

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, A INTERSECÇÃO NECESSÁRIA: SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE ESTEIO

THE HEALTH CARE NETWORKS AND HEALTH EDUCATION, THE INTERSECTION REQUIRED: SYPHILIS IN PREGNANT AND CONGENITAL IN THE MUNICIPALITY OF ESTEIO

Aline Coletto Sortica*
Paulo Peixoto de Albuquerque**

RESUMO

A sífilis congênita é considerada um sério problema de saúde pública. No município de Esteio – Rio Grande do Sul, local da realização desta pesquisa, o número de casos vem crescendo, apesar de contar com toda a estrutura para o cuidado materno-infantil. O objetivo geral foi identificar potencialidades e fragilidades na Rede de Atenção à Saúde (RAS) referente à educação em saúde e ao cuidado às gestantes/parceiros com sífilis e seus neonatos. Como específicos: mapear os serviços relacionados com o atendimento à sífilis em gestante e congênita; e contribuir com estratégias de educação em saúde para o enfrentamento da doença. Utilizou-se método qualitativo, tipo estudo de caso. Na primeira etapa, realizou-se pesquisa bibliográfica, em sites institucionais e bancos de dados do Ministério da Saúde, para identificar e mapear a RAS. Na segunda etapa, realizou-se 13 entrevistas individuais com perguntas semiestruturadas, com gestores, médicos e enfermeiros da Atenção Básica e maternidade, profissional da Vigilância em Saúde e Agentes Comunitários de Saúde. Com a análise de discurso pretendeu-se compreender a percepção dos entrevistados sobre o cuidado da sífilis frente à realidade municipal. Como potencialidade verificou-se que os trabalhadores têm papel fundamental nas políticas de saúde e ensino na saúde e como fragilidades, aspectos referentes ao financiamento e estrutura da RAS. Emerge a complexidade relacionada a uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) considerando as dimensões técnica, de gestão, política, pedagógica, mas principalmente as questões individuais e sociais.

PALAVRAS-CHAVE

Sífilis. Sífilis Congênita. Educação em Saúde. Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Syphilis is a serious public health problem. The City of Esteio – Rio Grande do Sul was the chosen location to conduct this study, as it demonstrates an increasing number of cases of congenital syphilis even though it has structure for childbirth care. The overall objective of this work was to identify the strengths and weaknesses in the Health Care Networks of Esteio City, in relation to health education and care for pregnant, their neonates and partners with syphilis. The specific objectives were to map the services related to the care of the congenital and pregnant syphilis and to contribute with strategies for dealing with the disease. The study used qualitative methodology applied in the form of case study. The first phase conducted a bibliographic research on institutional sites and Government Health database, targeting to identify and map the RAS. Second phase included 13 individual interviews with semi-structured questions, applied to manager, doctors and nurses from the Primary Health and maternity, Health Surveillance Professionals and Community Health Agents. The research applied speech analysis to understand the perception of the interviewed around the care of congenital syphilis, in comparison with the reality of the city. The results identified that the professionals have an essential role in the health care policies and health education, and weaknesses related to the financing and structure of the RAS. The complexity related to a Sexually Transmitted Disease (STD) raises considering the technical, management, political, pedagogical and mainly individual and social dimensions.

KEYWORDS

Syphilis. Congenital Syphilis. Health Education. Comprehensive Health Care.

*Mestre em Ensino na Saúde (UFRGS). Especialista em Saúde – SES/RS.

**Doutor em Sociologia pela Université Catholique de Louvain-la-Neuve. Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) na Faculdade de Educação.

Correspondência

E-mail: *aline-sortica@saude.rs.gov.br | **albuquerque.paulo@gmail.com

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica de evolução crônica, causada pela bactéria gram negativa *Treponema pallidum* (SÃO PAULO, 2016). No período gestacional a sífilis pode ser transmitida para o feto, causando abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e também morte do recém-nascido. A doença é sério problema de saúde pública, apesar da disponibilidade de tratamento efetivo de baixo custo, há um aumento do número de casos na população. As crianças com sífilis congênita necessitam de assistência especializada do nascimento até os dois anos de vida, devido as possíveis consequências da doença (BRASIL, 2015).

