

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813v3.2017n1p40-49>

Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti-HIV nas unidades de atenção básica do Brasil, no ano de 2012

Availability of rapid tests for syphilis and HIV at primary health care units of Brasil in 2012

Vanessa Daniele Mizevski

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

E-mail: vanessamizevski@outlook.com

Évelin Maria Brand

Acadêmica da Graduação em Enfermagem da UFRGS.

E-mail: evelinmbrand@gmail.com

Karen da Silva Calvo

Acadêmica da Graduação em Enfermagem da UFRGS.

E-mail: karencalvo05@gmail.com

Franciele Moletta Bellini

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

E-mail: fmoletta@gmail.com

Resumo

Objetivo: verificar e comparar a disponibilidade dos testes rápidos, nas cinco regiões do Brasil. Método: trata-se de um estudo epidemiológico ecológico, que analisou dados secundários provenientes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, coletados no ano de 2012. Resultados: em 96,6% e 86% dos estabelecimentos, respectivamente, o teste para sífilis e anti-HIV não estavam disponíveis. Teste para sífilis sempre disponível foi encontrado com maior

Valmir Soares Machado

Especialista em Acupuntura. Graduado em Enfermagem pela ULBRA/Torres. Professor do Curso de Enfermagem da ULBRA/Torres.

E-mail: wal.machado@gmail.com

Erica Rosalba Malmann Duarte

Doutora em Engenharia de Produção pela UFRGS. Professora do Curso de Enfermagem e da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

E-mail: ermduarte@gmail.com

Luciana Barcellos Teixeira

Doutora em Epidemiologia pela UFRGS. Professora do curso de Graduação e Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

E-mail: Luciana.bteixeira@gmail.com

frequência na região centro-oeste (6,1%; $p < 0,01$) e teste anti-HIV na região sudeste (30,5%; $p < 0,01$). Conclusões: foram evidenciadas desigualdades regionais na disponibilidade dos testes rápidos na atenção básica no Brasil. Considerando os elevados índices de sífilis e Aids no país, acredita-se que a disponibilidade dos testes rápidos constitui-se como uma relevante estratégia de enfrentamento. Portanto, frente às recentes recomendações das políticas públicas que incentivam a testagem na atenção básica, tornam-se necessárias ações de saúde para garantir que os testes rápidos estejam sempre

disponíveis.

Palavras-chave: Testes sorológicos; HIV; Sífilis; Saúde pública; Atenção primária a saúde.

Abstract

Objective: To check and compare the availability of rapid tests for syphilis and HIV in the five regions of Brazil. **Method:** This is an ecological epidemiological study, which analyzed secondary data from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) - 2012. **Results:** Syphilis and HIV tests were not available in respectively 96.6% and 86% of the facilities. Syphilis tests were found more frequently in the Central-West Region (6.1%, $p < 0.01$) and HIV tests in the Southeast Region (30.5%; $p < 0.01$). **Conclusions:** Regional inequalities were evidenced in the availability of rapid tests in primary health care in Brazil. Given the high levels of syphilis and AIDS in Brazil, the availability of rapid tests constitutes a relevant coping strategy. Therefore, in the face of recent public policy recommendations that encourage testing in primary care, health actions are needed to ensure that rapid tests are always available.

Key-Words: Serologic tests; HIV; Syphilis; Public health; Primary health care.

Introdução

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) e a sífilis são duas doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), altamente incidentes, cujos tratamentos estão disponíveis gratuitamente no sistema público de saúde brasileiro. Para estas doenças, há políticas que prevêm a oferta e disponibilidade de testes rápidos (TR) na atenção básica (AB), pois muitas pessoas ainda desconhecem sua condição sorológica, o que as impedem de realizar tratamento oportuno, podendo aumentar a cadeia de transmissibilidade.¹

Atenção especial tem sido dada ao HIV (vírus da imunodeficiência humana), pois desde o início

da epidemia, o Brasil tem 656.701 mil casos notificados de Aids,² e uma estimativa de que cerca de 150 mil indivíduos desconheçam sua condição sorológica, por nunca terem realizado um teste anti-HIV.³ O curso da doença segue a mesma lógica mundial: muitos casos no início da epidemia e declínio nos anos atuais. O Rio Grande do Sul se mantém no topo da lista em número de casos novos, tendo Porto Alegre, como a capital brasileira com maior incidência e prevalência de casos de Aids, apresentando 93,7 casos para cada 100.00 habitantes em 2012.⁴

