

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**FRAGILIDADES E DESAFIOS NA CONSOLIDAÇÃO
DA LINHA DE CUIDADO DO USUÁRIO COM SÍFILIS
EM SANTA MARIA/RS**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

JULIANA LIMA DA SILVA

Santa Maria, RS, Brasil

2014

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**FRAGILIDADES E DESAFIOS NA CONSOLIDAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO
DO USUÁRIO COM SÍFILIS EM SANTA MARIA/RS**

Elaborado por

Juliana Lima da Silva

Orientado por

Prof^ª. Dr^ª. Teresinha Heck Weiller

como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar de Sistema Público de Saúde,
ênfase Mãe-Bebê**

Comissão Examinadora:

**Dr^ª. Teresinha Heck
Weiller (UFSM)**
Presidente

**Ms^ª. Elenir Terezinha
Rizzetti Anversa (SMS)**

**Ms^ª. Helena Carolina
Noal (HUSM)**

Santa Maria, 19 de março de 2014

RESUMO

Este trabalho apresenta uma intervenção desenvolvida junto aos trabalhadores da saúde do Hospital Universitário de Santa Maria e à rede de Atenção Básica, após diagnóstico situacional e identificação das demandas pelas mulheres (puérpera com sífilis) e profissionais de saúde sobre a percepção da abordagem, tratamento e seguimento dispensado na linha de cuidado ao usuário com sífilis. Realizada através do método da roda de conversa e, tendo como base à proposta de redes, objetivou consolidar a linha de cuidado através de uma proposta que venha a superar os modelos assistenciais vigentes, implicando uma redefinição do sujeito e das formas de organização dos processos de trabalho relacionados à linha de cuidado do usuário com sífilis. Participaram da roda de conversa 11 profissionais integrantes da rede de saúde de Santa Maria. No resultado, identificou-se que, apesar de um agravo prioritário na política, a sífilis ainda é negligenciada, não é vista por alguns profissionais como responsabilidade no nível primário de atenção, o qual, muitas vezes, não possui, em sua capacidade instalada e clínica, condições para atender os casos suspeitos e dar o devido encaminhamento, referenciando, ao final, o usuário à sua rede territorial de atenção, pressupondo um ordenamento da linha de cuidado do sistema de saúde local, com retaguarda e uma equipe de referência que determine um atendimento responsivo e de qualidade. Conclui-se, de fato, a necessidade de se estabelecer redes de cuidado, articulando diferentes pontos, garantindo, desta forma, a integralidade da atenção.

Palavras-chave: Sífilis. Linha de cuidado. Rede.

ABSTRACT

This paper presents an intervention developed with health workers of the University Hospital of Santa Maria and the Primary Care Network, health professionals after diagnosis and identification of situational demands by women (postpartum women with syphilis) and the perception of approach, treatment and Following the care dispensed to the user with syphilis line. Performed using the conversation wheel and method, based on the proposed network, aimed to consolidate care line with a proposal that will overcome the existing care models, implying a redefinition of the subject and forms of organization of processes related care line user with syphilis work. Participated in the conversation wheel 11 professional members of the health network of Santa Maria. In the result, it was found that, although a priority condition in the policy, the syphilis is still neglected, is not seen by some practitioners as a liability in the primary care level, which often is not, in their capacity and clinical conditions to meet the suspected cases and provide appropriate referral, referring to the end user its territorial network of care, assuming an ordering of the line of the local health care system, with rear and a team of reference to determine one responsive and quality service. In conclusion, in fact, the need to establish networks of care, linking different points, ensuring in this way, comprehensive care.

Keywords: Syphilis. Line care. Network.

INTRODUÇÃO

O presente estudo foi desenvolvido no município de Santa Maria/RS e descreve o relato da intervenção desenvolvida junto aos trabalhadores da saúde do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e à rede de Atenção Básica (AB), após diagnóstico situacional e identificação das demandas pelas mulheres (gestante e puérpera) e profissionais de saúde, para então, colaborar com a reorientação do planejamento das ações em serviço de saúde relacionada à linha de cuidado do usuário com Sífilis e Sífilis Congênita.

Sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum* (LIMA, 2013). Pode ser contraída através da relação sexual, transfusão sanguínea, transplante de órgão ou por transmissão congênita, apresentando sérias implicações para a mulher grávida e seu bebê, quando não tratada, devido à alta frequência com que produz desfechos graves para a gestação e para a criança, a exemplo de parto prematuro, óbito fetal e neonatal e infecção congênita do recém-nascido (LIMA, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), entre 1998 e junho de 2012 foram notificados, no SINAN, 80.041 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Destes, foram registrados na Região Sul 6.143 (7,7%) dos casos. Já em 2011, foram notificados 9.374 novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais a Região Sul teve 801 (8,5%).

O SINAN, de acordo com dados preliminares, notificou, com relação ao histórico de casos de sífilis congênita residência/município de Santa Maria/RS: em 2009, 08 casos; em 2010, 13 casos; em 2011, 17 casos; em 2012, 30 casos; e em 2013, 32 casos. Portanto, houve um aumento significativo da incidência de 2,45 em 2009 para uma incidência de 9,45 em 2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Tal situação demonstra que, apesar dos esforços para prevenção e controle, o número de casos registrados de sífilis e sífilis congênita no Brasil continua a crescer, justificando a relevância da intervenção, tendo em vista a estimativa de novos casos e pelo fato de a sífilis continuar sendo um importante problema de saúde pública, devido à sua permanência na sociedade por tantos anos, mesmo sendo uma doença de agente etiológico conhecido, constatação laboratorial disponível, tratamento simples e barato e com normatização do Ministério da Saúde já estabelecida.

Outro fator que denota relevância é que mulheres grávidas infectadas e sem tratamento transmitem a doença ao feto, podendo esse nascer com a sífilis congênita. Medidas simples, como diagnóstico e tratamento adequado da mulher e seu parceiro eliminariam manifestação e agravo.