No Brasil, a sífilis congênita vem aumentando progressivamente, passando de 5.554 casos no ano de 2007, o que representa uma taxa de incidência (TI) de 1,9 para cada 1.000 nascidos vivos (NV), para 20.474 casos em 2016 (TI 6,8/1000 NV). No Rio Grande do Sul em 2007 foram registrados 258 casos, (TI: 1,9/1000 NV), e 2016 o número passa para 1.861 casos (TI: 12,5/1000 NV) (BRASIL, 2017).

Esteio apresenta a mesma tendência de aumento de casos de sífilis congênita, chegando 2015 a 16 casos no município, conforme dados preliminares, dos municípios brasileiros (BRASIL, 2016). Quanto a TI em 2015, Esteio apresentou 15,8 casos/1.000 NV (RIO GRANDE DO SUL, 2016a), taxa muito superior à recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que considera eliminada a sífilis congênita, em países que atingirem a taxa de incidência de 0,5 casos/1.000 NV (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Para a prevenção da sífilis congênita é necessária uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) estruturada. Para Mendes (2011) a po-

pulação é a razão de ser da RAS e está sob a responsabilidade sanitária e econômica. Conhecer a estrutura da RAS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio, logísticos e governança e conhecer as estratégias de educação em saúde adotadas para o enfrentamento da sífilis congênita, no âmbito da gestão, vigilância e assistência em saúde é de fundamental importância para identificar os fatores que levam ao elevado número de casos de sífilis congênita.

O artigo tem como objetivos apresentar as potencialidades e fragilidades identificadas na RAS do município de Esteio (RS), no que se refere à educação em saúde e o cuidado prestado para a prevenção da sífilis congênita; mapear os serviços da rede de saúde do município de Esteio que tenham relação com o atendimento a sífilis em gestante e congênita e contribuir com elementos para subsidiar estratégias de educação no que se refere ao enfrentamento da sífilis congênita.

METODOLOGIA

O artigo é produto da dissertação de mestrado, "Rede de Atenção à Saúde, sífilis e educação em saúde, a intersecção necessária: Um estudo de caso sobre sífilis em gestante e congênita no município de Esteio", apresentada em 2017 no Curso de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Utilizou-se método qualitativo, que responde a questões muito específicas, de um conjunto de fenômenos humanos que é entendido como parte da realidade social (MINAYO, 2015), tipo estudo de caso, que é uma investigação empírica de um fenômeno (o caso) em profundidade e no contexto do mundo real (YIN, 2015).

Esteio, no Rio Grande do Sul (RS), foi o local de escolha por apresentar um número crescente de casos de sífilis congênita nos últimos anos e também por contar na rede com estrutura necessária para atendimento no pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança.

A pesquisa realizou-se em duas etapas: na primeira, foram realizadas pesquisas em

sites institucionais da Prefeitura Municipal, Secretaria Estadual da Saúde, Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre outros. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas individuais, gravadas por equipamento de áudio. Utilizou-se como base um questionário com perguntas semiestruturadas, baseada no caso fictício, apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – O caso

Violeta, 19 anos, procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) por suspeitar que está grávida. Foi atendida pela enfermeira Paula, realizou teste rápido de gravidez, com resultado reagente. Gesta: II, aborto: I, idade gestacional: mais ou menos 20 semanas, pela data da última menstruação (DUM), teste rápido de HIV: não reagente, teste rápido de sífilis: reagente.

Paula disse que era necessário iniciar o Pré-natal imediatamente, pois ela já estava chegando tardiamente a UBS. Solicitado demais exames de rotina do Pré-natal e VDRL (Paula pede que ela realize os exames com maior rapidez possível, pois precisa confirmar a Sífilis), foi marcada consulta com o médico para a semana seguinte e solicitado que venha acompanhada de seu companheiro, pois ele precisa fazer o exame também e iniciar tratamento.

Informações sobre Violeta: Violeta ficou bastante preocupada com a gravidez, estava com medo e por isso não havia procurado antes a UBS. Ela e o namorado João, estão em altos e baixos na relação há bastante tempo. No ano passado já havia ficado grávida e ele a acusou de ter engravidado propositalmente, mesmo sabendo que ele não queria.