Em relação à sífilis, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no Brasil ocorram anualmente 937 mil casos novos a cada ano, dados não compatíveis com o sistema oficial de notificação do país, que registra os casos desde 1986. Essa divergência aponta para a possibilidade de subdiagnóstico e subnotificação.^{3,5,6}

Ambos os agravos acometem um expressivo número de mulheres em idade reprodutiva. Por isso, atenção especial deve ser dada à saúde da mulher, no que concerne às orientações para realização de TR, evitando, especialmente, a transmissão vertical.^{7,8} Em relação ao HIV, o diagnóstico possibilita o uso de medicamentos antirretrovirais durante o período de gravidez e no trabalho de parto, reduzindo a chance de transmissão vertical para menos de 1%.^{2,3} Estimativas da OMS revelaram uma taxa de transmissão vertical de sífilis de 25% no Brasil em 2004, acometendo aproximadamente 49 mil gestantes e 12 mil nascidos vivos. É relevante ressaltar que a sífilis congênita pode acarretar abortamento, óbito fetal e morte neonatal. Com a realização do diagnóstico da sífilis e o tratamento adequado da gestante e do parceiro, durante o pré-natal, é possível reduzir a incidência de sífilis congênita para até 0,5 casos por mil nascidos vivos.^{3,5}

Tendo em vista a magnitude e a transcendência das doenças apresentadas, como estratégia de enfrentamento para essas DSTs, no ano de 2011 começou a ser implantado nos

estabelecimentos de saúde do Brasil o TR para sífilis e anti-HIV. O objetivo é possibilitar o diagnóstico precoce e oportunizar acompanhamento e tratamento adequado. Conforme a Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011, o TR para sífilis é utilizado em situações especiais e como triagem.⁹ No caso do TR anti-HIV, esta é uma ferramenta que substitui a testagem laboratorial para confirmação da infecção pelo HIV, normatizada pela Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009. Os TR são testes qualitativos, de alta especificidade e sensibilidade para a detecção de anticorpos específicos para o HIV, e podem ser realizados com amostras de soro, plasma e sangue total, num prazo de até 30 minutos.¹⁰ O TR possui muitas vantagens, dentre elas o rápido diagnóstico. Nos testes laboratoriais convencionais, a necessidade de retornar ao serviço para a retirada do resultado, se constituía como uma importante barreira para o acesso aos serviços de saúde, o que não acontece nos testes rápidos. O TR permite atendimento imediato ao usuário, e a execução do teste dispensa necessidade de equipamentos sofisticados e o aconselhamento ocorre no mesmo momento de realização do teste. Outra vantagem é a disponibilidade nas consultas de pré-natal na AB, facilitando a execução do protocolo de exames da primeira consulta, a fim de evitar, especialmente, a transmissão vertical do HIV.¹⁰⁻¹²

Apesar das vantagens citadas e de se tratar de uma iniciativa relevante, existem barreiras para a sua implementação, relacionadas à infraestrutura, logística ou treinamento de profissionais, ou até mesmo desconhecimento da população. Esta iniciativa nova exige o cumprimento de um protocolo específico e, além disso, os profissionais de saúde precisam estar capacitados para a execução do TR. Nesse contexto de implementação, este estudo teve como objetivo verificar e comparar a disponibilidade dos testes rápidos nos estabelecimentos de saúde da AB das cinco regiões do Brasil, no ano de 2012.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional de cunho ecológico que analisou dados secundários provenientes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do ano de 2012. Inclui o desenvolvimento de metodologia de análise, possível de utilização para estudos posteriores de acompanhamento da implementação da política nacional.

Na epidemiologia, nos estudos observacionais a alocação de uma determinada exposição está fora do controle do pesquisador, pois ele observa, mas não interfere no problema. Os estudos ecológicos também são chamados de estudos agregados.¹³ Em um estudo ecológico, a unidade de análise são grupos de pessoas ou dados, e não há avaliação isolada do indivíduo ou dado. Esses estudos são úteis para comparações entre populações em diferentes lugares no mesmo período de tempo ou, ainda, para avaliação de implementação de políticas em diferentes localidades.¹⁴ Neste sentido, novos estudos com dados dos próximos ciclos de avaliação externa do PMAQ, cujas questões vêm tendo mudanças de formulação com o amadurecimento do processo, permitirão novas análises de acompanhamento da implantação do TR na atenção básica.

