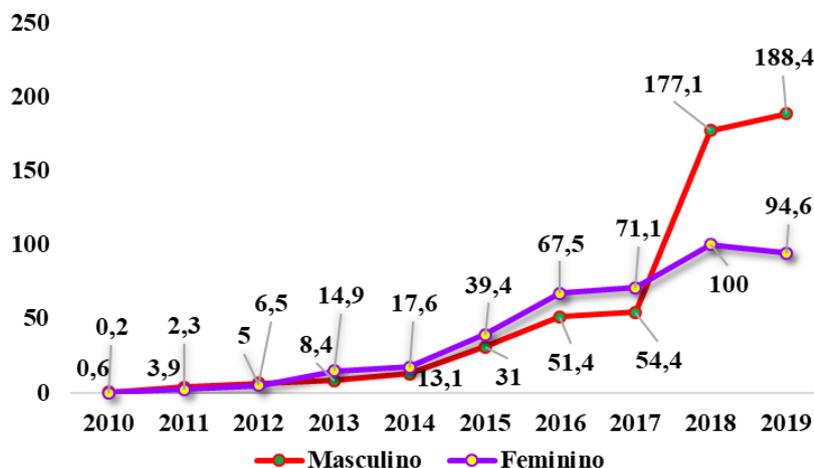


Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

De acordo com o Gráfico 3, observa-se que, até 2017, os maiores percentuais de sífilis adquirida se concentravam entre as mulheres. A partir de 2018, os casos entre os homens aumentaram significativamente, passando de 54,4% em 2017 para 177,1 em 2018, chegando a 188,1% em 2019. Esses resultados podem estar relacionados a dois fatores: 1. Mudança

nos critérios de caso de sífilis em gestantes, em 2017, quando ficou definido que todas as mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificadas como caso de sífilis em gestantes (BRASIL, 2017); 2. Implantação das ações voltadas à Saúde do Homem no município (Sábado do Homem e Novembro Azul).

Gráfico 3 – Taxa de detecção de sífilis adquirida por sexo, Salvador, 2010-2019.

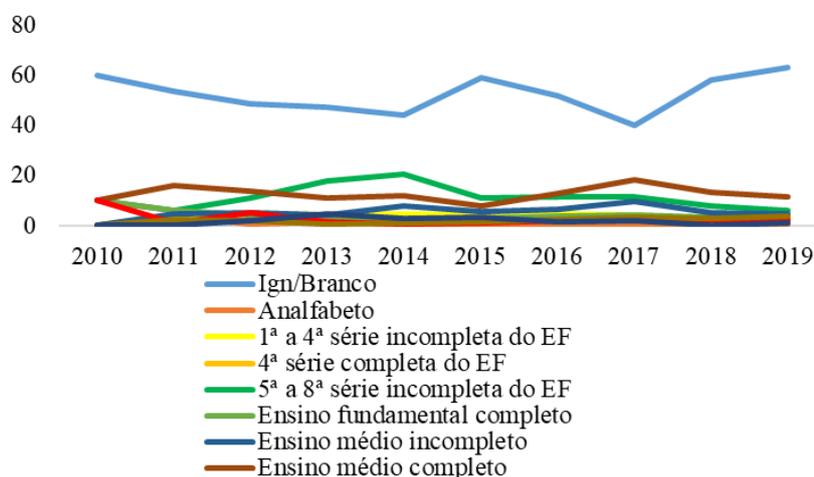


Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

Em todos os anos, na questão relacionada à escolaridade (Gráfico 4) das pessoas com sífilis adquirida, os maiores percentuais são de *ignorado/em branco*. Fichas de notificação incompletas podem gerar

inconsistência das informações e da situação epidemiológica do agravo. De acordo com os dados, o maior percentual de casos de sífilis adquirida é de pessoas com ensino médio completo.

Gráfico 4 – Percentual de casos de sífilis adquirida por nível de escolaridade, Salvador, 2010-2019.



Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

Durante o período gestacional, a sífilis pode provocar mortes fetais e neonatais, além de aumentar o risco de morte prematura em crianças (BRASIL, 2018). De 2010 a 2018, foram notificados 7.312 casos de sífilis em gestante em Salvador. Nesse período, a taxa de detecção desse agravo passou de 3,9/1000 nascidos vivos (NV) em 2010 para 36,6/1000 NV em 2019 (Tabela 3). Ressalta-se que os resultados apresentados

pelo município estão acima da taxa de detecção do Brasil e da Bahia (BRASIL, 2019; BAHIA, 2019). Comparando 2018 e 2019, observa-se redução da taxa de detecção da sífilis em gestante na maioria dos distritos sanitários (DS), embora estejam altas. Os DS com aumento da taxa de detecção de sífilis em gestante foram São Caetano (74,3/1000NV), Itapagipe (58,2/1000NV) e Subúrbio (54,1/1000NV).

Tabela 3 – Taxa de detecção de sífilis em gestante (1000 NV), por distrito sanitário, Salvador, 2010-2019.

Distrito Sanitário	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centro Histórico	15,7	10,4	1,2	9,9	24,1	18,2	46,9	31,9	52	40,4
Itapagipe	0,5	7,9	1,6	4,5	14,3	15	30,4	36,4	52,6	58,2
São Caetano/Valeria	5,3	8,8	0,8	14,2	23,5	27,3	39,6	34,7	55,3	74,3
Liberdade	11,3	6,5	1	22,7	22,5	17,5	29,5	29,3	43,3	34,7

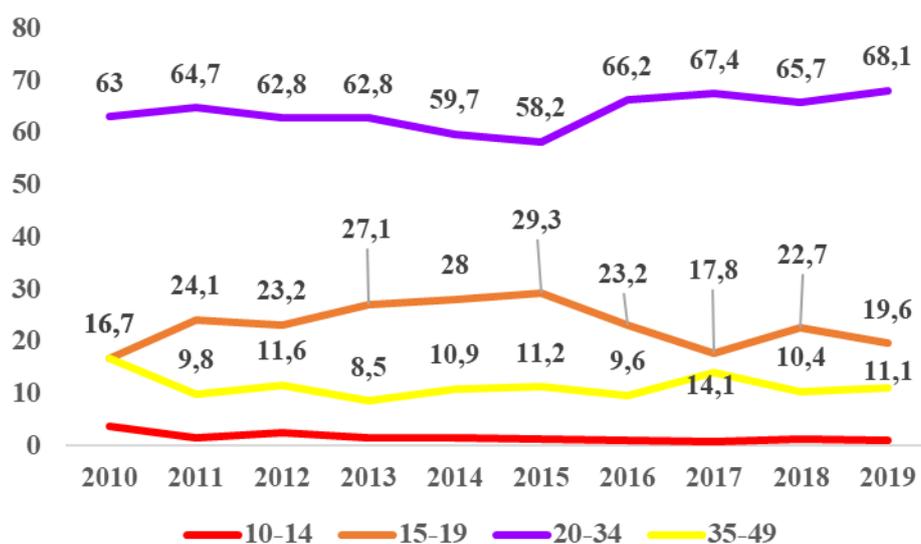
Brotas	7	7,8	1,1	16,4	15,6	6,6	11,6	14,2	27,8	18,1
Barra/R Vermelho	2,8	7,5	0,7	8,2	11,7	10,4	19,9	27,5	34,4	26,2
Boca do Rio	4,6	6,4	0,4	13,7	17,7	19,6	23	18,5	31,6	16,7
Itapuã	1,7	4,2	0,3	4,9	8,5	9,6	18,2	13,8	21,1	19,7
Cabula/Beiru	2,3	7,3	1,1	10,1	11,9	13,8	20,1	20,1	42,7	35,6
Pau da Lima	2,1	8	1	12,6	14,8	17,2	20,5	14,7	22,7	24,2
Subúrbio Ferroviário	4,2	15,6	1,8	16,8	28,8	22,6	35,4	35,3	46,9	54,1
Cajazeiras	4,4	8,2	0,7	4	10,5	8,7	18,8	25,1	28,8	27
Total	4	7,3	9,2	11,5	16,6	15,8	25,3	24,8	37,6	36,5

Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

Em relação à idade (Gráfico 4), os maiores percentuais, entre 2010 e 2019, estão nas faixas etárias entre 20-34 e 15-19 anos.

Em 2019, 68,1% das gestantes tinham entre 20 e 34 e 19,6% entre 15 e 19 anos.

Gráfico 4 – Percentual de casos de sífilis em gestante por faixa etária, Salvador, 2010-2019.



Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

Em todos os anos da série histórica, a cor parda tem os maiores percentuais (Tabela 4). A partir de 2014, houve aumento dos percentuais das pessoas pretas e redução de *ignorado/*

em branco. Em 2019, 58,6% das gestantes diagnosticadas com sífilis eram pardas e 26,6% pretas. Quando consideradas as gestantes pretas e pardas, o percentual passa para 85,2%.

Tabela 4 – Percentual de casos de sífilis em gestante, por raça/cor, Salvador, 2010-2019.

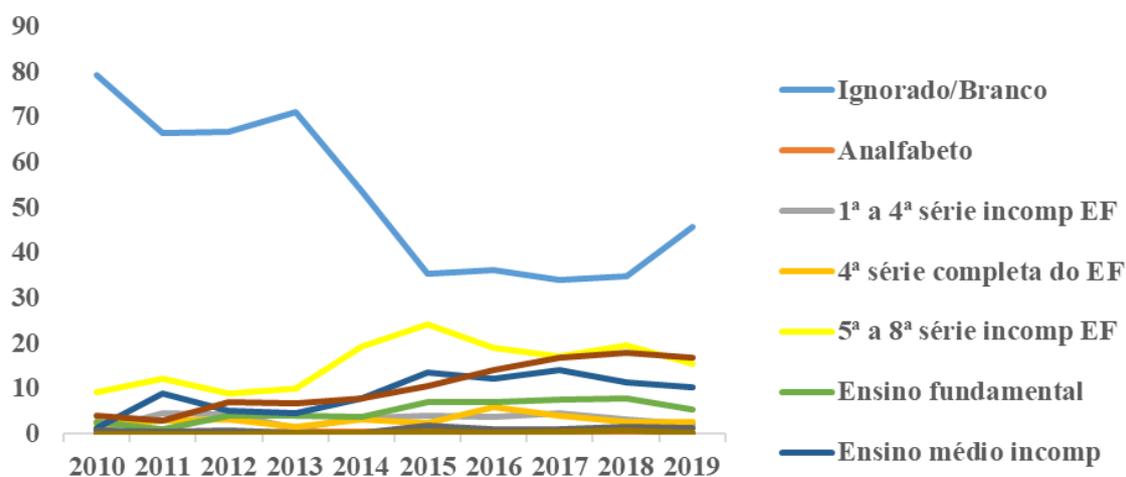
Ano da Notificação	Ignorado/Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
2010	32,7	4	30,7	0,7	31,3	0,7	100
2011	34,6	3,3	13	0	49,1	0	100
2012	34,3	1,7	14	0,8	49,2	0	100
2013	28,6	5,2	18,6	0,2	47,4	0	100
2014	12,8	2,2	19,1	0,6	65,2	0	100
2015	8,6	4,8	27,7	0,3	58,6	0	100
2016	14,7	4,8	35,5	0,7	44	0,3	100
2017	12,7	5	36,9	2	43,4	0,1	100
2018	13,7	4,5	27,8	0,9	52,7	0,4	100
2019	10,4	3	26,6	1,1	58,6	0,3	100

Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

Quanto à escolaridade, a informação “*ignorado/ branco*” apresenta os maiores percentuais em toda a série histórica. Embora tenha sido observada uma diminuição a partir de 2015, os resultados ainda são altos e voltaram a aumentar em 2019.

Entre 2010 e 2019, os maiores percentuais de gestantes com sífilis não concluíram o Ensino Fundamental ou tem ensino médio. Em 2019, 16,8% das gestantes têm ensino médio e 15,5% não concluíram o ensino fundamental (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Percentual de casos de sífilis em gestante, por nível de escolaridade, Salvador, 2010-2019¹.



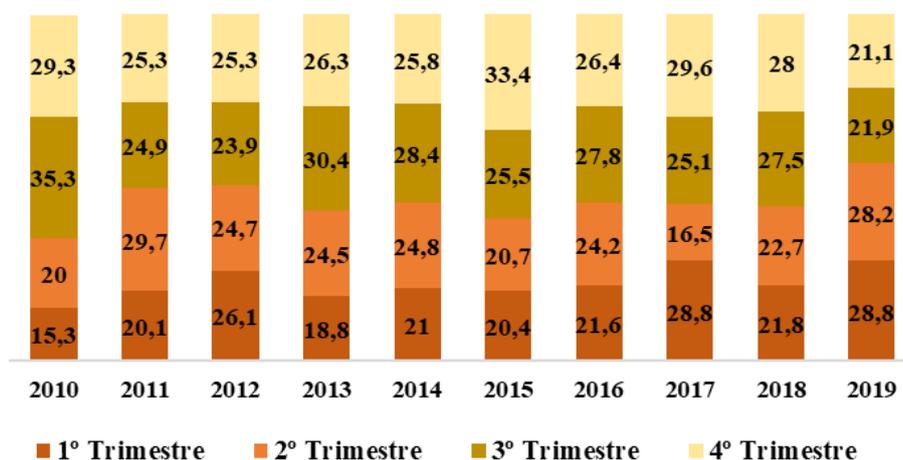
Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

1 EF: Ensino Fundamental

De acordo com o Gráfico 6, até 2018, os maiores percentuais de diagnóstico de sífilis em gestantes se concentraram no terceiro e quarto trimestres. Em 2019 observa-se que os maiores percentuais de diagnóstico de sífilis em gestante são no primeiro (28,8%) e segundo

(28,2%) trimestres. Esse dado pode ser indicativo do fortalecimento das ações de ampliação da testagem rápida para diagnóstico precoce. Destaca-se que o monitoramento, para diagnóstico e tratamento das gestantes, deve ocorrer durante todo o pré-natal.

Gráfico 6 – Percentual de casos de sífilis em gestante, por trimestre do diagnóstico, Salvador, 2010-2019.

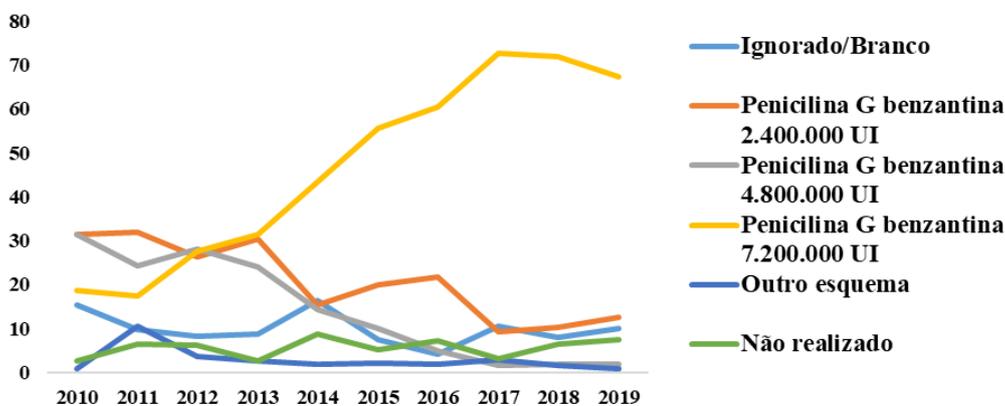


Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

Em relação ao esquema de tratamento das gestantes com sífilis, a partir de 2013, o maior percentual se concentra nas três doses de penicilina G Benzantina. Em 2019, foi adotado esse esquema em 67,3% das gestantes. No

entanto, 7,5% não realizaram o tratamento e 9% de tratamento está "ignorado/em branco" (Gráfico 7). Esses dados são significativos considerando o risco de transmissão vertical e os impactos da sífilis congênita para mãe-bebê.

Gráfico 7 – Percentual de casos de sífilis em gestante, por esquema de tratamento, Salvador, 2010-2019.

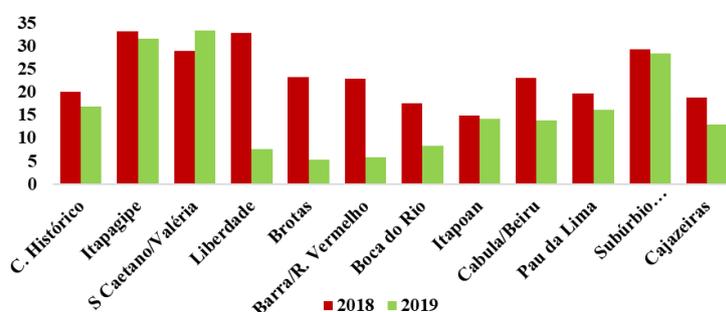


Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

A eliminação da sífilis congênita é multi-dimensional. Implica a existência de políticas públicas para garantir a qualidade da atenção à gestante e suas parcerias sexuais durante o pré-natal e as relações de gênero. Em gestantes não tratadas, a transmissão vertical pode acontecer entre 70% e 100% dos casos (BRASIL, 2016). Em 2019, foram notificados 547 casos de sífilis congênita em Salvador - incidência de 16,7/1000 NV. Comparando as taxas de incidência de 2018 (23,7/1000 NV) e 2019 (16,7/1000 NV), verifica-se redução de 29,4%. Ainda é uma taxa alta e indica a importância dos esforços, em todos os

níveis do sistema de saúde, para a redução e a eliminação da sífilis congênita. Em contrapartida, esse resultado pode estar relacionado às ações de vigilância epidemiológica, como a identificação dos casos de criança exposta e criança com sífilis congênita. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), os casos de criança exposta devem ter seguimento até os 18 meses, mas não podem ser notificados. Os DS com maiores taxas de incidência (Gráfico 8) foram São Caetano/Valéria, 33,3/1000 NV, (aumento de 14,7% em relação a 2018); Itapagipe, 31,6/1000 NV, e Subúrbio Ferroviário (28,3/1000 NV).

Gráfico 8 – Taxa de incidência de Sífilis Congênita (1000 NV), por distrito sanitário, Salvador, 2018-2019.

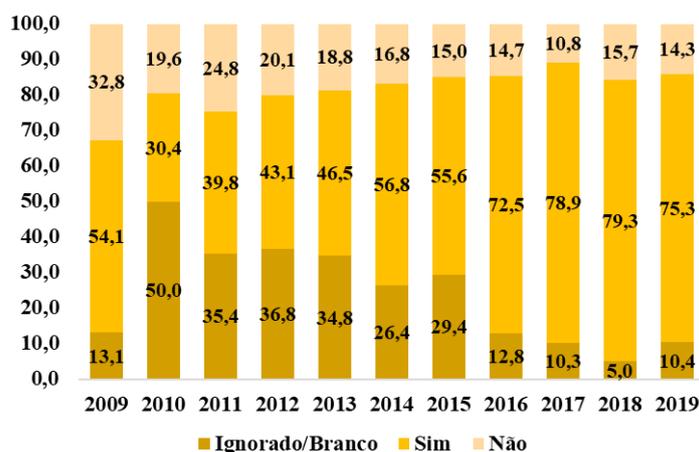


Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

Em relação à informação da realização do pré-natal, verificou-se aumento dos casos de sífilis congênita cujas mães realizaram o pré-natal. O acesso ao pré-natal é direito da gestante, e o diagnóstico precoce da sífilis é um dos indicadores da sua qualidade. A triagem pré-natal

é obrigatória e fundamental para o diagnóstico precoce e tratamento imediato de gestantes com sífilis e suas parcerias sexuais, independentemente do resultado da testagem (BAHIA, 2019). Esse procedimento visa à prevenção da transmissão vertical da sífilis.

Gráfico 9 – Percentual dos casos de Sífilis Congênita por informação de realização do pré-natal, Salvador, 2010-2019.



Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

A Tabela 5 indica o percentual de casos segundo o momento do diagnóstico da sífilis materna. Durante o pré-natal, aumentaram de 2010 a 2018. Em 2019, o percentual de 49,5% representa uma redução de 20,6% em relação a 2018 (62,4%), enquanto que o percentual do

diagnóstico da sífilis durante o parto/curetagem (36,4%) indica um aumento de 57,1%. Esse dado aponta para a importância do monitoramento das gestantes durante o pré-natal para identificar, precocemente, os casos de sífilis em gestante, falhas no tratamento ou reinfecção.

Tabela 5 – Percentual dos casos de Sífilis Congênita segundo momento do diagnóstico da sífilis materna, Salvador, 2010-2019.

Ano	Ignorado/ Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Total
2009	8,2	34,4	34,4	21,3	1,6	100
2010	34,3	24,5	32,4	8,8	0	100
2011	22,1	22,6	38,9	15	1,3	100
2012	26,9	32,9	26,9	12,7	0,7	100
2013	16,8	32,8	40,3	9,8	0,5	100
2014	10,4	46	36,6	6	0,9	100
2015	9,2	41,5	43,2	5,5	0,6	100
2016	10,8	51,9	28,8	8	0,5	100
2017	10,1	63,2	20,2	6,1	0,4	100
2018	7,1	62,4	23,2	7,1	0,2	100
2019	9,1	49,5	36,4	4,6	0,4	100

Fonte: SMS/DVIS/Viep/IST-Tabwin/SinanNet. Acesso em 30 jun/20. Sujeito a alteração

Após a análise da situação epidemiológica da sífilis em Salvador, foi discutida e aprovada a proposta de estrutura do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis. Foram adotados os eixos norteadores propostos nos planejamentos do Departamento de Condições Crônicas e IST (DCCI) e do Projeto “Sífilis Não” – Gestão e Governança; Vigilância em Saúde; Cuidado Integral; Comunicação e Educação em Saúde. Cada eixo tem diretrizes, ações estratégicas e seus respectivos responsáveis, numa perspectiva intra e intersetorial.

No plano, está proposto que as diretrizes e ações estratégicas sejam inseridas no Plano Municipal de Saúde (PMS); no Programação Anual de Saúde e na Programação Operacional Anual (POA), para que se possa garantir a institucionalização do Plano da Sífilis como política municipal. Para a execução das atividades do plano, foram previstos

os recursos de Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância e Prevenção e Controle das DST/Aids e Hepatites Virais.

Para acompanhamento do plano, foram definidos como indicadores a taxa de detecção de sífilis adquirida; a taxa de detecção de sífilis em gestante e a taxa de incidência de sífilis congênita, que deverão ser acompanhados quadrimestralmente com base nos dados fornecidos pelo SINAN; pelo Tabwin; pelo SIM; pelos relatórios mensais do Livro de Acompanhamento de Diagnóstico e Tratamento da Sífilis (“Livro da Sífilis”). Ficou estabelecido que a análise dos indicadores se dará no âmbito da Câmara Técnica Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, HTLV, Sífilis e Hepatites B e C (CTPTV).

