

Atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde no teste rápido para Infecções Sexualmente Transmissíveis

Role of Primary Health Care teams in rapid testing for Sexually Transmitted Infections

Túlio César Vieira de Araújo¹, Marize Barros de Souza¹

DOI: 10.1590/0103-1104202113110

RESUMO A pesquisa objetivou descrever a prática profissional das equipes de Atenção Primária à Saúde quanto ao teste rápido para as Infecções Sexualmente Transmissíveis. Estudo descritivo com abordagem quantitativa. Participaram 18 municípios, 94 Unidades Básicas de Saúde e 100 equipes de Estratégia Saúde da Família, a amostra foi composta pelo gestor das unidades e pelo profissional diretamente envolvido na testagem, as variáveis envolveram a adesão aos testes e os fatores relacionados com o processo de testagem, a coleta de dados ocorreu *in loco* com instrumento semiestruturado. O teste rápido é oferecido por 93% das equipes, 78,5% o oferecem a quaisquer usuários. Em 89,2% das equipes, somente o enfermeiro coletava o teste, 55,9% não se sentem seguros de informar um resultado positivo, 63,1% dos que classificaram o agente comunitário de saúde como principal forma de divulgação julgaram essa atuação como inadequada. O tratamento para sífilis é realizado por 50,5%. Há uma boa adesão ao teste por parte das equipes, contudo, a centralidade da atividade no enfermeiro leva a uma sobrecarga de trabalho ao mesmo tempo que revela o protagonismo da categoria, o que proporciona uma reflexão sobre a prática profissional e abre espaço para que diferentes realidades sejam investigadas.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Infecções Sexualmente Transmissíveis. HIV. Sífilis. Prática profissional.

ABSTRACT *This research aims at describing the professional practices of Primary Health Care teams regarding rapid tests for STDs. It follows a descriptive study under a quantitative approach; participants include 18 municipalities, 94 Basic Health Units, and 100 staff teams working on Family Health Strategies. The sample was composed of the managers and the staff members directly involved in the testing, while the variables included adherence to the tests and factors regarding the testing process. Data collection was performed in loco through a semi-structured instrument. Rapid tests were offered by 93% of the teams, 78.5% offering the tests to any users. In 89.2% of the staff teams, the nurse was solely responsible for collecting tests; 55.9% of members did not feel confident about reporting on a positive result, while 63.1% of those who considered the community health agent the main form of outreach assessed their performance as inadequate. Treatment against syphilis accounts for 50.5%. There is fair adherence to testing by part of the staff teams; the focus on the nurse, however, leads to an increase in their workload, highlighting their protagonism, leading to a reflection on professional practices and paving the way for different realities to be further investigated*

KEYWORDS *Primary Health Care. Sexually Transmitted Diseases. HIV. Syphilis. Professional practice.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.
tuca_cva@hotmail.com



Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem um problema de esfera individual e coletiva; entre essas, incluem-se as hepatites B e C, a sífilis e o HIV. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, ocorra cerca de 1,34 milhão de óbitos associados às hepatites virais e que, entre eles, 96% estejam associados às hepatites B ou C; o número de óbitos é comparável às mortes devido à tuberculose e superior àquelas referentes ao HIV¹.

Sobre o HIV, no ano de 2019, foram notificados 41.919 casos no Brasil, sendo o Nordeste a segunda região com mais notificações (25,6%). Soma-se a isso o fato de que, em 2019, dos 10.565 óbitos tendo o HIV/Aids como causa básica, o Nordeste foi a segunda região com maior número de óbitos, representando 23% do total. O coeficiente de mortalidade padronizado no período de 2009 a 2019 apresentou uma redução de 29,3% no País; contudo, no mesmo período, seis estados brasileiros apresentaram aumento em seus coeficientes, entre eles, o Rio Grande do Norte (RN)².

Em 2016, a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil. De 2017 para 2019, a taxa de detecção da sífilis adquirida passou de 59 para 72,8 casos por 100 mil habitantes. Dos 61.127 casos de sífilis gestacional notificados em 2019, a região Nordeste se destaca com 13.026 casos (21,3%), ficando atrás somente da região Sudeste. Houve redução de 8,7% no número de notificações de sífilis congênita no País de 2018 para 2019; entretanto, dez estados apresentaram taxas de incidência superiores à taxa nacional, em que o RN é o quinto estado com maior número de casos, apresentando uma taxa de 12,3 casos/mil nascidos vivos³, evidenciando a existência de obstáculos no diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional.

Para a maioria das doenças infecciosas, um diagnóstico rápido e preciso é uma estratégia crucial de saúde pública, tendo em vista a implementação de um tratamento precoce

e mais eficaz, consequentemente, interrompendo a cadeia de transmissão sustentada por casos não tratados⁴. Com base na evolução tecnológica, novas políticas têm sido adotadas com o objetivo de ampliar o diagnóstico; entre as inovações propostas, está o diagnóstico por meio de Testes Rápidos (TR). Os TR são imunoenaios cromatográficos de execução simples, com resultados em até 30 minutos, realizados em ambiente não laboratorial com amostra de sangue total obtida por punção digital ou venosa e Fluido Oral (FO)^{5,6}.