A base de dados do PMAQ-AB, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, foi utilizada como fonte de dados sobre a disponibilidade de TR para sífilis e anti-HIV realizadas em todo país. Os códigos para identificação dos estados e municípios foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os códigos dos estabelecimentos de saúde foram pesquisados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo selecionados a partir desses códigos os estabelecimentos de saúde que participaram desta pesquisa.

A partir do software *Statistical Package for the Social Sciences*[®], selecionou-se o módulo de perguntas referente à disponibilidade de TR do banco de dados do PMAQ-AB, 2012. Após, os

estabelecimentos de saúde participantes do PMAQ-AB foram agrupados nas regiões do Brasil, separados por tipo de TR e descritos disponível, às vezes disponível ou nunca disponível”.

Para análise de dados foi utilizada a estatística descritiva e analítica. Os dados foram apresentados em números absolutos e percentuais. Comparações entre regiões do Brasil foram conduzidas utilizando-se o teste de homogeneidade de proporções, baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson. Foi considerado o nível de significância de 5%.

Em relação às fontes de informação, no presente estudo, os autores trabalharam com bases de dados secundárias de domínio público (IBGE e CNES), e com as bases de dados do PMAQ-AB. O acesso ao PMAQ-AB foi possível porque este estudo faz parte de uma pesquisa de maior amplitude que avalia os dados do PMAQ-AB, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o N^o de aprovação 21.904 em 13 de março de 2012.

Resultados

TABELA 1 – Caracterização disponibilidade do TR para sífilis e anti-HIV no Brasil segundo dados obtidos durante adesão ao PMAQ-AB por estabelecimentos de saúde, de forma espontânea, no ano de 2012.

Disponibilidade do TR no estabelecimento de saúde	sífilis	anti- HIV
	n(%)*	n(%)*
Sempre disponível	1.019(2,6%)	4.963(12,8%)
Às vezes disponível	296 (0,8%)	489 (1,3%)
Nunca disponível	37.492 (96,6%)	33.355(86%)
N^o de estabelecimentos que aderiram ao PMAQ	38.807(100%)	38.807(100%)

Fonte: dados provenientes do PMAQ-AB, 2012.

*Dados expressos em números absolutos e percentuais.

através das variáveis sobre disponibilidade, cujas possibilidades de resposta eram: “sempre

Nos dados da avaliação externa do PMAQ-AB coletados em 2012, 38.811 estabelecimentos de saúde no Brasil aderiram ao programa. Destes, cinco estabelecimentos não responderam às questões sobre disponibilidade de TR para sífilis e anti-HIV (dados não apresentados em tabela).

A Tabela 1 mostra que do total de estabelecimentos que responderam à questão sobre TR para sífilis, 1.019 (2,6%) disseram sempre ter disponível, 296 (0,8%) responderam ter o teste disponível às vezes e 37.492 (96,6%) responderam nunca ter o teste disponível. Em relação à disponibilidade do TR anti-HIV, 4.963 (12,8%) disseram sempre ter disponível, 489 (1,3%) responderam ter o teste disponível às vezes e 33.355 (86%) responderam nunca ter o teste disponível.

Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti-HIV nas unidades de atenção básica do Brasil

O total de estabelecimentos de saúde avaliados no PMAQ-2012 em cada região no país foram: 6.279 na Região Sul (16,2%); 11.943 na Região Sudeste (30,8%); 2.706 na Região Centro-Oeste (7%); 3.210 na Região Norte (8,5%) e 14.674 na Região Nordeste (37,8%).

A Tabela 2 caracteriza a disponibilidade do TR para sífilis segundo as cinco regiões do país. Na Região Sul, do total de 6.279 estabelecimentos que responderam à questão, em 117 (1,9%) o TR para sífilis sempre estava disponível, em 21 (0,3%) o teste estava disponível parcialmente e em 6141 (97,8%) nunca disponível. Na Região Sudeste, do total de 11940 estabelecimentos, em 251 (2,1%) o teste sempre estava disponível, em 79 (0,7%) estabelecimentos o teste estava parcialmente disponível e em teste sempre disponível é mais comum nas regiões centro-oeste e norte ($p < 0,01$).