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

João eventualmente usava drogas e se tornava agressivo, alguns dias antes de perder o bebê, eles discutiram e ele empurrou Violeta, ela achava que tinha perdido o bebê por causa da queda, mas no hospital disseram que devia ser por causa da sífilis. No hospital fizeram uma injeção e mandaram ela fazer outras na UBS, mas acabou não indo, ela e João estavam tentando fazer as pazes, se falasse sobre “isso” as coisas podiam piorar outra vez. Ela sabia que João não era fiel, mas não sabia se tinha pego dele a doença, porque teve outros namorados antes.

Ela está com muitas dúvidas: E se por acaso o exame dele fosse negativo? E se ela tivesse passado para ele? Como ele reagiria?

Violeta foi ao laboratório indicado por Paula, porém teve que agendar os exames para 10 dias após, não conseguiu fazer o exame, pois lhe explicaram que não há mais cota no mês, mas como ela é gestante é prioridade e deve retornar na próxima semana para fazer a coleta.

Ela está preocupada e não sabe o que fazer, precisa pensar antes de contar para João sobre a gravidez e sobre a doença. Violeta não retornou ao laboratório e também não foi a UBS, abandonou o Pré-natal.

O roteiro da entrevista

Como profissional da saúde, a partir do seu espaço de trabalho (gestão, UBS, maternidade, vigilância) responda as questões a seguir:

- 1 – No seu ver, porque essa situação ocorreu?
- 2 – O que se faz hoje em um caso como o de Violeta?
- 3 – O que poderia ter sido feito e não foi feito nesse caso?
- 4 – Você acha que educação em saúde poderia ser a solução? Por quê?

Foram realizadas treze entrevistas, com os responsáveis pela coordenação da Atenção Básica e coordenação da política de IST/Aids do município (gestores), médico do centro obstétrico e da UTI Neonatal (médicos hospital), enfermeiro do centro-obstétrico e da maternidade (enfermeiros hospital), médicos de Estratégia de Saúde da Família de unidades distintas (médicos atenção básica), enfermeiros de Estratégia de Saúde da Família de unidades distintas (enfermeiros atenção básica), profissional da Vigilância em Saúde (vigilância município) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As entrevistas foram realizadas em 2016, no local de trabalho dos entrevistados.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, posteriormente utilizou-se um instrumento de análise de discurso (Quadro de Análise de discurso – QAD), identificando para cada questão, as expressões-chave, ideias centrais e ancoragens. Foi realizada síntese de cada quadro e discussão dos resultados encontrados. A análise do discurso foi utilizada, pois o discurso é construído e reconstruído no interior de práticas sociais, o discurso é obra de indivíduos inseridos em configurações sociais (MAINGUENEAU, 2015).

Observaram-se os aspectos éticos, conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013). O estudo foi realizado com financiamento próprio e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Etapa 1 - Estrutura de saúde no município

Financiamento em Saúde

Pesquisou-se informações públicas sobre os investimentos em saúde no município, pelas três esferas de gestão, de sites do governo municipal, estadual e federal, o período verificado foi de janeiro a agosto de 2016. O município recebe recursos federais diretamente ao fundo municipal de saúde referentes à Vigilância em Saúde, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), Investimento, Atenção Básica e Assistência Farmacêutica (BRASIL, [2016a]). Esteio, no período, utilizou menos de 25% dos recursos previstos para a saúde no orçamento (ESTEIO, 2016a).

A MAC receberam 74,5% dos recursos federais destinados ao município (BRASIL, [2016a]). Para Pescuma Junior e Mendes (2015), os altos investimentos na MAC ocorrem em virtude do uso de tecnologias caras e de profissionais especializados nesse segmento. Já a Atenção Básica recebeu apenas 19% dos recursos do Ministério da Saúde (BRASIL, [2016a]), nesse sentido Capucci (2014), diz que para obter os retornos esperados da Atenção Básica, seria preciso deslocar recursos de serviços da MAC, o que necessitaria uma reorganização de toda a rede.

As informações federais são objetivas e de fácil acesso, já no âmbito municipal, não é possível identificar se os recursos são de origem federal, estadual ou municipal e nem onde eles foram investidos (ESTEIO, 2016a). Os repasses estaduais estão descritos por programas e ações, como: Primeira Infância Melhor, Atenção Básica, Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), farmácia básica, pagamento de prestadores, entre outros (RIO GRANDE DO SUL, 2016b).