Apesar da relevância do TR, sua implementação na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, ocorrida em 2012 por meio da Portaria nº 77, enfrenta barreiras relacionadas com infraestrutura, logística, treinamento de profissionais e desconhecimento da população⁷. A descentralização e a efetivação do TR na APS são um fenômeno complexo e multifacetado, envolvendo não apenas a vontade pessoal do trabalhador, mas também as condições estruturais para que o processo seja desenvolvido, assim como mecanismos de sensibilização, acompanhamento e qualificação, designando a ele um sentido de corresponsabilidade e compartilhamento em vez de simples transferência de responsabilidade⁸.

Promover a descentralização do TR de IST para a APS é um passo importante e necessário, todavia, não basta proporcionar o acesso da população ao serviço, é necessário que a testagem aconteça com as condições de qualidade necessárias, tanto para os usuários quanto para os profissionais. Nesse processo de descentralização, é essencial identificar os principais desafios e traçar alternativas para superá-los da melhor maneira possível⁹, o que reforça a importância de investigar e elucidar o assunto que, além de apresentar uma dimensão social, entrelaça-se com a política, o planejamento e a gestão em saúde.

Considerando-se as lacunas de conhecimento por se tratar de uma temática recente na APS, associado à taxa de mortalidade causada por hepatites B e C, à epidemia de sífilis e à relevância do HIV no contexto mundial,

nacional e regional, justifica-se a importância deste estudo que tem como objetivo: descrever a prática profissional das equipes de APS no que se refere ao TR para as IST.

Material e métodos

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa. O cenário da pesquisa foi a região do Seridó historicamente construído, RN, Brasil, região que abrange os 23 municípios que, direta ou indiretamente, surgiram a partir do Município de Caicó¹⁰. A região foi escolhida em virtude do histórico de baixa adesão das equipes ao TR, conforme resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), à ausência de estudos sobre a temática na região e por ser campo de atuação do pesquisador.

O estado do RN encontra-se atualmente dividido em oito regiões de saúde, segundo a Deliberação nº 909/13-CIB/RN. Os 23 municípios deste estudo fazem parte da 4ª Região de Saúde. Dos 23 municípios que compõem o cenário deste estudo, 18 gestores entregaram a carta de anuência, assim, as 18 cidades participantes somam 100 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 110 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Nas UBS, usou-se como critério de inclusão: estar em funcionamento no período da coleta de dados e ser integrante da ESF, com funcionamento superior a seis meses. Em relação ao profissional assistencial: ter nível superior e ser vinculado à UBS. Uma UBS foi excluída por ser o campo da atuação de um dos pesquisadores responsáveis por este estudo.

Realizou-se uma amostra intencional com dois profissionais, sendo o profissional responsável pela gestão da unidade e um profissional assistencial que estivesse diretamente envolvido na testagem. Nos serviços em que não havia gestor e nas equipes que não realizavam TR, era entrevistado o profissional que tivesse um amplo domínio sobre as informações do processo de trabalho da

equipe. Um teste-piloto foi realizado com três equipes de ESF em um município limítrofe ao cenário deste estudo.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento semiestruturado que estava dividido em dois domínios, sendo o primeiro uma caracterização da unidade de saúde e do gestor, elaborado com base nas perguntas da avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ-AB. O segundo domínio abordava variáveis relativas ao TR na equipe de saúde e foi construído ao longo da revisão de literatura, com os principais tópicos sobre o assunto.

Os dados na íntegra foram utilizados para uma pesquisa vinculada a uma dissertação de mestrado. Para fins deste estudo, selecionaram-se as variáveis: Zona da UBS; número de equipes na UBS; gestão da unidade; composição da equipe; caracterização do processo de testagem; capacitação das equipes para o TR; formas de divulgação do teste; testagem nas populações-chave; importância do teste na APS; segurança na entrega do resultado; realização de busca ativa; fluxo dos usuários testados; administração da penicilina benzatina na APS; e confiabilidade nos testes.

Os dados foram coletados por meio de entrevista *in loco*, entre julho e novembro de 2018, em local que respeitasse a privacidade do entrevistado e que garantisse o sigilo das informações. Para um melhor entendimento das informações coletadas, o Microsoft Excel® 2010 foi utilizado para tabulação dos dados, em que as variáveis foram agrupadas nas colunas, e as entrevistas, nas linhas. Em seguida, para realizar as análises estatísticas, as informações foram analisadas com o Statistical Package for Social Sciences® (SPSS), versão 20.0. Além das análises, o aplicativo permitiu a visualização dos dados em forma de gráficos, tabelas e quadros.