11.610 estabelecimentos de saúde (97,2%) o teste nunca estava disponível. Na Região Centro-Oeste, do total de 2.706 estabelecimentos de saúde, o teste encontrava-se sempre disponível em 184 estabelecimentos (6,8%), parcialmente disponível em 36 (1,3%) e nunca disponível em 2.486 (91,9%). Na Região Norte, das 3.210 unidades de saúde, 992 estava com o teste sempre disponível (2,6%), 292 às vezes disponível (0,8%) e 2.962 nunca disponível (96,6%). Na Região Nordeste, das 14.293 unidades avaliadas, 288 estava com o teste sempre disponível (2%), 90 às vezes disponível (0,6%), e 14.292 nunca disponível (97,4%). Através das comparações em termos de proporções entre as regiões, verificou-se que

TABELA 2 – Caracterização disponibilidade do TR para sífilis nas cinco Regiões do Brasil segundo dados obtidos durante adesão ao PMAQ-AB por estabelecimentos de saúde de forma espontânea, no ano de 2012.

Disponibilidade do TR para sífilis	Região Sul n (%)*	Região Sudeste n (%)*	Região Centro-oeste n (%)*	Região Norte n (%)*	Região Nordeste n (%)*	p
Sempre disponível	117 (1,9%)	251 (2,1%)	184 (6,8%)	178 (5,5%)	282 (2%)	<0,01**
Às vezes disponível	21 (0,3%)	79 (0,7%)	36 (1,3%)	70 (2,2%)	90 (0,6%)	
Nunca disponível	6.141 (97,8%)	11.610 (97,2%)	2.486 (91,9%)	2.962 (92,3%)	14.293 (97,4%)	
Total	6.279 (100%)	11.940 (100%)	2.706 (100%)	3.210 (100%)	14.672 (100%)	

Fonte: dados provenientes do PMAQ-AB, 2012.

*Dados expressos em números absolutos e percentuais.

**Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 3 caracteriza a disponibilidade do TR anti-HIV nas cinco Regiões do Brasil. Na Região

Sul, do total de 6.279 estabelecimentos que responderam à questão, 531 (8,5%) unidades

Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti-HIV nas unidades de atenção básica do Brasil

afirmaram ter o teste sempre disponível, 54 (0,9%) às vezes disponível e 5.694 (90,7%) nunca disponível. Na Região Sudeste, do total de 11.940 estabelecimentos, 3.638 (30,5%) afirmaram ter o teste sempre disponível, 276 (2,3%) às vezes disponível e 8.026 (67,2%) nunca disponível. Na Região Centro-Oeste, o teste estava sempre disponível em 168 unidades (6,2%), às vezes disponível em 11 (0,4%) unidades e nunca disponível em 2.527 estabelecimentos (93,4%), somando o total de

2.706 estabelecimentos avaliados. Na Região Norte, as observações dos testes, quanto à disponibilidade sempre, às vezes e nunca foram, respectivamente, de 174 (5,4%), 44 (1,4%) e 2.992 (93,2%) unidades, somando 3.210 estabelecimentos avaliados. Na Região Nordeste, do total de 14.672 unidades avaliadas, as disponibilidades sempre, às vezes e nunca, foi, respectivamente de 452 (3,1%), 104 (0,7%) e 14.116 (96,2%).

TABELA 3 – Caracterização disponibilidade do TR anti-HIV nas cinco Regiões do Brasil segundo dados obtidos durante adesão ao PMAQ-AB por estabelecimentos de saúde de forma espontânea, no ano de 2012.

Disponibilidade do TR anti-HIV	Região Sul n(%)*	Região Sudeste n(%)*	Região Centro-oeste n(%)*	Região Nordeste n(%)*	Região Norte n(%)*	p
Sempre disponível	531 (8,5%)	3638 (30,5%)	168 (6,2%)	174 (5,4%)	452 (3,1%)	<0,01**
Às vezes disponível	54 (0,9%)	276 (2,3%)	11 (0,4%)	44 (1,4%)	104 (0,7%)	
Nunca disponível	5.694 (90,7%)	8026 (67,2%)	2.527 (93,4%)	2.992 (93,2%)	14.116 (96,2%)	
Total	6.279 (100%)	11.940 (100%)	2.706 (100%)	3.210 (100%)	14.672 (100%)	

Fonte: dados provenientes do PMAQ-AB, 2012.