Os níveis de Atenção à Saúde e os Serviços da RAS

Atenção primária em saúde (APS): é nível de atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados pela promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2002).

Em Esteio a APS conta com seis UBS tradicionais e cinco ESF com um total de treze equipes, estimando-se que 55,46% da população esteja coberta. O município tem sessenta e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cobrindo 47,64% da população. A Equipe de Saúde Bucal, integrando as equipes de saúde da família, está presente em duas equipes, as demais ESF contam com o cirurgião dentista, mas não vinculado a equipe, quanto as UBS tradicionais apenas a 1 conta com dentista (BRASIL, [2016b]). Conta também com uma equipe de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e psicólogos que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (BRASIL, [2016b]).

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM), implantado no Rio Grande do Sul em 2003, voltado para a promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, está presente nos bairros Jardim Planalto, Parque Primavera e São José, no momento da verificação dos dados, eram vinte e seis visitantes atendendo oitenta e cinco famílias, com seis gestantes, oitenta e oito crianças de 0-3 anos e quatro crianças de 3-6 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2016c).

Atenção Secundária em Saúde: é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, é responsável por procedimentos de média complexidade. Compreende serviços médicos especiali-

zados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (ERDMANN et al., 2013). O Ambulatório de Gestante de Alto Risco (AGAR) de Esteio, recebe as gestantes que tem critérios considerados de alto risco, para atendimento especializado no pré-natal e está localizado no Hospital São Camilo (ESTEIO, 2016b). Um AGAR, tem como prerrogativa oferecer atendimento multiprofissional de alto risco e matriciamento à rede que realiza pré-natal nos demais níveis de atenção, além de manter todas as vagas disponíveis para as centrais de regulação (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Nível terciário: integram o nível de “alta complexidade”, em nível hospitalar e devem cumprir a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas (MENDES 2015). Em Esteio, o nível de atenção hospitalar, é prestado pela Fundação de Saúde Pública São Camilo, com 100% dos atendimentos pelo SUS. O atendimento na área materno-infantil é referência para outros municípios da região metropolitana e conta com centro obstétrico, alojamento conjunto, complexo neonatal, emergência pediátrica e internação pediátrica (FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA SÃO CAMILO DE ESTEIO, [2015]). Na área materno-infantil são vinte e um leitos de clínica e cirurgia obstétrica, dez leitos UTI neonatal, dez leitos unidade de cuidados intermediários neonatal (UCI) e cinco leitos de unidade canguru (BRASIL, [2016b]).

Etapa 2 – A percepção dos profissionais da saúde

No Quadro 2 apresenta-se a análise de discurso (QAD), com pontos-chaves das entrevistas.

Quadro 2 – Quadros de Análise de discurso (QAD)