Assim, tendo como cenário epidemiológico esta situação grave e, entendendo que a sífilis deveria ser uma patologia erradicada e não está, determina-se então, a necessidade de analisar e investir na prevenção dos casos através da descentralização das ações, fortalecendo o diagnóstico, tratamento e seguimento. Além disso, torna-se imprescindível a reorganização da linha de cuidado, através de uma abordagem multidisciplinar e envolvimento dos diferentes dispositivos.

Tem-se a Atenção Básica como o centro da rede, mas sabe-se que – no percurso do usuário com sífilis na linha de cuidado – esta funcionará como a porta de entrada preferencial no sistema, articulada com outros níveis de atenção e, ao mesmo tempo, regulando o fluxo aos especialistas nos níveis secundários e terciários (MENDES, 2002; STARFIELD, 2002). O trabalho contempla: atividades ligadas à prevenção e controle da sífilis; relacionadas à identificação precoce, busca frequente e sistematizada dos casos identificados na comunidade adscrita; realização de exames para diagnóstico (teste rápido pra sífilis e o VDRL); possibilidade do fluxo de comunicação eficiente, além de estabelecer metas anuais, juntamente com a vigilância epidemiológica no território de atuação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Deste modo, a intervenção foi realizada através do método da roda de conversa, que tem como finalidade socializar o diagnóstico do trabalho final de conclusão e, através deste, tendo como base à proposta de redes, *consolidar* a linha de cuidado através de uma proposta que venha a superar os modelos assistenciais vigentes, implicando uma redefinição do sujeito, do objeto e das formas de organização dos processos de trabalho relacionados à linha de cuidado do usuário com sífilis, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado no Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

Trata-se do relato da intervenção realizada nos meses de novembro de 2013 a fevereiro de 2014 por residentes do Programa de Pós-Graduação da Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar da UFSM, na área de concentração Mãe-Bebê.

A intervenção foi desenvolvida na rede de atenção à saúde do município de Santa Maria/RS, que possui uma área de 1825 km² e uma população de aproximadamente 270 mil habitantes (IBGE, 2012). Santa Maria integra à 4^a coordenadoria Regional de Saúde (CRS/RS) e está habilitada na modalidade de Gestão Plena da Atenção Básica, conforme a Portaria nº 2.023/GM, de setembro de 2004. O Município está dividido em dez distritos, com oito regiões administrativas compostas, por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 13 Estratégias de Saúde da Família (ESF) com 16 equipes, além de um conjunto de serviços de média densidade tecnológica de referência municipal (SANTA MARIA, 2013).

Os sujeitos do estudo foram: mulheres (gestantes ou puérperas com diagnóstico de sífilis) internadas no HUSM; profissionais das 27 Unidades de Saúde vinculados às equipes das UBS e ESF do município; profissionais do serviço de obstetrícia (Centro Obstétrico), ginecologia (Unidade Toco-Ginecológica) e pediatria do HUSM, além de profissionais de cada núcleo gestor (Vigilância em Saúde, Saúde da Mulher e Saúde da Criança) que compõem a rede municipal de saúde do município e que participam do cuidado e atenção à Sífilis e Sífilis Congênita, já que estes desempenham papel estratégico na continuidade do cuidado aos usuários com sífilis.

Destes, ao final, participaram do diagnóstico da intervenção 08 trabalhadores da saúde (04 do HUSM e 04 da Atenção Básica) e 08 puérperas com diagnóstico de sífilis, totalizando 16 sujeitos participantes; e na roda de conversa participaram 11 profissionais integrantes da rede de saúde de Santa Maria, dentre eles, 09 enfermeiras e 02 médicas (01 ginecologista e 01 pediatra), sendo 03 da Residência Multiprofissional, 05 do HUSM e 03 da Atenção Básica.

O estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM com o número CAAE 20881113.8.0000.5346 (ANEXO I) e pelo Núcleo de Educação Permanente da Saúde – da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria (ANEXO II). Os profissionais foram convidados a participar da intervenção de forma voluntária e, como critério de inclusão, diante da concordância, assinaram o TCLE (APÊNDICE A).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A intervenção foi desenvolvida em quatro momentos:

1º Momento: pré-diagnóstico

A proposta para a intervenção surgiu, em primeiro momento, na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, durante as atividades desempenhadas na carga horária complementar, fundamentada através de uma nova proposta do modelo pedagógico da Residência Multiprofissional, que busca possibilitar o funcionamento da Rede de Atenção a Saúde (RAS), articulando, relações entre a população, focos das intervenções do sistema de atenção e diferentes tipos de ações sanitárias, definidos em função da saúde, situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde (SILVA, 2008).

O modelo de atenção também preconiza a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações (MENDES, 2011).

E, durante esta vivência, embora os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde para o combate às doenças sexualmente transmissíveis estivessem tão bem estruturados e redigidos, foi possível identificar o cenário alarmante da sífilis no município. Deparou-se com tantos casos de gestantes portadoras do *Treponema pallidum*, não tratadas adequadamente, que se decidiu mobilizá-las pela assombrosa situação epidemiológica, estudando a linha de cuidado da sífilis.

Desde então, iniciaram-se na SMS discussões sobre a linha de cuidado da sífilis, além de participar do plano de trabalho para a implementação dos testes rápidos para triagem de sífilis e diagnóstico de HIV na Rede de Atenção Básica de Saúde, além da capacitação para aplicação dos testes rápidos e, em conjunto com a Atenção Básica, a intervenção e aconselhamento após diagnóstico.

Durante esta etapa, identificou-se baixa adesão dos profissionais (principalmente da medicina), fragilidade no diagnóstico e tratamento da mulher e parceiro, resistência na

aplicação da penicilina (tratamento indicado) e, cabe ressaltar, a vulnerabilidade da população atendida e dos profissionais e Unidades de Atenção à Saúde, já que ambos estão nesta condição devido a deficiente ação do Estado no que tange o provimento de recursos, educação permanente, viabilização e administração adequada de recursos.