*Dados expressos em números absolutos e percentuais.

**Teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 4 caracteriza a disponibilidade do TR para sífilis e anti-HIV segundo os estabelecimentos de saúde do Rio Grande do Sul. Do total de 1.572 estabelecimentos participante do PMAQ no estado, TR para sífilis estava sempre e nunca disponível,

respectivamente em 47 (3%) e 1.523 (96,9%) dos estabelecimentos. Quanto à disponibilidade do teste anti-HIV, estar sempre e nunca disponível foi encontrado, respectivamente, em 259 (16,5%) e 1.297 (82,5%) unidades.

TABELA 4 – Caracterização disponibilidade do TR para sífilis e anti-HIV no Rio Grande do Sul segundo dados obtidos durante adesão ao PMAQ-AB por estabelecimentos de saúde de forma espontânea, no ano de 2012.

Disponibilidade do TR	sífilis	anti-HIV
	n(%)*	n(%)*
Sempre disponível	47 (3%)	259 (16,5%)
Às vezes disponível	2 (0,1%)	16 (1,0%)
Nunca disponível	1.523 (96,9%)	1.297 (82,5%)
Total	1.572 (100%)	1.572 (100%)

Fonte: dados provenientes do PMAQ-AB, 2012.

*Dados expressos em números absolutos e percentuais.

A Tabela 5 caracteriza a disponibilidade do TR para sífilis e anti-HIV segundo os estabelecimentos de Saúde de Porto Alegre aderentes ao PMAQ – 2012. Observa-se que teste para sífilis sempre e nunca disponível foi encontrado, respectivamente em 46 (22,3%) e

159 (77,2%) unidades, enquanto que o teste anti-HIV sempre e nunca disponível foi observado, respectivamente, em 74 (35,9%) e 126 (61,2%) das unidades avaliadas.

TABELA 5 – Caracterização disponibilidade do TR para sífilis e anti-HIV em Porto Alegre segundo dados obtidos durante adesão ao PMAQ-AB por estabelecimentos de saúde de forma espontânea, no ano de 2012.

Disponibilidade do TR	sífilis	anti-HIV
	n(%)*	n(%)*
Sempre disponível	46 (22,3%)	74 (35,9%)
Às vezes disponível	1 (0,5%)	6 (2,9%)
Nunca disponível	159 (77,2%)	126 (61,2%)
Total	206 (100%)	206 (100%)

Fonte: dados provenientes do PMAQ-AB, 2012.

*Dados expressos em números absolutos e percentuais

Discussão

Desde o surgimento da Aids, mais de 35 milhões de pessoas morreram em virtude da doença. A

epidemia exigiu novas tecnologias e planejamento em saúde^{15,16}. Embora a cura da doença ainda não seja conhecida, com o desenvolvimento de novas medicações, a

expectativa e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids tem melhorado muito

nos últimos anos. A Aids continua sendo uma preocupação em saúde pública, pois embora o número de infectados tenha diminuído quando comparado com o início da epidemia, a cada ano surgem mais casos novos. O aumento das notificações de casos de sífilis, especialmente de sífilis congênita, demonstra que se trata de um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, tendo em vista que é totalmente prevenível.⁵

Os TR implantados no Brasil em 2011 são de suma importância para o enfrentamento do HIV/Aids e sífilis no país. Conhecer a condição sorológica possibilita ao indivíduo mudança de comportamento. Além disso, no caso de diagnóstico positivo e adesão ao tratamento, há possibilidade de melhorias na qualidade de vida e, no caso da sífilis, existe cura. Faz-se necessário nos estabelecimentos de AB, a presença de profissionais de saúde com treinamento adequado para realização de TR e habilidade de escuta sensível e acolhedora para a condução do aconselhamento, especialmente nos casos de sorologia positiva para o HIV ¹⁵. Entretanto, para a realização de uma ação de saúde como esta, o planejamento e a disponibilidade de insumos e equipes profissionais devem ser adequados.^{16,17}

Os dados encontrados neste trabalho mostram a carência de disponibilidade dos TR em todo Brasil. Embora os TR tenham sido implantados em 2011, e a avaliação do PMAQ que gerou os dados tenha ocorrido em 2012, um ano após a implantação das estratégias de testagem, 96,6% e 86% dos estabelecimentos de saúde de AB, respectivamente, responderam nunca ter TR para sífilis e anti-HIV disponíveis. Ao comparar os dados pelas cinco regiões do país, desigualdades de disponibilidade também foram observadas. A Região Centro-Oeste foi a que apresentou maior percentual de TR para a sífilis sempre disponível (6,8%), seguida da Região Norte (5,5%). Em relação ao TR anti-HIV,

estar sempre disponível foi mais frequentemente encontrado nas regiões Sudeste (30,5%) e Sul (8,5%).