QAD	CATEGORIA	ENTREVISTADO	EXPRESSIONES-CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
QAD 1 – Percepção dos entrevistados sobre as causas do problema da sífilis congênita	GESTOR	E3	“ não conseguiu acolher ela de uma forma que ela começasse a vir fazer o acompanhamento...”	Não acolhimento	Dimensão Técnica/ Gestionária
	ENFERMEIRO ATENÇÃO BÁSICA	E9	“o companheiro não aceitaria né, ficaria como se a culpa fosse dela.”	Culpabilização da mulher	Dimensão Social
QAD 2 – Opções técnicas que cada profissional apresenta (o que se faz com um caso como este?)	MÉDICO HOSPITAL	E5	“Do caso assim... familiar a gente pede às vezes avaliação do serviço social pra poder acompanhar essa situação família, mas a nossa preocupação é se o bebê tem que tratar ou não!”	A questão familiar é para o serviço social	Dimensão Técnica/ Gestionária
	VIGILÂNCIA MUNICÍPIO	E10	“Talvez a gente já tivesse que ter iniciado o tratamento nela antes de encaminhar para o laboratório, seguindo o protocolo (Protocolo Ministério da Saúde)”	Seguir protocolos	Dimensão Técnica/ Gestionária
QAD 3 – Os limites da situação problema (O que poderia ter sido feito e não foi?)	GESTOR	E7	“a gestão é cobrada porque não amplia a ESF, não é por falta de sensibilidade nossa, a gente sabe que é importante e que é o modelo mais resolutivo em saúde, mas como é que faz? Se não tem recurso humano e financeiro [...]”	Dificuldades financeiras e de recursos humanos	Dimensão Gestionária/ Política
	MÉDICOS HOSPITAL	E2	Isso aí é a nossa cultura (...) a culpa é sempre da mulher, tá introjetado”	A cultura de culpabilizar a mulher	Dimensão Social
	MÉDICO ATENÇÃO BÁSICA	E6	“Para o profissional conversar com o paciente já existe um tabu que o profissional tem que passar por cima, ‘há o paciente que não quer, então deixa’, ‘é uma tigrá’ ou ‘não buscou o tratamento, deixa assim...’, azar o dela’	Julgamento de valores dos profissionais com os usuários	Dimensão Técnica/ Gestionária
	ENFERMEIRO ATENÇÃO BÁSICA	E11	“tem aquele que não vem nem aqui que é perto.”	Usuário não vai ao serviço de saúde	Dimensão Individual
	VIGILÂNCIA MUNICÍPIO	E10	“a gente tem muita dificuldade para se aproximar da Atenção Básica”	Dificuldade de articulação dos pontos da Rede	Dimensão Técnica/ gestionária
	AGENTE COMUNITÁRIO	E13	“Quando ela não compareceu mais ao pré-natal eu acho que deveria ter sido feito a busca ativa, eu não sei como funciona nas unidades onde não há agente de saúde, como eles fazem?”	UBS sem ACS tem maior dificuldade em vincular pacientes	Dimensão Técnica/ Gestionária
QAD 4 – Possibilidades pela educação em saúde (a educação em saúde pode ser a solução?)	ENFERMEIROS HOSPITAL	E1	“às vezes não entendem quando a gente fala”	Profissionais não falam a linguagem da população	Dimensão Técnica/ Pedagógica
	ENFERMEIROS HOSPITAL	E4	“os profissionais não estão preparados para lidar com assuntos assim, que são mais sensíveis, são assuntos que tu vais envolver a sexualidade das pessoas”	Dificuldade dos profissionais em abordar questões relacionadas à sexualidade	Dimensão Técnica/ Pedagógica
	ENFERMEIROS ATENÇÃO BÁSICA	E9	“Eu tenho que ver qual é a necessidade da pessoa, não precisa que eu dê uma lição de moral nela” “eu tava falando para ela e imaginando, eu não faço isso, como eu vou explicar que isso é tranquilo, que isso protege, que tem que usar”	Superação dos preconceitos pelos profissionais	Dimensão Pedagógica
	ENFERMEIROS ATENÇÃO BÁSICA	E11	“tem umas reuniões que participam o pessoal da educação e eles pediram se a gente poderia trabalhar sobre sexualidade. Só que tem escolas que é muito difícil de entrar”	Dificuldade de trabalhar a temática de sexualidade nas escolas	Dimensão Gestionária

Fonte: os autores (2017).

Síntese do QAD 1 - A percepção dos entrevistados sobre as causas do problema da sífilis congênita (porque a situação ocorreu?)

O conjunto de narrativas aponta para duas situações: a primeira diz respeito à dimensão técnico/gestionária, na leitura do senso comum é a que está ligada a causa do problema, como por exemplo: a falha no atendimento, falta de acolhimento e falta de comunicação com os outros pontos de saúde da rede.

Em uma segunda leitura, percebe-se que todas as categorias profissionais destacam a dimensão social e individual como a real causa do problema, ao trazer o relacionamento com o parceiro como forte indicador do problema, além de falta de diálogo sobre questões como sexualidade, falta de apoio, culpabilização da mulher e violências.

Síntese do QAD 2 - As opções técnicas que cada profissional apresenta (o que se faz com um caso como este?)

As narrativas trazem como opção técnica, independente da categoria profissional, apenas a dimensão técnico/gestionária. Aparecem nas falas a utilização de protocolos, uso de prontuário eletrônico e tecnologias leves, como o trabalho inter e multiprofissional, as parcerias com outras políticas e outros pontos de atenção da RAS. Esses pontos são importantes, mas pouco saem da “zona de conforto” do conhecimento técnico dos profissionais.

O trabalho em equipe é destacado, como a importância do ACS, dos profissionais do NASF, dos visitantes do PIM, entre outros, porém também fica explícita a fragmentação do cuidado em saúde.