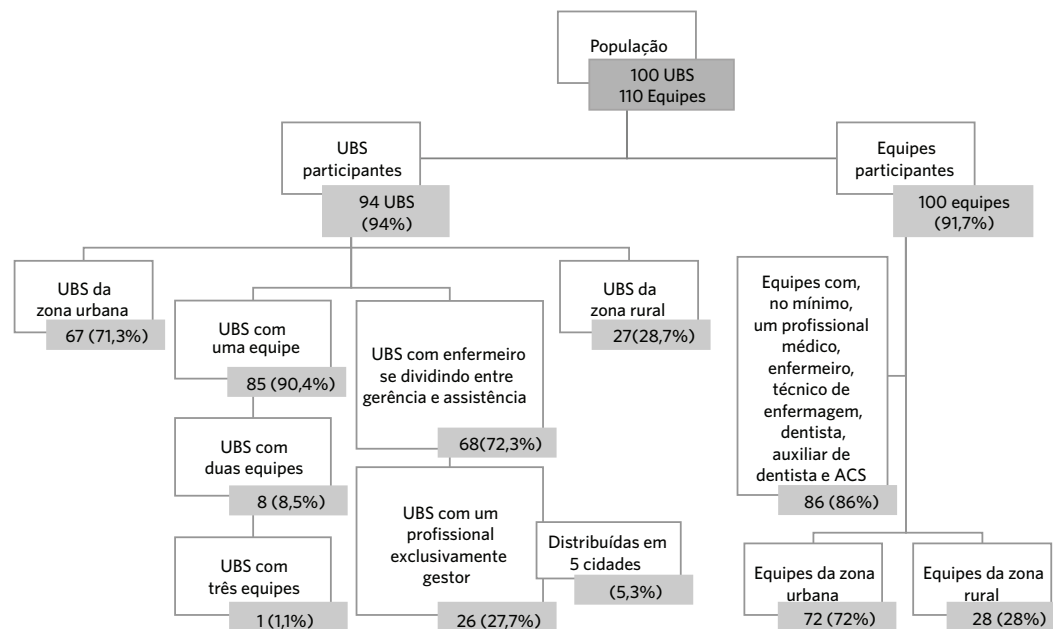
Esta pesquisa encontra-se em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com o Parecer 2.529.502 de 2018.

Resultados

Das UBS e equipes participantes, a maioria se localizava na zona urbana, o profissional enfermeiro em 72,3% das equipes se dividia

entre as funções assistenciais da profissão e gerenciais da unidade básica de saúde, 14% das equipes não estavam completas. A *figura 1* discrimina as características das equipes de saúde e unidades participantes do estudo.

Figura 1. Caracterização das unidades de saúde e equipes participantes do estudo - Seridó norte-rio-grandense. Natal, RN, Brasil, 2018



Fonte: Elaboração própria.

O segundo domínio do instrumento foi idealizado para ser respondido pelo profissional assistencial que estivesse diretamente envolvido na testagem. Contudo, nas primeiras entrevistas realizadas em um dos municípios, observou-se que essa atividade tinha como protagonista o profissional enfermeiro, visto que, quando respondidas por outros profissionais, as respostas eram insuficientes para o objetivo deste estudo, ficando estabelecido o enfermeiro como o profissional a ser entrevistado. Os 18 municípios incluídos no estudo tiveram equipes entrevistadas.

Um total de 93 equipes (93%) ofereciam TR para IST na rotina do serviço. As sete equipes

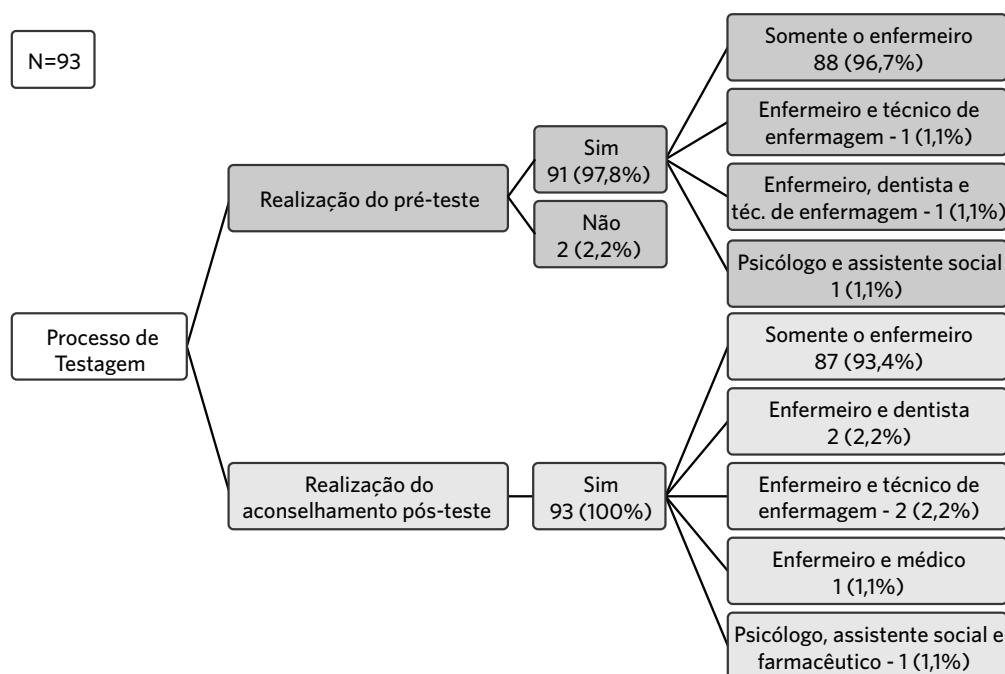
(7%) que não ofereciam estavam distribuídas em três cidades, sendo três equipes rurais e quatro urbanas. Os motivos citados foram: ausência do teste (três equipes); estrutura da UBS inadequada (duas equipes); falta de capacitação (uma equipe); mudança de estrutura física (uma equipe). As sete equipes estavam completas no que se refere aos profissionais, cinco afirmaram não conhecer a capacitação a distância para TR.