Este trabalho apresenta algumas limitações. A avaliação do PMAQ-AB aconteceu no ano seguinte à implantação de TR nas unidades de saúde, e as mesmas ainda estavam em processo de adequação. Além disso, a adesão ao PMAQ-AB em 2012 não era obrigatória, portanto, este estudo não trabalha com a totalidade de estabelecimentos de saúde que realizam atenção primária no país. Ademais, não foi considerado o peso do percentual de unidades avaliadas em cada região sobre o total de unidades existentes. Trata-se de um estudo com uma base de dados secundária, oriunda do PMAQ, com uma amostra de conveniência, pois a adesão ao PMAQ não era obrigatória. Ainda assim, ressalta-se que o presente estudo trabalhou com dados de mais de 38 mil estabelecimentos de saúde, distribuídos nas cinco regiões, o que se traduz em um diagnóstico próximo da realidade da situação sobre a disponibilidade dos TR para sífilis e anti-HIV no país. Ao considerarmos, que quando a adesão a um sistema de avaliação é voluntária, os estabelecimentos de saúde com melhores atributos podem ser aqueles mais disponíveis à avaliação, pode-se ainda levantar a hipótese de que o estudo poderia estar superestimando os percentuais de disponibilidade aferidos em cada região do país.

Na região Sul, no ano de 2013, houve cerca de 720 notificações de casos de sífilis congênita, o que pode indicar dificuldades de acesso a TR e tratamento. A taxa de detecção da Aids foi de 30,9 para cada 100.000 habitantes.² Em contrapartida, TR nunca disponíveis para sífilis e anti-HIV foram observados, respectivamente em 96,9% e 81,3% dos estabelecimentos avaliados.

Em Porto Alegre, no ano de 2013 foram registrados 427 casos de sífilis em gestantes e 405 casos de sífilis congênita, embora o número de casos possa ser maior devido a subnotificações.⁶ No entanto, de todas as unidades participantes do PMAQ, apenas 47 (22,8%) possuíam o teste sempre ou às vezes disponível. Já no caso do TR anti-HIV em Porto Alegre, capital brasileira com maior incidência de Aids e que também apresenta elevada prevalência de HIV entre gestantes,¹⁷ o teste encontrava-se sempre ou às vezes disponível em 80 unidades (38,8%), o que demonstra preocupação maior na disponibilidade deste insumo. Ainda assim, consideramos esse percentual baixo, tendo em vista que a AB é a porta de entrada do usuário na rede de atenção a saúde, e, portanto, ter TR disponível na atenção básica, representa cuidado oportuno à saúde frente aos elevados índices das doenças e possibilidade de diagnóstico precoce e tratamento, inclusive para as gestantes.¹⁸

Ao apreciarmos a iniciativa anunciada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS): “Tratamento 2015”, que teve como meta assegurar que qualquer pessoa tenha oportunidade de conhecer sua sorologia, e que nenhuma pessoa elegível tenha o acesso negado ao tratamento, independentemente de sua idade, localização ou status social, financeiro ou legal,^{17,19} acredita-se que este estudo é de extrema relevância para a saúde pública, pois identifica problemas básicos que dificultam o amplo acesso aos TR. Para melhorar a efetividade da testagem rápida, enquanto estratégia de enfrentamento para a sífilis e Aids no país, é necessário um correto

gerenciamento de insumos, já que os mesmos são fundamentais para um atendimento de qualidade.

Recomenda-se a continuidade deste estudo para avaliar a disponibilidade dos insumos nos anos seguintes. Recomenda-se ainda, que novos estudos sejam conduzidos para avaliar outras questões que podem impactar no acesso da população aos TR para sífilis e anti-HIV, como a quantidade de profissionais treinados na AB, e a oferta contínua dos TR durante o horário de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, em conformidade com o que recomenda a política nacional.