Síntese do QAD 3 - Os limites da situação problema (O que poderia ter sido feito e não foi?)

As falas trazem questões técnica/gestionária como as maiores limitadoras para a resolução do problema, mas também surgem questões relacionadas às dimensões sociais e pessoais. Os gestores trazem nas falas os limites da gestão, como a falta de fluxos entre os níveis de atenção à saúde, dificuldades financeiras e falta de recursos humanos.

Para os profissionais ligados à assistência (*médicos, enfermeiros*) predominam, as dificuldades pessoais e sociais dos usuários, como por exemplo a falta do pré-natal como um problema cultural ou ainda de desinteresse das gestantes. A Vigilância traz a dificuldade de articulação com as equipes de saúde e os ACS trazem a questão técnica relacionada a práticas do seu cotidiano, como a busca ativa e captação das gestantes como problema.

Síntese do QAD 4 - As possibilidades pela educação em saúde (a educação em saúde pode ser a solução?)

Na percepção das possibilidades para educação em saúde, surgem questões relacionadas tanto no que se refere à educação para os profissionais, quanto para os usuários do serviço de saúde e escolas.

Evidencia-se a importância dos profissionais da saúde como agentes de educação, explicita-se as dificuldades que os profissionais têm em abordar temas relacionados à sexualidade e relacionamentos afetivos, violência entre outros. Dificuldades também aparecem na articulação entre serviço de saúde e escola, por dificuldade de comunicação com os educadores, mesmo que o trabalho com adolescentes seja considerado importante.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em relação ao financiamento em saúde, grande parte dos recursos disponíveis não está sendo utilizada, surgindo uma perspectiva para o município, que pode potencializar suas ações, utilizando os recursos em conta para as necessidades de saúde da população, sem a necessidade de novos recursos. Mas evidencia-se também a dificuldade na utilização dos recursos, aqui não ficaram explícitos os motivos, portanto não serão discutidas as especificidades de Esteio, mas cabe pontuar alguns entraves que se apresentam quando falamos do financiamento em saúde no Brasil.

Os gestores em saúde e equipes técnicas dos municípios, nem sempre conhecem todos os recursos disponíveis e nem como utilizá-los de maneira eficiente. A gestão financeira muitas vezes depende de outras secretarias, que não tem a compreensão das necessidades da saúde da população, entrando no mesmo rol de prioridades das outras despesas do município. A falta de informações públicas detalhadas sobre a utilização dos recursos, pode ser um reflexo da dificuldade de utilização dos recursos nos municípios e também é um entrave para o acesso de informação dos usuários. Para Martins e Waclawovsky (2015) a falta de planejamento pode comprometer seriamente a gestão, acarretando em ações desnecessárias e que não atendam aos interesses dos usuários dos serviços de saúde.

A APS apesar de ser considerada uma prioridade, fica com uma parte pequena do total investido em saúde, o que dificulta sua ampliação e sua capacidade resolutiva. Há um paradoxo no modelo de saúde vigente, pois na teoria a APS poderia resolver a maior parte dos problemas de saúde da po-

pulação, mas na prática, os hospitais estão lotados de casos que poderiam ser resolvidos na APS, mas não são. Os recursos em saúde são os mesmos e parece inviável reduzir investimentos em MAC, quando já se enfrentam tantas dificuldades nessa área, no entanto, se não ocorrerem maiores investimentos na APS, a mesma nunca será resolutiva para assumir um importante papel na rede de saúde.

Em relação à RAS de Esteio que conta com serviços que abrangem os três níveis de atenção para o atendimento materno-infantil, mas além dos serviços é preciso considerar outros fatores como acesso da população à educação, cultura, emprego e renda, para se fazer uma análise da realidade local.

Os profissionais da saúde relacionarem a causa da sífilis em gestante e congênita, ora ao sistema de saúde, ora ao usuário, mas não fazem a relação com a incapacidade do sistema em articular políticas públicas que possam dar conta das dificuldades vivenciadas por um segmento da população em situação de vulnerabilidade e fragilidade social. Mesmo quando a questão social aparece, pouco se relaciona a aspectos importantes da dimensão social, como por exemplo, as ferramentas que esses indivíduos dispõem para enfrentar o problema, ficando as falas muito restritas ao âmbito do indivíduo, do pessoal. Para Barata (2009), uma perspectiva liberal da compreensão do processo saúde-doença, onde se acredita que é o estilo de vida dos indivíduos é o principal responsável pelas desigualdades sociais, esvazia o conteúdo social do processo, esta perspectiva acaba por atribuir as preferências individuais à causa do adoecimento.

Pensar em quais motivos da rede em não conseguir vincular os usuários? Se os mecanismos de acompanhamento das gestan-

tes são falhos? Ou ainda, se a capacitação técnica para esse tipo de acompanhamento esbarra em preconceito, valores não percebidos ou entendidos? Pela identificação dos serviços da RAS não foi possível esclarecer as questões, mas alguns indícios surgem nas perspectivas dos entrevistados.

As entrevistas não trazem espontaneamente nas falas uma referência à necessidade de educação permanente dos quadros técnicos (dimensão técnica) e de educação social para as populações em maior vulnerabilidade (dimensão política). Também não são citadas questões relacionadas à falta de autonomia e cuidado de si (dimensão individual), além da ausência da perspectiva de atuação mais integral (dimensão pedagógica). Demonstrando que a educação não faz parte do cotidiano dos profissionais da saúde, ou não tem uma importância significativa nas práticas cotidianas. Neste sentido Gazzinelli et al. (2005), dizem que nas últimas décadas houve um desenvolvimento e uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas no campo da Educação em Saúde, entretanto, essas reflexões não vêm sendo traduzidas em intervenções educativas concretas.

A importância da educação surge nos discursos apenas quando se pergunta: “A educação em saúde pode ser a solução?”, emergindo assim à potencialidade dos profissionais da saúde como agentes de educação, que reconhecem a educação em saúde como uma estratégia central, dentro da construção de uma proposta de política pública de saúde, porém fica evidente que são inevitáveis a revisão e o questionamento das práticas operacionais.

A política pública de saúde, os serviços de saúde e a comunidade, tem a possibilidade de construção coletiva de um processo educativo, que possa promover e sustentar

um modelo diferenciado (interdisciplinar) de atuação a partir dos profissionais da saúde. Neste sentido Moutinho et al. (2014), referem que a educação em saúde precisa ser pautada nas necessidades das pessoas, nas experiências e na realidade concreta com as múltiplidades culturais ligadas ao processo de saúde-doença e da própria vida, facilitando o aprendizado significativo e tornando as programações mais atraentes e efetivas.

Os profissionais trazem as dificuldades em abordar temas que envolvem a sexualidade, pois mexe com tabus, questões pessoais e íntimas dos profissionais, ou seja, é preciso enfrentar os próprios preconceitos. Os profissionais não se sentem preparados pela formação acadêmica e tem poucos espaços de educação permanente dos quais participam. Quando se pensa em incluir a temática IST no cotidiano das escolas, as dificuldades são ainda maiores, pois necessita de uma articulação com a educação, onde os professores também não estão preparados para abordarem esses temas, reduzindo as possibilidades de trabalhar com os adolescentes aspectos importantes de autonomia e autocuidado. Para Vieira, Matsukura e Vieira (2017), as políticas públicas devem balizar e dar subsídios às práticas, embora a pouca utilização e/ou desconhecimento ainda resulte em ações marcadas por valores pessoais, muitas vezes moralizantes, por parte daqueles que executam a educação sexual.

Neste sentido, evidencia-se a complexidade relacionada ao cuidado em saúde no caso de uma IST, como a sífilis. Aparatos tecnológicos e protocolos foram citados como importantes, mas não bastam, há necessidade de investimentos em políticas sociais e de saúde, equipes preparadas não apenas para o diagnóstico e tratamento da infecção, mas preparados para lidarem com

questões relacionadas à sexualidade e às diferenças culturais das pessoas.

Quando se fala em autonomia e cuidado de si, observa-se uma superficialidade nos discursos, relacionando a não adesão ao cuidado como desinteresse ou a questões culturais dos indivíduos. Para Bertolozzi et al. (2009), é necessário que sejam supridas as necessidades fundamentais para o desenvolvimento da vida, para ser possível a adesão da pessoa ao cuidado em saúde. Neste sentido, emerge a necessidade de articular com outras políticas, movimentos sociais e outros parceiros que possam contribuir no fomento de ações que promovam melhores condições de moradia, alimentação, escolaridade, renda, emprego, entre outros para a população, fatores que influenciam no processo saúde-doença.

Uma potencialidade que emerge é a importância do trabalho multiprofissional, os profissionais valorizam o conhecimento e o papel dos outros membros da equipe, sendo uma grande potencialidade da rede, que precisa ser explorada e estimulada, com a mudança nas práticas educativas que integrem, buscando a integração de todos os atores.

Os trabalhadores da RAS colaboram com a gestão local, na busca de soluções novas para a construção de uma posição/conhecimento em saúde relacionado ao cuidado às IST, ao levarem em consideração as demandas sociais de cada comunidade, mantendo permanente atenção à luta contra a exclusão social, o que torna os trabalhadores da RAS fundamentais para a educação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação tem uma função estratégica dentro da política pública de saúde, apesar de ser imprescindível a modificação nas prá-

ticas operacionais, os profissionais têm uma atuação pedagógica com a população, principalmente as em maior vulnerabilidade, podendo auxiliar os indivíduos nos processos individuais, para que eles tenham condições de buscar maior autonomia e responsabilidade pelo cuidado. Fortalecer estratégias conjuntas para a construção de propostas que promovam a educação em saúde nas escolas, estimulando a discussão e a reflexão sobre as vulnerabilidades individuais e sociais dos adolescentes, sexualidade, questões de gênero e informações sobre a transmissão e prevenção das IST.

Não basta apenas conhecer o agente etiológico da doença e como esse age, é preciso compreender que uma IST está relacionada a questões sociais e individuais, envolvendo preconceito e julgamento de valores. Não pode se deixar de considerar que além da rede de saúde é preciso considerar fatores sociais, individuais e políticos como por exemplo: acesso da população à educação, cultura, emprego e renda para se fazer uma análise da realidade local, estas questões podem ser aprofundadas com outros estudos futuros.

REFERÊNCIAS

BARATA, R. B.; **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 120 p.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2009, v. 43, p. 1326-1330. Número Especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Consulta de pagamento detalhada**. Brasília, DF, [2016a]. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/consulta/detalhada/detalheAcao.jsf>>. Acesso em: 09 de ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF, [2016b]. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>>. Acesso em: 11 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde. **Indicadores e dados básicos da sífilis em municípios brasileiros**. Brasília, DF, 2016. Dados preliminares de 30 de junho de 2016. Disponível em: <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF, 2015. p. 119.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. Sífilis. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 48. n. 36, 2017.

CAPUCCI, P. Financiamento para atenção básica à saúde no Brasil: avanços e desafios. **JMPHC: Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 127-128, 2014.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, p. 131-139, jan.-fev. 2013. Número Especial.

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

ESTEIO. Prefeitura Municipal. Hospital São Camilo. Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio. **Serviço de pré-natal de alto risco do São Camilo completa um ano**. Esteio, 2016b.

Disponível em: <https://www.esteio.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8882:servico-de-pre-natal-de-alto-risco-do-sao-camilo-completa-um-ano>. Acesso em: 17 out. 2016.

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

GAZZINELLI, M.F. et al; Conhecimento, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan./fev. 2005.

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

MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 4, n. 1, jan./jun. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p.

MENDES, E. V. O papel da atenção primária à saúde (APS) na operacionalização das redes de atenção à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015, p. 22-55.

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

MOUTINHO, C. B. et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 253-272, maio/ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Geneva: OMS, 2008, 38 p.

PESCUMA JÚNIOR, A. P.; MENDES A. O Fundo Nacional de Saúde e a prioridade da média e alta complexidade. **Argumentum**, Vitória, v. 7, n. 2, p. 161-177, jul./dez. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação

Estadual de DST/Aids do Rio Grande do Sul. **Informe Epidemiológico Sífilis**, 2016a, Edição Especial, out. 2016.

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

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Relatório de pagamentos**. Porto Alegre, 2016b. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/relatorio-de-pagamentos>>. Acesso em: 20 set. 2016.

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

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

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

VIEIRA, P. M.; MATSUKURA T. S.; VEIRA C. M. **Políticas públicas e educação sexual: percepções de profissionais da saúde e da educação**. R. Inter. Interdisc. INTERthesis, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 69-87, set.-dez. 2017.

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