A partir das discussões e falas dos profissionais na capacitação, optou-se por aprofundar ainda mais o tema. Portanto, buscou-se, nas próximas etapas da intervenção, articular o saber com o fazer e contribuir com o desenvolvimento de um entendimento diferenciado sobre a percepção do cuidado pelas puérperas e o cuidar na perspectiva dos profissionais, considerando a linha de cuidado.

Dando seguimento, ampliaram-se conhecimentos referentes aos processos de gestão e coordenação das políticas públicas de saúde da mulher, assim como o conhecimento sobre os indicadores epidemiológicos, planejamento e articulação de propostas relativas às demandas da SMS. E, nesta fase, foi definida a inclusão de todas as Unidades de Saúde do Município com diferentes densidades tecnológicas no estudo, a partir do pressuposto de que, se houvesse um ordenamento do sistema de saúde local, com retaguarda e equipe preparada nos diferentes níveis assistenciais e das mulheres (gestante ou puérpera com diagnóstico de sífilis), para que se pudesse avaliar a linha de cuidado a partir da perspectiva do profissional e do usuário com sífilis no tempo possível para diagnóstico, tratamento e devidos encaminhamentos.

Após, em diálogo com os gestores do Município, foi dado seguimento ao planejamento do projeto, estruturação e organização da proposta da pesquisa/intervenção.

2º Momento: diagnóstico

Este identificou a percepção do processo de saúde (abordagem, tratamento e seguimento dispensado na linha de cuidado ao usuário com diagnóstico de sífilis) e permitiu analisar essa linha a partir da vivência das gestantes e puérperas e dos profissionais de saúde. Para tanto, fez-se uso de dois instrumentos elaborados pelas residentes (APÊNDICE B e APÊNDICE C respectivamente), aplicados na modalidade de roteiro de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e posteriormente transcritas.

Nesta etapa, foi utilizado o método da bola de neve e, para dar início à coleta, as residentes contataram um profissional de referência “chave” nos seguintes seguimentos:

hospitalar, gestão e unidade de atenção básica. Após, dando seguimento, o profissional entrevistado indicava o próximo.

As entrevistas com os profissionais foram realizadas pelas residentes coordenadoras do projeto, no setor de vigilância do Município, UBS, Centro Obstétrico e Unidade Toco-Ginecológica do HUSM, após agendamento. As entrevistas com as puérperas aconteceram no domicílio ou durante a internação na Unidade Toco-Ginecológica do HUSM e foram desenvolvidas nos meses de novembro de 2013 a fevereiro de 2014.

Esta fase do estudo foi composta por: 04 trabalhadores da saúde do HUSM, 04 trabalhadores da Atenção Básica e 08 puérperas com diagnóstico de sífilis, totalizando um universo de 16 participantes. Cabe salientar que a finalização do estudo se deu por saturação, pois os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação das pesquisadoras, redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Os dados foram avaliados através da análise de conteúdo na modalidade temática. Inicialmente, as entrevistas foram gravadas, transcritas e codificadas para manter o sigilo dos profissionais, puérperas e unidades de saúde envolvidas. Em seguida, foi realizada a leitura compreensiva do material de forma exaustiva, buscando as particularidades do conjunto (MINAYO, 2011). Para interpretar os dados, organizaram-se quadros sinópticos das entrevistas e construção dos temas pertinentes aos objetivos do estudo.

Dentre os temas pertinentes, como resultado, observou-se que, embora haja uma preocupação na elaboração de normas e documentos que possam servir como norteadores para os trabalhadores, um série de dificuldades foi constatada nos diferentes níveis de atenção em relação à sífilis. A intervenção mostrou uma falha na detecção e tratamento dos casos, um déficit na capacitação das equipes, permanência das atividades ligadas à doença (processo apenas curativo), a falta de conhecimento dos profissionais em relação aos métodos/procedimentos para detecção de casos, a sobrecarga de trabalho para as equipes, além da insuficiência na rede de apoio ao diagnóstico nas unidades.

Também evidenciou-se que, apesar das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) ampliarem as opções de acesso do usuário ao sistema de saúde, estes serviços têm sido pouco resolutivos em termos de diagnóstico da doença, uma vez que há casos não elucidados, principalmente em serviços especializados, pronto-atendimentos ou então nos hospitais.

Para Frenk (1992), a busca pelo cuidado à saúde pode ser influenciada por diferentes fatores relacionados aos próprios usuários e envolve o aparecimento de sinais e sintomas, o fato de sentir-se ou não doente, a condição de vida, a vulnerabilidade e mesmo a procura pelo

primeiro serviço de saúde. A partir do momento que o usuário procura o serviço de saúde, a obtenção dos cuidados necessários passa para as mãos dos profissionais, envolvendo também a capacidade instalada no serviço para o oferecimento da atenção necessária, bem como o preparo do profissional para observar, escutar e prover as necessidades do indivíduo.

Cabe ressaltar que, embora o estudo tenha mostrado as principais barreiras para o diagnóstico na atenção básica, poucos abordam o percurso que o usuário realiza para a descoberta da doença, entendendo-se, assim, que a trajetória percorrida em busca da assistência seja uma ferramenta no processo de análise do desempenho dos serviços (FRENK, 2009). Portanto, além do diagnóstico e tratamento, também foi identificada a necessidade dos profissionais conhecerem as rotas estabelecidas pelos usuários, para que novas ações possam ser implantadas e implementadas para a detecção dos casos no território.

Identificou-se que o percurso do usuário no sistema, no que se refere à satisfação de suas necessidades de saúde, é um instrumento importante na reorganização dos serviços, do processo de trabalho e mesmo da verificação da experiência que o usuário obtém no recebimento do cuidado, incluindo, neste último, o conhecimento, por parte dos profissionais, do tipo de serviço de saúde que o usuário procura regularmente. Tudo isso está sendo dito por que não foi identificada a linha de cuidado do usuário com sífilis e sífilis congênita no Município de Santa Maria/RS, corroborando para a ausência de integração da rede assistencial que se coloca, não sendo identificado nenhum centro nem a principal porta de entrada para esta rede.