Sobre a coleta do TR, em 83 equipes (89,2%), somente o enfermeiro realizava o procedimento; em sete equipes (7,5%), somente o técnico de enfermagem; em uma (1,1%), coletavam o enfermeiro e o técnico de enfermagem; em

uma (1,1%), o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o dentista; e uma equipe (1,1%) relatou que o farmacêutico, o assistente social e o nutricionista realizavam a coleta do teste. No aconselhamento pré-teste e aconselhamento

pós-teste, o enfermeiro é evidenciado como principal envolvido, o profissional médico é citado somente na etapa pós-teste por uma equipe. As características das etapas pré e pós-teste encontram-se apresentadas na *figura 2*.

Figura 2. Características do processo de testagem e profissionais envolvidos nas equipes da Estratégia Saúde da Família – Seridó norte-rio-grandense. Natal, RN, Brasil, 2018



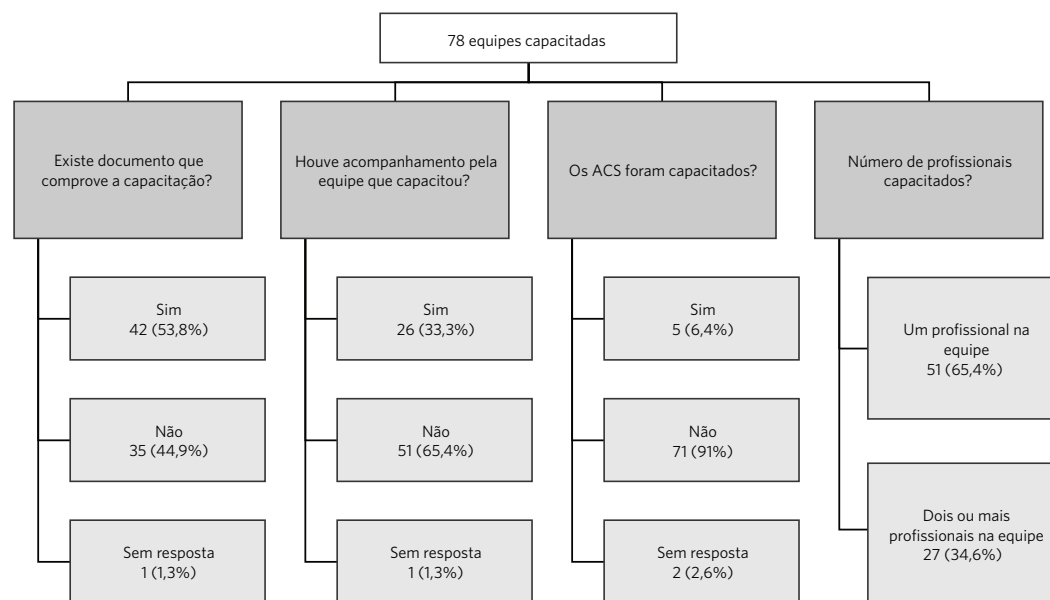
Fonte: Elaboração própria.

Com relação as 93 equipes que ofereciam a testagem, 89 (95,7%) ofertavam os 4 testes; e 4 (4,3%), somente alguns. Sobre o acesso, 73 Enfermeiros (78,5%) disseram que todos os usuários tinham acesso ao teste; 14 (15%), que o acesso se restringia à população da área; 6 (6,5%), que o teste era somente para as gestantes. No que concerne à periodicidade, 13 equipes (14%) ofereciam o teste diariamente; 43 (46,2%), semanalmente; 21 (22,6%), quinzenalmente; 13 (14%), uma vez por mês; 37 responderam que, além da periodicidade anterior, também ofertavam os testes em campanhas; e 3 equipes (3,2%), apenas em campanhas.