Considerações finais

Neste trabalho observou-se carência na disponibilidade dos TR para sífilis e TR anti-HIV em todas as regiões do país, um ano após sua implantação. Considera-se, portanto, este trabalho de extrema relevância para esta e outras políticas públicas, pois ele demonstra que na organização das ações de saúde, as estratégias referentes ao fornecimento de insumos precisam ser planejadas, quando da sua implementação, mesmo no caso do TR para sífilis, cuja utilização ocorre em situações especiais e como triagem. A mobilização de trabalhadores é dispositivo fundamental para a implantação de políticas e estudos de seguimento com dados dos próximos ciclos são importantes para o acompanhamento de eventuais mudanças. Os resultados evidenciaram dificuldades para efetivação da implantação dos TR na AB de forma a atender as necessidades que o cenário epidemiológico aponta no Brasil.

Referências

- ¹Cunha ARC; Mercham-Hamann E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. *Rev Panam Saúde Pública*, Washington, 2015; 38(6): 479-486.
- ²Ministério da Saúde (BR). Aids no Brasil. 2012. [Internet] Brasília: MS; 2012. [citado em 2014 abr 16] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/36364/aids_no_brasil_2012_17137.pdf>.
- ³Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST. Dados e pesquisa. [Internet] Brasília: MS; 2014. [citado em 2015 nov 29] Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pagina/dados-e-pesquisas>>.

- ⁴Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica. Brasília, 2013.
- ⁵Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico - Sífilis. [Internet] Brasília, 2012. [citado em 2014 jun 12]. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/publicacoes/Boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>.
- ⁶Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Sistema de notificação de agravos de notificação SINAN. [Internet] Brasília: MS; 2004. [citado 2014 nov 06]. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinanet/sifigest/bases/sifiligestantebnet.def>>.
- ⁷Teixeira LB et al. Sexual and reproductive health of women living with HIV in Southern Brazil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2013 mar 29(3):609-620.
- ⁸Teixeira LB. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/AIDS no sul do Brasil. 2012. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
- ⁹Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União [Internet] 2012 jan 02; [citado em 2014 nov 14];(1) seção 1, p. 50-52. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/233/portaria_3242_12_pdf_28838.pdf>.
- ¹⁰Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009. Portaria Nº 151, de 14 de Outubro de 2009. Diário Oficial da União, [Internet] 2009 out 16; [citado em 2014 nov 14];(1). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt015110_2009.html.
- ¹¹Ministério da Saúde (BR). Testagem para HIV. [Internet] Brasília: MS. [citado em 2014 jun 11] Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/testagem-para-hiv>>.
- ¹²Ministério da Saúde (BR). Testes rápidos: Considerações gerais para seu uso com ênfase na indicação de terapia antirretroviral em situações de emergência. [Internet] Brasília: MS. [Citado em 2014 jun 15] Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/61testes_rapidos.pdf>.
- ¹³Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Epidemiologia moderna. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 887p.
- ¹⁴Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiologia básica. 2.ed. São Paulo: Santos Editora; 2010. 232 p.
- ¹⁵UNAIDS. AIDS em números. [Internet] [Citado em 2014 abr 30] Disponível em: <[http://www.unaids.org.br/documentos/Aids by the numbersPORT.pdf](http://www.unaids.org.br/documentos/Aids%20by%20the%20numbersPORT.pdf)>.
- ¹⁶UNAIDS. A ONU e a resposta à AIDS no Brasil. [Internet] [Citado em 2014 nov 05] Disponível em: <[http://www.unaids.org.br/documentos/A ONU e a resposta - PORTUGUÊS.pdf](http://www.unaids.org.br/documentos/A%20ONU%20e%20a%20resposta%20-%20PORTUGU%C3%89S.pdf)>.
- ¹⁷Barroso L, et al. Adesão ao tratamento com antirretrovirais entre pacientes com Aids. Online braz j nurs. 2006; 5(2).
- ¹⁸Farias JPQ et al. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]; 2008 fev [citado em]; 3(30):135-141. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032008000300006&script=sci_arttext>.
- ¹⁹Kurcgant P, Ciampone MHT, Melleiro MM. O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. Rev Gauch Enferm. 2006 set;27(3):351-5.