Com isso, surgiu a necessidade de construção social de uma nova prática, visando sistematizar a proposta de reorganização do SUS, tendo como base a proposta de redes e consolidação da linha de cuidado que vêm para superar os modelos assistenciais vigentes, implicando uma redefinição do sujeito, do objeto e das formas de organização dos processos de trabalho. Além, de ser uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no modelo de assistência à saúde que, no momento, apenas possui atenção na cura e não na prevenção e promoção de saúde.

Deste modo, a partir do diagnóstico encontrado, a última ação e fechamento da intervenção foi realizada, através de uma Roda de Conversa com o conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral a linha de cuidado do usuário com sífilis e da criança com sífilis congênita, apontando para a importância de se criar um "novo modo de fazer saúde".

3º Momento – Redes: consolidação e pactuação de ações pelos profissionais de saúde para a linha de cuidado do usuário com sífilis

O planejamento da roda de conversa conduziu-se através das temáticas abordadas pelos participantes, citadas previamente e também por uma das questões do instrumento de diagnóstico que buscou identificar sugestões de intervenção que colaborassem com o planejamento das ações em serviço de saúde, relacionado à linha de cuidado do usuário com sífilis.

A Roda de Conversa é uma metodologia bastante utilizada nos processos de leitura e intervenção comunitária e consiste num método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, através da criação de espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. Tem como principal objetivo motivar a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação. Envolve, portanto, um conjunto de trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos nesta metodologia.

Os proponentes desta metodologia revelam a base de fundamentação a partir da proposta da Intervenção Participativa dos Atores sociais. A mesma afirma-se como princípio orientador das atividades e do ideário de construção coletiva necessária ao processo, conforme Furtado & Furtado (2000).

A proposta pedagógica da INPA implica um processo educativo no qual cada um, individualmente, e todos, no coletivo, tenham claros a sua posição de sujeitos da história. Apresenta-se basicamente como uma concepção dialética, uma forma de ver a realidade de modo crítico, buscando articular num processo integral a participação dos envolvidos. [...] A abordagem e os métodos pedagógicos proporcionam a conscientização e a compreensão da própria realidade [...] e ajudam a desenvolver o sentido da busca de transformação dessa realidade (FURTADO & FURTADO, 2000, p. 67).

A proposta metodológica ora descrita, vale salientar, se apresenta nesta intervenção como ferramenta significativa para o desenvolvimento das atividades coletivas.

Sendo assim, para a realização deste momento, foram convidados a participar da roda de conversa todos os profissionais participantes da intervenção, no intuito de dar o retorno do diagnóstico e, além desses, foram convidados profissionais da Secretaria de Saúde do Município, Diretoria *Geral do HUSM*, profissionais dos Núcleos de Vigilância e Farmácia da

Atenção Básica e HUSM. Mas, apenas participaram do encontro 11 profissionais integrantes da rede de saúde de Santa Maria, dentre eles, 09 enfermeiras e 02 médicas (01 ginecologista e 01 pediatra), sendo 03 da Residência Multiprofissional, 05 do HUSM e 03 da Atenção Básica.

A roda foi realizada iniciou com a apresentação dos resultados do diagnóstico, pelas pesquisadoras, ao grupo de profissionais que, ao final, fomentaram a discussão sobre a problemática.

Como resultado deste momento, a saúde foi definida como resultante dos determinantes sociais para além das alterações biológicas, em seu conceito ampliado, exigindo, então, a construção da rede de cuidado sob a ótica da produção da saúde enquanto qualidade de vida e não mais a partir da doença (sífilis). Essa rede de cuidado foi traduzida como a rede de serviços de saúde que, dentro do princípio/diretriz da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser regionalizada e hierarquizada através da atenção básica, intermediária, média e de alta densidade tecnológica.

Nesta conformação dos serviços de saúde, apregoada pela Política de Saúde brasileira em seu período universalista, foi possível identificar que estes ainda se mantêm estruturados de forma hierarquizada, porém guardam profunda relação entre si, necessitando apenas do básico: conformação da rede, intersetorialidade, referência e contra referência para garantir esta atenção de qualidade responsiva.

Contudo, pela ausência destes dispositivos, os serviços, resguardadas as suas especificidades e capacidade instalada, no momento não se apresentaram como resolutivos, a tal ponto que toda a linha do cuidado da sífilis está fragmentada, não garantindo, assim, uma assistência integral à saúde. Segundo Franco e Magalhães Jr.(2003, p.05):

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho [...] e vai somando-se a todas outras ações assistenciais, seguindo aquilo que nos diz CECÍLIO & MERHY (2003): "... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...]".

Tomando o pensamento dos autores supracitados e as experiências colocadas na roda, pode-se assinalar que o maior ou menor grau de integralidade obtida na atenção dispensada sucede do modo como se dá a interface entre as ações dos profissionais de saúde (MERHY, 2002). Neste sentido, avançar ou não na integralidade remete, também, à questão da escolha do modelo de atenção operacionalizado nos serviços – se centrado no médico ou no usuário.

Deste modo, não há mais tempo para se manter o modelo centrado no médico. Há a necessidade de se fundamentar as práticas a partir do modelo centrado no usuário, o que prevê a responsabilização no cuidado a este indivíduo de direitos. Assim, deve haver um serviço responsivo e resolutivo que demande não só o conhecimento técnico/científico, recursos materiais e tecnologias duras, mas, também, o uso de tecnologias leves – a exemplo do acolhimento e vínculo que gera um encontro entre sujeitos e não entre objetos, defendendo um cuidado de fato integral e acolhedor das demandas (SILVA, 2011).