Em 78 equipes (83,9%), os profissionais

envolvidos na testagem eram capacitados; das 15 equipes (16,1%) sem capacitação, 5 profissionais (33,3%) afirmaram conhecer a capacitação para TR a distância, 10 (66,7%) desconheciam. Os motivos citados para os profissionais não terem participado da capacitação foram: “*Não foi ofertada capacitação*” e “*Não fui convidada*”. Das equipes capacitadas, o enfermeiro é apontado em todas as entrevistas como profissional capacitado para a testagem; o técnico de enfermagem foi citado em 23 (29,4%); o dentista, em 9 (11,5%); o auxiliar de dentista, em 4 (5,1%); e o médico, em 2 entrevistas (2,5%). As características das equipes capacitadas encontram-se apresentadas na *figura 3*.

Figura 3. Características das equipes de Estratégia Saúde da Família em que os profissionais envolvidos na testagem haviam sido capacitados – Seridó norte-rio-grandense. Natal, RN, Brasil, 2018



Fonte: Elaboração própria.

A principal forma de divulgação dos testes apontada por 65 entrevistados (69,9%) foi o Agente Comunitário de Saúde (ACS); seguido por atividade coletiva, 12 (12,9%); e sala de espera, 7 (7,5%); 9 entrevistados (9,7%) indicaram “*Outra forma de divulgação*”. A divulgação foi considerada inadequada por 60 profissionais (64,5%). Se considerarmos o meio de divulgação como sendo o ACS, das 65 entrevistas, 41 (63,1%) disseram que a divulgação não era adequada.

Quando questionados se a população que comparecia para realizar o teste apresentava comportamentos de risco, 28 (30,1%) indicaram que “*A maioria*”, 64 (68,8%) disseram “*A*

minoría”, 1 entrevista (1,1%) não teve resposta. Em relação à importância do TR dentro do contexto da AB, 1 enfermeiro (1,1%) julgou como não importante. Sobre o grau de importância em uma escala de zero a 10, em que zero significava sem importância e 10, a importância máxima, a média foi de 9,59, mediana 10, moda 10, valor mínimo 5 e máximo 10. Já em relação ao grau de motivação do profissional para realizar o TR, ainda em uma escala de zero a 10, a média foi de 8,2, mediana 8, moda 8, valor mínimo 3 e máximo 10. Os demais fatores relacionados com o processo de testagem encontram-se descritos na *tabela 1*.

Tabela 1. Fatores envolvidos com o processo de testagem nas equipes da Estratégia Saúde da Família – Seridó norte-riograndense. Natal, RN, Brasil, 2018. (n=93)

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

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

As UBS incluídas neste estudo caracterizam-se como predominantemente urbanas e com uma equipe. A pesquisa apresentou uma adesão satisfatória, aproximadamente 95% das unidades e 92% das equipes participaram do estudo; contudo, a distância geográfica existente entre as unidades, o fato de somente um profissional ser responsável pela coleta de dados e a rotina de trabalho do entrevistador atuaram como fatores limitantes na presença de 100% da demanda planejada.

As UBS participantes, em sua grande maioria (72,3%), apresentaram o enfermeiro acumulando a função assistencial e de gerência da unidade. Uma das características do cotidiano da ESF é a sobrecarga de trabalho, pelo acúmulo de funções e pelo afastamento do enfermeiro da assistência direta, as quais decorrem da necessidade de oferecer respostas às demandas relativas ao funcionamento dos serviços de saúde, à população e, ainda, às metas estabelecidas, pactuações e indicadores

do serviço. A priorização de demandas que requerem respostas mais urgentes ligadas à gerência deixa o enfermeiro distante da assistência direta, da realidade e das necessidades em saúde da população¹¹.

Com as primeiras entrevistas, constatou-se que o enfermeiro era o profissional mais apropriado para responder à pesquisa, já que dominava todas as informações inerentes à testagem. Estudo apontou que os profissionais que mais participaram de capacitações para a realização do aconselhamento e TR para IST na APS do Brasil foram as enfermeiras e, em alguns casos, os médicos¹². Corroborando esse achado, pesquisa apontou que, entre 24 profissionais da atenção primária capacitados para realizar o TR, 20 eram enfermeiros, e apenas 4 eram médicos¹³.

Os achados deste estudo convergem com as duas pesquisas anteriores. Mesmo os resultados evidenciando que a maior parte das equipes havia sido capacitada para a testagem, os detalhes que circundam a capacitação merecem destaque. Em todas as equipes capacitadas, o

enfermeiro surge como profissional habilitado, em 65,4% das equipes, somente ele foi capacitado; no entanto, o dentista foi citado em nove entrevistas e o médico, em duas. Os dados embasam a escolha do enfermeiro como profissional a ser entrevistado e ratificam a constatação de que foram os enfermeiros que prioritariamente se responsabilizaram pelo TR na APS brasileira.