RESULTADOS

A experiência, relatada neste estudo para elaboração da proposta do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis, ganhou dimensões que extrapolaram o processo de planejamento e refletem o nível de compromisso dos atores envolvidos. Dentre os resultados observados nos eixos Gestão e Governança, Vigilância em Saúde, Cuidado Integral e Educomunicação, vale destacar:

1. Gestão e Governança

- A proposta do Plano de Enfrentamento da Sífilis foi apresentada em reuniões da CTPTV e do Comitê de Operações Especiais (COE) e encaminhada para o Gabinete do Secretário;
- A ampliação e a consolidação do GT Sífilis possibilitou a implantação da Câmara Técnica Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, HTLV, Sífilis e Hepatites B e C, cujos membros são representantes dos 12 DS, DVIS e DAS (Portarias 807 e 927/2019).

2. Vigilância em Saúde

- Implantação do Protocolo de Investigação dos Casos de Sífilis Congênita em nível da Atenção Primária à Saúde (novembro/2018) e das maternidades (julho/2020);
- Qualificação das notificações dos casos de sífilis congênita realizada nas maternidades, conforme os critérios de caso, para fins de vigilância epidemiológica, definidos pelo Ministério da Saúde - Nota Informativa N° 02/2017 (BRASIL, 2017).

3. Cuidado Integral

- Visita às maternidades públicas em conjunto com técnicas da Diretoria de Vigilância Epidemiológica Estadual e Distritos Sanitários, a fim de sistematizar os fluxos de investigação e o seguimento dos casos de sífilis congênita e criança exposta.

4. Educomunicação

- Capacitação de 394 profissionais de saúde da rede municipal e 25 profissionais do sistema prisional sobre os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da sífilis, hepatites virais, HIV e HTLV (2018);
- Intensificação das ações de incentivo ao diagnóstico e tratamento da sífilis em referência ao Dia Nacional de Combate à Sífilis;
- Sessão Pública sobre Sífilis, em conjunto com a Ouvidoria de Saúde, da Câmara de Vereadores de Salvador (outubro/2019), que resultou na instituição do Dia Municipal de Combate à Sífilis;
- II Encontro Municipal sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis, com a participação de 250 profissionais de saúde, entre técnicos e gestores do município e do Estado, e com representantes do Ministério da Saúde (novembro/2019).

Os resultados apontam para um nível crescente de organização e sistematização das ações para o enfrentamento da sífilis em todos os âmbitos da SMS de Salvador – Nível Central, Distritos Sanitários e unidades de saúde. Além disso, também demonstram o nível de engajamento de atores estratégicos à proposta do apoio do Projeto “Sífilis Não”.

Do ponto de vista das apoiadoras, foi possível observar aspectos relevantes de um trabalho coletivo,

intersectorial e multiprofissional, bem como foi uma oportunidade de avaliar o papel do apoiador e a importância das contribuições do Projeto “Sífilis Não” para a implantação/implementação de ações para combate ao agravo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos principais desafios para implementação do Plano diz respeito à sua implantação e implementação como parte de uma política pública de saúde mais ampla. É fundamental articular ações coletivas intra e intersectoriais que impactem os determinantes e condicionantes sociais de saúde e melhorem a qualidade de vida das pessoas. Nesse sentido, foi sugerido que o plano, que atualmente se encontra no Gabinete do Secretário, seja apresentado no Colegiado de Gestão da SMS, submetido à consulta pública, para possibilitar a participação de outros atores estratégicos e seja apresentado ao Conselho Municipal de Saúde (CMS). Após sua validação, que as ações e estratégias sejam inseridas no PMS e nos demais documentos de gestão.

O processo de construção do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis possibilitou aprendizados diversos para todas as pessoas envolvidas. Em relação ao enfrentamento da sífilis, verificou-se que a redução da sífilis adquirida e em gestantes, assim como a eliminação da sífilis congênita é multidimensional. Implica desde a adoção de políticas públicas para garantir a qualidade da atenção à gestante e suas parcerias sexuais durante o pré-natal, a cultura, sexualidades, identidades de gênero e orientação sexual até as relações de gênero. Quanto ao planejamento em saúde, foi possível identificar a importância da reflexão sobre as práticas adotadas, individual e coletivamente; criar espaços de fala e escuta para poder vislumbrar e propor novos conhecimentos e transformação dos fazeres envolvidos no cuidar.

A experiência de planejamento ascendente pode garantir mais envolvimento dos sujeitos em todas as etapas do trabalho. O sentimento de pertencimento, a identificação com o produto final e a produção de sentidos é a expressão maior das práxis. Nesse processo, o lugar do apoiador pode ser comparado ao de um artesão, que cria estratégias para juntar peças, aparentemente desconexas e disformes, e dá forma a um mosaico, cujos recortes adquirirão uma harmonia e dinâmica orgânica de interdependência, em que todos são um. O trabalho é vivo, pois se dá no aqui e no agora de territórios de vida.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, C. C.; SCHERER, M. D. dos A. Capacidade de governo em Secretarias Municipais de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 69-83, 2019.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=10&uf=00>. Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2020**, Brasília, ano VI, n. especial, out. 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>. Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2019**, Brasília, ano V, n. especial, out. 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2018**, Brasília, vol. 49, n. 45. 2018. Disponível em: www.aids.gov.br/pub/2018/boletim-epidemiologico-sifilis-2018. Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 02-SEI/2017**: DIAHV/SVS/MS. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/SifilisGes/Nota_Informativa_Sifilis.pdf. Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acesso: 30 out 2020

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2020.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec. 2000.

CERQUEIRA, S. *et al.* **Guia de planejamento e gestão da SMS Salvador**. Salvador: [s.n.], 2020.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 767-782.

SALVADOR (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2020**, n. 01. out. 2020.

SALVADOR (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria nº 807/2019**. Institui a Câmara Técnica Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, HTLV, Sífilis e Hepatites B e C. Diário Oficial do Município de Salvador, 11 nov. 2019a. Disponível em: <https://www.dom.salvador.ba.gov.br/>. Acesso em: 01 nov. 2020.

SALVADOR (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria nº 927/2019**. Nomeia membros da Câmara Técnica Municipal de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, HTLV, Sífilis e Hepatites B e C. Diário Oficial do Município de Salvador, 11 dez. 2019b. Disponível em: <https://www.dom.salvador.ba.gov.br/>. Acesso em: 01 nov. 2020.

SALVADOR (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Salvador, BA: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.



CONTRIBUIÇÕES DO APOIADOR DE PESQUISA E INTERVENÇÃO DO PROJETO SÍFILIS NÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS NO ENFRENTAMENTO À SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE ALVORADA/RS

CONTRIBUTIONS OF THE RESEARCH SUPPORTER AND INTERVENTION OF THE SYPHILIS PROJECT NOT IN THE IMPLEMENTATION OF STRATEGIC ACTIONS IN COPING WITH SYPHILIS IN THE MUNICIPALITY OF ALVORADA/RS

Carla Zilio

Administradora Hospitalar pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Especialista em Saúde Pública pela UFRGS e Gestão de Serviços Públicos de Saúde pelo IAHCS; Analista de Gestão em Saúde, no Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul. Apoiadora do Projeto de Pesquisa e Intervenção para Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e UFRN.

E-mail: carla.zilio@lais.huol.ufrn.br.

Sandra Regina Rocha Baldin

Enfermeira graduada pela UNISINOS. Especialista em Tuberculose pela FIOCRUZ; Enfermeira do Centro de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Alvorada, responsável pelo Núcleo de Agravos e Notificações Compulsórias.

E-mail: srbaldin@terra.com.br.



RESUMO

Descrever como foi implementado o Projeto Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção à Saúde, mais conhecido como Projeto "Sífilis Não", no município de Alvorada/RS. Consiste em um relato de experiência do apoiador de pesquisa e intervenção do Projeto "Sífilis Não" que busca elencar as principais atividades desenvolvidas pelo apoiador, no período de maio de 2018 a março de 2020, sustentada no referencial teórico do Apoio

Matricial e da Educação Permanente em Saúde. As atividades desenvolvidas contribuíram para a construção e o fortalecimento dos processos de trabalho relacionados à sífilis a partir da implementação de estratégias conduzidas pelo Comitê de Investigação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais do município de Alvorada. A experiência relatada mostra que as estratégias promoveram ações conjuntas entre as áreas de vigilância e assistência, consolidando as

ações do Comitê e a implementação da linha de cuidado da criança exposta à sífilis e com sífilis congênita.

Palavras-chave: Sífilis; Sífilis Congênita; Transmissão Vertical.

ABSTRACT

To describe how the Interfederative Project for Rapid Response to Syphilis was implemented in Health Care Networks, better known as the "No Syphilis Project", in the municipality of Alvorada/RS. This is an experience report of the research and intervention supporter of the Projeto Sífilis Não that seeks to list the main activities developed by the supporter from May 2018 to March 2020, supported by the theoretical framework of Matrix Support and Education Permanent in Health. The activities carried out contributed to the construction and strengthening of work processes related to Syphilis through the implementation of strategies conducted by the Investigation Committee for Vertical Transmission of HIV, Syphilis and Viral Hepatitis in the municipality of Alvorada. The reported experience shows that the strategies promoted joint actions between the areas of surveillance and assistance, consolidating the actions of the Committee and the implementation of the line of care for children exposed to syphilis and with congenital syphilis.

Key-words: Syphilis; Congenital Syphilis; Vertical Transmission.

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) provocada pela bactéria *Treponema Pallidum*. A principal via de transmissão é o contato sexual, seguido pela transmissão vertical para o feto durante o período de gestação de uma mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente (BRASIL, 2020a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde (BRASIL, 2018b). No Brasil em 2019, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 152.915 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 72,8 casos/100.000 habitantes); 61.127 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 20,8/1.000 nascidos vivos); 24.130 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,2/1.000 nascidos vivos); e 173 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 5,9/100.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2020b).

No Rio Grande do Sul (RS), em 2019, foram notificados 14.864 casos de sífilis adquirida, 4.594 casos de sífilis em gestantes, 1.839 casos de sífilis congênita e 8 óbitos por sífilis congênita (BRASIL, 2020b). Entre 2018 e 2019, observou-se que no RS ocorreu redução da taxa de detecção de sífilis adquirida de 134,8 para 130,6 casos por 100.000 habitantes. O mesmo processo não ocorreu com a taxa de detecção de sífilis em gestantes em que se observou um aumento de 28,6 para 32,8 casos por 100.000 habitantes. A taxa de incidência de sífilis congênita apresentou uma redução de 13,9 para 13,1 casos por 1.000 nascidos vivos.

No município de Alvorada, em 2019, foram notificados 312 casos de sífilis adquirida, 183 casos de sífilis em gestantes e 71 casos de sífilis congênita. Entre 2018 e 2019, ocorreu um aumento das taxas de detecção de sífilis em gestante e da taxa de incidência de sífilis congênita em Alvorada, já no número de óbitos por sífilis congênita, ocorreu uma redução de 04 óbitos em 2018 para nenhum óbito em 2019 (BRASIL, 2020c).

O efetivo controle da sífilis depende, em grande medida, da disposição e vontade política de gestores para colocar em prática um movimento em prol da qualidade da atenção à gestante e suas parcerias sexuais durante o pré-natal, promover mobilização nacional para ampliação do acesso ao diagnóstico da população geral e das populações-chave e

estabelecer parcerias de base comunitária, além de vencer obstáculos quanto à administração de benzilpenicilina benzatina na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2018b).

Em resposta aos desafios para o controle da epidemia de sífilis, o Ministério da Saúde (MS) elaborou uma agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil. Essa agenda resultou na iniciativa de uma emenda parlamentar de 200 milhões de reais, destinada a implementar um projeto de resposta rápida à sífilis em 100 municípios prioritários, que respondem por aproximadamente 65% dos casos de sífilis do país (BRASIL, 2018b). O projeto foi concebido para induzir ações voltadas ao controle da sífilis nas redes de atenção à saúde, com atuação de apoiadores locais; produzir conhecimentos por meio de estudos operacionais; e potencializar a capacidade técnica de vigilância e assistência locais (BRASIL, 2018b). Dessa forma, a inserção do apoiador do Projeto “Sífilis Não” no município de Alvorada/RS contribuiu para um diálogo efetivo entre as áreas técnicas, o desenvolvimento de estratégias alinhadas às necessidades da gestão e, principalmente, para dar visibilidade à sífilis como grave problema de saúde pública.

DESENVOLVIMENTO

O município de Alvorada está localizado na região metropolitana de Porto Alegre, no estado do RS, possui uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020, de 211.352 habitantes. Em 2017, o município apresentou taxas altas de detecção de sífilis em gestantes e adquirida e incidência de sífilis congênita, atendendo os critérios para seleção do Projeto Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, considerando o número de habitantes e o índice composto de sífilis.

Em maio de 2018, ocorreu a primeira reunião com a participação da apoiadora de Pesquisa e Intervenção do Projeto “Sífilis

Não”, no município de Alvorada, no RS. Naquela ocasião, foram apresentados os objetivos do Projeto e realizada a escuta dos coordenadores das áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) sobre as dificuldades e potencialidades relacionadas à sífilis. Nos primeiros meses, foi realizado o reconhecimento do território, conhecendo: a organização da rede municipal de saúde; os serviços ofertados; os profissionais das áreas técnicas; os fluxos assistenciais; a situação do Comitê de Investigação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais; o cronograma de atividades de educação permanente; e os instrumentos de planejamento em saúde, com o objetivo de diagnosticar e elaborar um plano de trabalho para o município.

Ainda em 2018, as reuniões do Comitê de Investigação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais contaram com a presença e as contribuições da apoiadora de pesquisa e intervenção, que, no mesmo ano, também realizou visitas, com a técnica do Centro Municipal de Vigilância em Saúde, às Unidades Básicas de Saúde para participar das reuniões de equipe para escuta dos profissionais de saúde que atuavam na assistência e para promover atividades para qualificação dos profissionais a partir das recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST).

Nesse sentido, Campos (1999) menciona que o Apoio Matricial é uma metodologia de trabalho, um conjunto de conceitos sobre o “como fazer” o trabalho interprofissional, tanto em equipes quanto em redes de atenção à saúde (exercício da função apoio), em cogestão, de maneira compartilhada (CAMPOS, 1999). Nesse arranjo matricial, os profissionais das áreas especializadas que não participam integralmente do cotidiano das Equipes de Referências oferecem retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico a essas equipes (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Em 2019, foi proposto aos integrantes do Comitê a elaboração do relatório de recomendações para correção das falhas na assistência durante o pré-natal e seguimento da mulher após o parto, das crianças com sífilis congênita e exposta à sífilis, conforme o PCDT-IST. Durante as reuniões do Comitê, sempre foram discutidos os problemas observados nos estudos de casos que envolviam a qualidade da assistência ao pré-natal e a dificuldade dos profissionais de saúde em tomar a decisão adequada no manejo da sífilis em gestantes e na realização do monitoramento mensal das gestantes com sífilis. A partir disso, surgiu a ideia das recomendações aos serviços de saúde como uma solução alternativa para a superação dos problemas referentes à sífilis e, por conseguinte, a possibilidade de qualificar e aumentar a resolubilidade e a eficiência das redes de atenção à saúde.

Nesse contexto, a educação permanente em saúde é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanados do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e o controle social no cotidiano do trabalho com vista à produção de mudanças nesse contexto. Objetiva, assim, a qualificação e o aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, a qualidade e a humanização na prestação de serviços e o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 2018c).

Nessa perspectiva, as recomendações para correção das falhas na assistência durante o pré-natal e o seguimento da mulher após o parto, das crianças com sífilis congênita e expostas à sífilis se tornou um instrumento com a análise do caso e as indicações de conduta de tratamento e monitoramento. O documento passou a ser enviado pelo Centro Municipal de Vigilância em Saúde às equipes de Saúde da Família, Serviço Integrado

da Mulher, Ambulatório de Gestação de Alto Risco e serviços privados visando orientar os profissionais de saúde em relação às condutas adotadas e com vista a evitar novos casos de transmissão vertical da sífilis.

Esse instrumento incentivou os profissionais de saúde preocupados com as falhas apontadas a buscarem orientações junto à referência técnica do Programa Municipal de IST/HIV/Aids e do Centro Municipal de Vigilância em Saúde. Paralelo a isso, as reuniões do Comitê continuaram acontecendo mensalmente e o grupo de trabalho foi ficando cada vez mais coeso e propositivo, sugerindo a participação de outras áreas técnicas, ampliando a discussão para a implementação das linhas de cuidado das crianças com sífilis congênita e expostas à sífilis, viabilizando mais uma estratégia para fortalecimento dos processos de trabalho no enfrentamento à sífilis.

A construção da Linha de cuidado da criança exposta à sífilis e com sífilis congênita foi resultado de inúmeros problemas observados nos estudos de casos analisados no Comitê e a constatação de que as crianças estavam recebendo alta hospitalar e as equipes de Saúde da Família não estavam realizando o seguimento clínico-laboratorial desses indivíduos. Outros problemas apontados foram: a baixa cobertura de atenção primária e, conseqüentemente, a falta de Unidade Básica de Saúde de referência para todos os casos; necessidade de realizar capacitação dos profissionais; falta de comunicação entre hospital e atenção primária; dificuldades de referenciamento para os serviços de saúde especializados; monitoramento laboratorial e de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita até o 18º mês, entre outros problemas percebidos pelo Comitê.

Frente a esses desafios, em que as práticas da Rede de Atenção à Saúde (RAS) estavam desarticuladas e prejudicando o seguimento das crianças com sífilis congênita e expostas à sífilis, foram implementadas as linhas de cuidado que expressam os fluxos assistenciais

seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender as suas necessidades de saúde (FRANCO; FRANCO, 2012). Ademais, normatiza as ações que se desenvolvem em todos os pontos de atenção de uma RAS (níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde) e nos sistemas de apoio (MENDES, 2011).

RESULTADOS E LIÇÕES APRENDIDAS

A partir da compreensão da situação epidemiológica da sífilis do município de Alvorada e das dificuldades institucionais da SMS, a atuação do apoiador no território foi pautada no fortalecimento dos processos de trabalho, no estabelecimento de fluxos de atendimento, na integração das áreas técnicas e da rede de atenção à saúde, no papel do Comitê de Investigação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais perante a essa grave situação de saúde pública que a sífilis se tornou, estimulando as práticas baseadas no PCDT-IST, busca ativa e monitoramento clínico-laboratorial dos casos. As atividades foram desenvolvidas em parceria com as referências técnicas municipais do Centro de Vigilância em Saúde, do Programa de IST/HIV/Aids, atenção básica, saúde da mulher e da coordenação médica e de enfermagem. Os encontros ocorreram periodicamente durante os quais eram discutidos os problemas e apontadas as possíveis soluções, considerando a estrutura organizacional do município.

No decorrer do desenvolvimento das atividades do Projeto, foi desafiador aprofundar vivências democráticas e de colaboração entre as áreas técnicas envolvidas. No início, a inserção junto às áreas técnicas da SMS e o trabalho do apoio avançaram lentamente, sendo essencial estabelecer relações de confiança com os profissionais das áreas técnicas. Após essa fase inicial, a articulação entre as áreas técnicas foi essencial para o funcionamento regular do Comitê e a construção dos demais instrumentos.

Ainda há muito o que progredir no enfrentamento à sífilis para reduzir o número de casos, visto que muitas intervenções não foram possíveis de realizar nesse período, pois demandam de mais tempo para planejamento e implementação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da narrativa apresentada, evidencia-se a necessidade de continuidade das ações até agora implementadas para alcançar os resultados almejados pelo Projeto "Sífilis Não". O vínculo estabelecido entre a apoiadora e as áreas técnicas favoreceu sobremaneira a organização das atividades e viabilizou um trabalho efetivo de apoio.

O apoiador de pesquisa e intervenção além de cumprir com um importante papel no acompanhamento e na organização dos processos de trabalho às áreas técnicas e assistenciais da SMS, precisa de muita capacidade de diálogo e escuta, disposição para articulação, além de qualificação técnica e muita disposição para novas experiências. É importante destacar que avanços são observados nesses dois anos, mas ainda há muito o que fazer, como ampliar os momentos de formação dos profissionais de saúde, a operacionalização das Linhas de Cuidado, articular ações intersetoriais entre saúde, controle social e comunidade, aumentar a cobertura de diagnóstico e fortalecer o processo de planejamento de ações em torno do enfrentamento da sífilis. Por fim, cabe reafirmar sobre a relevância na continuidade das ações estratégicas previstas no Projeto "Sífilis Não", possibilitando o fortalecimento e a qualificação dos processos de trabalho desenvolvidos pelo município, bem como dar seguimento ao trabalho coletivo e colaborativo do Comitê que possibilita o compartilhamento de conhecimentos e experiências.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília, v. 49, n. 45, out. 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília, ano V., n. especial, out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília, ano VI, n. especial, out. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros**, 2020c. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. Acesso em: 04 nov. 2020.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas de cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf. Acesso em: 11 mar. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.



QUANDO O CUIDADO ENCONTRA A RUA: EXPERIÊNCIAS DE ENFRENTAMENTO À SÍFILIS COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

WHEN CARE MEETS THE STREET: EXPERIENCES OF COPING WITH SYPHILIS IN THE HOMELESS POPULATION

Diego da Silva Medeiros

Sociólogo. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Saúde Coletiva. Doutorando em Sociologia (UECE). Apoiador do Projeto Pesquisa Aplicada para Integração Inteligente Orientada ao Fortalecimento das Redes de Atenção para Resposta Rápida à Sífilis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: diego.medeiros@lais.huol.ufrn.br.

Louanne Aires Pereira

Psicóloga. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Apoiadora do Projeto Pesquisa Aplicada para Integração Inteligente Orientada ao Fortalecimento das Redes de Atenção para Resposta Rápida à Sífilis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: louanne.aires@lais.huol.ufrn.br.

Janete Romão dos Santos

Enfermeira. Especialista em Gestão e Saúde. Especialista em Infectologia. Mestre em Saúde Pública. Voluntária do Grupo Espírita Casa da Sopa. Enfermeira do Hospital São José de Doenças Infecciosas. E-mail: janeteromao25@gmail.com.

Mirleide de Brito Figueiredo

Assistente Social. Assessora Técnica da Área Técnica de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais - Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. E-mail: mirfigueiredo@gmail.com.

Aline Rodrigues Feitoza

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Enfermagem Forense. Mestre e doutora em Enfermagem (UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Assessora Técnica da Área Técnica de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais - Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. E-mail: alinerodfeitoza@gmail.com.

Marcos Cavalcante Paiva

Enfermeiro. Especialista em Educação Profissional da Área da Saúde. Especialista em Saúde Pública. Enfermeiro do Hospital São José de Doenças Infecciosas. Coordenador da Área Técnica de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais - Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. E-mail: olekmcp@gmail.com.



RESUMO

A população em situação de rua é prioritária para o enfrentamento da epidemia de sífilis.

Este estudo consiste em um relato de experiência das articulações do Projeto “Sífilis Não” no município de Fortaleza-Ce, para

acesso da população em situação de rua à testagem rápida de sífilis. Para tanto, mobilizou instituições da saúde, da assistência social e da sociedade civil para a realização de duas campanhas extramuros de oferta de testes rápidos de sífilis. A intersetorialidade é fundamental para a resposta à sífilis. A primeira campanha ocorreu nas dependências de uma organização da sociedade civil; a segunda, num equipamento da assistência social para a população em situação de rua. Houve significativa adesão da população em situação de rua nas duas campanhas e a possibilidade de construção de vínculos no que diz respeito à sífilis. A efetividade de uma política pública de acesso dessa população à saúde requer que se observem as singularidades desse segmento, bem como os elementos sociais, políticos e econômicos que as atravessam. Os artifícios meramente biomédicos não são suficientes para impactar esse cenário. O desafio é superar a dupla invisibilidade: a sífilis e a população em situação de rua. A manutenção das atividades de enfrentamento à sífilis requer um duplo tensionamento: das populações para as instituições e das instituições para as populações.

Palavras-chave: Sífilis; População em situação de rua; Teste rápido; Acesso à saúde; Organização da sociedade civil.

ABSTRACT

The homeless population is a priority for facing the syphilis epidemic. It is an experience report of the articulations of the "No Syphilis" Project in the city of Fortaleza to access rapid syphilis testing. To this end, the Project involved health, social assistance and civil society institutions carry out two extra-wall campaigns offering rapid syphilis tests. Intersectoriality is fundamental to the response to syphilis. The first campaign took place on the premises of a civil society organization, the second on social assistance equipment for the homeless population. There was significant adherence

by the PSR in both campaigns and the possibility of building bonds concerning syphilis. The effectiveness of an accessible public policy of the homeless population requires observing the singularities of this segment, as well as the social, political and economic elements that go through them. Merely biomedical devices are not enough to impact this scenario. The challenge is to overcome the double invisibility: syphilis and homelessness. Maintaining activities to combat syphilis requires double tension: from population to institutions and from institutions to population.

Key-words: Syphilis; Homeless population; Rapid test, Access to health; Civil society organization.

INTRODUÇÃO

A sífilis segue causando morbidade e mortalidade em todo o mundo, embora as estratégias biomédicas de prevenção, diagnóstico e tratamento estejam disponíveis para o controle dessa infecção sexualmente transmissível (IST). Os casos têm recrudescido em países de alta renda e permanecido endêmicos em países de baixa e média renda, como o Brasil (KOJIMA; KLAUSNER, 2018). A cada ano, cerca de seis milhões de novos casos de sífilis em pessoas com idades entre 15 e 49 anos são identificados, principalmente concentrados em populações específicas (STEVENS *et al.*, 2015).

Em 2019, foram registrados 152.915 novos casos de sífilis adquirida no Brasil. Entre os anos de 2015 e 2018, houve aumento na taxa de detecção em sífilis adquirida, que saltou de 34,1 casos para 76,2 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Ainda em 2019, a maior parte das notificações de indivíduos com sífilis adquirida ocorreu em 36,2% na faixa etária de 20 e 29 anos e 21,8% na faixa etária de 30 a 39 anos. Em relação ao gênero, foram diagnosticados 41,1% de homens e 58,9% de mulheres, e,

destas, 47,1% foram notificadas como sífilis adquirida e 52,9% como sífilis em gestantes, sugerindo o maior número de casos em mulheres devido à oferta da testagem no protocolo do pré-natal. As pessoas pardas (38,1%) e pretas (10,2%) compreendem 48,3% dos casos de sífilis adquirida, enquanto as brancas 35,3% e 15,1% de ignorados (BRASIL, 2020). Esses dados revelam não só o aprimoramento da vigilância epidemiológica mas também uma epidemia ascendente e insistente, principalmente quando se consideram as singularidades dos indivíduos, as regiões e os territórios.

O estado do Ceará apresenta dinâmica semelhante. Em 2019, foram notificados 3.169 casos de sífilis adquirida. Entre os anos de 2015 e 2019, a taxa de detecção oscilou de 7,6 para 34,7 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. A Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Fortaleza é responsável pela detecção de 71,6% dos casos (CEARÁ, 2020).

A epidemia de sífilis apresenta sinais de concentração em grupos populacionais específicos. O Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) do Ministério da Saúde (MS), alinhado à Organização Mundial de Saúde (OMS), nomeia populações-chave (*key populations*) aquelas atingidas por ISTs de forma desproporcional e desigual em comparação à população geral, tanto no aspecto epidemiológico quanto em relação ao acesso à saúde. São elas: homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade, trabalhadores do sexo e transgêneros (BRASIL, 2018).

Ainda no aspecto conceitual, nomeiam-se de “populações prioritárias” as que, associadas às populações-chave, apresentam vulnerabilidades aumentadas devido à situação de vida ou a contextos históricos, sociais e estruturais, a saber: jovens, população preta, indígenas e pessoas em situação de rua. Importa dizer, todavia, que não há

uma identidade pura para esse sujeito. O indivíduo pode ser atravessado por mais de uma condição, isto é, um HSH pode estar em situação de rua e abusar de álcool e outras substâncias psicoativas, configurando aquilo que Richard Parker (2000) denominou de “sinergia de vulnerabilidades”. Todos os segmentos populacionais denominados “chaves” ou “prioritários” devem ser observados como potencialmente transversais (BRASIL, 2018).

A população em situação de rua (PSR) caracteriza-se pela pobreza extrema; vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; inexistência de moradia convencional regular; usuários de logradouros públicos ou áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente; usuários de unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. Segundo censo realizado em 2014 pela Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS), o município de Fortaleza possuía 1.718 indivíduos em situação de rua; destes, 74,6% estavam na faixa etária de 19 e 44 anos; 83,5% identificaram-se como sendo do sexo masculino; e 79,1% com ensino fundamental ou inferior. Essa população está concentrada, em sua maioria, no território da Secretaria Regional II (SR II), nos bairros do Centro e Beira Mar (FORTALEZA, 2018).

O censo revelou, ainda, que 79,8% faziam uso de algum tipo de droga; 52,8% estavam há pelo menos dois anos morando na rua; 38,35% não utilizavam serviços públicos; 37,2% tinham problemas de saúde; 45,6% sofreram violência na rua; 46,1% ganhavam, em média, abaixo de 100 reais por semana (FORTALEZA, 2018). Uma característica marcante das PSR é a heterogeneidade, de modo que uma análise acurada requer a observância do contexto cultural, social, econômico, histórico, comunitário e pessoal (ESMERALDO FILHO, 2010).

A PSR estabelece vínculos mais facilmente com os equipamentos da assistência

social e das organizações da sociedade civil em relação às unidades de saúde (SANTOS, 2019). O acolhimento desse segmento da população nas unidades da atenção primária é limitado, em virtude das barreiras impostas pela estrutura e pelos profissionais de saúde, tais como preconceito, desrespeito, mau atendimento e insatisfação dos usuários (ESMERALDINO FILHO, 2010; SANTOS, 2019).

Pesquisas realizadas com a população em situação de rua abrigada em Goiânia apontaram prevalência de sífilis bastante elevada, demonstrando a importância da intervenção educacional, do aprimoramento dos programas de redução de riscos, do desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle, incluindo aconselhamento e testagem, bem como o oferecimento de tratamento para ISTs nos cenários de rua e abrigos temporários e/ou permanentes (PINHEIRO, 2017; BARROS *et al.*, 2018).

Investigação realizada no município de São Paulo afirma que a PSR pode ser receptiva à oferta de teste rápido para a sífilis, bem como ao tratamento dos casos reagentes. No entanto, ações extramuros sistemáticas de oferta de testes não são observadas. Essas atividades são fundamentais para proporcionar o acesso à saúde de uma população historicamente invisibilizada nas unidades de saúde. Políticas de rastreamento da sífilis e outras ISTs que não considerem as populações assintomáticas de difícil acesso, como a PSR, podem acarretar perda de oportunidade de redução significativa das infecções (PINTO *et al.*, 2014).

O Projeto “Sífilis Não”, por meio dos apoiadores articulados prioritariamente à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tem a intenção de intervir no acesso à saúde da PSR, população prioritária para a epidemia de sífilis, tecendo redes com ampla capilarização, envolvendo outras secretarias e organizações da sociedade civil e observando as singularidades do território vivo para além da perspectiva biopolítica de controle dos

corpos e do cuidado meramente protocolar (FRANCO, 2013; MERHY *et al.*, 2014).

O objetivo deste estudo consiste em fomentar experiências de atividades extramuros que proporcionem à PSR acesso à saúde por meio da testagem rápida de sífilis. Essas experiências, a um só tempo, consideraram a formação e atualização sobre sífilis (aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais) para as (os) agentes envolvidas (os) e para as singularidades desse segmento da população na construção de ações com a temática das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Para esse intento, a rede viva de cuidado constituída (MERHY *et al.*, 2014) contou com: apoiadores do Projeto “Sífilis Não”, Área Técnica de IST, HIV/Aids e hepatites virais, Coordenadoria Regional de Saúde II, Estratégia Fique Sabendo Jovem, Liga Acadêmica de Estudos e Pesquisas do Vírus da Imunodeficiência Humana (LAVIH) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Grupo Espírita Casa da Sopa, Unidade de Atendimento Primário à Saúde Paulo Marcelo (UAPS Paulo Marcelo), Consultório na Rua e Centro de Convivência da População em Situação de Rua.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência dos apoiadores do Projeto “Sífilis Não” no município de Fortaleza para articulação de uma rede viva de cuidado que compreende instituições para fomento de ações extramuros de ofertas de testes rápidos para sífilis junto à população em situação de rua (PSR).

As articulações resultaram em duas ações: a primeira realizada nas dependências de uma organização da sociedade civil (OSC) chamada Grupo Espírita Casa da Sopa (GECS), no dia 21 de outubro de 2019; a segunda no Centro de Convivência para a População em Situação de Rua (CCPSR), equipamento da Secretaria de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social

(SDHDS), no dia 13 de outubro de 2020. As duas instituições estão localizadas no centro do município de Fortaleza, espaço preferencial da PSR (FORTALEZA, 2018), e acolhem, a seu modo, essa população. Nas ações realizadas, os apoiadores do Projeto “Sífilis Não” estiveram associados à Área Técnica de IST, HIV/Aids e hepatites virais da SMS e à Coordenadoria Regional de Saúde II (CORES II) da Secretaria Regional II (SR II), ambas disponibilizando os insumos necessários para a realização das atividades.

O GECS é uma organização alinhada aos preceitos espiritistas, que atua no centro de Fortaleza há 25 anos, com atividades específicas em cada dia da semana. O trabalho consiste em acolher a PSR que deseja se alimentar, tomar um banho, estudar o evangelho, acessar vestimentas e outros objetos disponibilizados pela organização, além de atendimento ambulatorial de saúde.

A articulação foi tecida com a Coordenação de Saúde da instituição que nos acolheu em reunião preliminar de planejamento da ação. Participaram da atividade os apoiadores do Projeto “Sífilis Não”; técnicas (os) da Área Técnica de IST, HIV/Aids e hepatites virais; acadêmicas(os) da LAVIH-UNIFOR; membros da Estratégia Fique Sabendo Jovem; e voluntárias(os) do GECS.

O CCPSR é um equipamento da SDHDS que funciona de segunda a sexta, no horário comercial, e está localizado no centro de Fortaleza, proporcionando espaço, durante o dia, para atividades de socialização, fortalecimento de vínculos interpessoais e familiares e cuidados básicos com alimentação, higiene pessoal e lavanderia. A capacidade é de 200 pessoas por dia, entre homens, mulheres adultas e famílias em situação de rua. A ação foi articulada pela CORES II e profissionais de saúde do Consultório na Rua, os quais têm por base a UAPS Paulo Marcelo, e contou com o apoio do Projeto “Sífilis Não” e da Área Técnica de IST, HIV/Aids e hepatites virais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os apoiadores do Projeto “Sífilis Não” têm por atividade observar os territórios, as potencialidades e os obstáculos para ações de construção de redes vivas de cuidado e incremento do acesso à saúde das populações-chave e prioritárias para a epidemia de sífilis. Em relação à PSR no município de Fortaleza, os territórios são amplamente conhecidos pelas políticas públicas da assistência social, das organizações da sociedade civil (OSC) e da saúde, inclusive as instituições estão sediadas no próprio território. A Área Técnica de IST, HIV/Aids e hepatites virais, com sede no centro da cidade e parceira intrínseca do Projeto “Sífilis Não”, já monitora e atua no território.

O nosso papel, portanto, é auxiliar a gestão municipal no fomento das redes vivas de cuidado, e, para tanto, são decididas em conjunto as potenciais parcerias que lidam cotidianamente com a PSR. O município de Fortaleza possui divisão administrativa em seis Secretarias Regionais (SR) e cada SR possui uma Coordenadoria Regional de Saúde (CORES). Assim, o território do centro de Fortaleza está sob responsabilidade sanitária da CORES II, que participa ativamente do planejamento e articulação das ações.

GRUPO ESPÍRITA CASA DA SOPA (GECS)

O GECS é uma organização da sociedade civil de longa atuação no território do centro de Fortaleza, com atividade destacada no acolhimento à PSR há mais de duas décadas. A instituição já realizou atividades pontuais de oferta de testes rápidos junto à Área Técnica de IST, HIV/Aids e hepatites virais. O desafio atual, portanto, é estabelecer um fluxo sistemático.

O GECS é composto por voluntárias(os) que realizam o trabalho semanal. Não há trabalhadoras(es) formais remuneradas(os) e a instituição conta com uma Coordenação de

Saúde composta de profissionais de saúde igualmente voluntárias(os). A ação relatada teve articulação com a Coordenação de Saúde do GECS em reuniões prévias realizadas na sede da instituição, encontros que são marcados por atualizações sobre a epidemia de sífilis e planejamentos das ações segundo o espaço físico e disponibilidade das(os) agentes envolvidas(os).

As atividades ordinárias do GECS se iniciam, geralmente, no final da tarde. Em cada dia da semana há uma atividade distinta. Às segundas-feiras, em específico, há o acolhimento da PSR para banho, alimentação, estudo do evangelho com música de harmonização e atendimentos de saúde, caso necessitem. Esse foi o dia escolhido para ação disparada pelo Projeto “Sífilis Não” em parceria com a Estratégia Fique Sabendo Jovem e a Liga Acadêmica de Estudos e Pesquisas do Vírus da Imunodeficiência Humana (LAVIH) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

As(os) profissionais de saúde, acadêmicas(os) e voluntárias(os) do GECS estavam organizadas(os) em pontos de atuação para a oferta do teste rápido para sífilis, tais como o acolhimento daquelas(es) que desejavam fazer o teste em lista de interesse; condução para a sala fechada onde ocorria o pré-aconselhamento; em seguida, para sala onde se realizaria a coleta do material biológico; e, por fim, até a sala fechada para entrega do resultado. A organização da atividade estava atenta para garantir a realização do teste de acordo com a chegada das(os) usuárias(os) e com o máximo de discrição e sigilo possível. Essa tecnologia de oferta de teste extramuros é bastante utilizada pela Área Técnica de IST, HIV/Aids e hepatites virais, que possui expertise consolidada.

Na ocasião, 27 pessoas realizaram o teste rápido treponêmico para sífilis com oito resultados reagentes. Esses indivíduos foram referenciados para a unidade básica de saúde previamente comunicada da ação no GECS. Avaliamos como significativa a adesão das pessoas à campanha,

em consonância com estudo semelhante relativo à recepção dos testes junto às PSR (PINTO *et al.*, 2014). A limitação, no entanto, consiste na incógnita relativa ao encaminhamento das pessoas com resultado reagente, devido às conhecidas barreiras de acesso na atenção primária. Essa limitação do seguimento poderia ser dirimida caso estivesse disponível a administração da primeira dose de penicilina benzatina na ocasião da campanha, questão que, todavia, está sendo amplamente discutida nos espaços colegiados do Projeto “Sífilis Não” no município de Fortaleza, para aplicação em curto prazo.

A campanha disparou processos de visibilidade da epidemia de sífilis entre as(os) voluntárias(os) e as(os) usuárias(os) do GECS. Na ocasião, foram observados: participação de pessoas receosas da realização dos testes, mas encorajadas(os) pelas(os) colegas da rua; os aspectos informativos e educativos da campanha sobre práticas sexuais mais seguras e a importância do diagnóstico oportuno; a oportunidade de estar em contato com profissionais de saúde para orientações em ambiente discreto e sigiloso; e, por fim, a referência da instituição como espaço de cuidado (há relatos das(os) voluntárias(os) sobre sondagens, meses depois em relação à oferta de testes). O planejamento consistia em campanhas com frequência semestral, mas sofreu descontinuidade devido à emergência da pandemia de covid-19. As articulações estão sendo retomadas com a participação da Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares para os próximos meses.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (CCPSR)

Os equipamentos da assistência social para a população em situação de rua, sob a responsabilidade da Secretaria de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS), são estratégicos para ações sistemáticas de

enfrentamento à sífilis. Segundo Santos (2019), a PSR tem mais familiaridade com os equipamentos da assistência social do que com as unidades de saúde. Os serviços da assistência social para a população adulta em situação de rua no município de Fortaleza contam com um Centro de Convivência, dois Centros Pop, duas Pousadas Sociais, uma Casa de Passagem, dois Abrigos Institucionais (um para homens, outro para mulheres e famílias) e um Refeitório Social.

O CCPSR está a duas quadras da UAPS Paulo Marcelo, ambos localizados no centro de Fortaleza. O Consultório na Rua (CR), com base na UAPS, já realiza, pontualmente, ações de saúde no CCPSR. Motivada pelo mês de outubro de enfrentamento à sífilis e provocada pelos apoiadores do Projeto “Sífilis Não”, a CORES II mobilizou o CR para ações no âmbito da sífilis, que foram prontamente acatadas pela equipe. O CR entrou em contato com a coordenação do CCPSR, que disponibilizou o espaço físico para a realização da campanha de testagem de sífilis. Estiveram envolvidas(os) na ação as(os) profissionais do CCPSR, de saúde do CR e da UAPS Paulo Marcelo, além dos apoiadores do Projeto “Sífilis Não”.

O CCPSR é um espaço de acolhimento durante o dia que disponibiliza cuidados básicos (banho, alimentação e lavanderia), atendimento sobre direitos sociais, desenvolvimento de atividades de sociabilidades para fortalecimentos de vínculos e construção de projetos de vida. O espaço mais ao fundo do prédio contém uma televisão com cadeiras e mesas dispostas para atividades de lazer das(os) usuárias(os) e um espaço livre onde há uma piscina aterrada. Como não havia salas disponíveis para a ação, mais ao fundo do prédio, posicionamos mesas e cadeiras para o fluxo da oferta de testes rápidos.

No intuito de garantir a discrição e o sigilo, mantemos distância de uma mesa para outra. Havia, então, três pontos para ação: duas mesas para aconselhamento pré-teste e entrega dos resultados; um conjunto de mesas para a coleta de material biológico.

As(os) usuárias(os) que estavam nesse ambiente com a televisão manifestavam interesse em participar da testagem e um profissional do CCPSR registrava cada um. Segundo a ordem da manifestação do interesse, as(os) usuárias(os) eram conduzidas(os) para as mesas de pré-aconselhamento, e, em seguida, seguiam para o conjunto de mesas para coleta do material biológico. Depois de realizado o exame, retornavam à primeira mesa para a entrega do resultado.

Na ocasião, 23 pessoas realizaram o teste rápido treponêmico para sífilis e nenhum resultado reagente. As(os) usuárias(os) que realizaram a testagem tiveram orientações sobre promoção, prevenção, sintomas de IST e outros agravos, além de tratar sobre o acesso ao serviço pelas profissionais de saúde participantes da ação que atuam na própria UAPS Paulo Marcelo, possibilitando estreitamento do vínculo. A participação do CR e da UAPS Paulo Marcelo permite que as(os) profissionais e usuárias(os) do CCPSR conheçam as profissionais de saúde e facilitem o acesso à atenção primária, ainda comprometido por uma série de barreiras, estas, inclusive, descritas aos apoiadores do Projeto “Sífilis Não” no momento do pré-aconselhamento por pessoas que fariam a testagem.

A campanha de testagem para sífilis aproximou os apoiadores do Projeto “Sífilis Não” da coordenação do CCPSR que, por sua vez, aproximou-nos da gestão central dos equipamentos da assistência social para a população em situação de rua da SDHDS. A ideia é disparar um processo de formação sobre sífilis para as(os) profissionais que atuam naqueles equipamentos, no intuito de que se sintam seguras(os) em abordar o tema; disponibilizar bancos de preservativos em parceria com a Área Técnica de IST, HIV/Aids e hepatites virais para todos os equipamentos; e identificar possíveis profissionais de saúde atuantes nesses equipamentos para capacitação e realização da testagem rápida para sífilis.

A participação do CR nessas atividades é de fundamental importância; no entanto, o

funcionamento restrito ao horário comercial é um ponto limitador, o que impediu, por exemplo, a participação na campanha de oferta de testes no GECS, pois a ação ocorreu no período noturno, momento propício para a aproximação da PSR que não está abrigada em equipamentos da assistência social. A expectativa pós-campanha é a referência sistemática e estreita do CCPSR com o CR e a UAPS Paulo Marcelo para as questões que dizem respeito à sífilis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grande desafio do Projeto “Sífilis Não” é a visibilidade da epidemia de sífilis nas ações que se engendram nos espaços da saúde. Compreender a sífilis para além dos exames do pré-natal, ainda frágeis, requer que desloquemos a sexualidade da sua faceta meramente reprodutiva e a posicionemos na vida integral das pessoas. Essas ações não podem prescindir do contato com as populações-chave e prioritárias, sob pena de não impactarem verdadeiramente a epidemia de sífilis.

Há uma segunda invisibilidade: a população em situação de rua. Trabalhamos com uma dupla invisibilidade que incrementa a vulnerabilidade para as ISTs. O movimento engendrado pelo Projeto “Sífilis Não” é de observação do território vivo e posterior identificação de instituições e sujeitos que estejam próximos da população em situação de rua, para, em conjunto, viabilizar ações que promovam a saúde, a prevenção, o diagnóstico oportuno e o tratamento. Assim, além do campo da saúde, que precisa estar mobilizado, é mister que se envolvam as organizações da sociedade civil e os equipamentos da assistência social que estão no cotidiano das populações em situação de rua.

A manutenção das atividades que consideram a sífilis requer um duplo tensionamento: aquele que vem da base, da população, seja individual ou coletivamente, junto às instituições (sejam elas de saúde, assistência social

ou educação); e, o outro, aquele que vem das instituições para a base. Na medida em que um desses polos está fragilizado, o outro deve empreender esforços para manter a visibilidade de uma epidemia que requer mais do que insumos biomédicos.

AGRADECIMENTOS

A todas as instituições citadas neste relato de experiência, bem como às(aos) profissionais de saúde, às(aos) profissionais das instituições da assistência social e às(aos) voluntárias(os) das organizações da sociedade civil, que se empenharam nas ações de enfrentamento à sífilis.

REFERÊNCIAS

- BARROS, C. V. L. et al. Bio-behavioral survey of syphilis in homeless men in Central Brazil: a cross-sectional study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Agenda estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Especial - Sífilis**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2020.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Regulação. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**, n. 04. Fortaleza/CE: Secretaria de Saúde, 2020.
- ESMERALDO FILHO, C. E. **Necessidades de saúde dos moradores de rua**: desafios para as políticas sociais do município de Fortaleza-CE. 2010. 159f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social. **Cartilha de Políticas Públicas para População em Situação de Rua de Fortaleza**. Fortaleza/CE: SDHDS, 2018.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- KOJIMA N.; KLAUSNER J.D. An Update on the Global Epidemiology of Syphilis. **Current Epidemiology Reports**, v. 5, n. 1, p. 24-38, mar. 2018.
- MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua; implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out. 2014.
- PARKER, R. **Na contramão da Aids**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000.
- PINHEIRO, R. S. **Pessoas em situação de rua abrigadas**: uma população-chave na epidemiologia da sífilis e infecção pelo HIV em Goiânia-Goiás. 2017. 195f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.
- PINTO, V. M. et al. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 341-354, jun. 2014.

SANTOS, J. R. **Viver na rua e a atuação das redes em saúde**. 2019. 88f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

STEVENS, G. *et al.* Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. **PLoS One**, v. 10, n. 12, dez. 2015.



TRAJETÓRIA DA ARTICULAÇÃO DO “PROJETO QUALIREDE” COM A RESPOSTA PARA A SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ – MATO GROSSO, 2019

TRAJECTORY OF THE ARTICULATION OF THE “PROJECT QUALIREDE” WITH THE RESPONSE FOR SYPHILIS IN THE MUNICIPALITY OF CUIABÁ - MATO GROSSO, 2019

Míriam Estela de Souza Freire

Graduação em Enfermagem Obstetrícia pela UFMT (1992), com Especialização em Saúde Pública, Epidemiologia, Docência na Área de Vigilância da Saúde, Vigilância em Saúde de Doenças Transmissíveis, Mestranda em Saúde Coletiva, Servidora da Secretaria de Estadual de Saúde de Mato Grosso e Apoiadora Projeto “Sífilis Não” em Cuiabá – MT/MS/UFRN. E-mail: miriam.freire@lais.huol.ufrn.br.

Susi Astolfo

Graduação em Educação Física e Saúde Coletiva (UFMT). Especialista em Avaliação em Saúde e Gestão Federal do SUS, Mestra e doutoranda em Saúde Coletiva, Servidora na Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Mato Grosso (Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa). E-mail: susiastolfo@yahoo.com.br.

Ruth Terezinha Kehrig

Professora Associada e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2001), Administradora, Sanitarista e Gestora Pública atuando na área de Políticas, Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços no campo da Saúde Coletiva. ruth.kehrig@gmail.com.

Fabiano Lima da Silva

Graduação em Tecnologia em Processamento de Dados pela FIC e Direito pela UNIC, Especialista em Saúde Pública, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Mestre em Saúde Coletiva, Professor da Universidade de Cuiabá (UNIC), Servidor da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES-MT) e Pesquisador do Projeto QualiRede do Instituto de Saúde Coletiva (ISC – UFMT). E-mail: fabianolimsil@gmail.com.



RESUMO

Diagnóstico oportuno, tratamento adequado e fortalecimento do contínuo do cuidado no enfrentamento da sífilis permitem reduzir a sua transmissão nos diversos grupos populacionais. A qualificação do cuidado em Infecções Sexualmente Transmissíveis,

com destaque para a sífilis, propicia o controle desses agravos. Tal efeito depende, em parte, da qualidade da assistência ambulatorial e implica a articulação em rede entre os serviços especializados e de Atenção Primária à Saúde para o cuidado devido à saúde sexual e reprodutiva da população.

A articulação de iniciativas relacionadas à qualificação do cuidado das Infecções Sexualmente Transmitidas, a exemplo do Projeto "Sífilis Não", assim como o "Projeto QualiRede", propõe uma intervenção com a finalidade de aprimorar o contínuo do cuidado a pessoas que vivem com agravos que compõem as Infecções Sexualmente Transmissíveis. No município de Cuiabá/MT, foi possível desenhar um projeto piloto de aproximação às intervenções preconizadas nos respectivos protocolos oficiais no âmbito do Sistema Único de Saúde. A metodologia de intervenção toma por base oficinas de aprendizado com responsáveis técnicos e coordenadores de Unidades Básicas de Saúde selecionados da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, com os objetivos de diagnóstico da situação e construção de planos de trabalho locais para o enfrentamento desses agravos. A intervenção operada consiste no automonitoramento local das ações por Unidades Básicas de Saúde, dados e informações das unidades, de indicadores de base populacional, de resultados clínicos e da qualidade organizacional dos serviços. A construção do contínuo do cuidado em Infecções Sexualmente Transmissíveis implica a integração das ações de promoção, prevenção, diagnóstico e assistência às Infecções Sexualmente Transmissíveis, com prioridade para a sífilis como opção institucional, a partir das unidades básicas de saúde. O presente relato objetiva mostrar os resultados da ação realizada até o momento.

Palavras-chave: Sífilis; Atenção Primária à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The timely diagnosis, adequate treatment and strengthening of the continuum of care in the fight against syphilis allows to reduce its transmission in different population groups. The qualification of care in sexually transmitted infections, with emphasis on syphilis, provides control of these injuries. This effect depends in part on the quality of outpatient care and

implies the networking between specialized services and primary health care for care due to the population's Sexual and Reproductive Health. The articulation of initiatives related to the qualification of sexually transmitted infections care, like the "Project Sífilis Não", as well as the "QualiRede Project", proposes an intervention with the purpose of improving the continuum of care for people living with health problems that make up sexually transmitted infections. In the municipality of Cuiabá - MT, it was possible to design a pilot project to approximate the interventions recommended in the respective official protocols within the scope of Health Unic System. The intervention methodology was based on learning workshops with technical managers and coordinators of basic health units selected from the Municipal Health Secretariat of Cuiabá with the objectives of diagnosing the situation and building local work plans to face these grievances. The intervention operated was anchored in the local self-monitoring of actions by basic health units, data and information from the units, population-based indicators, clinical results and the organizational quality of services. The construction of the continuum of care in sexually transmitted infections implies the integration of actions to promote, prevent, diagnose and assist sexually transmitted infections, with priority for syphilis as an institutional option, based on basic health units. The present report aims to show the results of the action carried out so far.

Key-words: Syphilis; Primary Health Care; Quality of Health Care.

INTRODUÇÃO

A persistência da sífilis como um problema de saúde pública pode estar relacionada à falta de percepção dos profissionais de saúde de que a sífilis adquirida, em quaisquer de suas formas, com destaque para a sífilis na gestação e congênita, podem gerar

graves consequências para mulher e seu conceito, tendo como fatores associados a ausência ou a baixa cobertura dos programas de prevenção, a existência de barreiras para o acesso à assistência pré-natal e a estigmatização com as infecções de transmissão sexual (GALBAN; BENZAKEN, 2007).

O aumento da incidência da sífilis congênita no Brasil e em outros países evidencia falhas na assistência pré-natal relacionadas ao controle de uma infecção, cujo Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) é bem divulgado, com triagem sorológica e tratamento de baixo custo. Esse fato contrasta com a redução da transmissão vertical do HIV, já demonstrada no Brasil, apesar de possuir protocolos clínicos bem mais complexos e de custo elevado comparando com a transmissão vertical da sífilis, entretanto, é mais consolidado entre os profissionais e serviços de saúde (AMARAL, 2012).

No período de 2016 a 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou que a sífilis atingiu mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo, calculou-se um total de 6,3 milhões de casos de sífilis curáveis (WHO, 2019). No Brasil, em 2018, foram notificados cerca de 158 mil casos de sífilis adquirida, 63 mil casos de sífilis em gestantes e, aproximadamente, 26 mil casos de sífilis congênita. Esses números apontam aumento de 28,3% e 25,7% na taxa de detecção de sífilis adquirida e de sífilis em gestantes respectivamente, e de 5,2% na incidência de sífilis congênita no comparativo de 2017 para 2018 (BRASIL, 2020a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b), por intermédio do então Departamento de IST, HIV/aids e hepatites virais, preocupado com o cenário epidemiológico da sífilis, decretou epidemia de sífilis no Brasil em 2016. Isso exigiu das autoridades sanitárias, nos diferentes entes federados, ações estratégicas com vista à redução dos números da sífilis no país. No início de 2017, foi aprovada, por meio da Lei Orçamentária Anual N° 13.414, a incorporação de recursos para utilização em ações de enfrentamento ao agravo (BRASIL, 2020b).

Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2020, o Brasil, assim como muitos países, apresenta uma reemergência da sífilis, com o aumento da taxa de detecção para sífilis adquirida saindo de 2,1 em 2010 para 44,5 em 2016. Diante disso, os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas, conhecer os testes diagnósticos disponíveis, principalmente interpretar o resultado do exame para diagnóstico e controle de tratamento (BRASIL, 2020b).

Em 2017, o Ministério da Saúde convidou os gestores estaduais e municipais para aderirem à estratégia nacional de enfrentamento à sífilis por meio da "Pesquisa aplicada para integração inteligente orientada ao fortalecimento das redes de atenção para resposta rápida à sífilis", conhecido como Projeto "Sífilis Não", que tem por objetivo geral contribuir com a redução da sífilis adquirida e em gestantes, além da eliminação da sífilis congênita no Brasil (BRASIL, 2020a). As ações estão focadas na ampliação do acesso ao diagnóstico precoce; prescrição e administração da penicilina; e organização da linha de cuidado para sífilis nas unidades de APS, com destaque para a ação de investigação e seguimento dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita nos municípios prioritários do Projeto "Sífilis Não" (BRASIL, 2020a).

O QualiRede, por sua vez, tem como proposta um projeto de intervenção com a finalidade de aprimorar a atenção integral em infecção sexualmente transmissível por meio da qualificação da rede de cuidados (NEMES *et al.*, 2019). Com essa inspiração, realizou-se um projeto piloto do seu desenvolvimento para contribuir com o controle da sífilis em Cuiabá, onde foram realizadas articulações de pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) com as áreas técnicas da APS, Vigilância Epidemiológica, Serviço de Assistência Especializada (SAE), Saúde da Mulher e Rede Cegonha da SMS de Cuiabá. Nesse contexto, este relato apresenta a trajetória do projeto piloto do QualiRede no município de Cuiabá.

MÉTODO

O modelo QualiRede do contínuo do cuidado em HIV/aids, hepatites virais e outras IST/sífilis contempla os seguintes momentos e finalidades (NEMES *et al.*, 2016):

- Promoção da saúde sexual e reprodutiva (SSR): estimular a autonomia e o bem-estar na vivência da sexualidade e da reprodução;
- Prevenção combinada: evitar contato com os agentes infecciosos e, quando houver contato, impedir que resulte em infecção;
- Diagnóstico: precoce e oportuno;
- Vinculação: ao seguimento de saúde integral;
- Tratamento: oferecer tratamento efetivo para todos os infectados;
- Retenção: manter todos os pacientes em seguimento de saúde;
- Adesão: incentivar, monitorar e apoiar o seguimento do tratamento;
- Supressão: obter bom desfecho clínico e diminuição da transmissão na comunidade.

Considerando a estrutura proposta pelo projeto, segue o relato das atividades realizadas no período de execução das duas oficinas no município de Cuiabá: 1) iniciativas de preparação e abertura do projeto; 2) reuniões de constituição do grupo de pesquisa com técnicos-chave dos serviços envolvidos; 3) movimentos de articulação do projeto de pesquisa com serviços do SUS (gestão estadual - SES/MT e gestores de secretarias municipais de saúde); 4) instituição do Grupo de Trabalho Piloto de Cuiabá (GT-SAE e GT-APS); 5) ações preparatórias e a realização da Oficina I Piloto de diagnóstico da situação do contínuo do cuidado em IST nas unidades participantes; 6) atividades preparatórias e a realização da Oficina II Piloto de análise da situação/seguimento de casos de sífilis por UBS Piloto; 8) Monitoramento e avaliação.

A intervenção por UBS piloto se resume a quatro momentos, como segue:

O Momento 1 compõe a construção da cascata epidemiológica do contínuo do cuidado em sífilis (população estimada com sífilis, população diagnosticada, tratada adequadamente e curada), com uso dos dados epidemiológicos dos registros da própria unidade, além de dados epidemiológicos dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) das unidades participantes. A equipe de técnicos e pesquisadores QualiRede sintetizou uma planilha de seguimento da sífilis para o serviço acompanhar sua coorte de pacientes, com dados do cotidiano do serviço, a partir do prontuário eletrônico, ou por planilha Excel, ou livros de registro e fichas com planilhas manuais. Dessa planilha, foram extraídos os dados para a cascata (população tratada e curada), a população diagnosticada foi extraída do SINAN e a população com sífilis foi estimada (diagnosticados + 30% de subnotificação). Além disso, essa planilha serviu de base para o levantamento dos problemas na primeira oficina, como consta do Momento 3.

Para o Momento 2, foram utilizadas informações do banco de dados de aplicação anterior, do questionário QualiAB-SSR, em 2017, no município e da sua nova aplicação manualmente pelas próprias unidades selecionadas, interessadas em dispor dessa avaliação mais atualizada. Os resultados dessas aplicações, registrados em bancos de dados de planilha do Excel, informam sobre o desempenho das UBS em saúde sexual e reprodutiva, os quais são relacionados com as etapas do contínuo do cuidado. Em projeto de dissertação da apoiadora do MS para o Projeto "Sífilis Não", serão levantados dados das unidades participantes do projeto antes (2019) e após (2021) a intervenção nos dois primeiros momentos: situação epidemiológica (cascata e planilha) e avaliação QualiAB-SSR.

O Momento 3 é dividido em duas etapas (oficinas). Na primeira, ocorreu o levantamento dos

principais problemas das unidades no cuidado às pessoas com sífilis. Na segunda oficina, são construídos os planos de ações de cada unidade para o monitoramento do contínuo do cuidado e enfrentamento dos problemas.

Em relação ao Momento 4, que se refere à avaliação do modelo de intervenção aplicado, ocorrerá a avaliação das ações realizadas, dos dados das unidades (planilha de seguimento) e dos indicadores do QualiAB-SSR levantados após as oficinas em comparação aos mesmos dados coletados anteriormente às oficinas. As UBS participantes desse projeto piloto foram doze (12): Novo Colorado II, Dr. Fábio II, Tijucal, Pico do Amor, Liberdade, CPA IV, Três Barras, Quilombo, Alvorada, Clínica da Família CPA I, Santa Teresinha e Jóquei Club. Até o presente momento não foi realizado o Momento 4 (monitoramento e avaliação) deste projeto piloto, que ainda está em andamento.

RESULTADOS E LIÇÕES APRENDIDAS

O aumento de cobertura da testagem para HIV, hepatites virais e sífilis, entre outras IST, implica sua priorização na APS e em outros serviços de porta de entrada ao SUS, o que certamente aumentará o número de pessoas com diagnóstico positivo e a desejável cobertura assistencial, que propicie o tratamento e a qualidade necessários em todo o contínuo do cuidado do paciente. A construção das cascatas do contínuo do cuidado em sífilis nas 12 unidades piloto mostrou que havia falhas em todas as etapas do contínuo, desde o diagnóstico até a supressão da sífilis em Cuiabá. Quanto ao questionário QualiAB-SSR, sua aplicação apontou a necessidade das UBS em rever a organização das ações do contínuo do cuidado em sífilis. A planilha de seguimento ofertada pelo projeto propiciou otimização e organização do processo de trabalho nas UBS, bem como melhoria no seguimento dos casos de sífilis nessas unidades.

Cabe destacar que o aprendizado de novas práticas, a partir da reflexão sobre as próprias práticas, deve ser desenvolvido de forma contínua, o que propicia a melhoria do contínuo do cuidado. Isso se dá por meio da educação permanente e de oferta de novas metodologias de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações e estratégias de enfrentamento à sífilis em Cuiabá mobilizaram os profissionais de saúde da APS, Vigilância à Saúde, Saúde da Mulher, Rede Cegonha, SAE, UFMT, área técnica das coordenações de IST municipal que empenharam esforços em difundir as ações de enfrentamento à sífilis. A capilaridade e a potência do Projeto já foram observadas na melhoria da cobertura da testagem rápida, dispensação e administração da penicilina na rede de APS e no manejo da sífilis na própria APS, sem necessidade de encaminhamento para uma referência secundária para seu manejo nas próprias unidades participantes do projeto piloto.

As novas tecnologias e metodologias disponibilizadas aos profissionais de saúde da rede APS do município de Cuiabá propiciaram novas estratégias e possibilidades no controle e enfrentamento à sífilis e outras IST. O monitoramento das ações prestadas nessas etapas, a partir do diagnóstico realizado nos próprios serviços, com intervenção sobre problemas prioritários no contínuo do cuidado, assim como a articulação em linhas de atenção, são essenciais para o enfrentamento desse conjunto de agravos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos coordenadores e pesquisadores do Projeto "Sífilis Não" pelas orientações, em especial, ao supervisor Adriano Santiago dos Santos, minha gratidão, pelo incentivo e apoio nesta caminhada.

À Professora Doutora, Maria Inês Battistella Nemes, da Universidade de São Paulo (USP), pela oportunidade de conhecermos o Projeto QualiRede, que nos guiou na qualificação do contínuo do cuidado nas IST.

À coautora, Professora Doutora Ruth Terezinha Kehrig, do Instituto de Saúde Coletiva (ISC – UFMT), por acreditar nas potencialidades regionais e incluir o município de Cuiabá no Projeto QualiRede MT.

Agradecimento especial para área técnica de IST-aids e hepatites virais, Vigilância Epidemiológica e Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, principalmente às enfermeiras coordenadoras das UBS Piloto, por todo o apoio técnico recebido nessa construção e confiança em desenvolver as ações ora descritas. Gratidão a todos!

REFERÊNCIAS

- AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 52-55, fev. 2012.
- BRASIL. **Lei nº 13.414, de 10 de janeiro de 2017**. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13414.htm#:~:text=Estima%20a%20receita%20e%20fixa,cargo%20de%20PRESIDENTE%20DA%20REP%C3%9ABLICA. Acesso em: 18 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, Brasília, ano VI, n. especial, out. 2020a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/67373/boletim_sifilis_2020_especial.pdf?file=1&type=node&id=67373&force=1. Acesso em: 12 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resposta rápida à sífilis: uma análise situacional da estratégia do apoio institucional. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, v. 51, n. 42, p. 17-21, out. 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: integração atenção básica e vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 68 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica**: guia para gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- GALBAN, E.; BENZAKEN, A. S. Situación de la sífilis em 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v. 19, n. 3-4, p. 166-172, 2007.
- NEMES, M. I. B. *et al.* **QualiRede DST-HIV-HV**: qualificação da Rede de Cuidados em DST, HIV/ aids e hepatites virais em regiões prioritárias dos estados de Santa Catarina e São Paulo. [S. n. s.], 2016. (Projeto de Pesquisa - em andamento). Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina. São Paulo, USP. Disponível em: <https://cutt.ly/LbNiEvQ>. Acesso em: 6 nov. 2020.
- NEMES, M. I. B. *et al.* A intervenção QualiRede: melhoria do desempenho do contínuo do cuidado em HIV, sífilis congênita e hepatite C em regiões de saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 22, supl. 1, p. 1-15, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections overview and estimates**. Geneva: WHO, 2019. 52 p. Disponível em <https://www.who.int/hiv/pub/sti/pub7/en/>: Acesso em: 5 nov. 2020.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN. Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS. Secretaria de Educação a Distância - SEDIS. **Plano de Trabalho do Projeto de Pesquisa aplicada para integração inteligente orientada ao fortalecimento das redes de atenção para resposta rápida à sífilis**. Natal: UFRN, 2017. 65p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021**: Towards ending STIs. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://cutt.ly/XbNu4uw>. Acesso em: 5 nov. 2020.



PROJETO “SÍFILIS NÃO”: O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA RESPOSTA RÁPIDA À SÍFILIS NAS REDES DE ATENÇÃO EM GOIÂNIA/GO

SIFILIS NO PROJECT: THE POTENTIAL OF PERMANENT EDUCATION FOR A QUICK RESPONSE TO SYPHILIS IN THE ATTENTION NETWORKS IN GOIÂNIA/GO

Cássia Valéria Carneiro

Enfermeira graduada em 2002 pela Faculdade de Enfermagem / Universidade Federal Goiás (FEN/UFG), Especialista em Saúde da Família (FEN/UFG - 2005), em Educação Permanente em Saúde (UFRGS - 2012) e Obstetrícia (FEN/UFG-2019), Enfermeira Obstetra na SMS/ Senador Canedo – Apoiadora Projeto de Resposta Rápida para Sífilis em Goiânia-GO. E-mail: kcyaval.cvc1@gmail.com / cassia.carneiro@lais.huol.ufurn.br.

Adriano Santiago Dias dos Santos

Gestor de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), Consultor na Coordenação Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis / Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis / Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde (GISTS/DCCI/SVS/MS) e Supervisor do Projeto de Resposta Rápida para Sífilis no Centro-Oeste. E-mail: adriano.santos@aids.gov.br / mscadriano@gmail.com.



RESUMO

A situação da sífilis no Brasil não é diferente da de outros países. Os números de casos de sífilis são preocupantes e a infecção precisa ser controlada. Em 2019, Goiás notificou 5430 casos de sífilis adquirida, 2.158 casos de sífilis em gestantes, e 331 casos de sífilis congênita. Goiânia, no mesmo ano, notificou 1.512 casos de sífilis adquirida, sendo 1.115 homens e 368 mulheres, 406 casos de sífilis em gestantes e 55 casos de sífilis congênita o que representa altos números frente os números estaduais. O projeto interfederativo de resposta rápida à sífilis consiste em uma estratégia de indução nacional, de caráter estruturante, com vista

à promoção de ações integradas e colaborativas entre as áreas de vigilância e atenção em saúde no território em resposta à agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil, que estabeleceu um rol de prioridades visando à qualificação da atenção à saúde na prevenção, vigilância, assistência e no tratamento da sífilis. O referido relato tem como objetivo contextualizar o potencial da educação permanente para resposta rápida à sífilis nas redes de atenção, como experiência de formação em saúde para profissionais médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde, uma estratégia da gerência de agravos transmissíveis do município de Goiânia, visto que os próprios profissionais

da assistência demandam capacitações na realização da testagem rápida. Ademais, busca a disponibilidade de penicilina em todas as unidades de atenção primária à saúde, possibilitando uma assistência integral aos usuários e também que os exames fossem realizados de forma oportuna facilitando o cuidado. O estudo observou que as ações de educação permanente devem ser constantes junto aos profissionais dos serviços de saúde, em especial, os lotados na atenção primária à saúde, garantindo, assim, profissionais qualificados para o exercício de suas atribuições.

Palavras-chave: Sífilis; Atenção Primária em Saúde; Vigilância em Saúde; Apoio Institucional; Educação Permanente.

ABSTRACT

The situation of syphilis in Brazil is no different from that of other countries. The numbers of syphilis cases are worrying and the infection needs to be controlled. In 2019, Goiás reported 5430 cases of acquired syphilis, 2158 cases of syphilis in pregnant women, and 331 cases of congenital syphilis. In Goiânia in the same year, 1512 cases of acquired syphilis were reported, 1115 men and 368 women, 406 cases of syphilis in pregnant women and 55 cases of congenital syphilis, which represents high numbers compared to the state numbers. The inter-federative project for rapid response to syphilis is a national induction strategy, of a structural nature, with a view to promoting integrated and collaborative actions between the areas of surveillance and health care in the territory in response to the agenda of strategic actions for reduction of syphilis in Brazil, which established a list of priorities aimed at qualifying health care in the prevention, surveillance, assistance and treatment of syphilis. The aforementioned report aims to contextualize the potential of permanent education for rapid response to syphilis in healthcare networks as a health training experience for doctors and nurses

in primary health care (PHC), a strategy for the management of communicable diseases in the municipality from Goiânia. Since the assistance professionals themselves demand training in the performance of rapid testing and the availability of penicillin in all PHC units, enabling comprehensive assistance to users and also that the tests were carried out in a timely manner facilitating care. It was observed that permanent education actions must be constant with health service professionals, especially those working at PHC, thus guaranteeing qualified professionals to carry out their duties.

Key-words: Syphilis; Primary Health Care; Health Surveillance; Institutional Support; Permanent Education.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Considerando o período de 2009 a 2016, estima-se um total de casos de 6,3 milhões de sífilis curáveis (BRASIL, 2020a). A situação da sífilis no Brasil não é diferente da de outros países. O número de casos da infecção é preocupante e a infecção precisa ser controlada. No novo Boletim Epidemiológico, observa-se que a sífilis adquirida, agravo de notificação compulsória desde 2010, teve uma taxa de detecção de 72,8 casos por 100.000 habitantes em 2019. Também em 2019, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 20,8/1.000 nascidos vivos; a taxa de incidência de sífilis congênita, de 8,2/1.000 nascidos vivos; e a taxa de mortalidade por sífilis congênita, de 5,9/100.000 nascidos vivos. Assim como no ano anterior, nenhuma Unidade da Federação (UF) apresentou taxa de incidência de sífilis congênita mais elevada que a taxa de detecção de sífilis em gestantes, o que pode refletir a melhora da notificação dos casos de sífilis em gestantes no país (BRASIL, 2020b).

Em Goiás, em 2019, foram notificados 5.430 casos de sífilis adquirida com taxa de detecção de 110,9 casos/100 mil habitantes; 2.158 casos de sífilis em gestantes com taxa de detecção de 21,8 casos/1.000 nascidos vivos; e 331 casos de sífilis congênita com taxa de incidência de 3,3 casos/1.000 nascidos vivos. De 2012 a 2018, houve um aumento vertiginoso das taxas de detecção de sífilis em gestantes/mil nascidos vivos, sífilis congênita/mil nascidos vivos e adquirida/100 mil hab (GOIÁS, 2020). Em Goiânia, no mesmo ano, foram notificados 1.512 casos de sífilis adquirida com taxa de detecção de 99,7 casos/100 mil habitantes, sendo 1.115 homens, com taxa de detecção 75,2 e 368 mulheres com taxa de detecção de 24,8; 406 casos de sífilis em gestantes com taxa de detecção de 18,9 casos/1.000 nascidos vivos; e 55 casos de sífilis congênita com taxa de incidência de 2,6 casos/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2020c).

O projeto interfederativo de resposta rápida à sífilis (Projeto “Sífilis Não”) surgiu em resposta à agenda de ações estratégicas para redução da sífilis congênita no Brasil, iniciada em outubro de 2016, alinhada com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e estabeleceu um rol de prioridades visando à qualificação da atenção à saúde para prevenção, vigilância, assistência e tratamento. É um projeto de cooperação técnica com envolvimento do Ministério da Saúde, de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por meio do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (LAIS/UFRN), da Secretaria de Ensino a Distância (SEDIS/UFRN) e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (NESC/UFRN). Trata-se de uma estratégia de indução nacional, de caráter estruturante, para promover ações conjuntas, integradas e colaborativas entre

as áreas de vigilância e atenção em saúde no território, que serão compartilhadas de forma interfederativa sob quatro categorias de cooperação: vigilância, gestão e governança, cuidado integral e educação (LAIS, 2017). O referido relato tem como objetivo contextualizar o potencial da educação permanente para resposta rápida à sífilis na rede de atenção como experiência de formação em saúde para profissionais médicos e enfermeiros da atenção básica, uma estratégia da gerência de agravos transmissíveis do município de Goiânia.

O PROJETO “SÍFILIS NÃO” NO TERRITÓRIO

Um dos eixos de atuação do Projeto “Sífilis Não” é o fortalecimento das práticas de gestão colaborando com investigações dos determinantes e condicionantes socioeconômicos, culturais e políticos que balizam o processo saúde-doença. Para tanto, foi implantada uma rede de apoiadores descentralizada para apoiar as ações de enfrentamento da sífilis nos municípios prioritários. Espera-se, por meio desta, a redução da fragmentação dos processos e o fortalecimento das práticas que orientem o combate à sífilis respeitando a singularidade dos contextos locais (BRASIL, 2020a).

O trabalho dos apoiadores no território é acompanhado por uma equipe de supervisores regionais que atua na Coordenação Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis / Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis / Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde (GISTS/DCCI/SVS/MS), além de pesquisadores do projeto na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Tal equipe tem por responsabilidade auxiliar na formulação e na implementação de atividades a ser desenvolvidas pelos apoiadores por meio de instrumentos que auxiliam no planejamento, na execução e no monitoramento

dos trabalhos de campo para o enfrentamento da sífilis (LUCAS *et al.*, 2019).

A aproximação da apoiadora com equipe técnica de Goiânia teve início no encontro de integração entre apoiadores, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Seção Institucional e Articulação Federativa/Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Goiás (SEINSF/SEMS-GO), Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (DCCI/MS) e o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (LAIS/UFRN) que aconteceu em Brasília, no mês de abril de 2018. A ocasião possibilitou realizar as primeiras articulações com a apoiadora institucional da SEINSF/SEMS/GO colocando a seção à disposição do projeto. Outra importante aproximação se deu com a equipe técnica da gerência de agravos transmissíveis de Goiânia (GEDAT) e, por fim, com a equipe técnica da coordenação estadual de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

O primeiro contato com a equipe da secretaria municipal de saúde de Goiânia foi moroso, necessitava do aval da gestão, acontecendo cerca de três meses após os trabalhos já iniciados pela gerência de agravos transmissíveis, que, conhecendo o projeto, organizou um planejamento sintético com as ações que o município almejava. A articulação com a coordenação estadual de IST também foi outro ponto de resistência, visto que o papel do apoiador não foi bem compreendido de início e entendiam que a forma de fazer o apoio para o município prioritário não conversava com as necessidades dessa coordenação e sua linha de trabalho.

A partir de então, fizemos reuniões com a equipe da SEINSF para planejar ações de interlocução, momento este em que o superintendente da SEMS/GO encaminhou ofício via SEI para a gestão de Goiânia a fim de contribuir com o levantamento de dados sobre a rede estruturada para o cuidado

integral das gestantes com sífilis, sífilis congênita e adquirida do município de Goiânia. Essa atividade foi encomendada pela coordenação do projeto de resposta rápida à sífilis, com levantamento de dados iniciais para fortalecimento do planejamento global das ações em resposta rápida à sífilis.

A cooperação para estabelecer parcerias foi ganhando potência, chegada a hora em que as ações estratégicas do projeto, bem como suas linhas de indução, foram apresentadas na reunião do grupo técnico de vigilância em saúde da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), sendo, em seguida, exibidas nas plenárias da CIB e do conselho de secretários municipais de saúde (COSEMS). Realizada a apresentação, o acompanhamento das agendas e seu andamento em conjunto com o trabalho do apoio foi ganhando potência, de modo que as conexões foram se estabelecendo de forma horizontal.

Com algum tempo de execução no território goianiense, a gestão municipal em saúde realizou, com a apoiadora e a equipe técnica da vigilância em saúde, a análise dos indicadores em relação à sífilis. Houve um levantamento prévio elaborado pela gerência de agravos transmissíveis, a partir de então, a equipe técnica, em conjunto com a apoiadora, realizou um plano de ação com estratégias para o enfrentamento da sífilis no território, em consonância com as diretrizes trazidas pelo Ministério da Saúde e seus parceiros, para que juntos conseguissem melhorar os indicadores em Goiânia.

Durante a implementação do Projeto "Sífilis Não", aconteceram barreiras e entraves, alguns de cunho estratégico operacional, pessoal e até mesmo de cunho logístico e, nesse entremeio, para avançar em suas etapas, houve a contribuição da supervisão. Trazendo essa lógica de apoio, os autores Pereira Júnior e Campos (2014) apostam na potência da figura do apoiador institucional. Mesmo com a possibilidade de controle e autoridade sobre o grupo, o apoiador institucional pode facilitar diálogos, mediar conflitos, ampliar as possibilidades

de reflexões e trazer ofertas relevantes para o processo de trabalho e para a cogestão. Para os autores, o apoio do supervisor junto ao apoiador institucional mediou, em diversos momentos, os conflitos emergidos pelo processo de trabalho e das relações interpessoais, visto que o que se buscava era entender o modo de planejar as ações de vigilância em saúde, bem como decodificar o fazer dos profissionais da vigilância e atenção em saúde que configuravam os atuais indicadores que apontavam Goiânia como a 26ª cidade prioridade para o projeto de resposta rápida à sífilis, seguindo uma ordem que leva em consideração o número de habitantes e o índice composto de sífilis de cada município a partir das taxas de sífilis congênita em menores de um ano e das taxas de mortalidade perinatal.

Em todo encontro com a equipe técnica da gerência de agravos transmissíveis vinha à tona o questionamento de o porquê Goiânia estava como prioritária, visto que todos faziam tudo da forma como descrevem os protocolos, cada profissional cumpre com seu papel, portanto, o que se verifica não é habilidade técnica de cada um dos envolvidos no processo de trabalho, mas como o coletivo de ações está sendo planejado e/ou executado. Com o passar dos encontros, foi se percebendo o número reduzido de profissionais na gerência, a sobrecarga de trabalho, a rotatividade de profissionais na assistência, a baixa oferta da testagem rápida nas unidades de saúde, a não administração da penicilina nas unidades de saúde, a pouca oferta de exames complementares, a demora no resultado dos exames, a baixa cobertura assistencial na atenção básica, a não disponibilidade de transporte para os profissionais realizarem visitas às unidades de saúde e distritos sanitários, os profissionais sempre buscando informações de como realizar o manejo adequado da sífilis junto à gerência via telefone, enfim, várias foram as situações apontadas pelos técnicos em nossos encontros. Já identificadas as necessidades e prioridades

do território, bem como as fragilidades, a busca pelo diálogo com os parceiros foi mantida para, em conjunto, elaborar estratégias de forma alinhada ao projeto.

Para dar visibilidade de forma organizada às atividades realizadas pelo apoiador no território, este dispõe de uma planilha organizada por eixos, sendo eles: vigilância, cuidado integral, gestão e governança, comunicação e educação. Cada eixo conta com ações estratégicas, em que cada uma conta com uma ação territorial e uma iniciativa. Para discorrer sobre o relato de experiência, a seguir, será usado o eixo do projeto que menciona as ações de educação permanente destinadas aos profissionais que atuam na rede de atenção básica, com a especificidade de garantir a gestão com o cuidado integral e a vigilância das pessoas com sífilis, garantindo também um manejo clínico adequado para cada diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Assim, a unidade deve dispor de teste rápido e penicilina, promovendo o cuidado integral ao usuário do sistema. Dessa forma, espera-se que o profissional lotado esteja qualificado e as fragilidades apresentadas pelos técnicos sejam minimizadas e aconteça uma qualificação nas ações. É exatamente a realização da qualificação técnica profissional como estratégia de educação permanente que será abordada a seguir.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Neste relato de experiência, serão abordados os aspectos relacionados ao planejamento e à execução da atividade de educação permanente em manejo clínico da sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita com profissionais lotados na atenção básica do município de Goiânia-GO, em atendimento à necessidade apontada pelo planejamento estratégico realizado pela equipe em parceria com apoiador. O público-alvo da ação foram todos os médicos e enfermeiros da atenção básica do município de Goiânia-GO,

totalizando 220 profissionais. A atividade de educação permanente contou com uma carga horária de 4 horas, com duração de um dia, no período de 17 e 18 de outubro de 2019. Foram ofertadas quatro turmas, cada uma com cerca de cinquenta e cinco profissionais.

Os facilitadores das atividades foram os profissionais da gerência de agravos transmissíveis da secretaria municipal de saúde e uma profissional do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), totalizando quatro facilitadores, o que permitiu a discussão voltada para a realidade do atendimento nas unidades de saúde, bem como a abordagem de casos reais vividos no dia a dia de trabalho. A metodologia utilizada para o desenvolvimento da atividade foi a problematização, que tem seus fundamentos filosóficos baseados no referencial teórico de Paulo Freire. A educação problematizadora fundamenta-se na relação dialógica entre educando e educador, em que ambos aprendem juntos, visto que a educação não é uma prática de depósitos de conteúdos apoiada numa concepção de seres vazios. A problematização trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, sendo o conteúdo oferecido na forma de problemas e não de forma acabada, problemas esses que devem ser discutidos pelos alunos (CYRINO; PEREIRA, 2004).

Visando à implantação dessa metodologia, propôs-se a construção do conhecimento pelo movimento de agir sobre a realidade, orientando-se, dessa maneira, o sujeito pela observação da práxis. Nesse modelo, o diálogo é essencial e os problemas estudados necessitam de um espaço real. Assim, a construção do conhecimento acontece de forma significativa (MARIN, 2010; SOBRAL; CAMPOS, 2012). A roda de conversa foi dividida em três partes: a primeira abordou a temática da vigilância epidemiológica com o papel do preenchimento das notificações e a segunda o manejo clínico da sífilis adquirida, em gestante e congênita, a terceira abordagem prática com estudo de casos.

Primeira Etapa

A primeira parte sobre a vigilância epidemiológica com o preenchimento das fichas de notificação foi facilitada por três técnicas da gerência de agravos transmissíveis, que iniciou com apresentação das fichas, dos objetivos que almejavam acerca desse momento de abordagem do paciente para preenchimento da ficha de notificação. Na sequência, o grupo foi dividido em três subgrupos, cada um ficou responsável por preencher fichas de notificação: grupo 1 - notificação de sífilis adquirida; grupo 2 - notificação de sífilis em gestante; grupo 3 - notificação de sífilis congênita. Cada grupo tinha um paciente modelo para ser abordado, este fornecia as informações hipotéticas para o preenchimento da ficha de notificação. Ao término dessa atividade, o relator do grupo apresentou os dados colhidos, que foram analisados seguindo os critérios de investigação epidemiológica, verificando as possíveis falhas durante o preenchimento, levando os profissionais a entenderem a magnitude das informações com preenchimento completo e correto de todos os campos.

Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020d), a Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Esse instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que, por sua vez, devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A notificação compulsória de sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria Nº 542, de 22 de dezembro de 1986 (BRASIL, 1986); a de sífilis em gestantes, mediante a Portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005 (BRASIL, 2005); e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio

da Portaria Nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 (BRASIL, 2010). Atualmente, a portaria vigente que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências é a Portaria de Consolidação Nº 4, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

Segunda Etapa

A segunda parte quem facilitou foi a técnica do CTA, que também é docente na faculdade de medicina da Universidade Federal de Goiás. Ela apresentou o manejo clínico da sífilis de forma descontraída, por meio de projeção em slides, figuras, perguntas que levavam à reflexão sobre a prática. Iniciou o momento colocando os participantes em dupla, de frente um para o outro, em silêncio, de modo que eles pudessem observar o outro da forma que quisessem, não podiam verbalizar nem tocar. Ficaram assim por dois minutos. Alguns ficaram aflitos por serem observados, outros riram. Ao final de dois minutos, a facilitadora fez as seguintes perguntas:

- Vocês conseguiram descobrir o que o outro tem?
- O que ele está sentindo?
- Qual a queixa dele? Esperou algumas respostas e continuou.
- É possível fazer uma consulta sem investigar o paciente, sem uma boa anamnese e sem exame físico? Mas, em muitos momentos, os usuários chegam aos consultórios, não são ouvidos nem muito menos tocados por um exame físico, será que assim se consegue vínculo com o paciente?
- Consegue fazer um cuidado integral em saúde?
- Voltando para a prática do dia a dia nas unidades de saúde, algo se assemelha ao que foi apresentado aqui?
- Onde cada um pode fazer diferente?

Diante dos questionamentos reflexivos sobre a prática, no decorrer do processo de trabalho junto ao cuidado integral em saúde, a facilitadora convidou para refletir sobre o tema com as seguintes questões:

- Onde a sífilis está?
- Como ela se apresenta?
- Como temos feito, na prática, para buscar casos novos?
- Dou liberdade para questionamento do usuário?

Os profissionais, por sua vez, foram participando, respondendo aos questionamentos. Com isso, iniciaram um debate sobre acolhimento sem rótulos nas unidades de saúde. A facilitadora voltou ao tema inserindo, de maneira leve, o manejo clínico da sífilis adquirida, na sequência, da sífilis em gestante e, para finalizar, da sífilis congênita.

Terceira Etapa

Na terceira etapa, já quase finalizando a roda de conversa, foram exibidos dez casos clínicos. Eles eram apresentados e era pedida uma resolução. Um profissional fazia a análise e prescrevia a conduta, enquanto outro profissional fazia as considerações acerca da conduta. Ao final da apresentação, o grupo fazia um pequeno debate acerca do caso, e assim seguiu até finalizar os dez casos.

Ao final de cada roda, foram oferecidas três questões aos participantes sobre a atividade:

1. Que bom...
2. Que pena...
3. Que tal...

Papéis foram disponibilizados para responderem a essas questões, mas, devido ao tempo, preferiram dar o feedback do encontro oralmente. Os participantes relataram que a atividade foi bastante proveitosa e dinâmica, não acharam monótonas, e que eles se sentiram à vontade com a temática. Mencionaram que tais momentos deveriam ocorrer de forma

mais frequente no serviço, para o serviço e com o serviço e que aplicariam o que foi aprendido no território e, com certeza, trouxe significado para a melhoria da prática.

A atividade de educação permanente mostrou-se bastante válida para melhorar os processos de trabalho dos profissionais da saúde a partir da realidade em que vivem. Ao problematizar as situações vivenciadas, é possível refletir e gerar um senso crítico para desencadear uma mudança da própria práxis. Foi exatamente o que se viu durante as quatro rodas de conversa, tanto uma discussão da práxis como os estudos a ela inerentes.

O que facilitou esses momentos foi justamente o planejamento para a execução da atividade, pensada a partir do que foi observado quanto às necessidades do território. Isso acabou sendo uma mensuração importante quando se pretende trabalhar com uma atividade de educação permanente. Foi observado que os profissionais já traziam abordagens significativas quanto ao cuidado integral com a pessoa frente à sífilis adquirida, em gestante e congênita, sabiam da importância da abordagem, do cuidado com a promoção da saúde e da prevenção, porém, questões inerentes a esse processo de prática quanto ao cuidado integral estavam adormecidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos de aprendizagem propostos para a roda foram atingidos, visto que houve uma ampla discussão sobre os temas abordados, sempre os relacionando com os processos de trabalho, o que torna o resultado da atividade satisfatório. A metodologia problematizadora em conjunto com os temas foi o grande diferencial dessa roda e trouxe mais interesse pela participação dos profissionais. Os facilitadores eram os profissionais da rede de saúde e isso tornou, de fato, a aprendizagem significativa, estarem entre colegas, facilitou a interação e a confiança em

sanar as dúvidas, visto que estes conheciam a realidade vivenciada no dia a dia de trabalho.

Dentre as dificuldades encontradas destaca-se o grande número de profissionais por turma, o que necessitou uma logística pedagógica bem estruturada e organizada. Sugere-se que as próximas rodas de conversa tenham um menor número de participantes, o que torna a metodologia problematizadora mais efetiva, que o local seja um pouco mais amplo para facilitar a execução da roda. Observou-se que as ações de educação permanente devem ser constantes para com os profissionais dos serviços de saúde, em especial, os lotados na rede de atenção básica, garantindo, assim, profissionais qualificados para o exercício de suas atribuições. Os próprios profissionais médicos e enfermeiros que participaram da roda solicitaram capacitação para a realização da testagem rápida e que se garantisse a disponibilidade da penicilina em todas as unidades de saúde da rede de atenção básica, possibilitando uma assistência integral aos usuários e também que os exames fossem realizados de forma oportuna, facilitando o cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Resposta rápida à sífilis: uma análise situacional da estratégia do apoio institucional. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, v. 51, n. 42, out. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**. Brasília, n. especial, out. 2020b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/67373/boletim_sifilis_2020_especial.pdf?file=1&type=node&id=67373&force=1. Acesso em: 3 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros**. Brasília, out. 2020c. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação Individual**. Brasília, 11 fev. 2020d. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/notificacoes>. Acesso em: 3 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4/GM/MS, 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 1 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.472, 31 de agosto de 2010**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html. Acesso em: 14 dez. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 33, 14 de julho de 2005**. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html. Acesso em: 14 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 542, 22 de dezembro de 1986**. Trata da inclusão, na relação constante da Portaria Ministerial, da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SINA/AIDS e a Sífilis Congênita. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/Portarian542de22dez86.pdf. Acesso em: 14 dez. 2020.

CYRINO, E. G.; PEREIRA, M. L.T. Trabalhando com estratégias de ensino aprendido por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-788, maio/jun. 2004.

GOIÁS. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. out. 2020. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files/boletins/epidemiologicos/sifilis/BOLETIMSIFILISGOIAS2020.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2020.

LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE (LAIS). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Plano de Trabalho do Projeto de Pesquisa aplicada para integração inteligente orientada ao fortalecimento das redes de atenção para resposta rápida à sífilis**. Natal: UFRN, 2017. 65p.

LUCAS, M. C. V. *et al.* A experiência de apoio institucional no projeto de resposta rápida ao enfrentamento da sífilis nas redes de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 9, n. 2, ed. especial, p. 08-24, set. 2019.

MARIN, M. J. S. *et al.* Pós-graduação multi-profissional em saúde: relato de experiências utilizando metodologias ativas. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 331-344, 2010.

PEREIRA JÚNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. Institutional support within Brazilian Health System (SUS): the dilemmas of integration between federal states and comanagement. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. supl. 1, p. 895-908, 2014.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 208- 218, 2012.



A EXPERIÊNCIA DO APOIO PARA O FORTALECIMENTO DO MANEJO DA SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*THE EXPERIENCE OF SUPPORT FOR STRENGTHENING THE MANAGEMENT OF
SYPHILIS IN PRIMARY HEALTH CARE*

Luis Saulo Sousa Santos

Enfermeiro especialista em Educação para a Saúde (UFRGS), especialista em Saúde Coletiva com Ênfase no Trabalho Interprofissional em Saúde (FIOCRUZ/UFMA), Apoiador de pesquisa e intervenção Projeto Sífilis Não (UFRN/MS). E-mail: drsauloribeiro@live.com

Thamiris Mendes Gomes Machado

Enfermeira especialista em Saúde da Família e Comunidade (UESPI), Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família, PROFSAÚDE (FIOCRUZ/UFMA), Integrante do Programa Força Estadual de Saúde do Maranhão. E-mail: thamiris-bioenff@hotmail.com.

Silvia Cristina Viana Silva Lima

Enfermeira, docente da UFMA e técnica do Departamento de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais da SES-MA. E-mail: silvia.viana@ufma.br



RESUMO

Este estudo apresenta uma experiência de intervenção vivenciada junto aos profissionais da Atenção Primária das Unidades Básicas de Saúde de um município da região metropolitana do Maranhão, executada no contexto do Projeto Resposta Rápida à Sífilis "Sífilis Não" do Ministério da Saúde, durante o mês de outubro de 2019. Utilizou uma metodologia que envolveu a educação permanente em saúde, com estabelecimento de vários espaços coletivos com participações efetivas. A intervenção aconteceu em 04 etapas, com várias estratégias de diálogos, trocas, debates e estudos de casos sobre a sífilis adquirida e congênita. O primeiro momento consistiu em uma reunião para pactuações e alinhamentos

da proposta com a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde; na segunda etapa, oficializou a intervenção e houve a comunicação aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde; a etapa três contou com a realização das rodas de conversas *in loco* nas Unidades Básicas de Saúde, durante três semanas, envolvendo 22 equipes de Estratégia Saúde da Família, perfazendo um total de 271 participantes. O estudo observou a dificuldade por parte de alguns profissionais, médicos e enfermeiros, na condução do manejo da sífilis no pré-natal das gestantes e suas parcerias sexuais, considerando a oferta e a solicitação do exame, o diagnóstico de sífilis na gestante, o tratamento e a importância do *Venereal Disease Research Laboratory* para o seguimento dos

casos. A pesquisa evidenciou que muitas condutas não estavam em consonância com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (2019), do Ministério da Saúde, que estabelece os critérios para diagnóstico de infecções/doenças ou agravos à saúde, o tratamento, com recomendações a ser seguidas pelos profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde. Quanto aos odontólogos, estes necessitam ser envolvidos nas ações de prevenção e manejo da sífilis. A etapa final permitiu análises sobre o nível de conhecimento adquirido pelos profissionais, e revelou a importância do apoio institucional junto ao Projeto "Sífilis Não". O estudo considera que a intervenção contribuiu para a reorganização das práticas colaborativas desses profissionais da atenção primária à saúde, na perspectiva de melhoria na atenção aos(as) usuários(as) com sífilis e o incentivo a participarem de outras ações, intervenções e estudos sobre a temática.

Palavras-chave: Sífilis; Gestação; Educação permanente em Saúde.

ABSTRACT

An intervention experience lived with Primary Care professionals from Basic Health Units (UBS) of a municipality in the metropolitan region of Maranhão, presented in the context of the Rapid Response to Syphilis - No Syphilis Project of the Ministry of Health (MS), is presented., during the month of October 2019. A methodology that involved permanent health education was used, with the establishment of several collective spaces with effective participation. The intervention took place in four stages, with various strategies for dialogues, exchanges, debates and case studies on acquired and congenital syphilis. The first moment consisted of a meeting to agree and align the proposal with Municipal Health Secretariat and State Health Secretariat; in the second stage, the intervention was made official and

there was communication to the managers of the UBS; stage three consisted of carrying out conversations on the spot in the UBS for three weeks, involving 22 teams from the Family Health Strategy, making a total of 271 participants. It was observed the difficulty on the part of some professionals, doctors and nurses, in conducting the management of syphilis in the prenatal care of pregnant women and their sexual partnerships, related since the offer and request for the exam, the diagnosis of syphilis in the pregnant woman, the treatment and the importance of the Venereal Disease Research Laboratory for the follow-up of cases. It became evident that many conducts were not in line with the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Comprehensive Care for People with Sexually Transmitted Infections (2019), from the MS, which establishes the criteria for the diagnosis of infections / diseases or health problems, the treatment, with recommendations to be followed by health professionals and managers SUS. And that dentists need to be involved in the prevention and management of syphilis. The final stage allowed for analyzes of the level of knowledge acquired by the professionals, and revealed the importance of institutional support with the Syphilis Project No. It is considered that the intervention contributed to the reorganization of the collaborative practices of these professionals in primary health care, in the perspective improvement in care for users with syphilis and the incentive to participate in other actions, intervention and studies on the subject.

Key-words: Syphilis; Pregnancy; Health Education.

INTRODUÇÃO

Parte-se da concepção de apoio proposta por Campos (2005) como método de intervenção que incide sobre as relações de poderes e de saberes presentes nas

instituições, visando a um coletivo crítico que possa produzir análises sobre essas relações e assumir compromissos conjuntos. Nesse contexto, compreende-se que a tarefa do apoiador consiste em acompanhar os grupos e os auxiliar a instaurar processos de cogestão que permitam transformar os processos de trabalho. O apoio é função institucional e metodologia de intervenção, ativa em espaços coletivos que propiciam a interação e a construção conjunta entre os sujeitos, reconhecendo e manejando, com os afetos envolvidos, as relações de poder e a multiplicidade de saberes para a construção de objetivos comuns, pactuações e contratos que promovem a capacidade de análise crítica dos coletivos (MACERATA; SOARES; OLIVEIRA, 2019).

É preciso, portanto, incorporar o ensinar e o aprender aos processos cotidianos de trabalho e aos “problemas/fazer/saberes” que surgem e dinamizam os modos de gerir e produzir saúde. Ações de formação devem, portanto, ser inseridas e funcionar no cotidiano dos serviços e redes de saúde. Isso significa, na multiplicidade do território e na complexidade da atenção primária, colocar a formação “à disposição do exercício de apreender com e no mundo do trabalho, enquanto um campo essencialmente micropolítico”. O processo de formação nos convida a vivenciar “o cuidar, durante o ato do trabalho” (COÊLHO; MIRANDA; NETO, 2019). Nesse cenário desafiador, torna-se relevante trabalhar ações de educação permanente em saúde com os profissionais, o que permite vivências e contribuições dos sujeitos envolvidos, fortalecendo processos autônomos dos sujeitos e grupos sociais que acarretam mudanças nas práticas de saúde da comunidade (AZEVEDO *et al.*, 2014).

Em 2018, o Ministério da Saúde implantou o Projeto Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, com o objetivo de diminuir a sífilis adquirida, sífilis em gestantes, e erradicar a sífilis congênita no Brasil por meio de 4 eixos: fortalecimento da vigilância epidemiológica; gestão

e governança; cuidado integral; educação em saúde e comunicação. Buscou-se, dessa forma, assegurar ações integradas e colaborativas com articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde, setores sociais e comunidade (BRASIL, 2019).

Ademais, as informações do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2019) mostram que a sífilis adquirida, agravo de notificação compulsória desde 2010, teve sua taxa de detecção aumentada de 59,1 casos por 100.000 habitantes, em 2017, para 75,8 casos por 100.000 habitantes, em 2018. Também em 2018, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,4/1.000 nascidos vivos, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,0/1.000 nascidos vivos e taxa de mortalidade por sífilis congênita foi de 8,2/100.000 nascidos vivos.

Como sabemos, a sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. Trata-se de uma infecção conhecida há séculos. Seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ser transmitida verticalmente para o feto, durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada (BRASIL, 2019). A sífilis congênita (SC) é o resultado da disseminação/transmissão hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária, podendo ser transmitida em qualquer fase gestacional ou em qualquer estágio da doença materna (BRASIL, 2019).

Tal situação demonstra que, apesar dos esforços para prevenção e controle, o número de casos de sífilis e sífilis congênita no Brasil e no Maranhão continua a crescer. Entendendo que a sífilis deveria ser uma infecção erradicada – e não está –, conseguimos visualizar a fragmentação do cuidado no

percurso do (a) usuário (a) com sífilis na linha de cuidado. Determina-se, então, a necessidade de analisar e investir na prevenção dos casos a partir da descentralização das ações, fortalecendo o diagnóstico, o tratamento e o seguimento. Além disso, torna-se imprescindível a reorganização da linha de cuidado, com base em uma abordagem com práticas colaborativas e envolvimento dos diferentes dispositivos de saúde (SILVA, 2014).

Este artigo objetiva relatar a experiência de apoio institucional com intervenções realizadas junto aos profissionais da atenção primária das unidades básicas de saúde de um município da região metropolitana do Maranhão. A relevância dessa intervenção contribuiu diretamente para a reorganização das práticas colaborativas dos profissionais da atenção primária à saúde, na perspectiva de que seus resultados possibilitaram o fortalecimento das ações e, ainda, vislumbrando melhoria na atenção aos usuários (as) com sífilis e o incentivo para outros estudos aprofundados sobre a temática.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, vivenciado durante a execução do Projeto Pesquisa Aplicada para Integração Inteligente Orientada ao Fortalecimento das Redes de Atenção para Resposta Rápida à Sífilis uma parceria entre o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS), o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), desenvolvido com os profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) durante o mês de outubro de 2019. Os relatos de experiência são tidos como metodologias de observação sistemática da realidade, sem o objetivo de testar hipóteses, mas estabelecendo relações entre os achados dessa realidade e bases teóricas pertinentes (DYNIEWICZ, 2014).

A intervenção foi realizada em 04 etapas. O primeiro momento constituiu em uma reunião de pactuações para alinhamento da

proposta com representantes da Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde (VS) da Secretaria Municipal de Saúde com apoio do Departamento de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Estado da Saúde, oportunidade em que houve a explanação da proposta, pelo apoiador das ações, que seria desenvolvida com os profissionais.

Na segunda etapa, houve a comunicação oficial/institucionalizada aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com informação sobre o objetivo da intervenção, a data e horário de realização na UBS. Na ocasião, foi destacada a importância da participação de todos os profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde).

Na terceira e quarta etapa, objetivou-se a validação da pactuação e avaliação da intervenção. Foram desenvolvidas/executadas as rodas de conversas, com duração de três semanas, envolvendo os profissionais de saúde das 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS) desse município da região metropolitana do Maranhão. Para a realização da intervenção, foram agendados previamente os encontros do apoiador com os profissionais, por intermédio da Coordenação Municipal das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Aids e Hepatites Virais e dos gerentes das unidades.

RESULTADOS

Durante a intervenção, especificamente nas rodas de conversa realizadas in loco nas UBS, durante três semanas, conforme Quadro 1, foram abordados temas referentes à sífilis, tais como: manejo da sífilis na atenção primária, sífilis em gestantes e suas parcerias sexuais, administração da penicilina na UBS e notificação compulsória. Alcançaram-se 16 unidades de saúde e 22 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), perfazendo um total de 271 profissionais participantes, de diferentes categoriais.

ORDEM	SERVIÇO DE SAÚDE	QUANTIDADE DE ESF	DATA
01	UBS Paranã	02	07/10/2019
02	UBS Maiobão	03	07/10/2019
03	UBS Itapera Mocajituba	01	08/10/2019
04	UBS da Pirâmide	01	08/10/2019
05	UBS Santa Rita de Cassia	01	09/10/2019
06	UBS Vila Cafeteira	01	09/10/2019
07	UBS Tambaú	02	14/10/2019
08	UBS Safira	01	14/10/2019
09	UBS Maioba	02	15/10/2019
10	UBS da Pindoba	01	15/10/2019
11	UBS Vila São José	02	16/10/2019
12	UBS do Canaã	01	16/10/2019
13	UBS Nossa Senhora da Luz	01	21/10/2019
14	UBS Mojó	01	21/10/2019
15	UBS Iguaíba	01	21/10/2019
16	UBS Vila São Pedro	01	22/10/2019

Quadro 1 – Cronograma da Roda de Conversa nas Unidades Básicas de Saúde. Município selecionado. MA.

Fonte: autoria própria (2019).

A intervenção do apoio institucional realizou-se com as 22 Equipes de Saúde da Família, permitindo-se questionamentos pelos participantes, além da utilização de fluxogramas, discograma e material impresso que subsidiaram o diálogo e contribuíram para o processo de aprendizado, na perspectiva das práticas colaborativas. Durante todo o processo, observaram-se dificuldades de alguns profissionais médicos e enfermeiros na condução do manejo da sífilis no pré-natal com as gestantes e suas parcerias sexuais. Ocorrem relatos que evidenciaram condutas que não estavam em consonância com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT IST) (2019), do Ministério da Saúde, que estabelece os critérios para diagnóstico de infecções/doenças ou agravos à saúde,

o tratamento preconizado com medicamentos e demais produtos apropriados, as posologias recomendadas, os mecanismos de controle clínico, o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a ser seguidos pelos profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, percebeu-se e foi constatado, junto aos profissionais médicos e enfermeiros, dúvidas em diferentes âmbitos: desde a oferta e solicitação do exame treponêmico e não treponêmico para sífilis, até fechar o diagnóstico de sífilis na gestante, prescrição e administração da penicilina benzatina para o tratamento e a importância do VDRL para o seguimento dos casos. Chamou-nos a atenção, durante as rodas de conversas, que profissionais dentistas relataram que era o primeiro contato com o assunto. Afirmaram a importância da avaliação odontológica

para auxiliar no diagnóstico da sífilis na fase primária da infecção, o que contribuirá com a equipe para o devido diagnóstico.

Compreende-se, portanto, que a estratégia mais concreta de alcançar a prevenção e o controle da sífilis está no compromisso da APS em realizar uma abordagem com as gestantes e suas parcerias sexuais. Essa atenção inclui um pré-natal, de qualidade, garantindo o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para evitar a transmissão vertical da infecção. A esse respeito, Lima *et al.* (2013) ressaltam o curto intervalo da gestação para a realização do seu diagnóstico e tratamento; a dificuldade de abordagem das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente durante a gestação; e, provavelmente, o desconhecimento da magnitude desse agravo e dos danos que ele poderá causar à saúde da mulher e do bebê pela população e pelos profissionais de saúde.

Na realização da rodada de perguntas, a partir de estudo de casos, que aconteceu de forma aleatória, foram abordados aspectos múltiplos de prevenção, diagnóstico, tratamento e seguimento dos casos de sífilis. Foi solicitado a cada profissional que proferisse uma palavra para avaliar o momento com o intuito de construir uma nuvem de palavras. As palavras mais citadas: aprendizado, enriquecimento, contribuição profissional, gratidão, desafiador, conhecimento, o que demonstra a necessidade de educação permanente em saúde.

Nesse contexto, fica evidente que também a Educação em Saúde possibilita uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva (FEUERWERKER, 2007). Dessa forma, a etapa final da intervenção permitiu discussões e análises sobre o nível de conhecimento adquirido pelos profissionais, o que revelou que o apoio institucional favorece práticas colaborativas, visto que a maior parte das perguntas foi respondida

corretamente, demonstrando que o objetivo da intervenção foi alcançado, contando com a participação ativa de todos os participantes, e envolveu dirigentes, coordenadores e gestores de diferentes níveis de atuação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência, a partir da intervenção realizada, permitiu constatar que esse momento de educação permanente em saúde proporcionou um aumento do conhecimento sobre o manejo da sífilis com ênfase na conduta do pré-natal das gestantes e suas parcerias sexuais, na perspectiva de mudanças nos processos de trabalho.

É importante destacar que o apoio institucional favorece e possibilita as ações de educação em saúde junto aos profissionais para que se qualifiquem e realizem, em conjunto com os serviços de saúde, o manejo adequado dos casos de sífilis. Essa ação buscar melhorar a prevenção e o controle da infecção na comunidade, garantindo, assim, o fortalecimento das Unidades Básicas de Saúde que devem estar preparadas para identificar os casos, possibilitando o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno.

Nessa experiência, foi possível perceber a multiplicidade de espaços e públicos que foram envolvidos nas intervenções educativas dessa natureza, além de ter proporcionado um conhecimento abrangente de fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença/cuidado da comunidade local. Ademais, mostrou aos profissionais da APS, gerentes de unidades, coordenação e apoiador a importância da integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária para o fortalecimento do manejo da sífilis nos territórios vivos. Por fim, aponta-se como estratégia para superar as dificuldades encontradas a possibilidade de articular ações intersetoriais entre as instituições e os serviços de saúde do município, com a finalidade de proporcionar subsídios, como recursos materiais e

humanos qualificados para a condução de um planejamento racional e efetivo num território determinado, especialmente em microáreas da Estratégia Saúde da Família.

AGRADECIMENTOS

À coordenação e supervisão do Projeto “Sífilis Não”.

Ao Departamento de Atenção às IST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Estado da Saúde, por toda acolhida e pelo apoio às ações territoriais.

À Secretaria Municipal de Saúde de Paço do Lumiar.

ALúciaNayaraLeitedeMelo, Coordenadora Municipal de IST, por toda a dedicação e o comprometimento durante a realização das oficinas.

Aos profissionais médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, pela disponibilidade e pelo compromisso com as oficinas.

Às apoiadoras, Chyrly Elidiane de Moura e Vânia Priamo, pela condução nas atividades assíncronas neste cenário de pandemia da covid-19.

A Eduardo Carvalho, pela motivação.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, I. C. *et al.* Compartilhando saberes através da Educação em Saúde na Escola: Interfaces do Estágio Supervisionado em Enfermagem. **REnfermCentOMin**, v. 04, n.1, p. 1048-1056, jan./abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, ano V, n. 1, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 10 fev. 2020.

CAMPOS, G. W. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

COELHO, B. P.; MIRANDA, G. M. D.; NETO, O. B. C. A Formação-Intervenção na Atenção Primária: uma Aposta Pedagógica na Educação Médica. **Revbraseducmed**, Brasília, v. 43, n.1, supl.1, maio 2019.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 3. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revbraseducmed**, Rio de Janeiro, v. 31, n.1, p.39, jan./abr. 2007.

LIMA, G. K. *et al.* Educação em Saúde sobre Sífilis com um grupo de gestantes: um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem. **SANARE**, Sobral, v. 12, n. 2, p. 59-62, jun./dez. 2013.

MACERATA, I; SOARES, J.G.N.; OLIVEIRA, A. M. A pesquisa-intervenção como pesquisa-apoio: o caso do POP RUA. **Saudesoc**, São Paulo, v. 28, n.4, out./dez. 2019.

SILVA, J. L. **Fragilidades e desafios na consolidação da linha de cuidado do usuário com sífilis em Santa Maria/RS**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/487/Silva_Juliana_Lima_da.pdf?sequence=1. Acesso em: 23 nov. 2020.



ARTICULAÇÃO REGIONAL: UMA ESTRATÉGIA PARA O ENFRENTAMENTO À SÍFILIS EM MUNICÍPIOS DA BAIXADA FLUMINENSE, ESTADO DO RIO DE JANEIRO

REGIONAL ARTICULATION: A STRATEGY FOR COPING WITH SYPHILIS IN MUNICIPALITIES IN DOWNTOWN FLUMINENSE, STATE OF RIO DE JANEIRO

Maria de Fátima Brito de Rezende

Graduada em Pedagogia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Volta Redonda - Fundação Rosemar Pimentel (FERP), Especialista em Gestão Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ), Gestão de RH em Saúde (ENSP-FIOCRUZ), Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde (ENSP-FIOCRUZ), Processos Educacionais - Metodologias Ativas pelo Hospital Sírio Libanês (HSL). Mestre em Educação Profissional em Saúde pela Escola de Saúde Pública Joaquim Venâncio - FIOCRUZ. Apoiadora do Projeto Resposta Rápida à Sífilis - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)/Ministério da Saúde (MS)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Apoiadora do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-RJ).

E-mail: fatrez.rezende3@gmail.com

Michelle Ribeiro de Sequeira

Cirurgiã dentista pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Especialista em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ) e em Gestão da Atenção Básica (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Coletiva – Atenção Primária à Saúde (UFRJ). Apoiadora do Projeto Resposta Rápida à Sífilis Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)/Ministério da Saúde (MS) Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

E-mail: michelle.sequeira@lais.huol.ufrn.br.

Paula Guidone Pereira Sobreira

Graduada em Psicologia pela Universidade Gama Filho (UGF), Especialista em Psicoterapia Infanto Juvenil Instituto Fernandes Figueiras – Fundação Oswaldo Cruz (IFF - FIOCRUZ). Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ). Apoiadora do Projeto Resposta Rápida à Sífilis Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)/Ministério da Saúde (MS)/ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Professora e coordenadora de Pós-Graduação e Extensão da Universidade Iguazu (UNIG).

E-mail: paula.guidone@yahoo.com.br

Brena Gabriella Tostes de Cerqueira

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Especialista em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ) e em Gestão de Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Gerente do Núcleo Estratégico e de Apoio Técnico da Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde).

E-mail: brena.fesaudeniteroi@gmail.com

Carlos Alberto Pereira de Oliveira

Graduado em Didática Especial da Língua Inglesa pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Bacharel em Direito pela UERJ, advogado e Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1991). Professor visitante de Ética, Integridade e Condução Responsável da pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), membro do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/Rio. Bolsista do Laboratório de Inovação tecnológica em Saúde (LAIS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Vice-diretor do Instituto Multidisciplinar de Formação Humana com Tecnologias (IFHT) da UERJ. Membro do Comitê Executivo do International Council for Distance and Open Education (ICDE). Membro do Conselho Fiscal para o mandato de 2020/2022 da Associação Universidade em Rede (UNIREDE) eleito em 26 de setembro de 2019. Assessor Externo Temporário para a Estratégia de Aprendizagem da Organização Mundial da Saúde (OMS).

E-mail: caoeduc@gmail.com



RESUMO

O presente artigo traz para o debate a estratégia de articulação regional entre apoiadoras do Projeto "Sífilis Não" em oito municípios do Estado do Rio de Janeiro, contemplados pelas ações do Projeto Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção. Esse projeto é de cunho federativo, fruto de cooperação técnica que envolve o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde, como executor, a Secretaria de Educação a Distância e o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a Organização Pan-americana de Saúde. A experiência contou com a participação/envolvimento de quatro apoiadoras, cada uma responsável pelo apoio em dois municípios distintos, localizados na Baixada Fluminense que apresentavam similaridades na organização dos serviços de saúde, vulnerabilidade política e social, entre outros aspectos. A ideia de organizar as ações a ser desenvolvidas regionalmente surgiu a partir do diagnóstico situacional realizado pelas apoiadoras nos seus respectivos municípios que, ao ser apresentado à gerência de Infecções Sexualmente Transmissíveis, com representação de diversas áreas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, evidenciou, a partir da apresentação

dos nós críticos, a premência de uma articulação e instituição de um processo de trabalho conjunto para o enfrentamento das dificuldades enfrentadas.

Palavras-chave: Sífilis; Articulação regional; Estratégia. Processos de trabalho.

ABSTRACT

This report brings the strategy of regional articulation among supporters of the "Projeto Sífilis Não" in eight municipalities in the State of Rio de Janeiro, contemplated by the actions of the Projeto de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção. The result of technical cooperation involving the Ministry of Health, State and Municipal Health Secretariats, the Department of Distance Learning and the Center for Studies in Collective Health at the Federal University of Rio Grande do Norte (SEDIS and NESC-UFRN) and the Organization Pan American Health Organization (PAHO) The experience included the participation / involvement of four supporters, each responsible for support in two different municipalities, located in the same health region that had similarities in the organization of health services, political, vulnerability and others. The idea of organizing the actions to be developed regionally arose from the situational diagnosis elaborated by the

supporters in their respective municipalities, and then was presented to IST management, with representation of several technical areas of the State Health Secretariat - SES-RJ, the urgency of articulation and institution of an integrated work process became evident to face the imposed difficulties.

Key-words: Syphilis; Regional articulation; Strategy; Work process.

INTRODUÇÃO

O Projeto de Resposta Rápida ao Enfrentamento da Sífilis nas Redes de Atenção, nome fantasia Projeto "Sífilis Não" é um projeto de cunho interfederativo, fruto de cooperação técnica que envolve o Ministério da Saúde; Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS) como executor, a Secretaria de Educação a Distância (SEDIS) e o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Seu objetivo geral é "reduzir a Sífilis adquirida e em gestantes e eliminar a sífilis congênita no Brasil" (LUCAS *et al.*, 2019, p. 11).

Sobre a sífilis no Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado constante crescimento no número de casos de sífilis adquirida, em gestante e congênita, verificando-se que tanto a taxa de sífilis congênita, quanto a taxa de sífilis em gestantes triplicaram nesse período, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos. Isso pode ter ocorrido pelo aumento da testagem e pelo aprimoramento do sistema de vigilância, entre outras determinantes (CERQUEIRA, 2018).

O Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2020a) apresenta a comparação entre os anos de 2018/2019, observando reduções na taxa de detecção da sífilis em gestantes de 3,3% e de 8,7% na taxa de incidência da sífilis congênita. Em relação à sífilis adquirida, a redução foi de 4,6%. As reduções verificadas ainda dependem

de confirmações, uma vez que parte delas pode estar relacionada a problemas na transferência na base de dados entre as diferentes esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2020a). Se confirmadas, podem ser atribuídas em parte ao Projeto Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, pela atuação da rede apoiadores nos municípios; e ao Ministério da Saúde, por ter pautado fortemente o enfrentamento da sífilis em todo o território nacional.

Quanto ao projeto, a investigação e o seguimento de casos de sífilis em gestantes nos municípios contemplados, essas são estratégias prioritárias desenvolvidas pela rede de apoiadores nesses municípios. Um eixo do Projeto a se considerar diz respeito às ações de Educação Permanente voltadas aos profissionais da rede de serviços de atenção à sífilis para a gestão e o cuidado integral das pessoas com sífilis, com destaque para a administração da penicilina, a ampliação da cobertura de testagem rápida nas Unidades de Atenção Primária de Saúde a partir de qualificação técnica das equipes para sua realização (BRASIL, 2020b).

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) antiga, curável e aparentemente de fácil detecção e tratamento. No entanto, trata-se de um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, reconhecido por vários autores. Sua erradicação depende, fundamentalmente, da vontade política e da disposição dos gestores locais em trazer para si e para sua pauta de gestão as ações de enfrentamento dessa problemática (LUCAS *et al.*, 2019).

Cabe ainda à gestão local buscar a colaboração e a adesão dos profissionais de saúde e da sociedade civil, no sentido de organizar uma rede de apoio para o estabelecimento e a implantação de ações educativas e preventivas que deem conta de garantir melhor qualidade da atenção às gestantes e suas parcerias sexuais durante o pré-natal, de orientar e de informar os jovens e adultos em fase sexualmente ativa quanto aos riscos da infecção. Ademais, deve-se articular com as demais esferas de governo

a disponibilização dos recursos/insumos necessários para a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento (LUCAS et al., 2019). Dessa forma, entendemos que a erradicação da sífilis exige articulação, interação e envolvimento entre diferentes atores sociais e governamentais que, num movimento complexo e contínuo de ações de saúde, educação e vigilância, poderão reverter o quadro atual e garantir melhores condições de vida e saúde aos cidadãos.

Para a implantação do Projeto “Sífilis Não”, foram selecionados 52 apoiadores institucionais, qualificados para atuação em 72 municípios brasileiros contemplados pelo referido projeto, formando, assim, uma rede de apoiadores institucionais que foram direcionados para atuação nos territórios a partir de março de 2018, quando iniciaram os primeiros contatos para identificação dos principais desafios a ser enfrentados e das potencialidades para o controle da sífilis nos municípios.

O Estado do Rio de Janeiro possui 92 municípios, divididos em nove regiões de saúde. Entretanto, no Projeto “Sífilis Não”, foram contemplados quatro municípios da Região Metropolitana II, com duas apoiadoras; e nove municípios da Região Metropolitana I, com cinco apoiadoras. A chegada das apoiadoras no território fluminense foi semelhante ao da chegada dos demais apoiadores nos outros municípios contemplados pelo Projeto “Sífilis Não” no território brasileiro. Com muita disposição, sem nenhum contato prévio e nenhuma infraestrutura para realização do trabalho, cada um partiu para desbravar o seu território e construir o apoio necessário ao enfrentamento da sífilis a partir das orientações/diretrizes recebidas com maior ou menor grau de dificuldade, de acordo com sua trajetória profissional.

A Baixada Fluminense, território onde ocorreu a articulação regional para o enfrentamento da sífilis apresentada neste estudo, localiza-se na região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, primeira região de saúde do estado, instituída pela Lei

Complementar N° 20, de 1° de julho de 1974 e se localiza entre as regiões do Médio Paraíba, Centro-Sul Fluminense e Serrana do estado do Rio de Janeiro (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2018).

A Baixada Fluminense é composta por onze municípios, são eles: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica. Desses, oito foram contemplados pelo Projeto Resposta Rápida à Sífilis, exceto, Itaguaí, Japeri e Seropédica, por terem população menor que 100.000 habitantes. Os oito municípios contemplados pelo projeto são próximos à capital do Estado, com alta densidade demográfica na sua grande maioria, expostos às desigualdades e vulnerabilidades sociais de todos os tipos, desde a distribuição desigual dos serviços e equipamentos urbanos, principalmente, na saúde até a crescente demanda por habitações com expansão de favelas trazendo como consequência a degradação ambiental, o aumento do desemprego, da exclusão social e da violência, características marcantes nos municípios da Baixada Fluminense.

O município que apresenta maior densidade demográfica é o de São João de Meriti, seguido pelos municípios de Nilópolis e Belford Roxo (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2018). Em relação à cobertura da ESF ou da Atenção Básica, os municípios da Baixada Fluminense apresentam baixa cobertura, o que se reflete em grandes dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde.

Numa análise mais geral, a Baixada Fluminense possui um dos piores indicadores de pobreza e renda. Sua população convive com enchentes urbanas, deslizamentos de encostas, empobrecimento dos solos, poluição dos rios, falta de água, baixa capacidade instalada de equipamentos de saúde, resultado do processo desordenado da ocupação humana e industrial no território, agravado pelo descaso dos governantes.

A chegada das apoiadoras aos territórios iniciou com a apresentação do Projeto aos gestores municipais e áreas técnicas dos municípios, ao COSEMS-RJ, ao gestor e à área técnica da Secretaria Estadual de Saúde (SES-RJ) e aos Conselhos Municipais de Saúde. Também foram organizadas as agendas de reuniões presenciais nos territórios. Assim, demos início ao diagnóstico situacional analisando os fluxos e processos de trabalho das equipes, o que nos permitiu classificar os nós críticos em três eixos: estrutura, recursos humanos e gestão da clínica.

A necessidade de buscar uma articulação regional justificava-se pela conformação regional de saúde da Metropolitana I e sua divisão político-administrativa, bem como os nós críticos identificados por cada apoiadora em seus territórios de atuação, que evidenciaram a urgência de articulação e instituição de um processo de trabalho conjunto para o enfrentamento das dificuldades impostas por esses municípios, uma vez que a partir do diagnóstico situacional foram aferidas similaridades entre fragilidades, vulnerabilidades, desafios e potencialidades em alguns municípios que exigiam ações conjuntas para os seus enfrentamentos.

Nesse sentido, o presente relato tem por objetivo evidenciar a experiência de articulação regional como estratégia para o enfrentamento da sífilis nos municípios da Baixada Fluminense – RJ, desenvolvida pelas apoiadoras do Projeto “Sífilis Não”, entre a equipe gestora de diferentes áreas técnicas da saúde dos municípios que compõem a referida região de saúde e com a equipe técnica da SES-RJ, envolvendo as áreas técnicas de Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica em Saúde, Gerência de IST/HIV, AIDS e Hepatites Virais, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, que culminou com a realização de quatro oficinas regionais no período de dezembro de 2018 a dezembro de 2019.

MÉTODO

No primeiro momento, as apoiadoras apresentaram o Projeto “Sífilis Não” aos gestores municipais e áreas técnicas dos municípios, assim como buscaram a sensibilização para a adesão ao Projeto e o estabelecimento de agendas de reuniões presenciais com representação das áreas técnicas (Planejamento, Atenção Primária, Vigilância, Saúde da Mulher, da Criança, Saúde do Homem e Saúde na Escola), de acordo com a organização dos serviços de saúde no município para discussão e construção do diagnóstico situacional.

A proposta de juntar, numa mesma reunião, as representações das diferentes áreas técnicas que atuam nos municípios teve como objetivo promover a articulação entre elas e buscar a consolidação do desenvolvimento do projeto “Sífilis Não”, a partir do trabalho em equipe, cujo objetivo era contribuir com a construção de planos e ações que fossem apropriados pelas equipes e, assim, pudessem se estruturar de forma a compor os processos de trabalhos de cada área técnica, avaliados e revisados por eles e pelos profissionais que compõem suas equipes, independentemente da presença do apoiador. Pensamento este que se fundamenta nas características do trabalho em equipe apresentadas pelos autores Robbins e Finley (1997). Para eles, a definição do trabalho em equipe apresenta algumas características, entre elas, o compromisso com as metas e os objetivos da equipe, o enfrentamento de conflitos existentes, o respeito às diferenças de pensamento. Esse entendimento proporcionou às apoiadoras do projeto uma melhor compreensão sobre a importância do engajamento das equipes nos processos de trabalho para o desenvolvimento das ações a ser implantadas pelo projeto. Dessa forma, todos podem contribuir com suas ideias, pensamentos, opiniões e ações para a solução dos problemas a ser enfrentados num contínuo processo de avaliação/alterações das ações e estratégias em desenvolvimento (ROBBINS; FINLEY, 1997).

Com o objetivo de traçar um diagnóstico inicial, já nos primeiros contatos com as representações das áreas técnicas municipais, equipe designada pelos gestores para a discussão da implantação do Projeto “Sífilis Não”, no período entre maio e junho de 2018, as apoiadoras disponibilizaram um questionário contendo dez questões a ser respondidas pelas áreas técnicas (vide figura 1). As respostas recebidas pelas apoiadoras possibilitaram um diagnóstico inicial como disparador das discussões e da elaboração do plano de ações a ser desenvolvido no território.

Nesse mesmo período, a supervisão do Projeto veio ao Rio de Janeiro para fazer uma apresentação para as áreas técnicas da SES-RJ com participação de todas as apoiadoras, organizada pelo contato da gerência de IST/AIDS do MS com a gerência de IST/AIDS da SES-RJ. Na ocasião, as apoiadoras comentaram sobre o diagnóstico inicial, incluindo a análise dos instrumentos de gestão que estava em andamento nos municípios. A partir de então, o encaminhamento dado para a reunião seguinte foi a apresentação da análise dos instrumentos gestão/planejamento (RAG – Relatório Anual de Gestão; PAS – Programação Anual de Saúde; PMS - Plano Municipal de Saúde e Plano de Enfrentamento da Sífilis), assim como as ações em desenvolvimento e principais dificuldades encontradas pelas apoiadoras. Para essa apresentação, as apoiadoras trabalharam com um formato padrão que foi apresentado à equipe técnica da SES-RJ um por região, separando a Região Metropolitana I da Região Metropolitana II.

Na apresentação da Metropolitana I, ficou evidenciado que a conformação, organização e estruturação dos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro, sede da capital, em muito se diferenciava dos municípios da Baixada Fluminense, cuja conformação, estrutura e organização dos serviços apresentavam fortes similaridades quanto a desafios, fragilidades/potencialidades e vulnerabilidades. Essa diferenciação estrutural entre a capital e esses municípios trouxe uma implicação para as apoiadoras dada à

similaridade do contexto de saúde encontrado na Baixada Fluminense, o que as levou a discutir uma estratégia de enfrentamento conjunto e identificar a problemática junto à coordenação do apoio que aprovou a ideia. Com isso, as apoiadoras dos municípios afins passaram a se reunir sistematicamente para discutir as ações que poderiam ser desenvolvidas conjuntamente, assim como os encaminhamentos necessários.

Como parte fundamental do estabelecimento de um processo de trabalho em conjunto, as apoiadoras fizeram, junto às equipes técnicas dos municípios, o levantamento, a avaliação e a discussão dos nós críticos identificados em cada município a partir do questionário aplicado e das dificuldades encontradas para compor um diagnóstico situacional de saúde, de forma a indicar um direcionamento para o apoio institucional no enfrentamento à sífilis na Baixada Fluminense.

A classificação dos nós críticos identificados deu-se a partir de três eixos distintos, quais sejam: estruturais, recursos humanos e gestão da clínica (vide figura 2 – eixos/nós críticos). O nó crítico do eixo estrutural contemplou capacidade instalada, a cobertura populacional dos serviços de saúde, a estrutura física, a oferta de serviços e os insumos necessários ao enfrentamento da sífilis, as fragilidades nas articulações/comunicações entre serviços/equipes. O nó crítico relacionado aos recursos humanos buscou tratar da formação/organização das equipes profissionais considerando o quantitativo existente em cada unidade de saúde, déficit, fragilidade/precarização contratual, alta rotatividade profissional, qualificação técnica, entre outros aspectos. O eixo gestão da clínica identificou a fragilidade/inexistência de fluxos, protocolos e existência/inexistência de linhas de cuidado estruturadas para a oferta do cuidado integral, principalmente no seguimento da criança exposta à sífilis e na adesão das parcerias sexuais das gestantes ao diagnóstico e tratamento.

Com a identificação e a classificação dos nós críticos expostos no quadro 2, deu-se

início à construção de uma agenda conjunta pautada na realização do diagnóstico, com planejamento, monitoramento e avaliação regional, com vista à proposição de ações de saúde pública consistente e consoante com as necessidades de saúde das populações, com o foco no combate à sífilis, respeitando as peculiaridades de cada território. Ao mesmo tempo, as apoiadoras trouxeram para a mesa de discussão as similaridades e potencialidades de cada município em observância às diretrizes do Projeto "Sífilis Não". Desse movimento de busca por uma articulação conjunta das apoiadoras, suscitou a necessidade de envolver também as áreas técnicas dos municípios nessa articulação, o que propiciou a realização de várias oficinas regionais no período de dezembro de 2018 a dezembro de 2019, no ano de 2020. A agenda de continuidade das oficinas não se efetivou em função da pandemia da covid-19.

ATORES ENVOLVIDOS

Apoiadoras do Projeto Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção para os municípios da Baixada Fluminense.

Representantes das áreas técnicas de Atenção Básica, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Vigilância Epidemiológica em Saúde dos municípios que compõem a Baixada Fluminense;

Representantes das áreas técnicas de Atenção Primária em Saúde, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Vigilância Epidemiológica em Saúde, Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Secretaria Estadual de Saúde, SES-RJ.

Supervisão do Projeto Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção.

Secretários Municipais de Saúde dos municípios da Baixada Fluminense, contemplados pelo Projeto.

Quadro 1 – Questionário

MUNICÍPIO: _____
1. Existe no seu município comitê e/ou comissão de investigação da transmissão vertical da Sífilis?
2. Como ocorre a investigação de casos?
3. Existem outras ações de investigação? Em caso positivo, descrever as ações.
4. Quais as maiores dificuldades encontradas para o desenvolvimento do trabalho de investigação da Sífilis?
5. Existe algum plano de capacitação e/ou necessidade de capacitação de equipe para o desenvolvimento deste trabalho?
6. Este município conseguiu desenvolver as ações previstas no plano de enfrentamento da sífilis? Quais as principais dificuldades?
7. Este município possui equipe qualificada para o desenvolvimento dos trabalhos?
8. Onde se encaixa no organograma o setor de investigação da sífilis neste município?
9. Existem outras instituições parceiras na investigação da sífilis que atuam junto à SMS do município (ONGs, comunidades religiosas, conselhos etc.)? Quais?
10. Qual o fluxo da investigação da sífilis do diagnóstico até o tratamento?
Profissionais responsáveis pelo preenchimento:

Fonte: Questionário elaborado pelas apoiadoras do Projeto Resposta Rápida à Sífilis com base nas informações solicitadas pela supervisão do Projeto.

Quadro 2 - eixos/nós críticos

ORDEM	SERVIÇO DE SAÚDE
ESTRUTURAIAS	Baixa cobertura da Atenção Básica, especialmente da ESF;
	Parte das UBS ainda com estrutura física inadequada;
	Número de refrigeradores e insumos para manejo de situações de urgência e emergência insuficiente na rede básica;
	Testagem rápida pouco descentralizada;
	Distribuição e dispensação de penicilina benzatina pouco descentralizada;
	Baixa administração financeira dos municípios para elaboração de material educativo e informativo, bem como de compra de insumos;
	Articulação insuficiente e/ou fragilizada entre a Atenção Básica, Especializada e Hospitalar;
	Articulação insuficiente e/ou fragilizada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde;
	Articulação insuficiente e/ou fragilizada entre as gestões municipais e estadual;
	Baixa articulação com segmentos da população chave (Profissionais do sexo, moradores de rua, entre outros);
	Baixa articulação com segmentos da sociedade civil organizada;
	Articulação intersetorial insuficiente e/ou fragilizada;
	Articulação insuficiente e/ou fragilizada com os Conselhos Municipais e com o Conselho Estadual de Saúde;
	Inexistência de comitês de investigação de transmissão vertical ou de incorporação da investigação dos casos de transmissão vertical pelos comitês de investigação de óbito materno/fetal/infantil;
Fragilidade dos processos que envolvem informação epidemiológica (notificação, investigação, encerramento dos casos);	
RECURSOS HUMANOS	Alta rotatividade de profissionais da gestão municipal e das equipes de saúde;
	Descontinuidade das chefias (exonerações) de todos os Cargos Comissionados em alguns municípios por ordem do MP;
	Equipes técnicas das gestões municipais e equipes de saúde fragilizadas tecnicamente;
	Quantitativo insuficiente de profissionais de gestão;
	Equipes da Atenção Básica e Saúde da Família sobrecarregada, especialmente o profissional enfermeiro;
	Resistência e/ou insegurança dos profissionais de enfermagem para a administração da penicilina;
	Profissionais de saúde, em geral, pouco capacitados para o cuidado integral da sífilis;
	Ausência de continuidade de ações e atividades de educação permanente de acordo com a necessidade dos profissionais da saúde;
GESTÃO DA CLÍNICA	Ausência ou insuficiência de farmacêuticos nas redes municipais de saúde para a distribuição e dispensação da penicilina (a partir da exigência do Conselho Federal de Farmácia);
	Fluxos assistenciais fragilizados ou inexistentes entre os diversos pontos da rede;
	Ausência ou insuficiência de protocolos municipais e linhas de cuidado da sífilis (em gestantes, congênita e adquirida);
	Ausência ou insuficiência de fluxos e protocolos para seguimento dos casos de crianças expostas e/ou diagnosticadas com sífilis congênita na rede municipal;
	Oferta insuficiente do VDRL para diagnóstico e monitoramento dos casos;
	Dificuldade na abordagem às parcerias sexuais ao tratamento oportuno e adequado;

Fonte: elaborado pelos autores.

RESULTADOS E LIÇÕES APRENDIDAS

A experiência a partir da estratégia de articulação regional para o enfrentamento da sífilis nos municípios da Baixada Fluminense propiciou o fortalecimento do vínculo entre as apoiadoras, a partir da elaboração da proposta de trabalho integrada com os representantes municipais, dando ênfase para a articulação entre Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Especializada e Hospitalar, sobretudo na investigação dos casos de óbitos por sífilis e seguimento das crianças expostas. Nesse processo, a elaboração, a execução e o monitoramento da proposta de trabalho regional de enfrentamento à sífilis, de maneira propositiva e com encontros sistemáticos e oportunos com os técnicos estaduais e municipais, consolidou-se como um ponto fundamental para essa articulação.

Há de se considerar ainda o fortalecimento do vínculo entre os representantes municipais e estaduais no que se refere às ações direta e indireta relacionada à sífilis nos territórios. Alguns resultados também verificados foram a melhoria da comunicação e articulação entre as áreas técnicas com impacto positivo sobre os fluxos de atendimento e processos de trabalho referente ao enfrentamento da sífilis nos municípios, assim como a elaboração de instrumentos e ferramentas de gestão que favoreçam o planejamento e o monitoramento das ações pactuadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do apoiador no Projeto “Sífilis Não” tem sido uma experiência muito rica e de muito aprendizado. Percebemos que estar junto com as áreas técnicas nos municípios, seja presencial, seja virtualmente como estamos hoje em função da pandemia, faz uma grande diferença, quando comparado ao trabalho do apoio

institucional estruturado em outros moldes. Aprendemos que o trabalho em equipe, quando somado às técnicas que envolvem metodologias ativas, proporciona espaços de discussões, reflexões, criação, avaliação e monitoramento capazes de se contrapor aos fatores contrários ao bom funcionamento dos serviços de saúde.

Da experiência com a articulação regional, aprendemos a exercitar a comunicação como ferramenta primordial nos processos de trabalho, bem como a importância de cruzar fronteiras, minimizar distâncias geográficas, superar os limites pessoais que muitas vezes atravancam nossas capacidades de ação. Como apoiadoras, também compartilhamos esse aprendizado com as equipes de saúde.

Hoje, podemos afirmar que, no Estado do Rio de Janeiro, a temática “Sífilis” passou a ser fortemente pautada nas discussões e nos eventos que envolvem a saúde pública. Esperamos, com a realização deste projeto, conseguir deixar nos municípios o legado da compreensão do trabalho em equipe, da articulação e comunicação entre as áreas técnicas como contribuição para a melhor fluidez dos processos de trabalho em saúde.

AGRADECIMENTOS

Início com nossos agradecimentos a todos os pesquisadores e profissionais que direta ou indiretamente tornaram o Projeto “Sífilis Não” viável e exequível, tão cheio de histórias, emoções, afetos e vivências de militância no SUS. Sem eles, esta experiência não teria sido possível e nem teríamos os muitos encontros produzidos.

Aos supervisores do Projeto, Adriano e Luti, pelo apoio, pela paciência e pela compreensão de nossas angústias e insatisfação no desenvolvimento dos trabalhos.

Aos apoiadores do Projeto “Sífilis Não”, pelas trocas de saberes e pelos afetos no decorrer dos trabalhos. Em especial, às minhas parceiras de apoio, Brena Cerqueira,

Michelle Sequeira e Paula Guidone, que hoje as considero grandes amigas.

Agradeço também aos profissionais e aos gestores de saúde da Metro I, pela acolhida, pela colaboração e pela compreensão nas muitas idas e vindas aos municípios e à Secretaria Estadual de Saúde.

Para finalizar, minha gratidão a Deus, por ter colocado todos vocês em meu caminho e me proporcionado esse novo e grandioso aprendizado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 34 p, il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Ano VI. n. 1, p. 1-43, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resposta Rápida à Sífilis: uma análise situacional da estratégia de apoio institucional**. Brasília: Ministério da Saúde, v.51, n.42, 2020b.

CERQUEIRA, B. G. T. **Avaliação e Melhoria da Qualidade da Assistência à Sífilis Gestacional da Atenção Primária à Saúde**. 2018. (Dissertação de Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Assessoria de Planejamento. Assessoria de Regionalização. Comissão Intergestores Regional da Região Metropolitana I. **Relatório do Plano Regional Integrado**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2018.

LUCAS, M. C. V. *et al.* A experiência do apoio institucional do projeto de resposta rápida à sífilis nas redes de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em saúde**, v. 9, n. 2, p. 8-24, 2019. Edição Especial – Projeto Sífilis Não. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/18679>. Acesso em: 28 out.2020.

ROBBINS, H.; FINLEY, M. **Porque as equipes não funcionam, o que não deu certo e como torna-las criativas e eficientes**. 2. ed. São Paulo: Campos, 1997.



UM BREVE RELATO SOBRE OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO INTEGRADA ENTRE OS APOIADORES DO PROJETO “SÍFILIS NÃO”, PROJETO FORÇA TAREFA E SEINSF/SEMS

Neyla Campos Almeida Cordeiro de Menezes

Assistente Social, CRESS N° 1453, servidora pública municipal da SMS de São José da Tapera / AL e Apoiadora de Pesquisa e Intervenção do Projeto “Sífilis Não” - Ministério da Saúde / UFRN. Especialista em Gestão Social, Políticas Públicas, Redes e Defesa de Direitos; Especialista em Gestão em Saúde Pública; Especialista em Processos Educacionais em Saúde; e Mestra em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas.

E-mail: neyla.menezes@lais.huol.ufrn.br.

Ana Maria Mello Porto

Nutricionista, CRN/6 - 1.411, servidora pública estadual do Hospital Escola Dr. Hélio Auto - HEHA/UNCISAL e Apoiadora do Ministério da Saúde e UFRN pelo Projeto Força Tarefa - Integração da APS e VS. Especialista em Nutrição Clínica e Terapêutica Nutricional e especialista em Avaliação em Saúde Aplicada a Vigilância.

E-mail: ana.porto@lais.huol.ufrn.br.

Marilda Pereira Yamashiro Tani

Engenheira da Computação. Servidora pública federal efetiva, chefe da Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Alagoas – SEINSF/SEMS-AL/

DGIP/SE/MS. E-mail: marilda.pereira@saude.gov.br.

Valéria Bezerra Santos

Enfermeira, COREN 000.046.772-IR, servidora da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas e Apoiadora do Ministério da Saúde e UFRN pelo Projeto Força Tarefa - Integração da APS e VS. Especialista em auditoria de Sistemas da Saúde; em Vigilância em Saúde e Docência do Ensino Superior. E-mail: valeria.santos@lais.huol.ufrn.br.



RESUMO

O presente trabalho propõe a discussão das atividades integradas realizadas pelas apoiadoras do Projeto Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção (Projeto “Sífilis Não”), Projeto de Integração das Ações de Vigilância em Saúde e Atenção Primária para o Fortalecimento do Sistema

Único de Saúde (Projeto Força Tarefa) e a Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Alagoas. O estudo ressalta que os Projetos “Sífilis Não” e Força Tarefa são frutos de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde do Hospital

Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde. Este relato de experiência descreve as ações realizadas pelas quatro apoiadoras dos referidos projetos e da Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Alagoas, no período de abril de 2018 a outubro de 2020, por meio de um trabalho integrado e colaborativo com 18 áreas técnicas da Secretaria Estadual da Saúde de Alagoas e apoiadores do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas, cujos principais resultados foram a realização de 15 reuniões para alinhamento de estratégias entre as apoiadoras, 25 reuniões técnicas com o Grupo Integração, 17 webconferências que envolveram aproximadamente 652 profissionais que atuam no âmbito dos 102 municípios alagoanos. A pesquisa aponta que a articulação inicial entre o Projeto “Sífilis Não” e a equipe de saúde em Alagoas é potencializado pela articulação com o Projeto Força Tarefa, que amplia o escopo das ações a partir de uma maior mobilização junto às áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, do fortalecimento da articulação entre Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde e da possibilidade de construção de novas estratégias de trabalho em conjunto com os municípios alagoanos.

Palavras-chave: Sífilis; Apoio Institucional; Integração; Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde.

ABSTRACT

The present work proposes the discussion of the integrated activities carried out by the supporters of the Interfederative Project for Rapid Response to Syphilis in the Attention Networks (“Sífilis Não”), Project for the Integration of Health Surveillance and Primary Care Actions to Strengthen the Unified Health System (Projeto Força Tarefa) and the Institutional Support and

Federative Articulation Section of the State Superintendence of the Ministry of Health in Alagoas - SEINSF/SEMS/AL. It is emphasized that the “Sífilis Não” and Força Tarefa projects are the result of a partnership between the Ministry of Health and the Laboratory of Technological Innovation in Health (LAIS) of the Onofre Lopes University Hospital of the Federal University of Rio Grande do Norte (LAIS/UFRN), with the support of the Pan American Health Organization (PAHO/WHO). This experience report describes the actions carried out by the 04 (four) supporters of these projects and SEINSF/SEMS in Alagoas, from April 2018 to October 2020 through an integrated and collaborative work with 18 technical areas of SESAU and supporters from COSEMS/AL and whose main results were the holding of 15 meetings to align strategies between supporters, 25 technical meetings with the Integrate Group, 17 web conferences that involved approximately 652 professionals working within the scope of 102 municipalities in Alagoas. It was observed that the initial articulation between the “Projeto Sífilis Não” and the SEINSF/SEMS/AL is strengthened through the articulation with the “Task Force Project” that expands the scope of the actions through a greater mobilization with the technical areas of the Secretariat of State of Health of Alagoas - SESAU / AL, strengthening of the articulation between Primary Health Care (PHC) and Health Surveillance (VS) and the possibility of building new work strategies together with the municipalities of Alagoas.

Key-words: Syphilis; Institutional Support; Integration; Primary Health Care; Health Surveillance.

INTRODUÇÃO

O presente relato propõe a discussão do trabalho integrado realizado no estado de Alagoas pelas apoiadoras do Projeto

Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção (Projeto “Sífilis Não”), do Projeto de Integração das Ações de Vigilância em Saúde e Atenção Primária para o Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (Projeto Força Tarefa) e da Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Alagoas (SEINSF/SEMS/AL). Os Projetos “Sífilis Não” e Força Tarefa são frutos de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (Lais) do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Lais/UFRN), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). O “Sífilis Não” tem como enfoque central reduzir a sífilis adquirida e eliminar a sífilis congênita no Brasil com base, principalmente, na qualificação do diagnóstico, no aumento da testagem e na ampliação do tratamento com a efetivação de ações sob quatro eixos de cooperação: vigilância, gestão e governança, assistência e educação. O Projeto Força Tarefa visa ao desenvolvimento de estratégias conjuntas para o fortalecimento da integração da Vigilância em Saúde (VS) e Atenção Primária à Saúde (APS) com foco na sífilis, na ampliação das coberturas vacinais e nas arboviroses urbanas (dengue, zika e chikungunya). A Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa (Seinsf) da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Alagoas (Sems-AL) tem o papel de fortalecer a articulação federativa, apoiando a Secretaria Estadual da Saúde de Alagoas (Sesau) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) em consonância com as ações propostas pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, o apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), por meio da Seinsf-AL, contribui para aprimorar instrumentos de gestão, planejamento integrado regional, processo de regionalização, organização das redes de atenção à saúde, implantação e acompanhamento de políticas de saúde, atuação nas

instâncias colegiadas, resposta a emergências públicas e apoio a programas e projetos do MS, tais como o Projeto AcolheSUS, Projeto “Sífilis Não” e Projeto Força Tarefa.

Desde sua implantação em Alagoas (abril de 2018), o Projeto “Sífilis Não” procurou estabelecer articulações com atores estratégicos que atuavam no território, a exemplo dos apoiadores da Gerência da Atenção Primária (GAP/Sesau/AL), do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas (Cosems/AL) e da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Alagoas (Sems/AL). Ressalta-se que a parceria com o apoio institucional da Sems/AL sobressaiu-se, permanecendo forte durante todo o período de execução do projeto, possibilitando, assim, a ampliação de diversas articulações, principalmente com as áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (SMS), dentre as quais, destacam-se: Diretoria da Vigilância em Saúde, Diretoria de Atenção à Saúde, Programa Municipal IST/aids e hepatites virais, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Assistência Farmacêutica, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), Promoção em Saúde, Programa Saúde na Escola (PSE), Consultório de Rua, Atenção à Pessoa com Deficiência (SCZV), Microcefalia e Vigilância Epidemiológica e o Conselho Municipal de Saúde (CMS). No âmbito externo, firma parcerias com instituições que podem fortalecer as atividades do projeto, tais como Conselho Regional de Medicina de Alagoas (Cremal/AL), Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas (Coren/AL) e Unicef.

No âmbito da Secretaria de Estado de Saúde (Sesau/AL), após a apresentação do Projeto “Sífilis Não”, também foram realizadas ações pontuais com áreas técnicas estratégicas, a exemplo do Programa Estadual IST/aids e hepatites virais, Rede de Atenção Materno Infantil, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde no Sistema Prisional, Gerência da Atenção Primária, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (Cievs) e Comitê Gestor das Síndromes

Congênitas e STORCH. No entanto, almejava-se a realização de um trabalho contínuo e articulado com as diversas áreas técnicas da Sesau/AL, o que, sem dúvida, foi potencializado pelo Projeto Força Tarefa, iniciado em Alagoas, em abril de 2020, com duas apoiadoras (uma pela APS e a outra pela VS), com as quais foi estabelecido um diálogo imediatamente e, ao longo dos meses, com encontros periódicos, foi criado um espaço seguro para discussões, alinhamento de ideias e estratégias de intervenção no território.

Como apoio institucional, buscou-se construir estratégias colaborativas de qualificação da gestão e integração na atuação de áreas técnicas, nas esferas estadual e municipal, visando ampliar a capacidade de gestores e técnicos na compreensão do seu contexto situacional e, a partir desse momento, “contribuir para o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos; ampliando, enfim, a possibilidade de ação dessas pessoas sobre todas essas relações” (CAMPOS *et al.*, 2014, p. 985).

Cabe destacar que o apoio pode incentivar dispositivos capazes de prover a análise dos processos de trabalhos na perspectiva da reorientação das práticas de gestão e nos serviços de saúde, por meio de um diálogo horizontal pautado pela corresponsabilização, impulsionando a articulação das políticas para a superação da fragmentação e a dificuldade de acesso a ações e serviços de saúde, possibilitando a produção de agendas estratégicas para desenvolver ações que contribuam para o enfrentamento da sífilis (LUCAS *et al.*, 2019, p. 15).

Assim, escutando os anseios da gestão e de técnicos e reconhecendo as atividades já em desenvolvimento no território, promoveram-se, em conjunto, momentos de discussão, construção de estratégias e educação permanente que certamente contribuíram para o fortalecimento das ações de prevenção e promoção de saúde pública do estado de Alagoas.

MÉTODO

Este relato busca explicar o trabalho integrado das quatro apoiadoras dos Projetos “Sífilis Não” e Força Tarefa e do Seinsf/Sems em Alagoas, no período de abril de 2018 a outubro de 2020. Vale destacar que o desenvolvimento das atividades tem como embasamento planos de ação que são acompanhados por supervisões específicas em cada um dos projetos, além do registro de atividades em plataforma digitais e painéis de monitoramento.

Considerou-se o marco inicial para efetivação do trabalho a iniciativa das apoiadoras do Projeto Força Tarefa de criação do grupo de *WhatsApp* Integração APS/VS, que envolve 18 áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde, sendo elas:

1. SUAS – Superintendência de Atenção à Saúde
 - 1.1 GAP – Gerência de Atenção Primária
 - 1.1.1 SUEPS – Supervisão de Educação e Promoção da Saúde
 - 1.1.2 SUAAAPS – Supervisão de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária em Saúde
 - 1.1.3 SUACTAPS – Supervisão de Apoio e Cooperação Técnica na Atenção Primária em Saúde
 - 1.1.4 SUCTT - Supervisão de Ciência, Tecnologia e Telessaúde
 - 1.1.5 ATSB - Assessoria Técnica de Saúde Bucal
 - 1.2 GAEST – Gerência de Ações Estratégicas
 - 1.2.1 SUMCA - Supervisão do cuidado da Mulher, Criança e Adolescente
 - 1.2.2 SUCESP – Supervisão de Condições Específicas (Crônicas)
 - 1.2.3 SUPED – Supervisão de Pessoas com Deficiência
 - 1.2.4 SUAP – Supervisão de Atenção Psicossocial

2. SUVISA – Superintendência de Vigilância em Saúde
 - 2.1 – Gerência de Vigilância e Controle de Doenças Transmissíveis
 - 2.1.1 AT do PE IST/AIDS e HV - Área Técnica do Programa Estadual IST/AIDS e Hepatites Virais
 - 2.1.2 AVET – Assessoria Técnica em Vetores, Zoonoses e Fatores Ambientais
 - 2.1.3 Assessoria Técnica em Doenças Imunopreveníveis e Vacinação
 - 2.1.4 CIEVS – Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde
3. RAMI – Rede de Assistência Materno Infantil
4. Núcleo da Saúde para Primeira Infância (Ligada ao Gabinete do Secretário).

Contou-se ainda com a participação do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems/AL) e Seinsf/Sems/AL. As ações continuaram sendo desenvolvidas pela articulação integrada e colaborativa, observando prioritariamente as necessidades pontuadas pela gestão local. Os encontros das apoiadoras ocorrem quinzenalmente, a partir da modalidade remota (em virtude da pandemia provocada pelo novo coronavírus – covid-19), com o propósito de partilhar as agendas, discutir estratégias e alinhar ideias para efetivação das ações pactuadas com o território.

RESULTADOS E LIÇÕES APRENDIDAS

Em abril de 2018, o Projeto “Sífilis Não” promove o Seminário Interfederativo “Resposta Rápida à Sífilis”, realizado em Natal-RN, onde aconteceu o primeiro contato com os atores locais. A comitiva de Alagoas foi composta por representantes da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Alagoas – Sems/AL, do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas – Cosems/AL, da

coordenação da Atenção Primária à Saúde do município de Maceió e dos Programas municipal e estadual IST/aids e hepatites virais. Após a finalização desse evento, foi constituída a base do Grupo Técnico de acompanhamento da Sífilis em Maceió – AL (GT Sífilis Maceió).

Em maio de 2018, ocorreu a 1ª Reunião do GT Sífilis/Maceió – AL, que ganhou forças com a participação das coordenações do Programa Municipal IST/aids e HV e Vigilância Epidemiológica e Diretoria da Vigilância em Saúde. A partir disso, a apoiadora da Seinsf/Sems/AL tornou-se parceira fundamental do projeto, uma vez que “vestiu a camisa” e se colocou inteiramente à disposição para o reconhecimento do território.

Em junho de 2018, pela primeira vez, as apoiadoras do Projeto “Sífilis Não” e da Seinsf participaram da Reunião do Comitê de Investigação de Transmissão Vertical do HIV, sífilis e hepatites virais. Com isso, tornaram-se membros permanentes do referido comitê.

Após buscar articulação com o Unicef, em maio de 2019, as apoiadoras foram convidadas para participar de reunião com representantes do Gabinete da Prefeitura e do Unicef em Maceió. Na ocasião, foi discutida a inclusão da temática da sífilis congênita na Semana do Bebê de 2019.

No ano de 2019, também houve participação das apoiadoras do Projeto “Sífilis Não” e da Seinsf nas reuniões do Comitê Gestor Estadual das Síndromes Congênitas e Equipes Dedicadas dos municípios de Maceió, Arapiraca e Palmeira dos Índios.

Em março de 2020, as ações do apoio do Ministério da Saúde em Alagoas são potencializadas com a implantação do Projeto Força Tarefa. O quarteto passa a reunir-se periodicamente para alinhamento de ideias e construção de estratégias de intervenção de acordo com demandas locais.

Figura 1 - Reunião apoiadoras dos Projetos Sífilis Não e Força Tarefa e SEINSF/SEMS.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Em abril de 2020, um grupo de WhatsApp Integração VS/APS Alagoas foi criado, envolvendo 18 áreas técnicas da Sesau, Cosems/AL e o apoio do MS em Alagoas.

Desde sua criação, o grupo se reúne periodicamente (temos 25 encontros registrados até o momento) para discutir ações prioritárias a ser executadas no estado de Alagoas.

Figura 2 - Webconferências sobre Fluxo da COVID-19 na APS e VE.

WEBCONFERÊNCIA **FLUXO DA VE E APS PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19, TESTES LABORATORIAIS E CIEVS**

30.04.2020 | 3ª e 4ª Regiões de Saúde: 14h

- FLUXO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**
Diego Hora - Gerência de Vigilância em Saúde/SUVISA
- NOTIFICAÇÕES DE COVID-19**
Waldinea Silva - Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde - CIEVS
- TESTES DE COVID-19**
Anderson Brandão - Laboratório Central de Alagoas- LACEN
- FLUXO DE ATENDIMENTO NA APS PARA COVID-19**
Marília Silva do Nascimento - Apoiadora Institucional/GAP

ALAGOAS COSEMS AL

Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Em junho de 2020, aconteceram 04 webconferências sobre arboviroses com

a participação de 75 municípios e 137 técnicos.

Figura 3 - Webconferências sobre Arboviroses.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Em julho de 2020, foram realizadas 02 webconferências sobre sarampo com a participação de 102 municípios e 102 técnicos.

Entre julho e setembro de 2020, realizaram-se 03 webconferências sobre a implantação da vacina contra a febre amarela, com a participação de 68 municípios e 76 técnicos.

Em setembro de 2020, foram realizadas 02 webconferências sobre a campanha contra a poliomielite e multivacinação com a participação de 83 municípios e 102 técnicos.

Em se tratando da temática da sífilis, apresentaram-se como resultados dessa articulação:

- Inserção nos seguintes espaços de discussão: Indicadores Interfederativos do SUS, GT Estadual de Imunização e retomada do GT Estadual de enfrentamento à sífilis.
- Participação e divulgação pelo quarteto dos bate-papos do Projeto "Sífilis Não";
- Participação do webinar sobre diagnóstico situacional dos comitês de investigação da transmissão vertical;
- Reunião com DCCI – equipe de diagnóstico do MS para ampliação da testagem rápida na APS;
- Apresentação da nossa experiência de integração no III Webinar – "A Sífilis no contexto da pandemia e sua interface entre os Projetos de Integração e o Sífilis Não";
- Realização de articulações para ampla divulgação da campanha de outubro para o enfrentamento à sífilis e participação no ciclo de debates "Conversando sobre Sífilis";
- Análise do banco de dados da sífilis no estado e construção da apresentação do diagnóstico da sífilis em Alagoas por região de saúde;
- Apresentação do diagnóstico da sífilis em Alagoas por região de saúde nas reuniões de novembro da Comissão Intergestores Regional (CIR) e do Conselho Estadual de Saúde;

Os próximos passos do grupo são a Institucionalização do grupo técnico para o enfrentamento da sífilis em Alagoas, cuja minuta da portaria já foi apresentada à gerência da atenção primária e a construção do Plano Integrado de Enfrentamento da Sífilis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente a participação neste projeto tem sido uma oportunidade valiosa de crescimento pessoal e profissional. A realização do trabalho, de modo conjunto e colaborativo entre os apoiadores, integrado, com parceria das áreas técnicas da Sesau/AL e dos técnicos do Cosems/AL, com a participação efetiva dos municípios nos momentos propostos, propiciou ao grupo debates e reflexões em relação à necessidade contínua de qualificação de ações de saúde que contribuem positivamente para mudanças nos processos de trabalho nos territórios, em virtude da troca de experiências entre diversos profissionais, possibilitando a construção de novas estratégias de trabalho a partir de mais articulação entre APS e VS.

AGRADECIMENTOS

A cada um dos profissionais que contribuíram para o êxito do trabalho proposto... aos que acreditam sempre na construção de uma Política Pública de Saúde melhor!

“Há os que se queixam do vento. Os que esperam que ele mude.

E os que procuram ajustar as velas.”

William G. Ward

REFERÊNCIAS

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014.

LUCAS, M. C. V. *et al.* Experiência de Apoio Institucional no Projeto de Resposta Rápida ao Enfrentamento da Sífilis nas Redes de Atenção à Saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, Natal v. 9, n. 2, p.8-24, 2019. Trabalho apresentado no 3º Workshop de Pesquisa do Projeto Sífilis Não, 28 a 30 out. 2020, [Natal, RN].