Em seguida, comumente, na roda, pensou-se primeiramente na atenção básica como o território de oportunidades para aplicação destas ações abrangentes e resolutiva, deixando aos serviços especializados a alcinha de espaços para tratamento e cura de doenças, sem muita aptidão para o exercício da fala e da escuta, para a relação mais próxima entre profissional e usuário.

Na contramão desse pensamento, na roda também, ao final da discussão desta temática, concluiu-se que a maioria dos casos diagnosticados foi notificada e tratada na unidade hospitalar e, deste modo, todos os níveis de atenção guardam possibilidades salutaras de promoção da saúde enquanto qualidade de vida e direito do cidadão. Logo, foi evidenciado o espaço hospitalar de captação e produtor do cuidado, enfocando que esse pode vir a ser uma importante instituição na garantia da equidade, integralidade da assistência e na composição da rede, desde que as práticas desenvolvidas estejam comprometidas com algo maior, ligadas também com o universo da prevenção e promoção da saúde (SILVA, 2011) como uma possibilidade de efetivação na mudança no fazer das equipes multiprofissionais, valorizando princípios como acolhimento, responsabilização, humanização e vínculo terapêutico (SILVA, 2011).

Como resultado, igualmente a roda suscitou que é preciso incorporar um olhar horizontal profissional/usuário, aproveitando o período de hospitalização para criar novas relações dos usuários com o sistema de saúde – construindo, assim, uma rede de atenção, um território na perspectiva de humanização do atendimento, um espaço possível de se pensar em promoção da saúde e educação em saúde e não mais um espaço permanente ou definitivo de contato das pessoas com o sistema de saúde.

Independente da natureza da atenção, o fato é que, na roda, modelos de assistência centrados no usuário e na sua rede de relações tornaram-se terrenos férteis para um atendimento integral, universal e equitativo, resguardando os princípios do SUS, cabendo salientar, os limites e possibilidades vislumbrados ao longo do incremento dessas práticas,

que tendem a ser superadas no cotidiano do processo de construção do trabalho coletivo em saúde.

Optar por este modelo consiste em cultivar o concretizado na intervenção – na roda – na consolidação da Rede, a construção de espaços coletivos de problematização, delineamento de diretrizes e exercício da referência e contra referência. O que se alcançou com esta postura ampla foi quebrar a dureza das Instituições (rotinas decorrentes da institucionalização das pessoas), garantir o respeito dos usuários, resgatar o vínculo e a responsabilização dos profissionais, além de propiciar respeito e dignidade no exercício das várias profissões que se concretizam no espaço trabalhado (OLIVEIRA, 2009).

Entretanto, sabe-se que a implantação das práticas inovadoras não toma seu lugar sem a correlação de forças dos sujeitos envolvidos, sem o embate e o estranhamento que o novo traz à rotina de um trabalho, muitas vezes, já alienado e viciado. Todavia, para garantir qualidade e eficácia à assistência prestada nos serviços de saúde, deve-se desvencilhar das amarras de um modelo tradicional, que já não comporta as atuais necessidades humanas, para investir em práticas que contemplem o conceito ampliado de saúde apregoado pela Reforma Sanitária e consolidado na Constituição de 1988 e nas leis que regulamentam a Política de Saúde no Brasil – 8080/90 e 8142/90.

Dentre as outras temáticas abordadas, durante as trocas entre os profissionais sobre as fragilidades e dificuldades da linha de cuidado da sífilis, estavam:

1. A sífilis como um importante indicador da qualidade da assistência pré-natal;
2. Identificou-se que, embora as medidas de controle envolvendo a realização do VDRL estejam disponíveis para toda a população de gestantes e seus filhos, dificuldades são encontradas na rede no provimento do diagnóstico laboratorial da infecção e na cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal, principalmente nas populações mais vulneráveis, resultando em uma assistência precária;
3. A necessidade de se explorar os sistemas de notificações, desencadeando uma investigação oportuna das causas do evento junto às unidades e profissionais de saúde, bem como junto às gestantes, de forma a corrigir falhas no programa de prevenção da doença, devendo ser encaradas como estratégias, tanto para o reconhecimento de sua importância quanto para o avanço das ações de intervenção e de controle mais específicos da sífilis na região;
4. A urgência de melhorias na infraestrutura das unidades de saúde, qualificação dos recursos humanos e manutenção de um número de profissionais suficiente para prestar uma

assistência pré-natal integral, como ações necessárias para controlar a transmissão da sífilis e sífilis congênita;

5. Determinantes sociais como contribuintes para o aumento dos riscos para infecção da sífilis, de forma independente da realização de pré-natal, sugerindo que o efetivo controle da sífilis somente será alcançado com ações conjuntas para reduzir as iniquidades sociais em saúde e melhorar a cobertura e qualidade da assistência à saúde;

6. Fragilidade nas ações de prevenção e promoção sobre a sífilis;

7. Falta de estrutura e limitação de articulação entre os níveis de atenção, o que dificulta a mudança no processo de trabalho e intensifica a visão pouco resolutiva que os usuários têm dos serviços primários.

Estas são situações que dificultam o acesso aos especialistas, a articulação de instrumentos gerenciais na porta de entrada e não favorecem a mudança de paradigma do processo de atenção (GIOVANELLA et al., 2009; MENDES, 2012), retomando novamente à conformação de redes. Para Giovanella et al. (2009), a integração de ações e serviços poderia ser favorecida se, de fato, houvesse a atuação intersetorial, com a atenção centrada no usuário e a articulação adequada da rede de serviços de saúde, como, por exemplo, a regulação e os mecanismos de referência e contra referência.

Outro ponto citado foi à questão de que ainda se trabalha com uma oferta organizada, voltada, na maioria das vezes, para grupos de risco, o que confronta a demanda individual que se estabelece no cotidiano de trabalho (SCOREL et al., 2007; TOMASI et al., 2011). Entretanto, não favorece ao profissional o conhecimento do vínculo com o usuário, família e comunidade, muito menos a continuidade da assistência (CARRET et al., 2011), aspectos que tornam-se impeditivos para o diagnóstico e atendimentos adequados.