Ressalta-se a necessidade de que mais profissionais se habilitem na temática e se sintam também responsáveis pelo processo. Ao compartilhar a responsabilidade, evita-se a sobrecarga em uma determinada categoria e contribui-se para uma produção de saúde interdisciplinar e multiprofissional. No entanto, um dos problemas de saúde do País é o número de médicos na APS ainda abaixo da média, principalmente em territórios ribeirinhos e de difícil acesso¹⁴, em vista disso, a inserção do médico no processo de testagem, por vezes, pode ser impraticável devido à ausência do profissional e à sobrecarga de trabalho, quando presente.

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

O certificado da capacitação foi recebido somente por 53,8% dos entrevistados, e 65,4% apontaram a capacitação como algo pontual. Pesquisa realizada em Santa Catarina, a qual entrevistou profissionais capacitados para executar os TR, evidenciou que, ao concluir a capacitação, 80,6% afirmaram que esclareceram todas as dúvidas sobre o tema, mas apenas 51,6% se sentiam seguros para realizar o diagnóstico¹⁵.

Uma vez que a capacitação pode não ser suficiente para a segurança dos envolvidos, o seguimento e a continuidade nas ações de capacitação poderiam ser um apoio nas angústias dos profissionais. Mesmo não havendo evidências nesta pesquisa sobre tal, certamente, inúmeros fatores atuam como obstáculos para a equipe que capacita; entretanto, o que se pode concluir é a existência de uma fragilidade na capacitação e que alguns pontos merecem ser revistos no sentido de aprimorar o trabalho.

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

Em relação aos três momentos que envolvem a testagem (aconselhamento pré-teste, coleta do teste e aconselhamento pós-teste), o enfermeiro surge em, aproximadamente, 90% das equipes como único profissional envolvido em todas as etapas. O aconselhamento se mostra importante, principalmente no contexto do TR. Uma revisão sistemática apontou o aconselhamento como uma estratégia positiva, comprovando que o vínculo e o tipo de relação estabelecida entre usuário e profissional do aconselhamento e sua articulação com práticas de prevenção influenciam as mudanças de comportamento e a adesão ao tratamento¹⁶.

O acúmulo de todas as etapas do TR em única categoria pode contribuir para um trabalho mecânico, em que a rapidez se torna mais importante do que a qualidade do serviço. Nesse sentido, chama-se a atenção para o risco de tecnicização do diagnóstico, concebido como um processo no qual a ênfase da ação recai sobre a oferta e realização do teste em si, desvinculado da abordagem preventiva, da avaliação de riscos e do apoio emocional que caracterizam o aconselhamento⁸. O

aconselhamento pode promover a sensibilização para a prevenção, a adesão ao tratamento e a redução do impacto do diagnóstico, expressando, ainda, uma dimensão ética e política, relacionada com a escuta do usuário e comprometimento com a construção conjunta de possibilidades de resolução dos problemas^{8,17}.

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

Destaca-se o avanço considerável na adesão das equipes ao TR, visto que, no primeiro ciclo do PMAQ 2011/2013, das 26 equipes do Seridó participantes, todas assinalaram a opção “nunca disponível” para o TR de sífilis e HIV¹⁸. No segundo ciclo 2013/2014, das 72 equipes incluídas, 36,1% afirmaram que o teste para sífilis nunca estava disponível, e 31,9% afirmaram que não realizavam o TR para HIV¹⁹. Nesta pesquisa, a taxa de ausência de testagem foi de 7%, comprovando a efetividade do processo de descentralização dos testes para a APS e o aumento da adesão das equipes com o passar do tempo.

O elevado número de equipes que disponibilizavam os quatro testes favorece o acesso e oportuniza aos usuários um conhecimento mais amplo sobre seu estado de saúde no que se refere a essas infecções. A eficiência do processo de trabalho é constatada quando se observa que todas as equipes forneciam o resultado no mesmo dia. Ao encontro desse achado, estudo realizado no México constatou que os testes eram executados em subsistemas que se encontravam ligados e com determinada

dependência; os resultados eram entregues no dia seguinte no setor de psicologia, o processo se estendia por cinco a sete dias²⁰.

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

A contrarreferência das especialidades na área das IST inexistia para cerca de dois terços dos entrevistados. Já a conduta a ser tomada de acordo com o resultado do teste poderia ser embasada por meio de fluxograma local/regional; todavia, na maior parte das equipes (87,1%) esse documento inexistia. Um relato sobre a implementação de TR na APS constatou como principal achado a lentificação do processo, visto que, dos 31 serviços de saúde, apenas dois implementaram o TR durante o período em estudo. Um dos principais obstáculos foi a dificuldade na elaboração de um fluxo de trabalho adequado, 38,7% apontaram como justificativa o fato de que não conseguiram compreender/elaborar um fluxo de trabalho, o que trouxe insegurança no seguimento do paciente com teste reagente¹⁵. A falta de orientações sobre fluxo a ser seguido alimenta a insegurança do profissional no sentido das decisões a serem tomadas de acordo com o resultado do teste.

Ainda sobre a insegurança, um aspecto observado em estudo desenvolvido nas UBS de Recife/Pernambuco refere-se às dificuldades relatadas pelos entrevistados no aconselhamento pós-teste, em especial quando o resultado era positivo. O impacto desse diagnóstico costuma ser intenso, tanto para a pessoa quanto para o profissional. Portanto, é fundamental que o profissional esteja preparado para oferecer apoio emocional, respeitando

o tempo do paciente, bem como a reação diante do resultado. Observou-se que os profissionais entrevistados ainda não se sentiam seguros na realização do TR, tampouco no aconselhamento pós-teste com resultados positivos²¹.

Os resultados deste estudo ratificam a constatação, visto que mais da metade dos entrevistados afirmou não ter segurança para lidar com um resultado positivo. Nessa perspectiva, a existência de informações oficialmente registradas, como protocolos ou fluxogramas, pode atuar como alicerce para a segurança do profissional, que, por mais inseguro emocionalmente que esteja, tecnicamente estaria amparado.

O TR que usa sangue foi considerado pela maior parte (95,7%) como uma tecnologia confiável, mas, quando questionados sobre a confiabilidade nos testes que utilizam FO, a confiança reduziu significativamente. Os testes que utilizam FO disponibilizados atualmente pelo Ministério da Saúde são para o diagnóstico do HIV. O FO contém menor quantidade de anticorpos do que amostras de sangue total, soro ou plasma, mas em quantidade suficiente para um diagnóstico seguro, assim, as vantagens do emprego desse teste superam sua limitação de sensibilidade. A coleta do FO simplifica a testagem, pois não é invasiva, reduz o risco biológico e, sobretudo, amplia o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV²²⁻²⁵.

Corroborando a informação relativa às fragilidades existentes na inserção do TR na APS, somente 11% iniciariam o tratamento presuntivo do parceiro da gestante com sífilis sem os exames confirmatórios, indo em oposição ao que é preconizado^{26,27}. Atenuando a dificuldade no controle da sífilis, constatou-se que aproximadamente metade das equipes não fazia administração da penicilina benzatina na UBS, mesmo a maioria (87,1%) afirmando ter disponível.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), o grande desafio para administração da penicilina benzatina nas UBS é o receio dos profissionais da ocorrência de eventos adversos, principalmente a reação anafilática,

sem que haja recursos para a reversão desses quadros²⁸. Todavia, pesquisas indicam que a ocorrência de reações alérgicas é estimada em 2%, e as reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% dos pacientes tratados com penicilina^{29,30}. Tais dados estatísticos podem ser usados como incentivo para administração na penicilina na APS.

Este estudo apresenta como limitação o fato de refletir uma realidade regional, que pode não ser a realidade do restante do País, tendo em vista a ampla extensão territorial e diversos contextos regionais do Brasil. Como contribuições, destaca-se o pioneirismo em pesquisar um cenário nunca estudado em publicações anteriormente veiculadas ao assunto; assim, na prática diária, a pesquisa lança sugestões para o futuro dos serviços estudados. Por constituir um tema de relevância epidemiológica e atual no debate mundial, o estudo contribui para outras pesquisas que possam ocorrer em diferentes cenários.

Conclusões

A descentralização da testagem ocorreu para as equipes da APS do Seridó, com muitos pontos funcionando a contento. Ainda assim, quando se analisam as peculiaridades que existem no processo de testagem, constata-se uma série de fragilidades que evidenciam um trabalho superficial, sem embasamento necessário para as especificidades que o TR exige.

A testagem na ESF foi absorvida prioritariamente pelo enfermeiro, ponto positivo quando se entende que a APS contribua para a autonomia do enfermeiro, por meio da incorporação de novas competências e tecnologias. Contudo, nesta realidade estudada, na maior parte dos casos, o enfermeiro respondia também pela gerência dos serviços. Assim, torna-se complexo enxergar uma tecnologia que veio para auxiliar a produção da saúde, sem a conceituar como mais uma atribuição, visto que a participação dos demais profissionais foi escassa. Em um serviço no qual o enfermeiro é rotineiramente

sobrecarregado, aderir a uma nova demanda com excelência na execução foi a realidade de poucos.

Nesse cenário, recomendar que o TR se torne um processo multiprofissional e interdisciplinar é um assunto delicado, porém, necessário, uma vez que os resultados e a literatura apontam a carência de determinados profissionais. Entretanto, cabe a reflexão sobre como estão a valorização e o reconhecimento daqueles que majoritariamente respondem pelo serviço.

Conclui-se que o TR é uma iniciativa viável, benéfica, que pode somar na realidade da APS.

No entanto, por vezes, faz-se necessário voltar para a base do processo de trabalho e refletir como esse atendimento vem acontecendo, uma vez que identificar as fragilidades e traçar meios para sua solução é um passo importante na adequação dos serviços de saúde.