Nesse sentido, encontraram-se diagnósticos fundamentais para servirem como estímulo à estruturação de ações objetivas, envolvendo o adequado planejamento e o resultado real para controle desse evento, somadas às estratégias de monitoramento e de avaliação, buscando o aperfeiçoamento e cada vez mais qualificação dos serviços e dos profissionais – os executores.

Por fim, a roda fomentou a criação de um núcleo Gestor para essa linha de cuidado da sífilis, instituindo um processo de educação e formação permanente para os serviços de saúde que fazem parte do cuidado aos usuários, a fim de superar a fragmentação das intervenções e alcançar uma assistência integral (MARINHO et. al., 2011), possibilitando uma reorganização da rede a partir do percurso do usuário com suspeita de sífilis, até a obtenção do diagnóstico e tratamento da doença. Ou seja, o resgate da prática generalista, na qual a compreensão do

processo saúde-doença a que estão expostos os indivíduos passa a ser pensada de forma mais ampliada, a partir da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, planejamentos e programações locais, referência e contra referência, a educação continuada, a ação intersetorial, o acompanhamento/avaliação e o controle social (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

Tal estratégia foi escolhida por ser uma forma de organizar o percurso do usuário pela rede nos serviços, qualificando as portas de entrada do sistema, de forma que a equipe possa oferecer atendimento adequado às necessidades de cada um e que supere a fragmentação das práticas em saúde, iniciando pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica, pois as ações e serviços de saúde devem estar organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e a evitar a fragmentação das ações (BRASIL, 2009).

A trajetória para consolidação deste núcleo gestor considerou aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde para o atendimento/resolução dos casos, implicando, assim, no desempenho do sistema de saúde em suas diferentes modalidades de atenção e clínica ampliada. Envolveu o entendimento dos tipos de serviços de saúde procurados como a principal porta de entrada para o sistema e busca pelo cuidado por parte do indivíduo. Compreendeu alguns aspectos relevantes no que diz respeito à assistência prestada e a integração dessa rede de atenção, pois pôde fortalecer ações já realizadas ou mesmo propor a implementação de outras para a melhoria dos serviços oferecidos.

Ficou, então, pactuado entre os sujeitos participantes da intervenção: encontros para retomar um instrumento de referência e contra referência para o encaminhamento dos usuários com sífilis captados nas diferentes portas de entrada; utilizar o Serviço de Vigilância Epidemiológica Municipal e do HUSM como instituições que vão notificar, acolher e acompanhar os casos e, por fim, transferi-los às suas Unidades Básicas de referência territorial articulando, assim, os níveis de assistência.

Além da criação do Grupo – redesfilis@gmail.com como uma via de comunicação para informar aos profissionais da rede sobre a captação e notificação do usuário, decidiu-se acompanhar o percurso pelo sistema e a verificação dos procedimentos que foram realizados, colaborando então, com a otimização do fluxo de atendimento da linha de cuidado, através da informatização dos serviços. Esta medida fortalecerá e consolidará a integração de ações realizadas entre a rede de assistência à saúde, valorizando a história pregressa e condutas realizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado da intervenção mostrou que a sífilis, realmente, ainda não é uma doença priorizada nos serviços de saúde, em especial, em serviços da atenção básica. Observou-se, ainda, que apesar de haver uma diretriz nacional que busca estabelecer e ordenar o atendimento, colocando a AB como principal porta de entrada, o fluxo de atendimento idealizado pelo Ministério da Saúde é pouco usado em termos de ordenamento das ações em níveis de assistência e serviços complementares prestados.

Identificou-se que, apesar de um agravamento prioritário na política, a sífilis ainda é negligenciada e não é vista por alguns profissionais como responsabilidade no nível primário de atenção, o qual, muitas vezes, não possui, em sua capacidade instalada e clínica, condições para atender os casos suspeitos e dar o devido encaminhamento. Entende-se que a porta de entrada do sistema de saúde acontece em diferentes pontos assistenciais e por isso todas as equipes dos serviços devem estar capacitadas a atender, oferecendo o acesso e acolhimento adequado, a fim de ser resolutivo na abordagem, tratamento e seguimento dispensado na linha de cuidado ao usuário com diagnóstico de sífilis.

O conhecimento a respeito do fato dos serviços hospitalares serem constantemente os mais procurados pelos usuários faz com que haja uma reflexão a respeito do vínculo dos profissionais que atuam neste segmento assistencial, a fim de oferecer a resolução satisfatória do problema que levou à procura do serviço de saúde, fazendo com que esses profissionais também estejam preparados para atendê-los, de forma que se sintam responsáveis pelo caso, seja para resolvê-lo ou dar o encaminhamento necessário e adequado, referenciando, no final, o usuário à sua rede territorial de atenção, pressupondo um ordenamento da linha de cuidado do sistema de saúde local, com retaguarda e uma equipe de referência que determine um atendimento responsivo e de qualidade.

Há que se pensar em novas maneiras de realizar capacitações de profissionais, considerando também o processo de formação universitária, haja vista que esta deve ser realizada apresentando os resultados, no que diz respeito, por exemplo, à aplicação dos protocolos que devem ser seguidos para o diagnóstico e tratamento adequados, bem como favorecer a compreensão da importância dos sistemas de registros no cotidiano do trabalho em saúde coletiva, além do conhecimento acerca do sistema público de saúde e as políticas públicas que o fundamentam e o norteiam.

Frente aos resultados encontrados na intervenção, conclui-se que o mais importante consiste em instituir e incorporar a rede nos serviços de saúde. Deve-se consolidar, portanto, a troca entre os profissionais e a satisfatória utilização dos sistemas de informações em saúde como ferramentas colaborativas para a concretização de uma rede de saúde integrada, de forma a favorecer ações de continuidade da assistência e evitar a fragmentação do cuidado (ALMEIDA et al., 2010; MENDES, 2011), principalmente pela mudança no perfil epidemiológico, com considerável redução e, quem sabe, a erradicação, um dia, dos casos de sífilis e sífilis congênita. Entende-se, de fato, a necessidade de se estabelecer redes de cuidado, articulando diferentes pontos, garantindo, desta forma, a integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, PF; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; ESCOREL, S. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** CAD. Saúde pública. 2010; 26(2): 286-98.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional dos estabelecimentos de Saúde [Internet]. Consulta. 2009 [citado 2014 fev]. Disponível em: [HTTP://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp)

CARRET, MLV; FASSA, AG; PANIZ, VMV; SOARES, PC. **Características da demanda de serviços de emergência no sul do Brasil.** Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16 supl1:1069-79.

CECÍLIO, L. C; MERHY, E. E. **A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde.* 2 ed. Rio de Janeiro:UERJ, IMS: ABRASCO, p.197- 210, 2003.

ESCOREL, S; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; SENNA, MCM. **O Programa da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Ver. Panam. Salud. Publica [Internet]. 2007 [acesso 2014 jan]; 21(2). Disponível em: [Http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf)

FIGUEIREDO, NMA; TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva.** São Caetano do Sul, SP, 2007.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado.** In: MERHY, E.E et al (orgs). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* Editora HUCITEC, São Paulo, p. 125- 133, 2003.

FRENK, J. **Reinventing primary health care: the needs for systems integration.** Consulta [Internet]. 2009 [acesso 2014 jan]; 28(374(9684)): 170-3. Disponível em: [Http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60693-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60693-0/fulltext)

FRENK, J. **The concept and measurement of accessibility.** In White KL; Frenk, J; Ordonez, C; Paganini, JM; Starfield, B, editors., eds., *Health Services Research: An Anthology* (pp. 842-55). PAHO Scientific Publication No. 534. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1992. P 842-55.

FURTADO, R. & FURTADO, E. **A Intervenção participativa dos Atores – INPA: uma metodologia de capacitação para o desenvolvimento sustentável.** Brasília: IICA, 2000.

GIOVANELLA, L; MEDONÇA, MHM; ALMEIDA, PF; ESCOREL, S; SENNA, MCM; FAUSTO, MCR, et al. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral da atenção primária à saúde no Brasil.** Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; 14(3): 783-94.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Consulta [Internet]. 2012 [acesso 2013 jul]. Disponível em: <Http://www.censo2010.ibge.gov.br/>

LIMA, MG; SANTOS, RFS; BARBOSA, GJA; RIBEIRO, GS. **Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(2):499-506, 2013.

MENDES, EV. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Consulta [Internet]. 2011 [acesso 2013 dez]; 549 p. Disponível em: <Http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>

MENDES, EV. **O cuidado das consolidações crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da saúde; 2012.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2002.

MINAYO, MCS. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** São Paulo: Vozes (edição digital), 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sífilis congênita casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net.** Brasília: MS; Consulta [Internet]. 2013 [acesso 2014 jan]. Disponível em: <http://datasus.gov.br/sinanweb>

OLIVEIRA, LH; MATTOS, RA; SOUZA, AIS. **Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais do contexto de um processo de reorientação de um modelo assistencial.** Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; 14(5): 1929-38.

SANTA MARIA/RS. Prefeitura Municipal de Santa Maria/RS. Secretaria Municipal de Saúde. Postos de Saúde. Consulta [Internet]. 2013 [acesso 2013 jul]. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>

SILVA, FS (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas, S.P.: IDISA: CONASEMS, 2008.

SILVA, SF. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil).** Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16(6): 2753-62.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: Ministério da saúde/UNESCO; 2002.

TOMASI, E; FACCHINI, LA; THUMÉ, E; PICCINI, RX; OSORIO, A; SILVEIRA, DS, et al. **Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste.**

ANEXO I – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM

<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E</p> 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DAS GESTANTES, PUÉRPERAS E TRABALHADORES DA SAÚDE DO HUSM E DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA SOBRE A SIFILIS CONGÊNITA
Pesquisador: Teresinha Heck weiller
Área Temática:
Versão: 4
CAAE: 20681113.8.0000.5346
Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 479.760
Data da Relatoria: 22/11/2013
Apresentação do Projeto:
Trabalho de Conclusão de Programa (TCPs) de Pós-graduação da Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar, área de concentração Mãe-Bebê, do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) a ser realizado com gestantes, puérperas e profissionais de saúde do HUSM e rede de atenção básica no segundo semestre de 2013.
Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Geral
- Analisar a percepção das gestantes, puérperas e trabalhadores da saúde do HUSM e da Atenção Básica do município de Santa Maria sobre a sífilis congênita.
Objetivos Específicos
- Caracterizar o pré-natal de gestantes com sífilis internadas no HUSM.
- Identificar o perfil sócio-demográfico das mulheres internadas com sífilis no HUSM.
- Conhecer sob a óptica das mulheres com o diagnóstico de sífilis (gestante e puérpera) internadas no HUSM, municípios de Santa Maria, e com filhos em tratamento da sífilis congênita a percepção sobre a doença;
- Identificar junto aos profissionais de saúde do HUSM e da Atenção Básica a abordagem, o tratamento e seguimento dispensado a gestante com o diagnóstico de sífilis e ao seu parceiro.
Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos
- Informa que o estudo não representará qualquer risco de ordem física; quanto aos aspectos psicológicos, caso os participantes apresentem desconforto emocional, os pesquisadores comprometem-se em encaminhá-lo para um serviço especializado.
Benefícios
- O estudo irá colaborar com a reorientação do planejamento das ações em serviço de saúde, relacionados a Sífilis e Sífilis Congênita e contribuirá para melhoria contínua da qualidade do serviço prestado no Sistema Único de Saúde (SUS).
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, operacionalizada em três (3) etapas consecutivas: a primeira busca conhecer a partir da ótica das mulheres com diagnóstico de sífilis gestante e puérpera) internadas no HUSM e com filhos portadores de sífilis congênita, a percepção sobre a doença. A segunda etapa busca conhecer a percepção dos profissionais de saúde do HUSM e da Atenção Básica, a abordagem, o tratamento e seguimento dispensado a gestante com o diagnóstico de sífilis e ao seu parceiro. A terceira etapa constituirá de uma intervenção junto às equipes de saúde para discutir a linha de cuidado da sífilis congênita e promover estratégias de promoção.A análise do material resultante da transcrição das entrevistas será realizada através da análise de conteúdo. Os dados serão descritos de forma quantitativa e qualitativa; na primeira serão utilizados tabelas e quadros, onde serão apresentadas algumas categorias construídas e também computando-se frequências e percentuais referentes às mesmas. E de forma qualitativa, onde serão produzidos textos, incluindo citações diretas dos dados originais, para cada categoria com a síntese do conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise de cada categoria. Apresenta critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa, cronograma e orçamento.
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Apresenta registro no GAP, autorização institucional da Secretaria de Município de Saúde e DEPE/HUSM, Termo de Confidencialidade devidamente redigido.

Continuação do Parecer: 479.760

Recomendações:

Como apresenta apenas um TCLE para as categorias diferenciadas de sujeitos, RECOMENDA-SE a leitura do mesmo às gestantes/puerperas uma vez que NÃO FOI ATENDIDA A PENDÊNCIA NO QUE CONCERNE A LINGUAGEM DO TCLE DIRIGIDO À ESTAS, esclarecendo as dúvidas que possam surgir.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Demais pendências atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 05 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

ANEXO II – Aprovação do Núcleo de Educação Permanente da Saúde – da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria



Prefeitura Municipal de Santa Maria
 Secretaria de Município da Saúde
 Núcleo de Educação Permanente
 e-mail: nepessm@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de pesquisa “**Percepção das gestantes puérperas e trabalhadores da saúde do HUSM e da atenção básica do município de Santa Maria sobre sífilis congênita**”, sob orientação da **Profª. Drª. Teresinha Heck Weiller** vinculado a Residência Multiprofissional Integrada em Saúde/UFSM, poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP - da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo analisar a percepção das gestantes, puérperas e trabalhadores da saúde do HUSM e da Atenção Básica do município de Santa Maria sobre sífilis congênita. Quanto aos sujeitos da pesquisa serão as gestantes e puérperas diagnosticadas com sífilis internadas no HUSM, trabalhadores do HUSM vinculados ao centro obstétrico e unidade Toco-Ginecológica e também os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 02 de agosto 2013.

Rodrigo Silva Jardim

Sociólogo Rodrigo Silva Jardim
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Percepção das gestantes, puérperas e trabalhadores da saúde do HUSM e da Atenção Básica do município de Santa Maria sobre a sífilis congênita.

Pesquisadora responsável: Prof. Dr^a. Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: 3220-9678

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responde-las, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Analisar a percepção das gestantes, puérperas e trabalhadores da saúde do HUSM e da Atenção Básica do município de Santa Maria sobre a sífilis congênita.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder as às perguntas formuladas.

Benefícios: Este estudo irá colaborar com a reorientação do planejamento das ações em serviço de saúde, relacionados à Sífilis e Sífilis Congênita e contribuirá para melhoria contínua da qualidade do serviço prestado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Riscos: O estudo não representará qualquer risco de ordem física; quanto aos aspectos psicológicos, caso os participantes apresentem desconforto emocional, os pesquisadores comprometem-se em encaminhá-lo para um serviço especializado.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu

_____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria _____, de _____ de 201_____.

Assinatura Participante

Prof. Dr^a. Teresinha Heck Weiller

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semi estruturada às mulheres com o diagnóstico de sífilis (gestante e puérpera) internadas no HUSM, munícipes de Santa Maria

1. Quantos anos você tem?
2. Qual é a sua escolaridade?
3. Qual a sua ocupação?
4. Qual o local que você mora/ Município/Bairro?
5. Você realizou pré-natal?
6. Na sua comunidade existe serviço de Atenção Básica?
7. Você costuma buscar atendimento na Atenção Básica?
8. Qual foi o serviço em que você fez acompanhamento da sua gestação?
9. Poderia me relatar como foi seu Pré natal?
10. Que você fez a partir dessa informação?
11. Seu parceiro foi tratado? Em qual serviço?
12. Após alta hospitalar você recebeu algum encaminhamento?
13. Quais são os cuidados que você está dispensando para sua saúde e de seu filho?

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semi estruturada aos profissionais de saúde do HUSM e da Atenção Básica envolvidos com a identificação e tratamento dos casos de sífilis em Santa Maria/RS

1. Qual é a sua formação profissional?
2. Quanto tempo trabalha no serviço de saúde?
3. Já identificou algum caso de sífilis em gestantes ou puérperas?
4. Nos últimos 30 dias, atendeu algum caso de sífilis em gestante ou puérpera?
5. Como é a gestante ou puérpera com sífilis? Quais suas características?
6. Como é realizado o acompanhamento/atendimento ao companheiro da gestante ou puérpera com sífilis?
7. O senhor (a) saberia dizer qual o cenário da sífilis em gestantes no município de Santa Maria?
8. Na sua concepção, quais são os fatores que contribuem para este cenário?
9. Na sua concepção, qual a forma mais efetiva de prevenir a Sífilis durante a gestação no município?
10. Qual a sua percepção sobre as ações e políticas desenvolvidas no município para a prevenção de Sífilis na gestação?
11. Nos últimos anos a Secretaria Municipal de Saúde tem realizado capacitações sobre a sífilis na gestação e testes rápidos, o senhor (a) participou?
12. Na sua concepção, qual a responsabilidade da unidade/serviço onde atua, na prevenção dos casos de Sífilis na gestação?
13. Como você vê a interação entre o hospital e a atenção básica? Existe uma rede?
14. Qual sugestão de ação poderia dar como uma estratégia de intervenção?