Colaboradores

Araújo TCV (0000-0003-3991-0215)* e Souza MB (0000-0002-7539-9226)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization. Global Hepatitis Report 2017. Geneva: WHO; 2017. [acesso em 2021 fev 5]. Disponível em: <https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico HIV/Aids 2020. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2021 fev 5]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico sífilis 2020. Brasília, DF; 2020. [acesso em 2021 fev 5]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>.
4. Hanafiah KM, Garcia M, Anderson D. Point-of-care testing and the control of infectious diseases. *Biomarkers Med.* 2013;7(3):333-347.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília, DF: MS; 2016. [acesso em 2021 fev 5]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. Brasília, DF: MS; 2018. [acesso em 2021 fev 5]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>.
7. Mizevski VD, Brand EM, Calvo KS, et al. Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti-HIV nas unidades de atenção básica do Brasil, no ano de 2012. *Saúde em Redes.* 2017 [acesso em 2021 fev 8]; 3(1):40-49. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/Rede-unida/article/view/823>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis Rev. Saúde Colet.* 2016; 26(3):785-806.
9. Araújo TCV, Souza MB. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. *Rev. esc. enferm. USP.* 2020; (54):e03645.
10. Moraes IRD. Seridó Norte-Rio-Grandense: uma geografia da resistência. Caicó: Ed. do autor; 2005.
11. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, et al. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. *Rev Min Enferm.* 2015; 19(3):612-626.
12. Rocha KB, Santos RRG, Conz J, et al. Network transversality: matrix support in the decentralization of counseling and rapid testing for HIV, syphilis, and hepatitis. *Saúde debate.* 2016; 40(109):22-33.
13. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPG, et al. Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care in Fortaleza – Ceará. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(1):54-58.
14. Lima SVM, Nunes J, Santos L, et al. O programa mais médicos e a atenção básica no Brasil: uma revisão integrativa. *Gest. Soc.* 2017; 11(30):1963-1975.
15. Nascimento DSF, Silva RC, Tártari DO, et al. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2018; 13(40):1-8.
16. Soares PS, Brandão ER. O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. *Saúde Soc.* 2012; 21(4):940-953.
17. Moreno DMFC. Aconselhamento para revelação do diagnóstico de infecção pelo HIV. In: Paiva V, Calazans G, Segurado A, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos: Promoção e Prevenção da saúde.* Curitiba: Juruá; 2013. p. 165-188. (Livro II).
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: MS; 2011. [acesso 2021 fev 12]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1/>.
19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Microdados da avaliação externa. Brasília, DF: MS; 2013. [acesso em 2021 fev 12]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>.
20. Cuadra-Hernández SM, Bernabé-Aranda JI, Conde-Glez CJ, et al. Public health services and their relationship with rapid HIV test utilization and access for key populations in Morelos, Mexico. *Salud Publica Mex.* 2015 [acesso em 2021 fev 12]; 57(4):304-311. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26395795>.
21. Araújo WJ, Quirino EMB, Pinho CM, et al. Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(supl1):676-681.
22. Guarner J. Human immunodeficiency virus: Diagnostic approach. *Semin Diagn Pathol.* 2017; 34(4):318-324.
23. Cappello JM, Gunasekera A, Gunasekera D, et al. A multicenter performance evaluation of the DPP HIV-1/2 assay for the detection of HIV antibodies in various HIV testing algorithms. *J Clin Virol.* 2013; 58(supl1):59-64.
24. Granade TC, Phillips SK, Parekh B, et al. Detection of antibodies to human immunodeficiency virus type 1 in oral fluids: a large-scale evaluation of immunoassay performance. *Clin Diagn Lab Immunol.* 1998 [acesso em 2021 fev 15]; 5(2):171-175. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9521138>.
25. Pascom ARP, Barros CHD, Lobo TDM, et al. Point-of-care HIV tests done by peers, Brazil. *Bull World Health Organ.* 2016; 94(8):626-630.

26. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília, DF: MS; 2018. [acesso em 2021 fev 15]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.
27. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF: MS; 2018. [acesso em 2021 fev 15]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>.
28. Conselho Federal de Enfermagem. Nota técnica Cofen/CTLN N° 03/2017. Brasília, DF: MS; 2017. [acesso em 2021 fev 15]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-tecnica-sobre-administracao-da-penicilina-benzatina_52797.html.
29. Felix MMR, Kuschnir FC. Alergia à penicilina: aspectos atuais. *Adolesc. Saúde*. 2011 [acesso em 2021 fev 15]; 8(3):43-53. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=285#.
30. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis no seu Município. Brasília, DF: UNICEF; 2008. [acesso em 2021 fev 15]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/como_prevenir_transmissao_vertical_hiv_prof.pdf.

Recebido em 03/03/2021

Aprovado em 10/09/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve