



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA**

**DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O CONTROLE**  
**DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS EM REGIÃO DE SAÚDE**  
**DA BAHIA**

**JEQUIÉ/BA**  
**2024**

**JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA**

**DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O CONTROLE  
DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS EM REGIÃO DE SAÚDE  
DA BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde. Área de Concentração Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Alba Benemérita Alves Vilela.

Coorientador: Prof. Dr. Márcio Pereira Lôbo.

**JEQUIÉ/BA  
2024**

P144d Paiva, Jamille Amorim Carvalho.

Desafios da atenção primária à saúde para o controle da transmissão vertical da sífilis em região de saúde da Bahia / Jamille Amorim Carvalho Paiva.- Jequié, 2024.  
203f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob orientação da Profa. Dra. Alba Benemerita Alves Vilela e coorientação do Prof. Dr. Márcio Pereira Lôbo)

1.Cuidado pré-natal 2.Atenção primária à saúde 3.Acesso aos serviços de saúde 4.Qualidade da assistência à saúde 5.Transmissão vertical de doença infecciosa 6.Sífilis 7.Avaliação em Saúde I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 616.9513

Rafaella Cância Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

**FOLHA DE APROVAÇÃO DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DA TESE DE  
DOUTORADO**

**PAIVA, Jamille Amorim Carvalho.** Desafios da atenção primária à Saúde para o controle da transmissão vertical da sífilis. 2024. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

**BANCA EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente



**ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA**

Data: 20/03/2024 16:37:40-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

**Profa. Dra. Alba Beneméríta Alves Vilela**

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Documento assinado digitalmente



**ADRIANO MAIA DOS SANTOS**

Data: 18/03/2024 16:53:54-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

**Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos**

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFF) ^ ^

Documento assinado digitalmente



**DANIELA ARRUDA SOARES ALVES**

Data: 18/03/2024 21:54:09-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

**Profa. Dra. Daniela Arruda Soares**

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA)

Documento assinado digitalmente



**JULIANA COSTA MACHADO**

Data: 19/03/2024 07:31:32-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

**Profa. Dra. Juliana Costa Machado**

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Documento assinado digitalmente



**NILIA MARIA DE BRITO LIMA PRADO**

Data: 18/03/2024 20:22:15-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

**Profa. Dra. Níliá Maria de Brito Lima Prado**

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA)

Jequié-Bahia, 15 de março de 2024

## DEDICATÓRIA

Ao meu avô, Cláudio Alves de Amorim (*in memoriam*). Na sua simplicidade, sonhava que um dia sua neta seria uma executiva. De certa forma, seu sonho se realiza hoje.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, minha rocha, refúgio e fortaleza.

Aos meus pais, Jane e Weliton.

Ao meu esposo Thiago e meu filho Pedro.

Às minhas irmãs, cunhadas e cunhados, sogra, sogro, sobrinhos e demais familiares.

À minha comunidade de fé: minha Célula e Igreja Batista Memorial do Centenário.

A todos os amigos que dividiram comigo esta caminhada, em especial NRS-Sudoeste, SESAB, Caronas para a Europa, OBRAS, Chegadinhos, UESC, família Lapa Maia, Milena, Family e Arruda.

Aos meus orientadores, Profa. Alba Benemerita e Prof. Márcio Lôbo.

Aos membros das bancas de qualificação e de defesa, Prof. Adriano Maia, Profa. Níliá Prado, Profa. Daniela Arruda, Profa. Juliana Machado.

Aos professores, colegas e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES/UESB.

Aos Secretários de Saúde e Coordenadores de Atenção Básica da Região de Saúde de Vitória da Conquista-BA.

A todas as enfermeiras e mulheres que, generosamente, aceitaram participar desta pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelo apoio financeiro mediante Bolsa de doutorado (Termo de outorga nº BOL 1699/2019).

“De fora podemos avaliar, mas só de dentro  
podemos avaliar e melhorar”

**Palmer (1989)** *apud* Cerqueira *et al.* (2021)

PAIVA, Jamille Amorim Carvalho. **Desafios da Atenção Primária à Saúde para o controle da transmissão vertical da sífilis em Região de Saúde da Bahia.** Tese [Doutorado] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2024.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender os desafios da Atenção Primária à Saúde, no âmbito da gestão, da organização dos serviços e das práticas, para o controle da transmissão vertical da sífilis na Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, com priorização da sífilis congênita como evento-sentinela. Foram selecionados os quatro municípios com o maior número de casos de sífilis congênita registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em 2019, na região, segundo estratos populacionais. Participaram da pesquisa 16 enfermeiras das equipes de referência para os casos de sífilis congênita, além de seis mulheres usuárias do SUS dos municípios selecionados, cujo desfecho gestacional foi registrado como um caso de sífilis congênita, no ano 2019 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e que vivenciaram a assistência pré-natal na Atenção Primária de Saúde (APS). A produção de dados com as enfermeiras ocorreu no período de 22 de julho de 2022 a 26 de julho de 2023, tendo sido realizadas entrevistas semiestruturadas e aplicados *check list* sobre a estrutura e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com foco na assistência pré-natal. Com as mulheres, a produção de dados ocorreu no período de 29 de julho de 2022 a 06 de outubro de 2023 mediante a realização de entrevistas semiestruturadas, visando à construção das suas trajetórias assistenciais. A análise textual das entrevistas com as enfermeiras foi realizada por meio do *software* IRAMUTEQ, com dados processados pelo método de Classificação Hierárquica Descendente. O tratamento do material empírico das mulheres foi orientado pela técnica de Análise de Conteúdo e pela estratégia metodológica da análise de trajetórias. A análise textual e as trajetórias revelaram como resultados elementos favoráveis e entraves ao controle da transmissão vertical da sífilis na APS. Os resultados foram apresentados e discutidos em três artigos, cujos principais resultados evidenciaram a existência de barreiras individuais, entraves organizacionais e logísticos e entraves técnico-operacionais. As barreiras individuais estiveram relacionadas ao não comparecimento dos parceiros das gestantes ao serviço de saúde, à dificuldade de adesão dos mesmos ao tratamento e ao uso do preservativo, e ainda às dificuldades na zona rural para deslocamento até os serviços de saúde. Os entraves organizacionais e logísticos relacionaram-se à existência de microáreas sem Agentes Comunitários de Saúde, número excessivo de clientela adscrita, inadequação da estrutura física e insumos em UBS, choque entre diferentes modelos de atenção da APS, não garantia dos resultados de sorologias em tempo hábil e da administração da penicilina benzatina em todas as UBS, necessidade de consolidação da informatização nas UBS e da educação permanente dos profissionais. Dentre os entraves técnico-operacionais, verificou-se a não garantia da oferta do teste rápido de gravidez e testes rápidos no 1º e 3º trimestres de gestação, necessidade de ampliação das categorias profissionais na testagem rápida e atualização para a abordagem e o tratamento presuntivo dos parceiros. Ademais, verificou-se a necessidade de reforço das atividades educativas e do monitoramento sistemático dos casos. Esforços dos diversos níveis de gestão do SUS necessitam ser empreendidos para qualificação do cuidado e resolubilidade da APS frente a uma doença para qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos relativamente simples e custo-efetivos.

**Descritores:** Cuidado pré-natal; Atenção primária à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Qualidade da assistência à saúde; Transmissão vertical de doença infecciosa; Sífilis; Avaliação em Saúde.

PAIVA, Jamille Amorim Carvalho. **Challenges of Primary Health Care to control the vertical transmission of syphilis in a Health Region in Bahia.** Thesis [Doctorate]. Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié, Bahia, 2024.

### ABSTRACT

This study aimed to understand the challenges of Primary Health Care, in terms of management, organization of services and practices, to control the vertical transmission of syphilis in the Health Region of Vitória da Conquista, Bahia. This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, prioritizing congenital syphilis as a sentinel event. The four municipalities with the highest number of congenital syphilis cases registered in the Notifiable Diseases Information System in 2019 in the region were selected, according to population strata. 16 nurses from the reference teams for cases of congenital syphilis participated in the research, in addition to six women using the SUS from the selected municipalities, whose gestational outcome was registered as a case of congenital syphilis, in 2019 in the Notifiable Diseases Information System, and who experienced prenatal care in Primary Health Care (PHC). Data production with nurses took place from July 22, 2022 to July 26, 2023, with semi-structured interviews carried out and checklists applied on the structure and functioning of Basic Health Units (UBS), focusing on assistance prenatal. With women, data production took place from July 29, 2022 to October 6, 2023 through semi-structured interviews, aiming to construct their care trajectories. The textual analysis of the interviews with the nurses was carried out using the IRAMUTEQ software, with data processed using the Descending Hierarchical Classification method. The treatment of women's empirical material was guided by the Content Analysis technique and the methodological strategy of trajectory analysis. The textual analysis and trajectories revealed favorable elements and obstacles to the control of vertical transmission of syphilis in PHC as results. The results were presented and discussed in three articles, the main results of which highlighted the existence of individual barriers, organizational and logistical obstacles and technical-operational obstacles. Individual barriers were related to the non-attendance of pregnant women's partners to the health service, their difficulty in adhering to treatment and the use of condoms, and also to difficulties in rural areas in traveling to health services. The organizational and logistical obstacles were related to the existence of micro areas without Community Health Agents, excessive number of registered clientele, inadequacy of the physical structure and inputs in UBS, clash between different PHC care models, no guarantee of serology results in time and the administration of benzathine penicillin in all UBS, the need to consolidate computerization in UBS and continuing education for professionals. Among the technical-operational obstacles, there was no guarantee of the provision of rapid pregnancy tests and rapid tests in the 1st and 3rd trimesters of pregnancy, the need to expand the professional categories in rapid testing and update the approach and presumptive treatment of partners. Furthermore, there was a need to reinforce educational activities and systematic monitoring of cases. Efforts from the different levels of management of the SUS need to be undertaken to qualify the care and solvability of PHC in the face of a disease for which there are relatively simple and cost-effective diagnostic and therapeutic resources.

**Descriptors:** Prenatal care; Primary health care; Access to health services; Quality of health care; Vertical transmission of infectious disease; Syphilis; Health Assessment.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Mapa da Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia e respectivos municípios, 2023 ..... 29
- Figura 2** Percurso metodológico para construção das trajetórias assistenciais, Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023 ..... 37

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Matriz para mapeamento da estrutura e organização das ações de pré-natal na Atenção Primária à Saúde de municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023 ..... 36
- Quadro 2.** Matriz para verificação da adequação técnica das ações de controle da transmissão vertical da sífilis na Atenção Primária à Saúde, Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023 ..... 37

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b>	Características dos municípios que integram a Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023 .....	30
<b>Tabela 2.</b>	Número de entrevistas realizadas com enfermeiras, por município e modalidade de APS, Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023...	32
<b>Tabela 3.</b>	Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de 1 ano registrados no SINAN NRS-SO no ano 2019, segundo local de residência, destacartados pelo sistema, incluídos e excluídos para fins da pesquisa, Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023 .....	33
<b>Tabela 4.</b>	Número de entrevistas realizadas com usuárias, por município e modalidade de APS, Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023.....	34

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACE – Agente de Combate às Endemias
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- APS – Atenção Primária à Saúde
- ARV – Antirretroviral
- CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
- CAMAB – Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CHD – Classificação Hierárquica Descendente
- CIB – Comissão Integrestores Bipartite
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- COVID19 – Coronavirus Disease 2019
- CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
- DAB – Diretoria de Atenção Básica
- EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
- eAP – Equipe de Atenção Primária à Saúde
- eSF – Equipe de Saúde da Família
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- FAPESB – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
- HCG – Gonadotrofina Coriônica Humana
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- HTLV – Vírus T-Linfotrópico Humano
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IRAMUTEQ - *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*
- IST – Infecção Sexualmente Transmissível
- LACEN – Laboratório Central
- LMRR – Laboratório Municipal de Referência Regional
- MS – Ministério da Saúde
- NRS-SO – Núcleo Regional de Saúde Sudoeste
- OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PAR-RC – Plano de Ação Regional da Rede Cegonha  
PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas  
PDR – Plano Diretor de Regionalização  
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão  
PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento  
PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil  
PN – Pré-natal  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
SAE – Serviço de Atenção Especializada  
SC – Sífilis Congênita  
SESAB – Secretaria de Estado da Saúde da Bahia  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica  
ST – Segmento de Texto  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TA – Trajetória Assistencial  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TR – Teste Rápido  
TRG – Teste Rápido de Gravidez  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UI – Unidade Internacional  
USF – Unidade de Saúde da Família  
USG – Ultrassonografia  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
VDRL – *Venereal Disease Research Laboratory*  
VIEP – Vigilância Epidemiológica

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>21</b>
3.1	OBJETIVO GERAL .....	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>4</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>22</b>
4.1	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E AS ESTRATÉGIAS NACIONAIS PARA O CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA NA APS .....	22
4.2	USO DE CONDIÇÃO TRAÇADORA OU EVENTO SENTINELA COMO	
4.3	CONTRIBUTO PARA A AVALIAÇÃO DE QUALIDADE NA APS .....	24
	AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS .....	25
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>28</b>
5.1	TIPO DE ESTUDO .....	28
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO .....	29
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	31
5.4	INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS .....	35
5.5	MODELO DE ANÁLISE .....	35
5.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	38
5.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	39
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>40</b>
6.1	ARTIGO 1: Condições de estrutura e acesso ao pré-natal: retrato de uma região de saúde da Bahia .....	41
6.2	ARTIGO 2: Organização das práticas de pré-natal para redução da sífilis congênita em Região de Saúde da Bahia .....	76
6.3	ARTIGO 3: Trajetórias assistenciais de mulheres com desfecho gestacional de sífilis congênita em uma Região de Saúde .....	117
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>155</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>158</b>
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com profissionais da APS .....	165
	APÊNDICE B – Check list sobre estrutura do pré-natal na APS .....	168
	APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com usuárias .....	170
	APÊNDICE D – Carta-convite para usuárias do SUS .....	175
	APÊNDICE E – Carta-convite para profissionais da APS .....	177
	APÊNDICE F – Sínteses narrativas das Trajetórias Assistenciais .....	179
	APÊNDICE G – TCLE - Profissional .....	191
	APÊNDICE H – TCLE - Usuária .....	195
	ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado CEP/UESB .....	199

## 1. INTRODUÇÃO

Considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema mundial, a sífilis atinge cerca de 12 milhões de pessoas a cada ano, embora existam medidas eficazes e de baixo custo para a sua prevenção e tratamento (OMS, 2008). Estimativas globais apontam a ocorrência anual de 1,8 a 2 milhões casos de sífilis em gestantes, grande parte não tratados ou tratados inadequadamente, podendo ocasionar diversos desfechos negativos (Gomez *et al.*, 2013; OMS, 2008).

Com transmissão sexual ou vertical, a sífilis é uma doença infecciosa, de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que tem a capacidade de atravessar a placenta e infectar o feto, caracterizando a sífilis congênita (BRASIL, 2013; Sena *et al.*, 2017). Araújo *et al.* (2012, p.480) destacam que “além dos seus efeitos em termos de mortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer e complicações agudas, a sífilis congênita também é responsável por deformidades, lesões neurológicas e outras sequelas”.

Os recém-nascidos são mais afetados pela sífilis congênita do que por qualquer outra infecção neonatal. Ela perdura nas Américas e na África como uma importante questão de saúde pública e tem apresentado crescente incidência em países como a China, embora as bases para a sua prevenção já esteja estabelecida nas políticas de saúde de vários países do mundo, mediante um conjunto relativamente simples de intervenções (Blencowe *et al.*, 2011; OMS, 2008).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil tem empreendido políticas e programas que visam à eliminação da sífilis congênita no país, impulsionado pela OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), formuladores de propostas de controle do agravo e eliminação da transmissão vertical (Magalhães *et al.*, 2013; OMS, 2008; BRASIL, 2014a; PAHO, 2015).

Em 2010, o Brasil e os demais Estados membros da OPAS se comprometeram com metas e objetivos programáticos a serem perseguidos, visando o alcance da certificação de eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita: redução da taxa de transmissão vertical do HIV para  $\leq 2\%$  e taxa de incidência para até 0,3 casos por mil nascidos vivos; redução da taxa de incidência de sífilis congênita para 0,5 casos por mil nascidos vivos; aumento da cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta)  $\geq 95\%$ ; aumento da cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestantes  $\geq 95\%$ ; aumento da cobertura de tratamento com antirretroviral (ARV) em gestantes HIV+  $\geq 95\%$ ; e aumento da cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis  $\geq 95\%$  (BRASIL, 2014a; PAHO, 2015).

Entretanto, relatório da OPAS que sintetiza os dados alcançados pelos países no ano 2015, revela a influência da alta taxa de sífilis congênita do Brasil no resultado do conjunto dos 37 países e territórios relatores – que apresentaram uma taxa de crescimento de 1,7 casos de sífilis congênita por mil nascidos vivos, visto que, excluindo-se o Brasil da análise, a taxa de sífilis congênita na região das Américas apresenta-se estável desde 2009 (PAHO, 2017).

Estudos nacionais indicam que o número de casos notificados de sífilis na gestação e sífilis congênita em menores de um ano tem aumentado no Brasil a cada ano (Domingues; Leal, 2016; Leal *et al.*, 2018; Cerqueira; Silva; Gama, 2021). Dados do último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde sobre a sífilis (BRASIL, 2023) demonstram um progressivo crescimento da taxa de detecção de sífilis em gestante, que aumentou quase seis vezes no período de 2012 a 2022, passando de 5,7 para 32,4 casos por mil nascidos vivos.

Parte desse incremento pode ser atribuído à melhoria na notificação de casos, mediante a incorporação dos testes rápidos e outras rotinas (Leal *et al.*, 2018). Verifica-se também uma trajetória ascendente da taxa de incidência de sífilis congênita no país, que passou de 4,0 para 10,32 casos por mil nascidos vivos, aumentando quase três vezes no período de 2012 a 2022 (BRASIL, 2023).

O boletim retrata ainda que, no ano de 2022, o Nordeste respondeu por 20,5% dos casos de sífilis em gestante e 27,6% dos casos de sífilis congênita do Brasil, apresentando taxas de 24,0 e de 10,3 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. Dentre os nove estados dessa região, a Bahia apresentou a quinta maior taxa de detecção de sífilis em gestante (24,3 casos por mil nascidos vivos) e a terceira menor taxa de incidência de sífilis congênita (7,2 casos por mil nascidos vivos) (BRASIL, 2023).

Entretanto, ao analisar os 4.231 casos de sífilis em gestantes notificados no estado, em 2022, verifica-se que 8% (339) das mães não realizaram tratamento para sífilis e 43 utilizaram outros esquemas terapêuticos, ou seja, 382 (9%) gestantes não tiveram a oportunidade de evitar a transmissão vertical. Outro dado preocupante é que apenas 29,2% das parcerias sexuais foram tratadas, sendo que é imprescindível o seu tratamento para que a gestante não se reinfecte que seja interrompida a cadeia de transmissão da sífilis (BRASIL, 2023).

Por se tratar de uma doença de fácil prevenção, a ocorrência de sífilis congênita sugere falhas no funcionamento da Atenção Primária à Saúde (APS) e/ou da sua integração com a rede de atenção à saúde (Araújo *et al.*, 2012; Leal *et al.*, 2018), dada a relativa simplicidade do tratamento da sífilis em gestantes e a alta eficácia da prevenção da sua transmissão para o recém-nascido “mediante a administração de penicilina benzatina, o único medicamento capaz de atravessar a barreira placentária e chegar até o feto” (BRASIL, 2015, p.10).

No Brasil, com o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), priorizada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994 para a organização e fortalecimento da APS no país, e com a consequente expansão de ações básicas como o atendimento pré-natal, seria esperado, dentre outros resultados, um melhor controle da transmissão vertical da sífilis (Araújo *et al.* 2012).

Entretanto, em uma análise sobre a incidência da sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis, utilizando dados do estudo *Nascer no Brasil* realizado entre 2011-2012, Domingues e Leal (2016) identificaram que “mais de 90% das mulheres incluídas no estudo receberam assistência pré-natal, evidenciando a baixa qualidade deste cuidado para a identificação e tratamento das gestantes com sífilis” (Domingues; Leal, 2016, p.9-10).

Estudos de Magalhães *et al.* (2013), Araújo *et al.* (2012) e Domingues *et al.* (2013) evidenciaram que a adesão formal dos municípios à ESF não constitui garantia de uma mudança efetiva das práticas desenvolvidas pelas equipes de APS e que a garantia de um número mínimo de consultas de pré-natal pode não ser suficiente para assegurar uma assistência de qualidade, visto que a ocorrência de sífilis congênita está associada ao manejo inadequado dos casos com perda de oportunidade tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento e à ausência de aconselhamento.

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha visando assegurar à mulher uma rede de cuidados – planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011). Estruturada a partir de quatro componentes, no Componente Pré-natal estão previstas a disponibilização de testes para diagnóstico instantâneo da gravidez, visando à captação precoce das gestantes para a assistência pré-natal; a implantação de testes rápidos para diagnóstico da infecção pela sífilis e pelo HIV; a aplicação da penicilina benzatina para gestantes e seus parceiros, em unidades básicas de saúde; e a implantação de comitês de investigação da transmissão vertical da sífilis, HIV e Hepatites B e C (Brasil, 2014a; Domingues; Leal, 2016).

Respondendo ao contexto da política nacional, o Estado da Bahia elaborou e aprovou o Plano Estadual da Rede Cegonha, por meio da Resolução CIB-BA nº 318/2011, com a priorização de quatro regiões segundo indicadores relacionados à mortalidade materna e infantil – Metropolitana, Norte, Centro-norte e Sul, porém com os 417 municípios baianos aderidos ao Componente Pré-natal (BAHIA, 2011).

Situada na Macrorregião Sudoeste do estado, a Região de Saúde de Vitória da Conquista teve o seu Plano de Ação Regional da Rede Cegonha (PAR-RC) aprovado em âmbito regional

(CIR) em 02/04/2014, em âmbito estadual pela Resolução CIB-BA nº 101/2014 e em nível federal pela Portaria GM nº 25 de 05/01/2017 (BAHIA, 2021a).

Dados da Região de Saúde de Vitória da Conquista, que abrange 19 municípios, também demonstram uma grande variação no número de casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no período de 2010 a 2021 (Bahia, 2021b), não obstante à Cobertura Populacional Estimada das Equipes de Saúde da Família (eSF) ter alcançado 100% em dezoito municípios e 48,48% em Vitória da Conquista em 2021 (Bahia, 2021c), bem como à existência de um Serviço de Atendimento Especializado em IST/HIV/AIDS de abrangência regional instalado neste município, que é a sede da Região de Saúde.

Para que todas as gestantes com sífilis sejam adequadamente assistidas pela APS, importantes condições devem ser garantidas: o acesso ao pré-natal deve ser o mais amplo possível; o início do pré-natal não deve ser tardio; a qualidade do pré-natal deve ser assegurada, com a realização de, no mínimo, seis consultas; a garantia do acesso à detecção da sífilis na gestante deve ser a mais precoce possível; o tratamento com penicilina deve ser iniciado sem hesitação por parte da equipe de saúde; o fornecimento da penicilina benzatina às unidades de saúde deve ser garantido e ininterrupto; a adesão dos parceiros das gestantes com sífilis ao tratamento deve ser imediata (BRASIL, 2015).

Assim, evidenciou-se a necessidade de aprofundar a análise sobre a gestão e organização dos serviços e das práticas de pré-natal no âmbito da APS, com vistas ao controle da transmissão vertical da sífilis em uma Região de Saúde baiana, almejando responder à seguinte pergunta de investigação: quais são os principais desafios da Atenção Primária à Saúde para o controle da transmissão vertical da sífilis na Região de Saúde de Vitória da Conquista?

Partiu-se do pressuposto que as equipes de APS de municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista enfrentam entraves organizacionais, logísticos e técnico-operacionais que obstaculizam o controle da transmissão vertical da sífilis, desde dificuldades para captação precoce das gestantes à assistência pré-natal, questões de estrutura física e insumos para garantia da oferta de testagem para HIV e sífilis em gestantes e seus parceiros e na administração da penicilina benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), até dificuldades de médicos e enfermeiros no manejo clínico e aconselhamento nas UBS.

## 2. JUSTIFICATIVA

A sífilis congênita constitui um tradicional evento-sentinelas, já que pode ser evitada mediante o adequado funcionamento dos serviços de saúde (Araújo *et al.*, 2012; Domingues *et al.*, 2013; Rutstein *et al.*, 1976). Sua seleção se mostra apropriada considerando a sua relevância epidemiológica no país e a necessidade de mobilização de gestores, profissionais de saúde e usuários para a implementação de políticas visando à sua eliminação, definida como ocorrência de 0,5 ou menos casos de sífilis congênita para cada mil nascidos vivos (PAHO, 2015).

No âmbito do Estado da Bahia, a Secretaria Estadual de Saúde lançou em 2017 o Plano Estadual da Mãe Saudável, para enfrentamento da transmissão vertical da sífilis, dada a magnitude dos dados da sífilis congênita no seu território. Tendo como objetivo geral reduzir a transmissão vertical da sífilis com o intuito de eliminar a sífilis congênita em todo o Estado, o plano propunha como meta a redução anual de 20% da taxa de incidência da sífilis congênita em menores de um ano, até 2021 (BAHIA, 2017).

Para sua consecução, foram definidos três objetivos específicos: a) OBJETIVO ESPECÍFICO 1: aumentar a cobertura de testagem para a sífilis no pré-natal; b) OBJETIVO ESPECÍFICO 2: aumentar a cobertura de tratamento adequado e oportuno nas gestantes com sífilis e de suas parcerias sexuais; c) OBJETIVO ESPECÍFICO 3: ampliar a cobertura das ações de profilaxia de transmissão vertical da sífilis em gestantes/parturientes e em crianças expostas (BAHIA, 2017).

Quando da proposição da proposta ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES/UESB), em 2019, a doutoranda atuava como Sanitarista, na área técnica de Planejamento do Núcleo Regional de Saúde Sudoeste (NRS-Sudoeste), sendo responsável, dentre outras frentes, pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e as Redes de Atenção à Saúde, espaços que proporcionavam a sua participação nas discussões sobre a Rede Cegonha e da problemática da sífilis congênita.

Em que pese à alta cobertura da ESF verificada na maioria dos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista, o cenário epidemiológico regional suscitava preocupações à instância do NRS. Nesse contexto, a temática da sífilis congênita emergiu como uma oportunidade de aliar objetivos acadêmicos e profissionais, interconectados pela militância na APS e no SUS.

O envolvimento e a mobilização à realização desta pesquisa, se ancora também no fato de ser uma Região de Saúde ainda inexplorada nas publicações veiculadas sobre o agravo. Em consonância com (Galvão, 2018), a realização de pesquisas no contexto das Regiões de Saúde

favorece a compreensão da dinâmica regional na produção de atenção integral em saúde, para além dos contextos municipais isoladamente.

Outrossim, a utilização das trajetórias assistenciais evidencia a ótica do usuário sobre os modos de produção das ações de saúde no cotidiano dos serviços e sua satisfação com a atenção recebida, que figuram como elemento estratégico para a compreensão de problemas e adequação das práticas (Raupp *et al.*, 2015).

Almeja-se que os resultados desse estudo contribuam com os níveis de gestão do SUS para a qualificação do cuidado e resolubilidade da APS, frente a uma doença para qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos relativamente simples e custo-efetivos, desdobrando também para o fortalecimento desse nível de atenção.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Compreender os desafios da Atenção Primária à Saúde, no âmbito da gestão, da organização dos serviços e das práticas, para o controle da transmissão vertical da sífilis na Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Averiguar as condições de estrutura e acesso à assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde de municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia;
- Descrever a organização das práticas profissionais de pré-natal na Atenção Primária à Saúde de municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia.
- Analisar as trajetórias assistenciais de mulheres com desfecho gestacional de sífilis congênita registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em 2019, na Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia.

## 4. REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E AS ESTRATÉGIAS NACIONAIS PARA O CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA NA APS

Ao longo da história do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil tem implementado um conjunto de políticas e programas visando à redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis, sendo signatário de estratégias da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) junto aos países da América Latina e Caribe (BRASIL, 2014b).

Embora se conheça o agente etiológico da sífilis desde 1905 e os efeitos antibacterianos da penicilina em humanos desde 1941, em avaliação realizada pela OPAS no ano de 2014, o Brasil foi classificado no grupo de 26 países que progrediram em relação à meta, porém ainda não eliminaram a transmissão da sífilis da mãe para o filho durante a gestação (Ramos Júnior *et al.*, 2007; PAHO, 2015).

Ramos Júnior *et al.* (2007) ainda ressaltam o caráter persistente da sífilis no Brasil, destacando que, atualmente, a sua transmissão de mãe para filho representa uma maior ameaça à saúde do que a transmissão do HIV. Estudo de Gomez *et al.* (2013) corrobora com essa afirmação ao demonstrar taxas expressivas de perda fetal ou natimorto, morte neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou sífilis congênita como resultados da sífilis gestacional. Em revisão sistemática e meta-análise acerca de resultados adversos da gravidez entre mulheres com sífilis não tratada e mulheres sem sífilis, esses autores concluíram que “a menos que os testes e o tratamento da sífilis na gravidez estejam universalmente disponíveis, mais da metade das gestações em mulheres com sífilis resultará em um resultado adverso” (Gomez *et al.*, 2013, p. 223).

A probabilidade da transmissão vertical da sífilis, especialmente alta nos estágios mais recentes da infecção materna (70 a 100%), aponta para a necessidade de realização do diagnóstico precoce e tratamento adequado de gestantes e parceiros sexuais durante o pré-natal (BRASIL, 2019; Cerqueira; Silva; Gama, 2021).

Nesse contexto, a qualidade da assistência pré-natal vem sendo continuamente destacada pela literatura como o principal elemento para o alcance de melhores desfechos perinatais. Para o seu alcance na realidade brasileira, especialmente em relação à sífilis congênita, urge superar situações como início tardio do pré-natal, número inadequado de consultas, insuficiente cobertura de exames de rastreio, esquema terapêutico inadequado ou incompleto com baixa utilização da penicilina na APS, dificuldade na abordagem dos parceiros

sexuais e insuficiente aconselhamento das gestantes sobre a doença (Cerqueira; Silva; Gama, 2021; Domingues; Leal, 2016; Viellas *et al.*, 2014; Domingues *et al.*, 2013; Ramos Júnior *et al.*, 2007).

Visando à modificação desse cenário, Domingues e Leal (2016) apontam quatro importantes estratégias que vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde brasileiro: fornecimento de testes para diagnóstico instantâneo da gravidez; disponibilização de testes rápidos para diagnóstico da infecção por sífilis e HIV; administração de penicilina benzatina nas unidades de APS e a instituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C.

Por meio da Rede Cegonha, o Teste Rápido de Gravidez foi incluído entre os exames de rotina do pré-natal, com possibilidade de realização nas próprias UBS, visando acelerar o diagnóstico da gravidez e facilitar a captação das gestantes para o início precoce da assistência. Nesse mesmo contexto, os testes rápidos para a triagem da sífilis, foram incorporados nos serviços de APS, mediante acolhimento e aconselhamento das mulheres e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2013). Tratar-se de uma medida custo-efetiva, cujo resultado imediato favorece o acesso ao diagnóstico e tratamento oportuno, eficazes para redução da transmissão vertical da sífilis em até 97% (Domingues; Leal, 2016)

Acerca da penicilina, Blencowe *et al.* (2011, p.11), em importante estudo de revisão sistemática que buscou estimar o efeito da detecção e tratamento da sífilis ativa na gravidez com pelo menos 2,4 milhões de UI de penicilina benzatina (ou equivalente) em natimortos relacionados à sífilis e mortalidade neonatal, relataram evidências de que tal tratamento, quando “administrado em pelo menos 28 dias antes do parto é eficaz no tratamento da sífilis em gestantes para prevenir a sífilis congênita, com maior efeito quando administrado no início da gravidez (antes de 24-28 semanas)”.

A implantação de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C se constitui em estratégia de alta relevância para a consecução da investigação retrospectiva dos casos, identificação dos seus determinantes e proposição de medidas pertinentes para correção de falhas na prevenção, assistência e vigilância. De natureza interinstitucional e multiprofissional, devem ser constituídos nos estados e municípios cuja situação epidemiológica justifique sua composição, tendo como foco: todos os casos de HIV/AIDS em menores de 5 anos; todos os casos de aborto, natimorto, óbito por sífilis e casos de sífilis congênita precoce ( $\leq 2$  anos de idade); todos os casos de hepatite B ou C diagnosticados em crianças com dois anos de idade ou menos (BRASIL, 2014b). Embora esteja formalmente preconizado pelo Ministério da Saúde, Domingues *et al.* (2013) alertam que a

obrigatoriedade da investigação da sífilis congênita, bem como o adequado preenchimento das fichas, ainda figuram como uma urgente recomendação para a vigilância epidemiológica.

#### 4.2 USO DE CONDIÇÃO TRAÇADORA OU EVENTO SENTINELA COMO CONTRIBUTO PARA A AVALIAÇÃO DE QUALIDADE NA APS

Os eventos sentinela são utilizados como importante ferramenta para avaliação dos sistemas e serviços de saúde, pois dizem respeito a “a situações evitáveis e já controladas, cuja ocorrência pode ser interpretada como resultado da falência ou ausência de qualidade de alguma intervenção específica” (Vieira-da-Silva, 2009, p. 230). Tratam-se, portanto, de indicadores negativos, decorrentes de falhas na assistência à saúde, que ocasionaram doenças, invalidez ou morte desnecessárias (Lopes; Vieira-da-Silva; Hartz, 2004; Pereira, 2017).

Em 1976, Rutstein *et al.*, ao descreverem um novo método para mensuração da qualidade da assistência médica, propuseram o conceito de evento-sentinela (*sentinel health events*) para as situações que poderiam ser evitadas mediante o adequado funcionamento dos serviços de saúde. Observaram amplas categorias de doenças, para as quais foi recomendado o estudo intensivo dos casos ocorridos, como meio de revelar características passíveis de mudança.

Em estudo de revisão sobre a mortalidade perinatal, Lansky *et al.* (2002, p.763) retomaram o conceito de evento-sentinela, referindo-o como “uma ocorrência desnecessária ou que se pode prevenir, dada a disponibilidade de tecnologia médica suficiente para evitá-la”. Por sua vez, Hartz *et al.* (1996, p.316) ao estudarem a mortalidade infantil como um evento-sentinela da qualidade da assistência à saúde em dois municípios do Nordeste brasileiro, relembrou a obrigatoriedade da “investigação de cada ocorrência tida como evitável no nível individual ou coletivo, propondo-se as medidas pertinentes”.

A sífilis congênita precoce está prevista desde a primeira lista de eventos-sentinela elaborada por Rutstein *et al.* (1976), tendo sido incluída em 1986, pelo Ministério da Saúde brasileiro, na lista de doenças de notificação compulsória nacional (Domingues *et al.*, 2013). Contudo, a sífilis em gestante e a sífilis adquirida só foram incluídas nos anos 2005 e 2010, respectivamente (BRASIL, 2014a).

#### 4.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS

O clássico conceito de avaliação formulado por Contandriopoulos a considera “um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (Contandriopoulos *et al.*, 1997, p.31). Dialogando com esse conceito, Vieira-da-Silva (2005), propôs a ampliação do escopo da avaliação ao substituir o termo *intervenção* por *práticas sociais*, dentre as quais as práticas de saúde. Para esta autora, a pesquisa avaliativa corresponde a formulação de um juízo de valor sobre as características das práticas sociais, em contexto geral ou particular, a partir de uma pergunta ainda não respondida pela literatura, por meio de metodologias científicas.

Neste contexto, Pinto Júnior *et al.* (2015) destacam que a avaliação vem se constituindo uma área com múltiplos conceitos e metodologias, adaptadas aos diferentes contextos históricos e setores sociais e que, particularmente no Brasil, tem adquirido importância como política na área da saúde por fornecer subsídios à identificação de problemas, à aferição do impacto das ações, além de amparar os processos decisórios e reorientação das práticas. Tais usos encontram especial concordância com o objetivo formativo de uma avaliação, que busca “fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer” (Contandriopoulos *et al.*, 1997, p.34).

Na tentativa de compreender os modos como as doenças são entendidas e vivenciadas pelos indivíduos, muitos estudos do campo da saúde têm escolhido como objeto as narrativas sobre o processo saúde-doença, originárias das áreas da antropologia e sociologia (Mângia; Muramoto, 2008).

Tendo como foco o ponto de vista dos próprios sujeitos que vivenciam a experiência de adoecimento e recuperação da saúde, o termo itinerário terapêutico é utilizado para definir “o caminho percorrido pelo indivíduo na busca de solução para seus problemas de saúde, diante de uma heterogeneidade de recursos” (Ferreira; Espírito Santo, 2012, p.180). Para Cabral *et al.* (2011, p. 4434), os itinerários terapêuticos “referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória”.

Considerando um conjunto de perspectivas teóricas, Ferreira e Espírito Santo (2012) relatam que os percursos de cura são influenciados por diversos e dinâmicos aspectos, desde a disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde até os elementos culturais e simbólicos das comunidades. Os itinerários terapêuticos revelam, portanto, “a busca plural por cuidado”

(Gerhardt; Riquinho, 2015, p.235) e sua composição não se restringe ao caminho trilhado pelas pessoas pelos dispositivos biomédicos, mas também podem evidenciar a utilização de práticas religiosas e de cuidados caseiros (Cabral *et al.*, 2011).

Gerhardt, Rotoli e Riquinho (2008) explicam que os itinerários terapêuticos são mediados por duas dimensões que se inter-relacionam: a dimensão material, relativa à organização dos serviços de saúde, e a dimensão imaterial, que se refere às representações mentais e relações sociais culturalmente construídas. Assim, para diminuir um desconforto, as escolhas terapêuticas – autônomas ou influenciadas, “compreendem desde um descanso, uso de remédio caseiro, procura de um curandeiro local ou serviços de saúde” (Gerhardt; Rotoli; Riquinho, 2008, p. 201).

Quando há ênfase na instância material, com destaque para os itinerários médicos, os estudos são descritos pelas mesmas autoras como trajetórias assistenciais ou terapêuticas, que “correspondem à seqüência de recursos de cuidados com a saúde dentro da rede de serviços de saúde disponíveis, desde o aparecimento de um problema ou doença até sua cura, estabilização ou morte (Gerhardt; Rotoli; Riquinho, 2008, p. 208). Nessa direção, outros estudos se referem às trajetórias assistenciais como um recorte (Silva *et al.*, 2008) e uma delimitação (Pinheiro; Silva Júnior, 2008) do percurso do itinerário terapêutico.

Em uma importante revisão sistemática sobre o tema, Gerhardt, Burille e Müller (2016) identificaram grande diversidade de produções científicas brasileiras. Contudo, verificaram que parte dessa produção, apesar de utilizar o termo itinerário terapêutico, direciona suas análises ao sistema formal de saúde, com ênfase na busca pela assistência, referindo-se, portanto, às trajetórias assistenciais. Assim, consolidam o conceito de Trajetórias Assistenciais para os estudos que têm como foco a “análise das estratégias utilizadas pelos usuários na construção do cuidado, articulando elementos da percepção sobre a doença, da política de saúde e da gestão de serviços” (Gerhardt; Burille; Müller, 2016, p. 51).

Empregados como tecnologia avaliativa centrada no usuário, os itinerários e as trajetórias rompem com a prática de avaliação que privilegia a visão dos próprios serviços de saúde e dos profissionais envolvidos, ao contemplar a escuta atenciosa daqueles que vivenciam a experiência de adoecimento (Bellato; Araújo; Castro, 2008), tendo sido ressaltado por Cabral *et al.* (2011) a versatilidade do seu uso para a qualificação do cuidado.

Dentre diversos potenciais, sua utilização permite a análise das redes de atenção à saúde, da organização e da resolutividade dos serviços, o tensionamento e adequação das práticas assistenciais, a reflexão sobre a relação profissional-usuário, bem como contribui para a gestão,

tomada de decisão e formação em saúde na direção dos princípios do SUS (Gerhardt; Burille; Müller, 2016; Cabral *et al.*, 2011; Bellato; Araújo; Castro, 2008).

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. A análise da assistência pré-natal tem demonstrado ser de grande valia para a redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal, visto que a sua qualidade interfere diretamente nos níveis de saúde de gestantes, conceptos e puérperas, sendo a incidência de sífilis congênita um dos seus principais indicadores (Moura *et al.*, 2003).

Para Tanaka (2011), o resultado dos serviços de saúde decorre da interação profissional-usuário, por meio da qual se concretiza a ação de saúde, de forma que a abordagem qualitativa emerge como a mais adequada para avaliação dessa inter-relação. O método qualitativo é originário das Ciências Humanas e permite “entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta”, bem como compreender “a significação que tal fenômeno ganha para os que o vivenciam”, a partir da análise do *setting* e do processo saúde-doença (Turato, 2005, p.509).

Este estudo deu ênfase à identificação de fatores facilitadores e barreiras frente a abordagens, um dos constructos habituais do método qualitativo descrito por Turato (2005), que consiste no “estudo da dinâmica de fatores tidos como responsáveis pelo melhor ou pior resultado das aproximações diagnósticas, terapêuticas ou preventivas, do ponto de vista dos acometidos por problemas de saúde ou de seus cuidadores” (Turato, 2005, p.512).

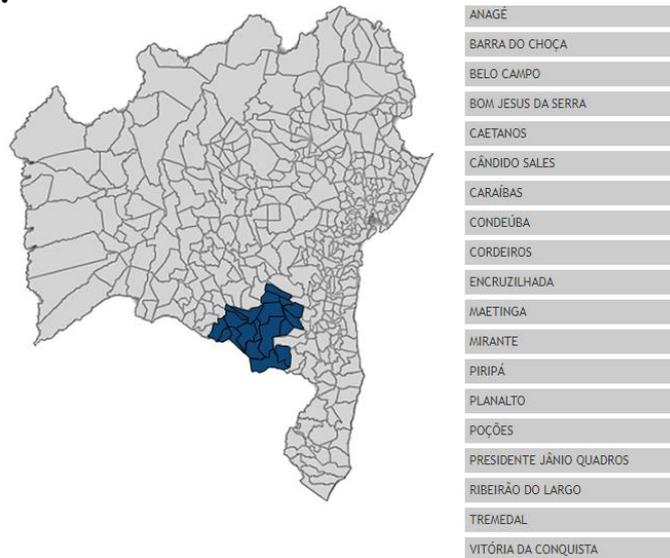
Assim, optou-se pela abordagem qualitativa por permitir a expressão “de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas” de sujeitos e grupos envolvidos em determinados problemas (Minayo, 2017, p.1), neste caso, mulheres cuja gestação teve como desfecho um caso de sífilis congênita e profissionais das respectivas equipes de referência da APS.

A avaliação da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde está relacionada com a adequação das ações e tecnologias empregadas na assistência à saúde ao conhecimento técnico e científico vigente (Vieira-da-Silva, 2005). Para isso, foi utilizada a estratégia metodológica da análise de trajetórias (Lopes; Vieira-da-Silva; Hartz, 2004), com priorização da sífilis congênita como evento-sentinela (Vieira-da-Silva, 2009).

## 5.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo envolveu a Região de Saúde de Vitória da Conquista, Sudoeste da Bahia, composta por 19 municípios ilustrados na Figura 1.

**Figura 1. Mapa da Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia e respectivos municípios, 2023.**



Fonte: Observatório Baiano de Regionalização.  
[http://www5.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=regiao\\_de\\_saude&COD\\_IBGE=293330&REGIAO\\_DE\\_SAUDE=VITORIA%20DA%20CONQUISTA](http://www5.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=regiao_de_saude&COD_IBGE=293330&REGIAO_DE_SAUDE=VITORIA%20DA%20CONQUISTA)

Segundo estimativas do IBGE para 2021, a Região de Saúde de Vitória da Conquista possui 639.718 habitantes. Pertence à Macrorregião de Saúde Sudoeste da Bahia, segundo definições do Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2007 atualizado (BAHIA, 2021d).

Ao analisarmos as características dessa região (Tabela 1), observamos que, em relação ao porte populacional, predominam os pequenos municípios, uma vez que 84% deles (16 municípios) apresentam população menor que 30 mil habitantes (Extratos 1 e 2). Barra do Choça e Poções se destacam como os únicos municípios com população entre 30 e 50 mil habitantes (Estrato 3). O município mais populoso é Vitória da Conquista (Estrato 4), que dista 519 km de Salvador e que figura tanto como sede da Região e da Macrorregião de Saúde, quanto como sede do Núcleo Regional de Saúde Sudoeste (NRS-SO).

**Tabela 1.** Características dos municípios que integram a Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023.

Município	População (Estim. IBGE 2021) *	Cob. Pop. Estimada (%) da Estratégia Saúde da Família (ESF) **	Cob. de APS ***	Laboratório de Saúde Pública ****	SAE/ CTA ****	Hospital atende SUS ****	Maternidade Terciária SUS ****
<b>ESTRATO 1</b>		<b>Até 10 mil habitantes</b>					
Ribeirão do Largo	4.896	100%	100%	-	-	-	-
Bom Jesus da Serra	9.768	100%	100%	-	-	1	-
Caraíbas	8.659	100%	100%	-	-	-	-
Cordeiros	8.667	100%	100%	-	-	1	-
Maetinga	2.386	100%	100%	-	-	-	-
Mirante	8.264	100%	100%	-	-	-	-
<b>ESTRATO 2</b>		<b>De 10 mil a 30 mil habitantes</b>					
Planalto	26.581	100%	93,60%	-	-	1	-
Anagé	21.229	100%	100%	-	-	1	-
Belo Campo	17.013	100%	100%	-	-	1	-
Caetanos	14.671	100%	84,83%	-	-	-	-
Cândido Sales	24.921	100%	100%	-	-	1	-
Condeúba	17.113	100%	100%	-	-	1	-
Encruzilhada	15.914	100%	100%	-	-	1	-
Piripá	10.253	100%	97,77%	-	-	1	-
P. Jânio Quadros	12.028	100%	100%	-	-	1	-
Tremedal	15.996	100%	86,17%	-	-	1	-
<b>ESTRATO 3</b>		<b>De 30 mil a 50 mil habitantes</b>					
Poções	46.885	100%	100%	-	-	1	-
Barra do Choça	30.831	100%	100%	-	-	1	-
<b>ESTRATO 4</b>		<b>Acima de 100 mil habitantes</b>					
Vitória da Conquista	343.643	56,22%	73,36%	01	01	13	01
Região de Saúde	639.718	76,48%	84,70%	01	01	26	01

Fonte:

\* Plataforma e-Gestor AB/Relatórios Públicos/Financiamento APS/Pagamentos APS (2022-Atual)/Capitação ponderada (parc. OUT/23, comp. AGO/2023); acessado em 10/01/24;

\*\* Cobertura estimada ESF. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB) da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SAIS/SESAB), acessado em 10/01/24, dado gerado em 08 de novembro de 2023, dados e-Gestor/SISAB referentes a agosto/2023.

\*\*\* Cobertura de APS. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB) da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SAIS/SESAB), acessado em 10/01/24, dado gerado em 07 de novembro de 2023, dados e-Gestor/SISAB referentes a agosto/2023.

\*\*\*\* Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), acessado em 10/01/24.

Nota: SAE-Serviço de Assistência Especializada IST/HIV/AIDS; CTA-Centro de Testagem e Aconselhamento.

Quanto à organização de serviços de saúde no território, ainda na Tabela 1 observa-se que, em 2023, todos os municípios apresentavam 100% de cobertura populacional estimada por Equipes de Saúde da Família, exceto Vitória da Conquista (56,22%). Neste município, 06 grandes Unidades Básicas de Saúde (APS Tradicional) compunham a rede de serviços, ampliando a sua cobertura de APS. Em relação à rede hospitalar, observa-se que 14 dos 19

municípios possuíam hospital, sendo, em sua maioria, Hospitais de Pequeno Porte. Vitória da Conquista sediando importantes serviços especializados de referência para o diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante e sífilis congênita da Região, tais como o Laboratório de Saúde Pública (Laboratório Municipal de Referência Regional – LMRR), o Serviço de Atendimento Especializado em IST, HIV/AIDS e hepatites virais (Centro de Atenção e Apoio à Vida Dr. David Capistrano Filho – CAAV), além da maternidade de referência terciária macrorregional (Hospital Municipal Esaú Matos).

### 5.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Parte-se do entendimento de Pinheiro *et al.* (2016) de que ampliar a compreensão sobre as experiências de adoecimento e busca por cuidados em saúde, levando-se em conta os pontos de vista dos seus interessados, pode favorecer a adequação das práticas e dos serviços em saúde.

A diversidade dos sujeitos coaduna com os objetivos desse estudo, sendo detalhada a seguir:

#### **Grupo 1: Profissionais das equipes de APS**

Considerando o âmbito da organização dos serviços e das práticas, foram convidados a participar do estudo os enfermeiros das equipes de APS de referência para as usuárias acima descritas, dado o reconhecido protagonismo destes no gerenciamento do cuidado nas UBS (Silva *et al.*, 2017; Bica *et al.*, 2020) e nas ações relacionadas ao pré-natal de baixo risco (Gomes *et al.*, 2019).

Mediante contato telefônico, foram convidadas a participar do estudo as 17 enfermeiras das equipes de APS de referência para os 21 recém-nascidos registrados com sífilis congênita, nos referidos municípios no ano 2019, tendo sido obtido o consentimento de 16 delas (Tabela 2). Não houve representação do município selecionado no estrato de até 10 mil habitantes (Ribeirão do Largo), devido à recusa de participação.

**Tabela 2.** Número de entrevistas realizadas com enfermeiras, por município e modalidade de APS, Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023.

Município	Modalidade de APS	Nº de enfermeiras das equipes APS de referência	Nº de enfermeiras entrevistadas
Ribeirão do Largo	USF zona urbana	01	00
Planalto	USF zona urbana	02	02
	USF zona rural	02	02
Poções	USF zona urbana	01	01
	USF zona rural	02	02

	USF zona urbana	04	04
	USF zona rural	02	02
Vitória da Conquista	UBS tradicional zona urbana (EACS zona urbana)	02	02
	UBS tradicional zona urbana (EACS zona rural)	01	01
<b>TOTAL</b>		<b>17</b>	<b>16</b>

Fonte: construção própria, a partir dos dados da pesquisa.

Nota: USF: Unidade de Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde; EACS: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.

## **Grupo 2: Usuárias dos serviços de saúde da APS**

Foram convidadas a participar do estudo todas as mulheres cujo desfecho gestacional foi registrado como um caso de sífilis congênita, no ano 2019, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e que vivenciaram a assistência pré-natal na APS, visando à construção das suas trajetórias assistenciais.

Justifica-se a opção pelo ano de 2019, considerando a ruptura no cotidiano do trabalho das equipes de APS ocorrida no ano 2020 em decorrência da pandemia de COVID-19. Trata-se, portanto, do último ano de funcionamento “normal” dos serviços de APS, observada também a maior proximidade temporal possível com a experiência de cuidado pré-natal das usuárias, para minimizar o viés de memória na recuperação das suas trajetórias assistenciais (GALVÃO, 2018).

O impacto da pandemia no processo de trabalho na APS é uma realidade que tem sido evidenciada por diversos autores, que destacam desde a redução/interrupção das atividades no território e das agendas diárias de atendimento, a adoção do sistema de escala de trabalho, o desencorajamento dos usuários a frequentarem o serviço até o distanciamento entre os profissionais e a redução da receptividade dos usuários (Giovanella *et al.*, 2020; Gonçalves, 2020; Lopes; Costa, 2020).

Para a identificação das usuárias, a cópia da ficha de notificação e investigação dos casos novos de sífilis congênita registrados no SINAN em 2019 foi solicitada ao setor de Informação em Saúde do Núcleo Regional de Saúde Sudoeste/SESAB. Uma vez que o interesse primordial do estudo são as experiências de assistência pré-natal na APS, foram descartados os casos de aborto precoce (até 12 semanas de gestação), que não tiveram (ou tiveram apenas uma) consultas de pré-natal (Tabela 3).

**Tabela 3.** Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de 1 ano registrados no SINAN NRS-SO no ano 2019, segundo local de residência, destacartados pelo sistema, incluídos e excluídos para fins da pesquisa, Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023.

Município	Nº casos novos de Sífilis Congênita em menores de 1 ano, segundo local de residência, 2019 SINAN NRS-SO ***	Nº casos descartados SINAN NRS-SO ****	Nº casos excluídos PESQUISA	Motivos da exclusão PESQUISA	Nº casos incluídos PESQUISA	Município eleito no Estrato (maior nº casos)
<b>ESTRATO 1</b>						
<b>Até 10 mil habitantes</b>						
Bom Jesus da Serra	0	-	-	-	0	-
Caraíbas	0	-	-	-	0	-
Cordeiros	0	-	-	-	0	-
Maetinga	1	-	-	-	1	não
Mirante	0	-	-	-	0	-
<b>Ribeirão do Largo</b>	<b>2</b>	<b>N/A</b>	<b>0</b>	<b>N/A</b>	<b>2</b>	<b>sim</b>
<b>ESTRATO 2</b>						
<b>De 10 mil a 30 mil habitantes</b>						
Anagé	1	1	-	-	0	-
Belo Campo	3	-	-	-	3	não
Caetanos	0	-	-	-	0	-
Cândido Sales	1	-	-	-	1	não
Condeúba	1	-	1	<b>Aborto 7 sem/PN ignorado</b>	0	-
Encruzilhada	2	-	1	Caso duplicado	1	não
Piripá	1	-	-	-	1	não
<b>Planalto</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>Aborto 6 semanas sem PN</b>	<b>5</b>	<b>sim</b>
P. Jânio Quadros	0	-	-	-	0	-
Tremedal	0	-	-	-	0	-
<b>ESTRATO 3</b>						
<b>De 30 mil a 50 mil habitantes</b>						
Barra do Choça	0	-	-	-	0	-
<b>Poções</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>sim</b>
<b>ESTRATO 4</b>						
<b>Acima de 100 mil habitantes</b>						
<b>Vitória da Conquista</b>	<b>15</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>Aborto 8 sem/IPN</b> <b>Aborto sem ign/0PN</b> <b>Aborto 11 sem/0PN</b> <b>Aborto 9 sem/0PN</b>	<b>11</b>	<b>sim</b>
Região de Saúde	<b>40</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>-</b>	<b>28</b>	<b>-</b>

Fonte: \*\*\* Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, acessado em 24/02/22, no Núcleo Regional de Saúde Sudoeste. Excluídos os casos com diagnóstico final “descartado”, casos duplicados e abortos ocorridos até 12 semanas.

Nota: SINAN-Sistema de Informação de Agravos de Notificação; NRS-SO-Núcleo Regional de Saúde Sudoeste; N/A-Não se aplica; PN-pré-natal.

Foram selecionados os quatro municípios que apresentaram o maior número de casos de sífilis congênita registrado no SINAN no ano de 2019, dentro do seu estrato populacional, considerando as camadas de até 10 mil habitantes; de 10 a 30 mil habitantes; de 30 a 50 mil habitantes e acima de 100 mil habitantes, totalizando 21 casos.

A partir do endereço informado nas Fichas de Notificação de Sífilis Congênita, foram contatadas as Coordenadoras de Atenção Básica dos quatro municípios e solicitada a identificação da Unidade Básica de Saúde (UBS) e da equipe de referência para cada caso. Também foi solicitado o apoio das coordenadoras para o contato inicial com as respectivas enfermeiras de cada equipe identificada.

Em seguida, foi solicitado o apoio das enfermeiras das respectivas unidades de APS de referência, no sentido de localizar na área de abrangência as mães dos 21 bebês registrados com sífilis congênita nos referidos municípios, no ano 2019.

Foram localizadas treze mulheres, sendo uma do município de Ribeirão do Largo, quatro do município de Planalto, duas do município de Poções e seis do município de Vitória da Conquista. Também foi solicitado o apoio das enfermeiras para o contato inicial com as respectivas usuárias de cada equipe identificada. Por meio de contato telefônico, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e feito o convite às treze mulheres para participação no estudo, tendo sido obtido o consentimento de seis delas. Diante das recusas de participação, o município selecionado no estrato de 30 a 50 mil habitantes (Poções) não teve representação.

Posteriormente, foi verificada a distribuição das usuárias conforme modalidade de APS, área urbana ou rural e município de moradia, conforme Tabela 4.

**Tabela 4.** Número de entrevistas realizadas com usuárias, por município e modalidade de APS, Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023.

Município	Modalidade de APS	Nº de usuárias localizadas	Nº de usuárias entrevistadas/ Contexto territorial
Ribeirão do Largo	USF zona urbana	01	01 (residência zona rural)
Planalto	USF zona urbana	02	01 (residência zona urbana)
	USF zona rural	01	00
	UBS tradicional zona urbana (EACS)	01	01 (residência zona urbana)
Poções	USF zona urbana	01	00
	USF zona rural	01	00
Vitória da Conquista	USF zona urbana	03	01 (residência zona urbana)
	USF zona rural	02	02 (residência zona rural)
	UBS tradicional zona urbana (EACS)	01	00
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>13</b>	<b>06</b>

Fonte: construção própria, a partir dos dados da pesquisa.

EACS: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.

#### 5.4. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

A entrevista semiestruturada foi a técnica selecionada para a produção de dados junto ao Grupo 1 (profissionais) e Grupo 2 (usuárias). De acordo com Minayo e Costa (2018, p.142), esse tipo de entrevista consiste na combinação de “um roteiro com questões previamente formuladas e outras abertas, permitindo ao entrevistador um controle maior sobre o que pretende saber sobre o campo e, ao mesmo tempo, dar espaço a uma reflexão livre e espontânea do entrevistado sobre os tópicos assinalados”.

Para a construção das trajetórias assistenciais das usuárias, as entrevistas semiestruturadas foram complementadas com dados do cartão de pré-natal, relatórios, resultados de exames e outros documentos relevantes que foram apresentados pelas mesmas. Foi realizada ainda a consulta aos prontuários físicos e eletrônicos (quando disponíveis) das usuárias nas unidades de APS onde elas foram atendidas no período gestacional.

A produção de dados com as enfermeiras ocorreu no período de 22 de julho de 2022 a 26 de julho de 2023 por meio de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado (Apêndice A). Na mesma oportunidade, também foi aplicado junto às enfermeiras um *check list* (Apêndice B) para produção de dados sobre a estrutura e funcionamento das UBS, com foco na assistência pré-natal.

A produção de dados com as usuárias ocorreu no período de 29 de julho de 2022 a 06 de outubro de 2023 por meio de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado (Apêndice C).

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, de forma individual. As entrevistas com as participantes do Grupo 1 aconteceram em sala reservada na USF de atuação da enfermeira (exceto uma, que ocorreu em outro serviço de saúde do município, onde a enfermeira se encontrava no momento), com uso de gravador de áudio, com um tempo médio de duração de 60 minutos. Já as entrevistas com as participantes do Grupo 2 ocorreram em sala reservada na UBS de referência da usuária (exceto uma, que ocorreu em sala reservada no local de trabalho da usuária, por sua própria preferência), com uso de gravador de áudio, com um tempo médio de duração de 42 minutos.

#### 5.5. MODELO DE ANÁLISE

As matrizes de análise apresentadas abaixo foram elaboradas a partir de manuais publicados pelo Ministério da Saúde e de outros estudos sobre o tema.

Para balizar a descrição acerca da estrutura e organização das ações de pré-natal na Atenção Primária à Saúde foi utilizada a matriz disposta no Quadro 1. As informações foram obtidas por meio da aplicação de *check list* e das entrevistas com os profissionais das equipes de APS.

**Quadro 1.** Matriz para mapeamento da estrutura e organização das ações de pré-natal na Atenção Primária à Saúde de municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023.

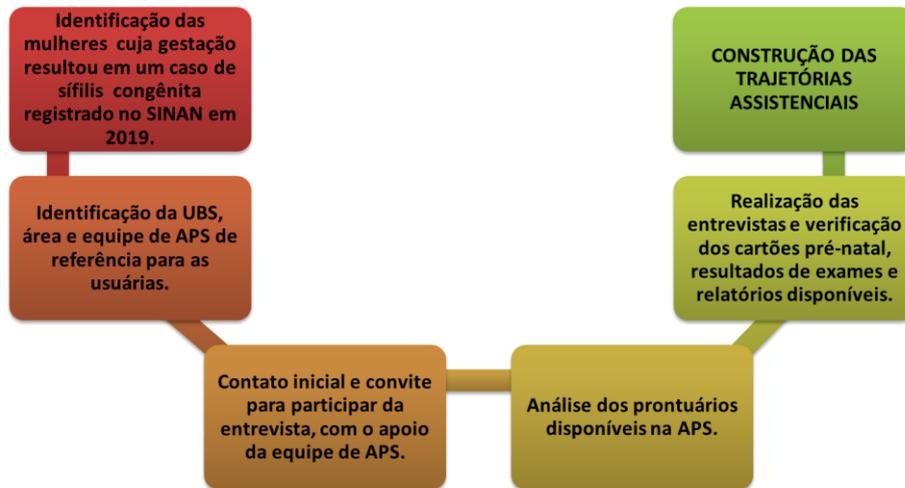
COMPONENTES	INDICADORES
Características do Território	Nº de pessoas adscritas, cobertura de ACS/existência de microáreas descobertas, localização da UBS, horário de funcionamento, disponibilidade de transporte, barreiras geográficas.
Diagnóstico da gravidez	Métodos disponíveis para diagnóstico da gravidez/tempo médio de espera pelo resultado, disponibilidade de teste rápido de gravidez na UBS.
Organização do acesso	Existência de acolhimento, processo de marcação de consultas (1ª consulta e retorno), existência de semana típica/turnos específicos para PN, existência de Unidades Satélites com atendimento de PN, busca ativa pelo ACS para 1ª consulta de PN.
Organização da assistência	Pré-natal realizado por médico e enfermeiro, realização de coleta de material para triagem pré-natal por papel filtro na UBS, tempo médio de espera pelos resultados, realização de teste rápido de Sífilis/HIV na UBS, disponibilidade de medicamentos para tratamento da sífilis na UBS, administração de medicação para tratamento da sífilis na UBS, disponibilidade de exames laboratoriais (testes não-treponêmicos) para monitoramento do tratamento de sífilis e controle sorológico da cura, disponibilidade de preservativos masculinos e femininos, busca ativa do ACS às gestantes faltosas ao PN, PCDT utilizado, integração com o serviço de referência em IST/HIV/AIDS e Hepatites.
Vigilância em saúde	Disponibilidade e utilização das fichas do SINAN para notificação e investigação da sífilis (gestante, adquirida e congênita), existência de fluxo de envio das fichas à VIEP municipal em tempo hábil, realização de investigação de todos os casos de transmissão vertical da sífilis, HIV e Hepatites B e C.
Educação permanente	Participação em treinamentos sobre diagnóstico e manejo clínico da sífilis, assistência pré-natal e realização de testes rápidos; disponibilidade de manuais, protocolos e/ou fluxogramas para consulta na UBS.

Fonte: Elaboração própria com base em BRASIL (2013), DOMINGUES (2011), BRASIL (2022).

Nota: ACS-Agente Comunitário de Saúde, UBS-Unidade Básica de Saúde, PN-Pré-natal, PCDT-Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, IST-Infecção Sexualmente Transmissível; VIEP-Vigilância Epidemiológica.

As trajetórias assistenciais de mulheres que apresentaram como desfecho gestacional um caso de sífilis congênita foram representadas por meio de sínteses narrativas que expressaram os principais eventos ocorridos com as mesmas no seu processo de cuidado (APÊNDICE F). Essas trajetórias foram compostas por meio das entrevistas com as usuárias, complementados por dados do cartão de pré-natal, resultados de exames e relatórios, além da consulta ao prontuário das usuárias na UBS (quando disponíveis). Foram construídas seis trajetórias assistenciais. O percurso trilhado para sua construção, está representado na Figura 2.

**Figura 2.** Percurso metodológico para construção das trajetórias assistenciais, Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023.



Fonte: Elaboração própria com base em Galvão (2018).

Visando verificar a adequação técnica da assistência prestada ou oportunidades de intervenção perdidas, foi realizada a comparação das trajetórias assistenciais das usuárias com a matriz disposta no Quadro 2, que contém as ações preconizadas para o controle da transmissão vertical da sífilis na Atenção Primária à Saúde.

**Quadro 2.** Matriz para verificação da adequação técnica das ações de controle da transmissão vertical da sífilis na Atenção Primária à Saúde, Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, 2023.

COMPONENTES	INDICADORES (Identificação por meio de entrevista com usuárias, prontuário, cartão do PN, resultados de exames, relatórios)
Educação em saúde	Realização de atividades educativas na comunidade (grupos, sala de espera, eventos de mobilização, etc) sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis, importância do início precoce do pré-natal (até 12 semanas).
Diagnóstico sorológico da infecção	<p><u>1ª ROTINA</u> (ideal no 1º trimestre da gestação, na 1ª consulta de pré-natal): aconselhamento pré-teste; testagem para sífilis na UBS (teste rápido ou método do papel filtro) ou solicitação “Diagnóstico de sífilis” ao laboratório; aconselhamento pós-teste.</p> <p><u>2ª ROTINA</u> (início do 3º trimestre da gestação, 28ª semana): aconselhamento pré-teste; testagem para sífilis na UBS (teste rápido ou método do papel filtro) ou solicitação “Diagnóstico de sífilis” ao laboratório; aconselhamento pós-teste;</p>
Tratamento da gestante	<p>Realização de anamnese e exame físico; classificação do estágio da sífilis (recente – primária, secundária ou latente recente; ou tardia – latente tardia ou terciária); definição da adequada conduta terapêutica; iniciar 1ª dose de penicilina benzatina independente do resultado do 2º teste (não-treponêmico); solicitação “Diagnóstico de sífilis após TR reagente” ao laboratório; notificação e investigação da sífilis em gestante; orientação de retorno.</p> <p>OBS: início do tratamento materno até 30 dias antes do parto e conclusão até o momento do parto.</p>

Seguimento da gestante com sífilis	Solicitação mensal de teste não treponêmico para “Monitoramento do tratamento de sífilis” ao laboratório; interpretação dos resultados dos testes não-treponêmicos para monitoramento da resposta terapêutica; controle sorológico da cura ou suspeita de reativação/reinfecção; avaliação da necessidade de encaminhamento para consulta especializada.
Abordagem do(s) parceiro(s)	Solicitar comparecimento do(s) parceiro(s) sexual(is) da gestante na UBS; aconselhamento pré-teste; testagem para sífilis na UBS (teste rápido) ou solicitação “Diagnóstico de sífilis” ao laboratório; aconselhamento pós-teste; solicitação “Diagnóstico de sífilis após TR reagente” ao laboratório; realização de anamnese e exame físico; classificação do estágio da sífilis; definição da adequada conduta terapêutica; realização do tratamento; notificação e investigação da sífilis adquirida; orientação de retorno; solicitação trimestral (3, 6, 9 e 12 meses) de teste não treponêmico para “Monitoramento do tratamento de sífilis” ao laboratório; interpretação dos resultados dos testes não-treponêmicos para monitoramento da resposta terapêutica; controle sorológico da cura ou suspeita de reativação/reinfecção; avaliação da necessidade de encaminhamento para consulta especializada.
Orientação individual/casal	Orientar sobre os riscos da sífilis; realização dos exames e retorno às consultas; tratamento e reação de Jarisch-Herxheimer; uso do preservativo nas relações sexuais.

Fonte: Elaboração própria com base em DOMINGUES (2011), BRASIL (2013), BRASIL (2014a) e BRASIL (2022).

## 5.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas na íntegra, com supressão das falas da pesquisadora, organizadas e salvas em arquivo compatível com o *open office*.

O *corpus* das entrevistas com as enfermeiras (Grupo 1) constou de 16 entrevistas, e foi preparado para análise de dados textuais, ou análise lexical, por meio do *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes Et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). O IRaMuTeQ é um *software* gratuito, desenvolvido por Pierre Ratinaud, que permite a aplicação de cálculos estatísticos sobre variáveis qualitativas (textos). Trata-se de um programa livre, que se ancora no ambiente estatístico do *software* R e na linguagem *python* ([www.python.org](http://www.python.org)), e possibilita diferentes tipos de análises textuais (Camargo; Justo, 2013).

Para o processamento dos dados, foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), ou método de Reinert, que tem como objetivo “identificar as ideias contidas no texto, agrupando vocabulários através da proximidade léxica das palavras, separando as ideias em espécies de mundos mentais ou sistemas de representação do discurso” (Fernandes, 2019).

Em nível interpretativo, os autores destacam que a significação das classes depende do marco teórico de cada pesquisa (Camargo; Justo, 2021). A análise lexical do material das enfermeiras evidenciou regularidades e aspectos comuns identificados nos textos e, assim, foram elaboradas interpretações qualitativas baseadas nos referenciais sobre a sífilis em gestante e sífilis congênita.

O tratamento do material empírico oriundo das usuárias (Grupo 2) foi orientado pela Técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2015), consistindo nos seguintes passos: 1) Pré-análise – que consiste na leitura flutuante do material; seleção dos documentos para constituição do *corpus*; preparação do material; construção das sínteses narrativas das trajetórias assistenciais de cada usuária; 2) Exploração do material – na qual ocorre a codificação e a categorização; os trechos com as estruturas relevantes e ideias centrais são agrupados e classificados em categorias; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – síntese dos resultados, inferências e interpretação; análise de conteúdo vertical, considerando em um primeiro momento as modalidades de APS e os contextos territoriais e análise de conteúdo horizontal sobre as experiências de cuidado pré-natal das usuárias e a adequação técnica das ações de controle da transmissão vertical da sífilis utilizadas na APS dos municípios.

## 5.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo atendeu aos princípios e às diretrizes das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamentam os critérios e cuidados para a execução de pesquisas envolvendo seres humanos, visando a preservação dos direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos envolvidos. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob CAAE: 52307221.7.0000.0055 e Parecer nº 5.176.473/2021 (ANEXO 1).

As entrevistas foram previamente agendadas conforme a disponibilidade das participantes. As gravações de áudio das entrevistas foram armazenadas no computador da própria pesquisadora e em dispositivo local de armazenamento de dados (HD externo), visando minimizar o potencial risco de sua violação.

Ainda em atenção às definições das Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016 e da Carta Circular nº 01/2021-CONEP/SECNS/MS, foi entregue uma Carta-convite (APÊNDICES D, E) a todos os candidatos a participantes da pesquisa. Todos os participantes tiveram total liberdade para discorrer sobre a temática proposta, segundo o roteiro elaborado. O TCLE está apresentado nos Apêndices G e H.

## **6. RESULTADOS**

Os resultados estão demonstrados nos três manuscritos apresentados a seguir, formatados conforme as diretrizes de submissão do periódico escolhido. Com o propósito de atender ao primeiro objetivo específico, o primeiro manuscrito centrou-se em averiguar as condições de estrutura e acesso à assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde de municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia. Por sua vez, o segundo manuscrito aborda o segundo objetivo específico, que consistiu em descrever a organização das práticas profissionais de pré-natal na Atenção Primária à Saúde de municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia. Por fim, no último manuscrito, tratou-se de analisar as trajetórias assistenciais de mulheres com desfecho gestacional de sífilis congênita registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em 2019, na Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia, contemplando o terceiro objetivo específico.

## 6.1. ARTIGO 1

### **Condições de estrutura e acesso ao pré-natal: retrato de uma região de saúde da Bahia**

(Manuscrito 1 escrito e formatado nos padrões da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, ISSN Versão on-line: 1806-9304)



**Condições de estrutura e acesso ao pré-natal: retrato de uma região de saúde da Bahia**

**Structure conditions and access to prenatal care: portrait of a health region in Bahia**

**Estrutura e acesso ao pré-natal em região da Bahia**

**Structure and access to prenatal care in the Bahia region**

**RESUMO:** OBJETIVO: Averiguar as condições de estrutura e acesso à assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde de municípios de uma Região de Saúde da Bahia. MÉTODO: Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, tendo a sífilis congênita como evento sentinela. Foram selecionados os quatro municípios da região com o maior número de casos de sífilis congênita registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em 2019, dentro dos estratos populacionais. Participaram 16 enfermeiras das equipes de referência para os casos de sífilis congênita. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e aplicado um *check list* sobre a estrutura e funcionamento das Unidades Básicas, com foco na assistência pré-natal. A análise textual foi realizada por meio do *software* IRAMUTEQ, com dados processados pelo método de Classificação Hierárquica Descendente. RESULTADOS: Foram evidenciadas dificuldades relacionadas com a estrutura e o acesso à assistência pré-natal, bem como as estratégias das gestões municipais e das comunidades, especialmente as rurais, para minimizar tais dificuldades. CONCLUSÕES: A qualificação do pré-natal perpassa não só pelo aprimoramento técnico dos profissionais, como também pela garantia de adequadas condições estruturais e organizacionais dos serviços. Espera-se por alterações na Política Nacional de Atenção Básica, no sentido de um maior estímulo político-institucional e financeiro para suprimento das necessidades específicas das equipes que atendem às áreas rurais.

**Palavras-chave:** Cuidado pré-natal; Atenção primária à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Transmissão vertical de doença infecciosa; Sífilis.

**ABSTRACT:** **OBJECTIVE:** To investigate the conditions of structure and access to prenatal care in Primary Health Care in municipalities in a Health Region in Bahia. **METHOD:** This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, with congenital syphilis as a sentinel event. The four municipalities in the region with the highest number of congenital syphilis cases registered in the Notifiable Diseases Information System in 2019 were selected, within the population strata. 16 nurses from the reference teams for cases of congenital syphilis participated. Semi-structured interviews were carried out and a checklist was applied on the structure and functioning of Basic Units, focusing on prenatal care. Textual analysis was carried out using the IRAMUTEQ software, with data processed using the Descending Hierarchical Classification method. **RESULTS:** Difficulties related to the structure and access to prenatal care were highlighted, as well as the strategies of municipal management and communities, especially rural ones, to minimize such difficulties. **CONCLUSIONS:** The qualification of prenatal care involves not only the technical improvement of professionals, but also the guarantee of adequate structural and organizational conditions for services. Changes to the National Primary Care Policy are expected, in the sense of greater political-institutional and financial stimulus to meet the specific needs of teams serving rural areas.

**Keywords:** Prenatal care; Primary health care; Access to health services; Vertical transmission of infectious disease; Syphilis.

## **INTRODUÇÃO**

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) no Brasil vêm tomando uma proporção consideravelmente significativa, requerendo cuidados mais pertinentes e a condução dessas pelo governo federal, na figura do Ministério da Saúde (MS).

Neste contexto, nos propomos a pesquisar sobre uma delas que é a sífilis, uma IST persistente, transmitida predominantemente por via sexual e vertical<sup>1</sup>. Segundo a Organização

Mundial da Saúde, cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis ocorrem todos os anos, sendo que destes, 1,5 a 1,85 milhões são de gestantes e 50% delas têm filhos com condições adversas devido às consequências da infecção<sup>2</sup>.

No Brasil, iniciativas de redução da transmissão vertical fazem parte das políticas de prevenção da mortalidade materno-infantil do Sistema Único de Saúde (SUS), materializadas em documentos como o Pacto pela Saúde, Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis e Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública<sup>3,4,5,6</sup>.

A sífilis congênita (SC) é uma infecção de fácil prevenção, diagnóstico e tratamento, sendo a sua elevada incidência um importante marcador de acessibilidade e qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), estando relacionado, principalmente, às desigualdades sociais e às fragilidades na cobertura e assistência do pré-natal<sup>7</sup>.

A alta participação da APS na assistência pré-natal a coloca no centro da articulação do cuidado às gestantes, visando a prevenção da transmissão vertical da sífilis. Para garantir um cuidado qualificado, a APS precisa ampliar o acesso das gestantes, provendo a sua inserção precoce, realização de exames em tempo oportuno, tratamento e acompanhamento adequados das mulheres e seus parceiros, bem como coordenar o acesso a outros níveis de atenção da rede de saúde<sup>8,9</sup>.

Embora encontre-se em uma crescente cobertura do acompanhamento pré-natal na APS brasileira, alcançando 81% em 2018<sup>10</sup>, esse aumento não implica, necessariamente, na qualidade da assistência. Estudo realizado por<sup>11</sup> utilizando dados da avaliação externa dos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) — Ministério da Saúde, identificou que quatro dos seis desfechos analisados apresentaram piora (seis ou mais consultas, vacinação antitetânica, prescrição de sulfato ferroso e procedimentos de exame físico). Outra avaliação da atenção pré-natal demonstrou que a

estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as ações de cuidado prestadas ainda não atendem a grande parte dos critérios de qualidade estabelecidos nos protocolos nacionais, tanto em questões gerenciais quanto assistenciais<sup>9</sup>.

Diante das necessidades e recomendações vigentes, ao longo dos anos têm sido desenvolvidas ações governamentais com intuito de melhorar a cobertura e a qualidade da assistência pré-natal no Brasil. Dentre as iniciativas implementadas estão o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com objetivos de melhoria do acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento, desde a gestação até o pós-parto<sup>12</sup>; a Rede Cegonha, visando a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e reduzir a mortalidade materna e infantil<sup>13</sup> e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso da população aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção na APS<sup>14</sup>.

Em que pese a importância da APS no acompanhamento pré-natal e toda a sua potencialidade na oferta de cuidados, muitos obstáculos são encontrados para a sua efetivação. Estudos desenvolvidos por<sup>15,16</sup> encontraram diversas barreiras individuais para a não realização do pré-natal ou para o seu início tardio, evidenciando o papel das desigualdades sociais existentes no país, com menor acesso das mulheres indígenas e pretas, com menor escolaridade, maior número de gestações e residentes nas regiões Norte e Nordeste.

Os entraves no acesso ao pré-natal de qualidade também perpassam pelas dimensões organizacional e técnica. Estudo<sup>17</sup> identificou pontos de inadequação referentes à infraestrutura das unidades, ações gerenciais para garantia do acesso e ações clínicas.<sup>18</sup> verificaram uma baixa cobertura de testagem e baixa administração de penicilina benzatina para tratamento da sífilis. Por sua vez,<sup>9,19</sup> encontraram fragilidades no funcionamento das unidades básicas no que se refere à disponibilidade de veículos, equipamentos de informática com acesso a internet e

documentos com referências e fluxos para exames clínicos e laboratoriais. A oferta de serviços de saúde em áreas rurais e distantes dos centros urbanos encontram dificuldades adicionais para acesso a um pré-natal qualificado, tais como dificuldades com transporte e comunicação e a escassez de profissionais de saúde, principalmente médicos<sup>20</sup>.

Semelhante ao que se verifica no Brasil, dados do Estado da Bahia também demonstram uma tendência ainda crescente no número de casos de sífilis em gestante e sífilis congênita em menores de um ano de idade no período de 2012 a 2022<sup>21</sup>, não obstante a aprovação do Plano Estadual da Rede Cegonha, por meio da Resolução CIB-BA nº 318/2011, com os 417 municípios baianos aderidos ao Componente Pré-natal<sup>22</sup> e sua Cobertura Populacional Estimada das Equipes de Saúde da Família alcançar 81,94% <sup>23</sup>.

Para melhor compreensão do cenário que se apresenta e diante da escassez de estudos focados no conhecimento e análise da assistência pré-natal ofertada em municípios baianos, esse estudo tem o objetivo de descrever as condições de estrutura e acesso à assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde de municípios de uma Região de Saúde da Bahia.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, acerca das condições de estrutura e acesso à assistência pré-natal prestada em serviços de Atenção Primária à Saúde, tendo a sífilis congênita como evento sentinela.

Os eventos-sentinela são indicadores negativos, decorrentes de falhas na assistência à saúde, que ocasionaram doenças, invalidez ou morte desnecessárias<sup>24,25</sup>.

Foi dada ênfase à identificação de fatores facilitadores e barreiras frente a abordagens, um dos constructos habituais do método qualitativo descrito por<sup>26</sup> que consiste no “estudo da dinâmica de fatores tidos como responsáveis pelo melhor ou pior resultado das aproximações

diagnósticas, terapêuticas ou preventivas, do ponto de vista dos acometidos por problemas de saúde ou de seus cuidadores”.

Assim, optou-se pela abordagem qualitativa por permitir a expressão de “valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos e indivíduos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas, as políticas, os programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde”<sup>27</sup>.

O estudo foi realizado em uma Região de Saúde do Estado da Bahia, composta por 19 municípios, com população de 639.718 habitantes<sup>28</sup>. Foram selecionados os quatro municípios que apresentaram o maior número de casos de sífilis congênita registrado no SINAN no ano de 2019, dentro do seu estrato populacional, considerando as camadas de até 10 mil habitantes; de 10 a 30 mil habitantes; de 30 a 50 mil habitantes e acima de 100 mil habitantes. A caracterização dos municípios segue descrita na Tabela 1.

**Tabela 1. Caracterização dos municípios selecionados em cada estrato populacional - Região de Saúde, Bahia, 2023.**

Município	População (Estim. IBGE 2021) *	Nº de ACS **	Nº equipes de Atenção Primária financiada s (eAP) ***	Nº equipes de Saúde da Família financiada s (eSF) ***	Nº total de cadastro s eAP/eSF (limite pop. IBGE) ***	Cob. de APS ***	Cob. Pop. Estimada (%) da Estratégia Saúde da Família (ESF) *****	Nº casos sífilis congênita a (SINAN 2019 incluídos pesquisa)
<b>ESTRATO 1</b>								
<b>Até 10 mil habitantes</b>								
<b>Município A</b>	4.896	35	0	4	4.896	100%	100%	2
<b>ESTRATO 2</b>								
<b>De 10 mil a 30 mil habitantes</b>								
<b>Município B</b>	26.581	57	0	10	24.881	93.6%	100%	5
<b>ESTRATO 3</b>								
<b>De 30 mil a 50 mil habitantes</b>								
<b>Município C</b>	46.885	93	0	15	46.885	100%	100%	3
<b>ESTRATO 4</b>								
<b>Acima de 100 mil habitantes</b>								
<b>Município D</b>	343.643	518	10	56	252.113	73.36%	56,22%	11

Fontes:

\* Plataforma e-Gestor AB/Relatórios Públicos/Financiamento APS/Pagamentos APS(2022-atual)/Capitação ponderada (parc. OUT/23, comp. AGO/2023);

\*\* Plataforma e-Gestor AB/Relatórios Públicos/Financiamento APS/Pagamentos APS(2022-atual)/Agentes Comunitários de Saúde (parc.OUT/23, comp.AGO/2023);

\*\*\* Plataforma e-Gestor AB/Relatórios Públicos/Histórico de cobertura/Cobertura da APS (PNS 2020-2023) comp.AGO/2023;

\*\*\*\* Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB) da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SAIS/SESAB), acessado em 03/01/24, dado gerado em 08 de novembro de 2023, dados e-Gestor/SISAB referentes a Agosto/2023.

A partir do endereço informado nas Fichas de Notificação de Sífilis Congênita, foram contatadas as Coordenadoras de Atenção Básica dos quatro municípios e solicitada a identificação da UBS e equipe de referência para aquela localidade, independentemente da modalidade de APS (USF ou UBS Tradicional). Também foi solicitado o apoio das coordenadoras, no sentido de mediar o contato inicial com as respectivas enfermeiras de cada equipe identificada, dado o reconhecido protagonismo destas profissionais na assistência ao pré-natal de baixo risco.

Por meio de contato telefônico, foram convidadas a participar do estudo as 17 enfermeiras das equipes de APS de referência para os 21 recém-nascidos registrados com sífilis congênita, nos referidos municípios no ano 2019, tendo sido obtido o consentimento de 16 delas. Diante da recusa de participação, o município selecionado no estrato de até 10 mil habitantes não teve representação.

A produção de dados ocorreu no período de 22 de julho de 2022 a 26 de julho de 2023 por meio de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado contendo aspectos sócio-demográficos (idade, sexo, dados sobre a graduação, dados sobre as principais pós-graduações, tempo de atuação na APS e na equipe, dentre outros) a fim de caracterizar os participantes, e seis blocos

de perguntas que permeiam a temática. Na mesma oportunidade, também foi aplicado junto às enfermeiras um *check list* para produção de dados sobre a estrutura e funcionamento das UBS, com foco na assistência pré-natal.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, de forma individual, em sala reservada na USF de atuação da enfermeira (exceto uma, que ocorreu em outro serviço de saúde do município, onde a enfermeira se encontrava no momento), com uso de gravador de áudio, com um tempo médio de duração de 60 minutos. As entrevistas foram transcritas na íntegra, com supressão das falas da pesquisadora, organizadas e salvas em arquivo compatível o *open office*.

O *corpus* constou de 16 entrevistas, e foi preparado para análise de dados textuais, ou análise lexical, por meio do *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes Et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). O IRaMuTeQ é um *software* gratuito, desenvolvido por Pierre Ratinaud, que permite a aplicação de cálculos estatísticos sobre variáveis qualitativas (textos). Trata-se de um programa livre, que ancora-se no ambiente estatístico do *software* R e na linguagem *python* ([www.python.org](http://www.python.org)), e possibilita cinco diferentes tipos de análises textuais: Estatísticas (análises lexicográficas); Especificidades e Análise Fatorial de Correspondência (AFC); Classificação (método de Reinert); Análise de similitude; Nuvem de palavras<sup>29,30</sup>.

Para o processamento dos dados, foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), ou método de Reinert, que tem como objetivo “identificar as ideias contidas no texto, agrupando vocabulários através da proximidade léxica das palavras, separando as ideias em espécies de mundos mentais ou sistemas de representação do discurso”<sup>31</sup>.

Nessa interface, cada entrevista, denominada de “texto”, são subdivididas em “segmentos de texto” (ST) e organizados em agrupamentos de palavras estatisticamente significativas<sup>32</sup>. Na CHD, o *software* organiza as palavras em um dendograma, ilustrando a

quantidade e composição léxica das classes, a partir de um agrupamento de termos, calculando a sua frequência absoluta e o valor de qui-quadrado agregado<sup>31</sup>.

O teste de qui-quadrado também é utilizado para verificar a associação dos ST com cada classe, sendo que, quanto mais alto o valor, maior é a associação<sup>32</sup>. Segundo<sup>30</sup>, em nível interpretativo, a significação das classes depende do marco teórico de cada pesquisa. As análises do tipo CHD, para serem úteis à classificação de qualquer material textual, requerem uma retenção mínima de 75% dos segmentos de texto<sup>31,33</sup>.

O *corpus* de análise foi composto de 16 textos correspondentes às entrevistas, processadas e analisadas pelo *software* em um tempo de 22 segundos. Desta forma, a partir dos conteúdos das enfermeiras, foram realizadas interpretações qualitativas com base em referenciais sobre a sífilis em gestante e sífilis congênita.

O estudo atende às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob CAAE: 52307221.7.0000.0055 e parecer nº 5.176.473/2021.

As enfermeiras aceitaram participar voluntariamente, foram informadas sobre os objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, bem como a garantia do seu sigilo e anonimato, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No intuito de garantir o anonimato, as falas das participantes foram identificadas pela abreviação *Enf.* acrescida do número arábico correspondente à ordem das entrevistas.

## RESULTADOS

Das 16 enfermeiras entrevistadas, todas eram do sexo feminino, com idade entre 29 e 48 anos, predominando a faixa etária de 29 a 39 anos com 10 participantes. O tempo de formação

em enfermagem variou de dois a 24 anos, sendo que 10 participantes tinham mais de 10 anos de formadas. 15 enfermeiras haviam concluído algum curso de pós-graduação; nove delas tinham dois ou mais cursos (uma com título de mestre) e 11 delas dispunham de pelo menos um curso na área de saúde coletiva.

No tocante ao tempo de atuação na APS, das 16 enfermeiras participantes, sete tinham até quatro anos, seis enfermeiras tinham de sete a 12 anos e três tinham mais de 20 anos de atuação. O tempo de trabalho na atual equipe de APS variou de dois meses a 12 anos, sendo que sete participantes tinham menos de um ano, quatro tinham entre um e três anos e cinco enfermeiras tinham mais de seis anos trabalhando nessa mesma equipe.

Foi realizado um breve diagnóstico situacional acerca da estrutura e funcionamento das 16 UBS, na perspectiva das enfermeiras entrevistadas, por meio da aplicação de um *check list* contendo perguntas sobre a área de abrangência, localização e estrutura física das UBS, disponibilidade de mobiliário e equipamentos para a assistência pré-natal e composição da equipe (Quadro 1).

**Quadro 1.** Caracterização da estrutura e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde com foco na assistência pré-natal, na perspectiva de enfermeiras dos municípios selecionados em cada estrato populacional - Região de Saúde, Bahia, 2022/2023.

Município	Enfermeira entrevistada	Modalidade da equipe	Contexto territorial da área de abrangência	Nº equipes na UBS	Nº pessoas Adscritas à equipe	Nº ACS Ativos	Nº micro-áreas descobertas	Adequação do espaço físico ao nº pessoas atendidas diariamente	Dispõe dos ambientes mínimos preconizados PNAB	Dispõe de mobiliário e equipamentos preconizados ao pré-natal	Equipe completa PNAB	Carga horária semanal médico	Carga horária semanal Enfermeiro	Horário funcionamento da UBS
A	Não houve	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B (coleta em 2023)	Enf.10	eSF Rural	Rural	1	1.819	3	1	Adeq	Sim	Sim	Sim	4d	5d Folga quinzena 1	7-16h
	Enf.11	eSF Urbana	Urbano	1	3.117	7	Não	Adeq	S	S	S	4d	5d Folga quinzena 1	7-16h
	Enf.12	eSF Urbana	Misto	1	3.040	6	Não	Adeq	N	S	S	4d	5d Folga quinzena 1	7-16h
	Enf.13	eSF Rural	Rural	1	1.364	4	Não	Adeq	N	S	S	4d	5d Folga quinzena 1	7-15h
C (coleta em 2023)	Enf.14	eSF Urbana	Rural	3	3.001	11	1	Adeq	S	S	S	4d	5d Folga mensal	7-18h
	Enf.15	eSF Rural	Rural	1	1.855	7	1	Adeq	S	S	S	4d	4d Folga semanal	7-15h
	Enf.16	eSF Urbana	Urbano	1	3.570	3	3	Inadeq	N	S	S	4d MM	5d Folga mensal	7-17h

D (coleta em 2022)	Enf.1	EACS Urbana	Urbano	2	Cerca 7.000	10	2	Inadeq	S	S	S	Não se aplica	5d	7-19h
	Enf.2	eSF Urbana	Urbano	2	6.326	10	Não	Inadeq	S	S	S	4d MM	5d	7-17h
	Enf.3	EACS Urbana	Rural	2	Cerca 8.000	11	1	Inadeq	S	S	S	Não se aplica	5d	7-17h
	Enf.4	EACS Urbana	Urbana	2	2.633	11	1	Inadeq	N	S	S	Não se aplica	5d	7-17h
	Enf.5	eSF Rural	Rural	1	2.955	5	2	Adeq	S	S	S	4d MM	5d	7-15h
	Enf.6	eSF Urbana	Urbana	2	Cerca 4.500	7	1	Inadeq	S	S	S	5d	5d	8-17h
	Enf.7	eSF Urbana	Urbana	2	Cerca 7.000	7	1	Adeq	S	S	S	4d MM	5d	7-17h
	Enf.8	eSF Urbana	Urbana	1	4.734	6	1	Adeq	S	S	S	5d	5d	7-17h
	Enf.9	eSF Rural	Rural	1	4.700	7	4	Inadeq	N	S	S	5d	5d	8-16h

Fonte: *Check-list* aplicado pela pesquisadora principal, junto às enfermeiras dos municípios selecionados em cada estrato populacional, no período de julho/2022 a julho/2023.

Nota: eSF – equipe de Saúde da Família; EACS: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; MM – Projeto Mais Médicos para o Brasil; ACS – Agente Comunitário de Saúde; PNAB – Política Nacional de Atenção Básica; UBS – Unidade Básica de Saúde.

Em relação à modalidade das equipes de APS, somente três eram equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), vinculadas à UBS do modelo tradicional, sendo uma com área de abrangência de zona rural e duas com área de abrangência de zona urbana; as outras 13 eram Equipes de Saúde da Família, sendo seis com área de abrangência de zona rural e sete de zona urbana. As equipes dos municípios B e C apresentam um número de pessoas adscritas dentro do parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde para a ESF, ao contrário do município D, onde a maioria das eSF extrapola ao número de pessoas preconizado<sup>4</sup>.

Na avaliação das enfermeiras, a maioria das UBS apresentam espaço físico adequado ao número de pessoas atendidas diariamente. Entretanto, das sete UBS avaliadas como inadequadas, seis são do município D. A maioria das UBS dispõem dos ambientes mínimos preconizados pela PNAB<sup>4</sup> e todas as UBS dispõem dos mobiliários e equipamentos mínimos para a realização do pré-natal<sup>35</sup>. Sobre o horário de funcionamento, observou-se que todas as UBS funcionavam durante pelo menos oito horas por dia, sendo frequente nas equipes de zona rural a execução da carga horária em regime de “turnão”, com um breve intervalo para o almoço dos profissionais.

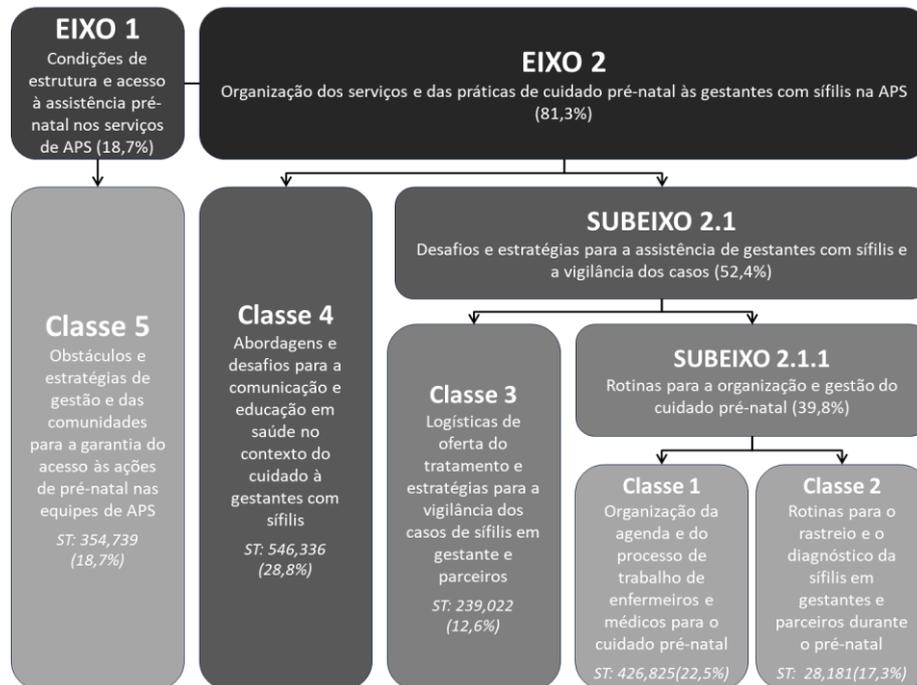
Todas as equipes encontravam-se completas no momento da entrevista. Somente no município D, as eSF contavam com médicos 40h no serviço (cinco dias por semana), exceto naquelas com profissional vinculado ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) que dispõem de oito horas semanais para atividades de educação permanente<sup>36</sup>. Entre os municípios B e C, todos os médicos trabalhavam quatro dias por semana nas suas respectivas equipes, sendo apenas um médico vinculado ao PMMB. Entre as enfermeiras, predominou o trabalho nas equipes durante cinco dias por semana, sendo que nos municípios B e C havia a concessão de um dia de folga com periodicidade que variou entre mensal, quinzenal e semanal.

### **Análise lexical das entrevistas pelo software IRAMUTEQ**

A partir da análise lexical do software IRAMUTEQ foram obtidos 2.322 segmentos de texto, destes 1.897 foram analisados representando um aproveitamento de 81,70%. O *corpus* apresentou 4.750 formas, com 81.913 ocorrências, a lematização de palavras obteve um total de 2.815, com 2.619 formas ativas de palavras e 12 formas suplementares. Os segmentos de texto foram dimensionados e classificados na CHD, esta definiu cinco classes divididas em dois eixos.

A Figura 1 ilustra as relações estabelecidas entre as classes (forma vertical), que devem ser lidas de cima para baixo<sup>30</sup>. Primeiramente o *corpus* foi dividido em dois subgrupos (eixo 1 e eixo 2). No primeiro momento, o eixo 1 gerou a classe 5. O eixo 2 se subdividiu na classe 4 e no subeixo 2.1, que, por sua vez se subdividiu na classe 3 e no subeixo 2.1.2, compondo as classes 1 e 2, isso significa que as classes 1 e 2 possuem conteúdos que apresentam maior relação entre si, do que com a relação à classe 3. De forma semelhante, a classe 4, apesar de participar de eixo em comum com o subeixo 2.1, possui conteúdos heterogêneos que justificaram ser separado em uma classe distinta.

**Figura 1: Distribuição das classes temáticas em eixos de acordo a CHD (forma vertical) - Região de Saúde, Bahia, 2023.**



Fonte: autores, adaptado a partir do IRAMUTEQ (2023).

Esse estudo se aterá na apresentação e discussão do Eixo 1 “Condições de estrutura e acesso à assistência pré-natal nos serviços de Atenção Primária à Saúde” formado pela Classe 5 “Obstáculos e estratégias de gestão e das comunidades para a garantia do acesso às ações de pré-natal nas equipes de APS”. O conteúdo geral do eixo 1 possibilitou compreender como a dimensão estrutural das UBS, equipes e comunidades adscritas favorecem ou dificultam o acesso à assistência pré-natal na APS.

## **Eixo 1 - Condições de estrutura e acesso à assistência pré-natal nos serviços de Atenção Primária à Saúde**

**Classe 5: Obstáculos e estratégias de gestão e das comunidades para a garantia do acesso às ações de pré-natal nas equipes de APS**

A classe 5 representou 18,7% do *corpus* analisado com 354,739 ST, as palavras que deram sustentação a esta classe foram: área ( $x^2 = 384,1$ ); localidade ( $x^2 = 179,939$ ); zona ( $x^2 = 167,072$ ); rural ( $x^2 = 158,13$ ); atendimento ( $x^2 = 121,546$ ); transporte ( $x^2 = 109,58$ ), dentre outras. Nesta classe, as enfermeiras representaram o que identificam como dificuldades para uma melhor cobertura das populações com as ações de pré-natal ofertadas pelas equipes de APS, bem como evidenciaram algumas estratégias empreendidas pelas gestões municipais e membros das comunidades para minimizar tais dificuldades.

Para essas profissionais, a existência de microáreas descobertas por Agente Comunitário de Saúde figura como um grande impedimento tanto para o conhecimento das demandas, quanto para a comunicação da equipe com a comunidade. Os motivos relatados para tal lacuna foram a aposentadoria e o afastamento por doença, tendo-se a expectativa de realização de concurso municipal para o suprimento dessas vagas, como observado nas falas:

*A unidade fica na sede do município, mas toda minha área é zona rural. Não pego nada de centro aqui, nada. Eu estou com 12 acs e um descoberto. Eu tenho uma área descoberta que a ACS aposentou há pouco tempo (Enf.14, score 1008.00).*

*Todas são bem acessíveis. Em relação ao número de pessoas cadastradas, não interfere no atendimento. O problema maior é a falta de ACS. Porque a gente tem uma área muito grande, uma área descoberta enorme e a gente só tem três ACS trabalhando (Enf.16, score 756.74).*

*Eu acho que a unidade está bem localizada. A questão maior é a questão das áreas descobertas. Porque a gente tem áreas que não tem ACS, que já se aposentaram e está sem (Enf.15, score 640.29).*

*Então esse pessoal de lá, como outras áreas também, está descoberto. A questão, a dificuldade mesmo é a falta de comunicação da unidade aqui com a população que está com área descoberta (Enf.15, score 622.80).*

*Essa área que está descoberta, a ACS dessa área não conseguiu fazer o cadastro da área até hoje, porque ela vive doente, ela sai e volta, a gente não conseguiu ainda ter esse quantitativo de pessoas que moram nessa microárea (Enf.8, score 617.78).*

*Vem já essa ACS do concurso. Há tempos que vai fazer o concurso da rede de saúde. Porque não só eu, mas quase todo mundo tem áreas muito descobertas, tem muito ACS que foi aposentado, então está tudo descoberto ainda (Enf.14, score 596.07).*

Na zona rural, as enfermeiras relataram a existência de importantes obstáculos ao de acesso de algumas comunidades às UBS, devido às distâncias e à dificuldade com os meios de transporte. Questões relacionadas a barreiras geográficas, divisa com outro município e à condição das estradas também foram pontuadas.

*Certo, em relação à sede, a unidade está localizada numa base central, num local central. A equipe abrange mais três localidades, que por conta da questão da zona rural existe uma distância, por conta do processo de remapeamento (Enf.5, score 843.51).*

*Eu tenho zona rural que é mais próximo do **município vizinho**, que eu nem acompanho ninguém de lá. Que a maioria das pessoas de lá ainda prefere ir para o **município vizinho**. É difícil, eu não conheci ninguém ainda dessa área (Enf.14, score 787.53).*

*Eu acho que para algumas áreas é ruim. Porque a zona rural que eu pego, tem zona rural muito longe mesmo. Zona rural que eu creio que é bem mais de 40, 50 km daqui (Enf.14, score 737.74).*

*O transporte também. E esses outros locais que são mais lajedos, que é mais região de lajedo, de muita ladeira, então dificulta, dificulta muito essa área geográfica dos pacientes para com a unidade nossa de referência (Enf.13, score 723.86).*

*É estrada de chão. Só o Passado Grande que eu pego a área de pista. Os outros, a maioria são de chão. Os pacientes utilizam o transporte da linha, que tem uns dias certos (Enf.14, score 593.34).*

Os relatos das profissionais evidenciaram que as pessoas das comunidades rurais lançam mão de estratégias para o deslocamento até as UBS em busca de ações e serviços de saúde, o que, por vezes, inclui algum tipo de restrição de horário ou desembolso financeiro direto, nem sempre percebido por eles como problema.

*Tem também ônibus escolar. O pessoal que mora aqui mesmo no **distrito**, numa localidade mais distante, às vezes usa esse transporte escolar, depende do transporte pra poder vir. Vem pro atendimento e fica aguardando o transporte escolar voltar pra ir embora (Enf.15, score 649.20).*

*Outros, agendam visitas domiciliares. Aí a gente tem que ir alocar um carro pra ir pra lá também. A maioria da zona rural usa o transporte escolar, e a outra parte utiliza os carros próprios dos moradores que fazem esse tipo de transporte (Enf.12, score 633.13).*

*Geralmente eles não colocam o deslocamento como um problema, porque na zona rural, os meios de transporte que eles utilizam geralmente é a pé ou a cavalo, a gente vê algumas pessoas chegarem assim e alguns com transporte mesmo de carro, que vai passando e pega o pessoal (Enf.5, score 623.36).*

*Tem carros que o pessoal já trabalha com isso, pra ganhar o comércio também. Mas a dificuldade é essa mesmo, é a questão de transporte. São 4 microáreas na zona rural (Enf.12, score 606.30).*

Algumas estratégias desenvolvidas pelas gestões municipais para ampliar o acesso das comunidades da zona rural às ações e serviços da APS também foram destacadas pelas enfermeiras, dentre as principais, estão: o deslocamento de profissionais das equipes para atendimento nas localidades, seja em unidades satélites ou pontos de atendimento improvisados em associações, igrejas, escolas ou domicílios; e a disponibilização de uma unidade móvel de saúde (Expresso da Saúde) para atendimento médico e odontológico, segundo um roteiro previamente pactuado com as equipes.

*O atendimento é agendado, o ACS que agenda. Os ACS da área que moram próximo, todos agendam. A técnica de enfermagem vai comigo, a daqui que atende aqui da minha unidade, vai com a gente no dia (Enf.14, score 743.78).*

*Quem tem dificuldade, aí o atendimento médico vai até o endereço mais próximo daqueles pacientes que têm mais dificuldade de se deslocar. Ao longo do mês a equipe faz o roteiro do território que é mais distante e das áreas descobertas também (Enf.9, score 743.43).*

*Toda segunda-feira o Expresso vai para alguma localidade nossa daqui do **distrito**. Mas ele faz parte de todas as unidades. Da UBS, que também tem muita zona rural, de **outro distrito** que também é zona rural (Enf.15, score 649.84).*

*As outras localidades, a doutora vai atender em pontos. Quando tem uma casa ou uma escola, ela atende naquele local. Senão, o atendimento é realizado no Expresso de saúde (Enf.15, score 621.81).*

*A equipe realiza deslocamento para atendimento duas vezes por semana, a equipe vai ao atendimento nas localidades também. Infelizmente não tem posto, é a comunidade que empresta a igreja, que empresta ali um espaço na casa (Enf.9, score 603.55).*

As enfermeiras apontaram algumas especificidades em relação às equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Uma vez que essas equipes estão lotadas em UBS do modelo tradicional, as unidades podem estar localizadas fora das microáreas assistidas e descobertas, inclusive em zonas diferentes. Assim, mesmo em unidades da zona urbana, a distância também foi um fator apontado pelas enfermeiras como elemento dificultador do acesso das populações vinculadas a esse tipo de equipe de APS.

*Então a gente contempla de uma forma mais organizada a população que vem ser atendida na unidade (na sede). Nós temos 19 ACS entre as duas equipes (de EACS) e cobrimos toda uma área de zona rural (Enf.3, score 963.06).*

*Hoje em dia já não está mais tão centralizado. Como a área cresceu bastante de quando ela foi mapeada, então as pessoas têm que se deslocar às vezes em grandes distâncias para fazer parte aqui dos atendimentos da unidade (Enf.4, score 708.21).*

*A unidade não está localizada na área de abrangência. Essa área que ela pertence é uma área descoberta, que aqui já é considerado centro (Enf.1, score 587.90).*

Outra singularidade das EACS esteve relacionada ao processo de trabalho das enfermeiras, que acaba sendo influenciado pelo volume de pessoas vinculado às UBS do modelo tradicional, considerando que estas podem agregar diversas EACS e também partes do território que nunca foram cobertas por agentes comunitários. A realização de atividades educativas também foi sinalizada com dificuldade de operacionalização no contexto da EACS.

*Fora a enfermeira do PACS da zona rural. Como a enfermeira da área descoberta não dá conta, então a minha agenda acaba absorvendo. Aqui funciona assim: é sempre o enfermeiro que atende a gestante e ela vai passar a gestação toda passando pela gente (Enf.1, score 844.78).*

*Se você chegar aqui sete horas, que é o horário que tem coleta de laboratório ou senhas para os atendimentos, é entupido de gente. Então tem volume. Faltam ACS para fazer a cobertura total da área (Enf.4, score 613.15).*

*Estou com 10 ACS ativos e 2 microáreas descobertas. E como eu estou dizendo, como acaba não tendo essa distinção, você acaba pegando a área toda, mesmo que tenha outras enfermeiras que atendam, pra ir diminuindo esse fluxo, mas não é bem estabelecido “aqui é só PACS”, entendeu? (Enf.1, score 615.26).*

*E também fazemos grupos de gestante. Não dá pra fazer por localidade, porque fica difícil, às vezes pode faltar e o tempo não é tão grande assim, então a gente geralmente convida da zona rural e da zona urbana e faz um geral aqui na unidade (Enf.3, score 620.27).*

## **DISCUSSÃO**

Os apontamentos trazidos pelas enfermeiras dessa Região de Saúde da Bahia nos ajudam a compreender, de forma mais ampla, como as condições estruturais dos serviços de saúde e das comunidades têm impactado no acesso e na prestação dos serviços da APS, tendo a assistência pré-natal como pano de fundo, mas indo além da sua operacionalização propriamente dita, extrapolando para as demais ações da APS.

Por meio dos elementos constitutivos da Classe 5, a única do Eixo 1, exploramos as dificuldades evidenciadas pelas enfermeiras para uma melhor cobertura da assistência pré-natal ofertada pelas equipes de APS, bem como as estratégias das gestões municipais e das comunidades para minimizar tais dificuldades.

Um dos grandes obstáculos apontados pelas enfermeiras foi a existência de microáreas descobertas por Agente Comunitário de Saúde (ACS), repercutindo diretamente no conhecimento das demandas da comunidade e das particularidades das famílias, no contato com as usuárias para a captação precoce ao pré-natal, monitoramento por meio das visitas domiciliares, busca ativa e orientação, levando à quebra do processo assistencial. Tal ocorrência por si, já suscita preocupações, uma vez que fragiliza o estabelecimento de vínculo e as ações de assistência e vigilância, porém ganha magnitude quando alcança um maior número de equipes do mesmo município, e se repete em vários municípios de uma mesma região, como demonstrado.

Ressalta-se que a captação de gestantes para o início do pré-natal ainda no primeiro trimestre (até 12 semanas) é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para intervenções oportunas, visando resguardar a saúde da gestante e da criança<sup>35</sup> e consta como um dos indicadores do Programa Previne Brasil de financiamento da APS<sup>37</sup>. Diversos estudos têm destacado a potencialidade do trabalho dos ACS para a identificação oportuna de gestantes, a adesão ao serviço de saúde, o contato contínuo, bem como sua importância na busca ativa de faltosas, especialmente quando vinculados à ESF<sup>38,39,40,41</sup>.

Os motivos da ausência da cobertura de ACS em determinadas partes do território foram esclarecidos pelas enfermeiras devido à ocorrência de aposentadorias e afastamentos por doença, tendo-se como expectativa de realização de concurso municipal para o suprimento dessas vagas. As questões de gestão do trabalho dos ACS têm sido definidas por normativas, tais como a Lei Federal nº 11.350/2006, alterada pela Lei Federal nº 13.595/2018, que define que a inserção do ACS no serviço público de saúde se dê mediante processo seletivo público, com contratação direta pelos estados, municípios e Distrito Federal<sup>42,43</sup>.

Estudo realizado por<sup>44</sup>, buscou caracterizar o perfil e os aspectos relacionados à gestão do trabalho dos ACS na Região Nordeste do Brasil e constatou que nessa região predomina a contratação pela administração direta, por meio de concurso ou seleção pública, refletindo em maior estabilidade e garantia de direitos. No estado da Bahia, a partir do ano de 2007, desenvolveu-se uma Política de Desprecarização dos Vínculos de Trabalho dos ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE), tendo como resultado a formalização dos vínculos dos ACS em 414 municípios (99% do estado) até o final de 2011<sup>45</sup>. Embora trate-se de um cenário exitoso, do ponto de vista operacional, verificou-se pela fala das enfermeiras, um descompasso temporal no processo de substituição de um ACS aposentado ou afastado com as iminentes necessidades dos serviços de APS.

Alguns obstáculos vivenciados pelos usuários para chegar até as UBS, também foram demonstrados em relevo pelas enfermeiras. Na zona rural, as principais dificuldades verificadas foram a efetiva distância de algumas localidades até as UBS, as condições das estradas, a existência de barreiras geográficas naturais e de áreas que se encontram na divisa com outros municípios, tornando mais difícil a vinculação ao serviço do município de origem. Embora a existência de eSF e EACS de referência para essas regiões rurais já seja uma importante resposta do Sistema Único de Saúde em nível local, ainda permanecem importantes desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre as populações rurais e urbanas<sup>20</sup>.

Neste contexto, a dificuldade com os meios de transporte foi o aspecto mais proeminente da zona rural para o acesso às UBS. Foi verificado que as pessoas das comunidades utilizavam com frequência a carona no transporte escolar rural, mas que, devido à sua própria dinâmica, estão disponíveis somente em determinados horários, o que acabava modulando a disponibilidade dos usuários no comparecimento às consultas, exames e procedimentos. De forma semelhante, estudos realizados em municípios rurais remotos do Brasil identificaram que a disponibilidade de transporte, entre outros fatores, condiciona o fluxo dos usuários nas UBS, com utilização do transporte escolar como meio habitual, apesar das limitações legais<sup>46,47</sup>.

Na ausência de meio de transporte próprio, foi identificado ainda como estratégia, o fretamento de carros ou rateio da viagem em veículos particulares que se dispunham ao transporte de passageiros, uma espécie de “uber rural”, que demandava o desembolso financeiro direto da população. Situação tão comum na vida em zona rural, que, segundo as enfermeiras, nem sempre é percebida pelos usuários como problema. Um conjunto de estudos têm apontado a inexistência de transporte público e os custos assumidos de forma direta pelos moradores das áreas rurais, como barreiras de acesso tanto aos serviços de APS quanto aos serviços especializados, muitas vezes comprometendo o orçamento familiar<sup>20,47,48,49</sup>.

Pudemos observar que algumas estratégias vinham sendo empreendidas pelas gestões municipais em parceria com as equipes, no sentido de ampliar o acesso das gestantes e da população em geral às ações da APS. O deslocamento dos profissionais de saúde da unidade-sede para atendimento nas localidades das áreas de abrangência da zona rural foi relatado por enfermeiras dos três municípios pesquisados. Para a consecução dos atendimentos, as unidades satélites organizadas pelas secretarias de saúde em localidades-chave, foram estruturas facilitadoras para a descentralização dos atendimentos, inclusive de pré-natal. Em estudo dos casos de três municípios rurais remotos da Região do Norte de Minas Gerais, <sup>46</sup>também evidenciou a utilização de “pontos de apoio”, unidades simplificadas vinculadas às UBS rurais, cuja lógica se baseava no atendimento da demanda espontânea.

Entretanto, os atendimentos itinerantes realizados pelas equipes também abrangeram escolas, igrejas, associações e até mesmo casas de pessoas da comunidade, contemplando demandas clínicas gerais, exceto pré-natal, devido à falta de estrutura. Como se trata de espaços improvisados para a assistência à saúde, compreende-se que tal estratégia deve ser encarada como emergencial, carecendo do investimento das gestões municipais, e das contrapartidas federais e/ou estaduais, em soluções mais definitivas que contemplem as particularidades da zona rural.

A Unidade Móvel de Saúde foi apresentada como estratégia utilizada por um dos municípios estudados. Batizada de Expresso da Saúde, tratava-se de um ônibus equipado com dois consultórios, sendo um odontológico e um clínico. Uma vez por semana, cada equipe de saúde da zona rural programava a agenda de atendimentos médicos e odontológicos no expresso, para uma de suas localidades que não dispunham de unidade-satélite. Entretanto, devido à preferência pelo atendimento médico de demandas clínicas, o pré-natal continuava sendo referenciado para a unidade-sede e para as enfermeiras. Estratégias assistenciais itinerantes também foram identificadas por<sup>50</sup>, em municípios do Oeste do Pará, tanto na

modalidade de atendimento periódico/regular, quanto no formato de mutirão sem periodicidade definida. Para esses autores, os atendimentos móveis cumprem um papel importante na assistência de comunidades mais remotas, porém advertem acerca da fragmentação do processo de cuidado quando se opera em uma lógica campanhista, recomendando modelos de “atendimentos itinerantes com visitas regulares ou periódicas, preferencialmente realizadas pela mesma equipe, enfatizando a longitudinalidade e continuidade do cuidado”.

Diferentemente dos demais, o município representante do estrato populacional de mais de 100 mil habitantes, ainda dispunha na sua rede de serviços de APS de algumas EACS lotadas em UBS do modelo tradicional. Com uma população estimada (2021) de 343.643 habitantes e 56,22% de cobertura estimada pela ESF, o município vem ampliando progressivamente o número de equipes, alcançando 73,36% de população coberta pela APS (dados parciais até agosto/2023), considerando as Equipes de Saúde da Família (eSF) e as Equipes de Atenção Primária (eAP)<sup>23,51</sup>.

Considerando que não há impedimento na PNAB de que as unidades possam estar localizadas fora das microáreas assistidas<sup>4</sup>, as UBS do modelo tradicional apresentavam algumas especificidades, tais como serem referência para EACS tanto de zona rural quanto de zona urbana, ou mesmo para territórios que nunca foram cobertos por ACS, abarcando um grande número de pessoas na sua clientela total. Outra singularidade dizia respeito aos profissionais de saúde a elas vinculados. Excetuando-se as EACS, que são compostas por enfermeiro supervisor e ACS com 40 horas semanais<sup>4</sup>, os demais profissionais lotados nessas unidades podem estar organizados em diversas cargas horárias e diferentes lógicas de trabalho.

Essas características nos ajudam a compreender o relato das enfermeiras de que existia uma dificuldade, especialmente de gestantes, idosos e pessoas com crianças pequenas, para chegar até as UBS do modelo tradicional devido à distância, mesmo para aquelas pessoas que residem na zona urbana, podendo trazer influências ao processo de assistência pré-natal. O processo de

trabalho das enfermeiras das EACS também sofria interferências na medida em que as unidades recebiam um grande volume diário de pessoas e suas agendas eram tensionadas a acolher, além do pré-natal, parte das demais demandas que chegavam até as UBS.

Outras condições relacionadas à estrutura e ao funcionamento das UBS também se evidenciaram como elementos interferentes no melhor desenvolvimento de todas as ações das equipes de APS, inclusive de pré-natal: excesso de pessoas adscritas, inadequação do espaço físico ao volume de pessoas atendidas e a carga horária efetivamente desenvolvida pelos profissionais nos serviços. Em seu artigo, <sup>52</sup>reconhecem limites na implementação no modelo assistencial da ESF e destacam a influência de algumas mudanças nas políticas de saúde ocorridas a partir de 2017 que fragilizaram a dimensão comunitária e coletiva da APS, devido à baixa prioridade conferida à ESF no cenário do SUS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os achados desse estudo reforçam que a qualificação da assistência pré-natal na APS perpassa não só pelo aprimoramento técnico dos profissionais de saúde, mas também pela garantia de adequadas condições estruturais e organizacionais dos serviços, tanto na ESF quanto na EACS.

Também lançaram luz sobre elementos relativos às comunidades, especialmente as rurais, que na interrelação com as características dos serviços, ganham importância por requerem maior esforço dos usuários, profissionais e gestores de saúde para o alcance de maior acesso às ações prestadas pelas equipes de APS.

Embora seja um estudo loco-regional, seus achados podem ser extrapolados para outros municípios, bem como outras regiões do interior da Bahia e do Brasil com características semelhantes, afirmando assim a sua considerável abrangência. Além disso, teve como cenário

de pesquisa uma região nunca estudada nas publicações anteriormente veiculadas ao assunto, englobando as realidades de municípios de diferentes portes populacionais.

Como principal potencialidade do estudo, destaca-se a escuta de diferentes modalidades de APS e contextos territoriais existentes na Região, contemplando equipes de saúde da família e equipes de agentes comunitários de saúde de zona rural e zona urbana.

Os limites do estudo abrangem aspectos como não ter conseguido contemplar a participação de outro município do estrato populacional de até 10 mil habitantes, bem como não ter incluído os médicos envolvidos na assistência pré-natal na APS. O conjunto de dados relativos às dificuldades de substituição dos ACS aposentados e afastados, bem como sobre os desafios das EACS também não contou com apoio de publicações que pudessem enriquecer sua análise.

Finalmente, em que pese a elevada cobertura da assistência pré-natal nos pequenos e médios municípios da região e do esforço do município acima de 100 mil habitantes para a consolidação da ESF no seu território, os resultados apresentados neste estudo revelam que ainda persistem carências de diversas naturezas nessa Região de Saúde, com potenciais prejuízos à saúde materno-infantil. Estes achados são fundamentais para a compreensão da situação de problemas de saúde de grande magnitude na Bahia e no Brasil, tais como a sífilis congênita, que continua em patamares acima do preconizado pelos órgãos internacionais.

Cabe destacar que tal resultado ganha maior relevância diante das expectativas de alterações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que possam trazer um detalhamento mais adequado sobre a estruturação das EACS e equipes de Atenção Primária (eAP), maior estímulo político-institucional e financeiro a conversão das equipes de EACS/eAP para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ao suprimento das necessidades específicas das equipes de APS que atendem às áreas rurais, tais como as unidades móveis de saúde e as unidades satélites, de modo a facilitar o acesso e reduzir o desembolso direto dos usuários com transporte.

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) – Bolsa de doutorado, concedida a Jamille Amorim Carvalho Paiva (Termo de outorga nº BOL 1699/2019).

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019; 3<sup>a</sup>. ed. [acesso em 2024 jan 06]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf)
2. World Health Organization (WHO). Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). WHO Press, Geneva, Switzerland. 2016. [access in 2023 nov 12]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf?sequence=1>
3. Dalla Costa Favero ML, Ribas KAW, Dalla Costa MC, Bonafe SM. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. Arquivos de Ciências da Saúde. 2019 Jul 1;26(1):2.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): 2017. [acesso em 2023 jan 06]. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031)

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Agenda Estratégica para Redução da Sífilis no Brasil 2020-2021. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. [acesso em 2023 jan 06]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_diagnostico\\_sifilis\\_1ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_sifilis_1ed.pdf)
6. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. [acesso em 2023 jan 06]. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/o-departamento/institucional>
7. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev. Saúde Pública. 2012 Jun;46 (3):479–86.
8. Macêdo VC, Romaguera LMD, Ramalho MO de A, Vanderlei LC de M, Frias PG de, Lira PIC de. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. Cad. Saúde Cole. 2020 Dec;28(4):518–28.
9. Luz LA da, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. Saúde Debate. 2018 Oct;42(spe2):111–26.
10. Ramos Jr. AN. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. Cad. Saúde Pública. 2022;38(5):PT069022.
11. Tomasi E, de Assis TM, Muller PG, da Silveira DS, Neves RG, Fantinel E, et al. Evolution of the quality of prenatal care in the primary network of Brazil from 2012 to 2018: What can (and should) improve? Kalk EK, editor. PLOS ONE. 2022 Jan 18;17(1):e0262217.

12. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil. 2002 Abr 1;2:69–71. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/csvgvNHzkYX4xM4p4gJXrVt/?lang=pt>

13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS – a Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011a. [acesso em 2023 jan 06]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)

14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília (DF): 2011b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)

15. Viellas, E.F.; Domingues, R.M.S.M.; Dias, M.A.B.; Gama, S.G.N.; Theme-filha, M.M.; Costa, J.V.; Bastos, M.H.; Leal, M.C. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2014 30 Sup:S85-S100.

16. Dayane da Silva Nunes A, Edimilda Amador A, de Queiroz Medeiros Dantas, AP, Nascimento de Azevedo U, Ribeiro Barbosa I. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Rev. Bras Promoç Saúde. 2017 30(3): 1-10, jul./set.

17. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. Cad. Saúde Pública. 2018 May 10;34.

18. Saes M de O, Duro SMS, Gonçalves C de S, Tomasi E, Facchini LA. Assessment of the appropriate management of syphilis patients in primary health care in different regions of Brazil from 2012 to 2018. *Cad. Saúde Pública*. 2022;38(5).
19. Araújo TCV de, Souza MB de. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. *Rev. Esc Enfermagem USP*. 2020 Dec 7;54.
20. Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF de, Lima JG, Seidl H, Sousa ABL, et al. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. 2022 Ago 8;56:73.
21. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico Especial – Sífilis 2023. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Número Especial-Outubro. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view>
22. Comissão Inter gestores Bipartite (BA). Resolução CIB-BA nº 318/2011 que aprova o Plano Estadual da Rede Cegonha e recomenda outras providências. Bahia: 2011. [Acesso em 2023 jan 16]. Disponível em: [https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Resolucao-CIB\\_N318\\_2011.pdf](https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Resolucao-CIB_N318_2011.pdf)
23. Diretoria de Atenção Básica (BA). Caderno de avaliação e monitoramento da Atenção Básica (CAMAB): Cobertura populacional estimada de Saúde da Família 2012 a 2023 (dados até agosto/2023). Bahia: 2023a. [Acesso em 2024 Jan 11]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>

24. Lopes RM, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZM de A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(Supl 2):S283–97.
25. Pereira NNR. O evento sentinela em saúde bucal em crianças com até seis anos de idade, usuárias do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia; 2017.
26. Turato, ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*. 2005 Jun; 39 (3): 507–514.
27. Minayo MC de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesq. Qualitativa*. 2017 Abr 1;5(7):75.
28. Ministério da Saúde (BR). Plataforma e-Gestor AB. Relatórios Públicos/Histórico de cobertura/Cobertura da APS (PNS 2020-2023) /Região de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Jan-Nov/2023b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>
29. Camargo BV, Justo AM. Brasileira De Psicologia Brasil S. *Temas Psicol*. 2013a Dez; 21: 513-518.
30. Camargo BV, Justo A.M. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS [Internet]. 2021. [Acesso em 2023 Dez 27]. Disponível em: [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_22.11.2021.pdf/view](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021.pdf/view)

31. Fernandes IAT. Iramuteq: um software para análises estatísticas qualitativas em *corpus* textuais. [Monografia]. Rio Grande do Norte (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Exatas e da Terra, Departamento de Estatística. Natal; 2019.
32. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS [Internet]. 2013b [Acesso em 2023 Dez 26]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
33. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS [Internet]. 2016. [Acesso em 2023 Dez 26]. Disponível em: [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_17.03.2016.pdf](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf)
34. Silva R. BARDIN, L. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa edições, 1<sup>nd</sup>. ed. wwwacademiaedu. 70, 225. 2015.
35. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [acesso em 2023 jan 06]. Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwNA>
36. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial MS/MEC n° 604, de 16 de maio de 2023. Dispõe sobre a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil- PMMB. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023c. [Acesso em 2023 Jan 06]. Disponível em <http://maismedicos.gov.br/legislacao>
37. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS n° 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde;

2022b. [Acesso em 2024 Jan 06]. Disponível

em:[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0102\\_21\\_01\\_2022.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0102_21_01_2022.html)

38. Sanine PR, Venancio SI, Silva FLG da Aratani N, Moita MLG, Tanaka OY. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2019;35(10).

39. Sanine PR, Castanheira EL, Nunes LO, Andrade MC, Nasser, MN. Sífilis Congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) 2016 Dez; 17(2): 128-137.

40. Arce VAR, Sousa MF de. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. Cad. Saúde Coletiva. 2014 Mar;22(1):62–8.

41. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública 2012; 28:789-800.

42. Ministério da Saúde (BR). Lei Federal nº 11.350 de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51. Brasília (DF). DOU 06 de outubro de 2006. [acesso em 2024 jan 06]. Disponível em:

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=11350&ano=2006&ato=bbdgXUU5kMRpWT550>

43. Ministério da Saúde (BR). Lei Federal nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e

Agentes de Combate às Endemias. Brasília (DF): DOU 08 de janeiro de 2018. [acesso em 2024 jan 06]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13595&ano=2018&ato=764o3Yq1UeZpWT915>

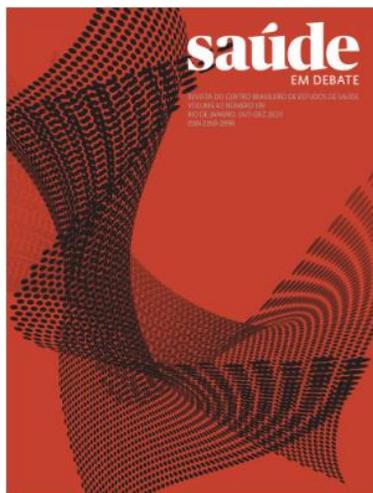
44. Simas PRP, Pinto IC de M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 Jun;22(6):1865–76.
45. Marques AMP, Goulart FAA, Castro JL. Gestão do trabalho em saúde: experiências selecionadas do prêmio InovaSUS - Laboratório de Inovação. *pesquisa.bvsalud.org*. 2016: 161-80.
46. Almeida PF de, Santos AM dos, Cabral LM da S, Fausto MCR. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(11).
47. Franco CM, Giovanella L, Bousquat A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023 Mar; 28:821–36.
48. Almeida PF de, Santos AM dos, Silva Cabral LM da, Anjos EF dos, Fausto MCR, Bousquat A. Water, land, and air: how do residents of Brazilian remote rural territories travel to access health services? *Archives of Public Health*. 2022 Nov 22;80(1).
49. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019;35(12).
50. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Mendonça MHM de. Organização da Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos do Oeste do Pará. *Saúde debate*. 2023;858–77.

51. Diretoria de Atenção Básica (BA). Caderno de avaliação e monitoramento da Atenção Básica (CAMAB): Cobertura da Atenção Primária à Saúde 2021 a 2023 (dados até agosto/2023). 2023b. [Acesso em 2024 Jan 03]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>
52. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF de, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021 Jun;26(suppl 1):2543–56.

## 6.2. ARTIGO 2:

**Organização das práticas de pré-natal para redução da sífilis congênita em Região de Saúde da Bahia.**

(Manuscrito 2 escrito e formatado nos padrões da Revista Saúde em Debate, ISSN Versão on-line: 2358-2898)



## **Organização das práticas de pré-natal para redução da sífilis congênita em Região de Saúde da Bahia.**

### **Organization of prenatal practices to reduce congenital syphilis in the Health Region of Bahia.**

**Resumo:** Lamentavelmente, a sífilis congênita ainda figura como um importante problema de saúde pública. Na Bahia o número de casos ainda é preocupante, demonstrando a necessidade de reforçar ações de vigilância, prevenção e controle. Esse estudo objetiva descrever a organização das práticas profissionais de pré-natal na Atenção Primária à Saúde de municípios de uma Região de Saúde da Bahia. Trata-se de uma investigação descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, tendo a sífilis congênita como evento sentinela. Selecionou-se na região os quatro municípios que apresentaram o maior número de casos de sífilis congênita registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no ano de 2019, considerando os estratos populacionais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 16 enfermeiras das equipes de referência para os casos de sífilis congênita. A análise lexical foi realizada por meio do *software* IRAMUTEQ, com dados processados pelo método de Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados evidenciaram a realização de testes rápidos no 1º e 3º trimestres em todas as unidades básicas, a disponibilidade e administração de penicilina benzatina na maioria delas e uma expressiva oferta dos exames laboratoriais do pré-natal. Ainda são necessárias melhorias em relação à adesão dos parceiros, às atividades educativas e ações de aconselhamento e monitoramento dos casos.

**Palavras-chave:** Cuidado pré-natal; Atenção primária à saúde; Qualidade da assistência à saúde; Transmissão vertical de doença infecciosa; Sífilis.

**Abstract:** Unfortunately, congenital syphilis still appears as an important public health problem. In Bahia, the number of cases is still worrying, demonstrating the need to reinforce surveillance, prevention and control actions. This study aims to describe the organization of professional prenatal practices in Primary Health Care in municipalities in a Health Region in Bahia. This is a descriptive-exploratory investigation, with a qualitative approach, with congenital syphilis as a sentinel event. The four municipalities that presented the highest number of cases of congenital syphilis registered in SINAN in 2019 were selected in the region, considering the population strata. Semi-structured interviews were carried out with 16 nurses from the reference teams for cases of congenital syphilis. Lexical analysis was carried out using the IRAMUTEQ software, with data processed using the Descending Hierarchical Classification method. The

results showed the performance of rapid tests in the 1st and 3rd trimesters in all UBS, the availability and administration of benzathine penicillin in most of them and a significant offer of prenatal laboratory tests, with emphasis on VDRL. Improvements are still needed in relation to partner adherence, educational activities and counseling and case monitoring actions.

**Keywords:** Prenatal care; Primary health care; Quality of health care; Vertical transmission of infectious disease; Syphilis.

## Introdução

O acompanhamento adequado durante a gravidez está associado a melhores indicadores de saúde e contribui para a prevenção de inúmeras doenças, tais como a Sífilis Congênita (SC), que impacta na mortalidade e morbidade infantil, com sintomas geralmente associados a distúrbios dermatológicos, ósseos, oftalmológicos, auditivos, neurológicos, odontológicos e alterações laboratoriais<sup>1</sup>.

Embora a SC seja uma doença infecciosa que conta com métodos eficazes de prevenção, fácil diagnóstico e baixo custo do tratamento, lamentavelmente ainda figura como um importante problema de saúde pública. Diante desta realidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem estabelecendo estratégias e metas para a garantia do diagnóstico e tratamento das gestantes com sífilis em diversos países. Dentre elas estão o acesso precoce aos serviços de saúde materna, acesso a testes diagnósticos de sífilis, garantia de tratamento adequado e oportuno, bem como a vigilância e monitorização dos casos de sífilis<sup>2,3</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde vem estabelecendo protocolos e diretrizes que abordam a prevenção da transmissão vertical de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)<sup>4,5</sup>, bem como a implementação de programas direcionados à melhoria do acesso e da qualidade da assistência pré-natal, tais como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>6</sup> e a Rede Cegonha<sup>7</sup>. Os protocolos, diretrizes e programas configuram-se como ferramentas essenciais para direcionar e respaldar as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, entretanto, sua existência por si só não garante a qualidade do cuidado. Fazem-se necessários investimentos na organização das unidades e nos processos de trabalho, a fim de mitigar as limitações técnico-operacionais que prejudicam a qualidade e a efetividade da assistência prestada<sup>8</sup>.

Para o controle da sífilis<sup>9</sup>, advoga pelo reconhecimento do atributo ‘longitudinalidade’ do cuidado na APS como importante elemento do SUS. Caracterizada como porta de entrada preferencial, a APS configura-se como espaço estratégico de cuidado pois, além de servir como

ponto de comunicação entre os diferentes serviços da rede, possui possibilidades de ação privilegiada por estar no território. O acesso facilitado aos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades adscritas facilita o desenvolvimento de ações de cuidado singularizadas, a busca ativa, o estabelecimento de vínculo entre usuário e unidade<sup>10</sup>.

A assistência pré-natal na APS preconiza a captação precoce para a primeira consulta, o preenchimento de informações no Cartão da Gestante, fornecimento de orientações sobre a periodicidade das consultas, bem como a realização de busca ativa das gestantes faltosas e visitas domiciliares durante a gestação e puerpério, entre outros<sup>11</sup>.

Dentre as medidas para a prevenção da transmissão vertical de IST's, a APS deve implementar estratégias de diagnóstico e tratamento da gestante e de sua parceria. Já na primeira consulta (idealmente no primeiro trimestre) e no início do terceiro trimestre (28ª semana) devem ser feitos os testes rápidos (TR) de HIV, sífilis e hepatites B e C, e em caso positivo, o tratamento deve ser iniciado imediatamente<sup>12</sup>.

O cuidado na APS também facilita a participação das parcerias sexuais das gestantes no pré-natal, não sendo este exclusivo da mulher grávida. Caso ela tenha uma parceria sexual é importante que a unidade de saúde esteja atenta à necessidade da sua inclusão, acolhimento e triagem diagnóstica de sífilis e outras IST, tal como preconiza a Estratégia Pré-natal do Parceiro. O acesso e inclusão da parceria no pré-natal se destaca como elemento importante na adesão ao tratamento e redução na transmissão vertical da sífilis<sup>12,13</sup>.

O Brasil vem atingindo uma cobertura pré-natal quase universal para as gestantes que utilizam o SUS, quando utilizado o critério de pelo menos uma consulta. É possível observar também um aumento na realização de exames de ultrassonografia, rastreamento diagnósticos de HIV, sífilis e aferição dos níveis glicêmicos<sup>14</sup>. Mas, apesar dos esforços implementados para melhoria da assistência ao pré-natal no país, ainda é possível observar diferenças regionais importantes, com menor acesso ao cuidado de qualidade nas regiões Norte e Nordeste<sup>15,16,17</sup>.

Variáveis sociodemográficas também impactam no indicador de assistência, mulheres indígenas e pretas, com menor escolaridade, maior número de gestações, e sem companheiro tendem a ter maiores dificuldades de acesso às consultas pré-natais<sup>15,16</sup>. Para a melhoria da assistência pré-natal e consequente eliminação da sífilis congênita, faz-se necessário implementar práticas de cuidado que somem esforços às políticas existentes.

Assim como no Brasil, na Bahia o número de casos de sífilis ainda é preocupante, demonstrando a necessidade de reforçar ações de vigilância, prevenção e controle da infecção. No período de 2012 a 2022, houve um aumento progressivo da taxa de detecção de sífilis em

gestantes no estado (4,6 em 2012 para 24,3 casos por mil nascidos vivos em 2022), porém, a taxa de incidência de sífilis congênita (casos por mil nascidos vivos) também apresentou trajetória ascendente, saindo de 2,7 em 2012 para 7,2 em 2022<sup>18</sup>, apesar da também crescente Cobertura Populacional Estimada das Equipes de Saúde da Família no mesmo período, que era de 62,91% e alcançou 81,84% em 2023<sup>19</sup>. Os altos índices de SC indicam a perda da oportunidade de interromper a cadeia de transmissão na APS, sugerindo falhas na organização dos serviços<sup>20</sup>.

Considerando a carência de pesquisas direcionadas à análise da assistência pré-natal ofertada nos municípios do Estado da Bahia, para melhor compreensão das suas fragilidades e potencialidades, esse estudo objetiva descrever a organização das práticas profissionais de pré-natal na Atenção Primária à Saúde de municípios de uma Região de Saúde da Bahia.

### **Material e método**

Trata-se de uma investigação descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, sobre a organização da assistência pré-natal prestada em serviços de Atenção Primária à Saúde, a partir de um evento sentinela: a sífilis congênita. Eventos sentinela dizem respeito a “situações evitáveis e já controladas, cuja ocorrência pode ser interpretada como resultado da falência ou ausência de qualidade de alguma intervenção específica”<sup>21</sup>.

Optou-se pela abordagem qualitativa por permitir a expressão “de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas” de sujeitos e grupos envolvidos em determinados problemas<sup>22</sup>. O foco se deu na identificação de fatores facilitadores e barreiras frente a abordagens, frequentemente utilizada no método qualitativo, consistindo no “estudo da dinâmica de fatores tidos como responsáveis pelo melhor ou pior resultado das aproximações diagnósticas, terapêuticas ou preventivas, do ponto de vista dos acometidos por problemas de saúde ou de seus cuidadores”<sup>23</sup>.

O estudo foi realizado em uma Região de Saúde do Estado da Bahia, constituída por 19 municípios, tendo sido selecionados os quatro municípios que apresentaram o maior número de casos de sífilis congênita registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no ano de 2019, considerando os estratos populacionais de até 10 mil habitantes; de 10 a 30 mil habitantes; de 30 a 50 mil habitantes e acima de 100 mil habitantes (Tabela 1).

Foram verificadas as Fichas de Notificação dos casos de Sífilis Congênita e, a partir dos endereços informados, foi realizado contato com as Coordenadoras de Atenção Básica dos quatro municípios e solicitada a identificação da UBS e equipe de APS de referência para aquela

localidade, independente da modalidade (USF ou UBS Tradicional). Também foi solicitado o apoio das coordenadoras para o contato inicial com as respectivas enfermeiras de cada equipe identificada, dado o reconhecido protagonismo destas profissionais na assistência ao pré-natal de baixo risco.

Mediante contato telefônico, foi feito o convite para participar do estudo às 17 enfermeiras das equipes de APS de referência para os 21 recém-nascidos registrados com sífilis congênita, nos referidos municípios no ano 2019, tendo sido obtido o consentimento de 16 delas. Não houve representação do município selecionado no estrato de até 10 mil habitantes, devido à recusa de participação.

**Tabela 1. Caracterização dos municípios selecionados em cada estrato populacional - Região de Saúde, Bahia, 2023.**

	<b>ESTRATO 1</b>	<b>ESTRATO 2</b>	<b>ESTRATO 3</b>	<b>ESTRATO 4</b>
	<b>Até 10 mil habitantes (total de 6 municípios)</b>	<b>De 10 mil a 30 mil habitantes (total de 10 municípios)</b>	<b>De 30 mil a 50 mil habitantes (total de 2 municípios)</b>	<b>Acima de 100 mil habitantes (total de 1 município)</b>
	<b>Município A</b>	<b>Município B</b>	<b>Município C</b>	<b>Município D</b>
<b>População (Estim. IBGE 2021) *</b>	4.896	26.581	46.885	343.643
<b>Nº de ACS **</b>	35	57	93	518
<b>Nº equipes de Atenção Primária financiadas (eAP) ***</b>	0	0	0	10
<b>Nº cadastros nas equipes de Atenção Primária financiadas (eAP) ***</b>	0	0	0	12.097
<b>Nº equipes de Saúde da Família financiadas (eSF) ***</b>	4	10	15	56
<b>Nº cadastros nas equipes de Saúde da Família</b>	8.919	24.881	50.187	240.016

<b>financiadas (eSF) ***</b>				
<b>Cob. de APS ***</b>	100%	93.6%	100%	73.36%
<b>Cob. Pop. Estimada (%) da Estratégia Saúde da Família (ESF) ****</b>				
	100%	100%	100%	56,22%
<b>Nº casos sífilis congênita SINAN 2019 incluídos na pesquisa</b>				
	2	5	3	11

Fontes:

\* Plataforma e-Gestor AB/Relatórios Públicos/Financiamento APS/Pagamentos APS(2022-atual)/Capitação ponderada (parc. OUT/23, comp. AGO/2023); acessado em 10/01/24;

\*\* Plataforma e-Gestor AB/Relatórios Públicos/Financiamento APS/Pagamentos APS(2022-atual)/Agentes Comunitários de Saúde (parc.OUT/23, comp.AGO/2023); acessado em 10/01/24;

\*\*\* Plataforma e-Gestor AB/Relatórios Públicos/Histórico de cobertura/Cobertura da APS (PNS 2020-2023) comp.AGO/2023; acessado em 10/01/24;

\*\*\*\* Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB) da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SAIS/SESAB), dado gerado em 08 de novembro de 2023, dados e-Gestor/SISAB referentes a agosto/2023; acessado em 10/01/24;

A produção de dados ocorreu no período de 22 de julho de 2022 a 26 de julho de 2023 por meio de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado contendo aspectos sócio-demográficos, com o intuito de caracterizar os participantes, e seis (6) blocos de perguntas que permeiam a temática (área de abrangência, organização da agenda, recursos diagnósticos, terapêuticos e de vigilância, comunicação e educação em saúde, educação permanente e impressões gerais).

A pesquisadora principal realizou todas as entrevistas, de forma individual, em sala reservada na USF de atuação da enfermeira (exceto uma, que encontrava-se em outro serviço de saúde do município no momento), com uso de gravador de áudio, com um tempo médio de duração de 60 minutos. As 16 entrevistas foram transcritas na íntegra, organizadas e salvas em arquivo compatível o *open office*, formando o *corpus* para análise de dados textuais, ou análise lexical.

Foi utilizado o software *Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes Et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), um *software* gratuito e com fonte aberta, desenvolvido

por Pierre Ratinaud, que aplica métodos quantitativos (estatística descritiva e inferencial) a dados qualitativos (textos). O programa está ancorado no ambiente estatístico do *software* R e na linguagem *python* ([www.python.org](http://www.python.org)), e possibilita diferentes tipos de análises textuais ou procedimentos lexicométricos, tais como: descrições estatísticas clássicas; Análise de Especificidades linguísticas; Análise Fatorial por Correspondência (AFC); Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Análise de similitude; Nuvem de palavras; Análise Prototípica de evocações<sup>24,25,26</sup>.

A Classificação Hierárquica Descendente ou método de Reinert, foi utilizada para o processamento dos dados. O *corpus* de análise foi composto de 16 textos correspondentes às entrevistas, processadas e analisadas pelo *software* em um tempo de 22 segundos.

Os fundamentos lexicométricos da CHD baseiam-se na “análise de agrupamentos em que os segmentos de texto de um *corpus* são sucessivamente particionados em função da coocorrência de formas lexicais”, identificando grupos de segmentos de texto que possuem vocabulários semelhantes entre si<sup>26</sup>. Nesse contexto, as entrevistas, denominadas de “textos”, são subdivididas em “segmentos de texto” (ST) e organizados em agrupamentos de palavras estatisticamente significativas<sup>27</sup>.

Na CHD, um dos resultados apresentados pelo *software* é o dendograma, que organiza as palavras/formas linguísticas mais específicas de cada classe, mediante o cálculo da sua frequência absoluta e o valor de qui-quadrado agregado<sup>26,28</sup>. Ademais, é possível a apresentação dos segmentos de texto com formas linguísticas típicas de cada classe, permitindo o resgate dos contextos de enunciação<sup>26</sup>. O teste de qui-quadrado também é utilizado para verificar a associação dos ST com cada classe, sendo que, quanto mais alto o valor, maior é a associação<sup>27</sup>.

Ao final do procedimento da CHD, o percentual do material aproveitado é apresentado nos resultados, uma vez que nem todos os segmentos de texto são classificados. É considerada proveitosa uma retenção mínima de 75% dos segmentos de texto, para a classificação de qualquer material textual<sup>26,28,29</sup>.

Em nível interpretativo<sup>25</sup>, destacam que a significação das classes depende do marco teórico de cada pesquisa. A análise lexical do material das enfermeiras evidenciou regularidades e aspectos comuns identificados nos textos e, assim, foram elaboradas interpretações qualitativas baseadas nos referenciais sobre a sífilis em gestante e sífilis congênita.

Todas as enfermeiras foram informadas sobre os objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa e garantia do sigilo dos dados coletados, tendo aceitado participar voluntariamente, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No intuito de garantir o anonimato, as falas das participantes foram identificadas pela abreviação *Enf.* acrescida do número arábico correspondente à ordem das entrevistas.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob CAAE: 52307221.7.0000.0055 e parecer nº 5.176.473/2021, atendendo às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## **Resultados**

A totalidade dos entrevistados era do sexo feminino. A faixa etária variou de 29 a 48 anos, com 10 participantes entre 29 e 39 anos. Quanto ao tempo de formação profissional, 10 participantes tinham mais de 10 anos de formadas. A maioria das enfermeiras (15) possuía pós-graduação, sendo uma delas com mestrado e 11 delas com pelo menos um curso na área de saúde coletiva.

Entre as 16 participantes, seis enfermeiras tinham entre sete e 12 anos de atuação na APS e três tinham mais de 20 anos. O tempo de trabalho na atual equipe de APS variou de dois meses a 12 anos, sendo que quatro enfermeiras tinham entre um e três anos e cinco enfermeiras tinham mais de seis anos trabalhando nessa mesma equipe. Quanto à modalidade da equipe de APS, 13 eram Equipes de Saúde da Família (seis com área de abrangência de zona rural e sete de zona urbana) e três eram equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), vinculadas à UBS do modelo tradicional (uma com área de abrangência de zona rural e duas de zona urbana).

### **3.1 Análise lexical das entrevistas pelo *software* IRAMUTEQ**

O *corpus* de análise foi constituído por 16 entrevistas, que foram separadas em 2.322 segmentos de texto (STs), com aproveitamento de 81,70% (1.897 STs). Emergiram 81.913 ocorrências, com 4.750 formas. A lematização de palavras obteve um total de 2.815, com 2.619 formas ativas de palavras e 12 formas suplementares. Os segmentos de texto foram dimensionados e classificados na CHD, esta definiu cinco classes denominadas de acordo com os vocábulos mais frequentes e significativos, divididas em dois eixos. Resultante da análise do *IRaMuTeQ*, a Figura 1 permite visualizar as relações estabelecidas entre as classes (forma vertical), e devem ser lidas de cima para baixo<sup>25</sup>.

**Figura 1. Distribuição da Classificação Hierárquica Descendente com os eixos e conteúdos da pesquisa - Região de Saúde, Bahia, 2023.**

<p><b>Eixo 1:</b> Condições de estrutura e acesso à assistência pré-natal nos serviços de APS (18,7%)</p>	<p><b>Eixo 2: Organização dos serviços e das práticas de cuidado pré-natal às gestantes com sífilis na APS (81,3%)</b></p>			
<p><b>Classe 5:</b> Obstáculos e estratégias de gestão e das comunidades para a garantia do acesso às ações de pré-natal nas equipes de APS</p>	<p><b>Classe 4:</b> Abordagens e desafios para a comunicação e educação em saúde no contexto do cuidado à gestantes com sífilis</p>	<p><b>Subeixo 2.1:</b> Desafios e estratégias para a assistência de gestantes com sífilis e a vigilância dos casos (52,4%)</p>		
<p>Área Localidade Zona Rural Atendimento Transporte Carro Escola comunidade local morar descobrir ônibus posto equipa unidade lote acs sede</p>	<p>Questão Preservação Sífilis Falar explicar Importância Tratamento doença Achar Assim parceiro cuidado Hiv Tratar Uso Sentir Bebê Coisa</p>	<p><b>Classe 3:</b> Logísticas de oferta do tratamento e estratégias para a vigilância dos casos de sífilis em gestante e parceiros</p>	<p><b>Subeixo 2.1.1:</b> Rotinas para a organização e gestão do cuidado pré-natal (39,8%)</p>	
		<p>Notificação Vigilância Receita Encaminhar Planilha Mandar Notificar Epidemiológico Aplicar Prontuário Anotar Controlo Investigação</p>	<p><b>Classe 1:</b> Organização da agenda e do processo de trabalho de enfermeiros e médicos para o cuidado pré-natal</p> <p>Agenda Dia Médico Marcar pré_natal demanda Semana atender consulta Tarde agendar Já gestante</p>	<p><b>Classe 2:</b> Rotinas para o rastreio e o diagnóstico da sífilis em gestantes e parceiros durante o pré-natal</p> <p>Resultado Exame Laboratório Triagem Demorar testes_rápidos Vdrl Beta Solicitar Pedir papel_filtro terceiro_trimestre Sorologia beta_hcg</p>

ST: 354,739 (18,7%)	ST: 546,336 (28,8%)	Fichar Reposição Formulário Mando Registrar  ST: 239,022 (12,6%)	Terça Turno sexta_fei ra Data começar  ST: 426,825(22,5%)	Rápido primeiro_trimestr e Consulta Negativo  ST: 328,181(17,3 %)
------------------------	------------------------	---	---	---

Fonte: autores, adaptado a partir do IRAMUTEQ (2023).

A abordagem desse estudo se dará na apresentação e discussão do Eixo 2 “Organização dos serviços e das práticas de cuidado pré-natal às gestantes com sífilis na APS” que se dividiu na Classe 4 “Abordagens e desafios para a comunicação e educação em saúde no contexto do cuidado à gestantes com sífilis” e no Subeixo 2.1 “Desafios e estratégias para a assistência de gestantes com sífilis e a vigilância dos casos”, que por sua vez, se dividiu na Classe 3 “Logísticas de oferta do tratamento e estratégias para a vigilância dos casos de sífilis em gestante e parceiros” e no Subeixo 2.1.1 “Rotinas para a organização e gestão do cuidado pré-natal”, que compôs a Classe 1 “Organização da agenda e do processo de trabalho de enfermeiros e médicos para o cuidado pré-natal”, e a classe 2 “Rotinas para o rastreio e o diagnóstico da sífilis em gestantes e parceiros durante o pré-natal”. Isso significa que as classes 1 e 2 possuem conteúdos que apresentam maior relação entre si, do que com a relação à classe 3. De forma semelhante, a classe 4, apesar de participar de eixo em comum com o subeixo 2.1, possui conteúdos heterogêneos que justificaram ser separado em uma classe distinta.

## **Eixo 2 - Organização dos serviços e das práticas de cuidado pré-natal às gestantes com sífilis na APS**

### **Classe 4: Abordagens e desafios para a comunicação e educação em saúde no contexto do cuidado a gestantes com sífilis**

A classe 4 é composta por 546,336 ST e abrigou a maior parte do *corpus*, representando 28,8% do material analisado, na qual se destacaram as palavras: questão ( $x^2 = 130,64$ ); preservativo ( $x^2 = 124,918$ ); sífilis ( $x^2 = 104,723$ ); falar ( $x^2 = 103,873$ ); explicar ( $x^2 = 93,468$ ); importância ( $x^2 = 82,053$ ), tratamento ( $x^2 = 73,414$ ) dentre outras. O conteúdo desta classe revelou as principais informações e orientações fornecidas às gestantes pelas enfermeiras, no

contexto da realização dos testes rápidos e comunicação dos resultados, bem como os principais desafios vivenciados no processo de educação em saúde.

No âmbito da comunicação do diagnóstico de sífilis, as enfermeiras expressaram que buscam acolher e frisar com as gestantes a existência de tratamento, a importância de realizá-lo de forma completa e as possíveis repercussões negativas que a doença, quando não tratada ou tratada inadequadamente, pode vir a causar ao bebê, como observado nos seguintes ST:

*Mas a gente tenta preparar ela, explica sobre a doença, as vias de transmissão, e fala do tratamento também, fala das consequências de não tratar, de fazer um tratamento correto, das consequências para o bebê, o recém-nascido (Enf.10, score 521.59).*

*Procuro sempre humanizar bastante esse momento, em que nós estamos juntos nessa, até que ela tenha êxito no tratamento. Eu preciso falar com ela sobre a questão de como essa doença pode cursar se não tratada, ao recém-nascido dela (Enf.3, score 476.96).*

*E é importante na questão de tratar corretamente, porque para evitar maiores danos tanto para a gestante quanto para a criança. Então assim, eu acho extremamente importante a educação em saúde, explicar tudo certo, os conceitos, o que pode levar a sífilis não tratada (Enf.15, score 581.05).*

*É uma questão bem importante. A gente explica também que essas doenças geralmente, às vezes pode até ser assintomática para ela, mas que é a importância do tratamento para o bebê e ela como ser humano e como mãe (Enf.3, score 529.23).*

*Eu acho importante a gente estar falando disso, e das consequências que um tratamento mal-feito ou não feito pode acarretar em relação ao bebê. Ela sai daqui orientada nesse sentido. Também sobre o uso do preservativo (Enf.2, score 556.07).*

A necessidade do acompanhamento do pré-natal, do tratamento concomitante do parceiro e do uso do preservativo durante todo o período gestacional também foram questões bastante enfatizadas pelas enfermeiras para a quebra da cadeia de transmissão da sífilis, embora a maioria reconheça existir algum grau de dificuldade para a adesão masculina à essas ações.

*Explico que é uma doença tal, mas que fazendo o tratamento certo, pode não ter problema nenhum, que é necessário o tratamento tanto para gestante quanto pro parceiro e principalmente para criança e assim eu tento orientar da melhor maneira possível (Enf.15, score 411.88).*

*O diagnóstico é tranquilo. Eu falo isso pela minha unidade. O tratamento eu acho que é essa questão de adesão mesmo. Elas aderem mais e daí a questão da adesão do tratamento do parceiro (Enf.6, score 464.41).*

*Porque às vezes tem homens que é mais difícil de fazer o tratamento correto. Então a gente informa sobre o uso do preservativo e sobre a necessidade de fazer o tratamento de forma certa. Capacitação de sífilis não (Enf.15, score 448.68).*

*Acho que esse é o principal desafio, porque a mulher pode tratar e ela pode ter um parceiro não tratado e o bebê vir até sífilis congênita por conta disso (Enf.5, score 389.47).*

*Sim, aceitação é pequena, mas a gente oferta o preservativo. Tem na unidade, a gente explica a importância de ser o único método que vai prevenir, não só sífilis, mas outras doenças também (Enf.2, score 520.24).*

*De ele vir, dele estar junto. Porque a gestante acaba cedendo muitas vezes, eu acho que acaba não usando preservativo. Mas eu acho que ainda é essa questão do parceiro. Eu acredito que está fluindo bem (Enf.6, score 405.81).*

*Essas questões sexuais das pessoas, a gente orienta. O desafio é eu tentar conscientizar que mesmo eles tratando, ela usar camisinha, pelo menos até concluir a gestação. No momento eu estou gostando bem, assim (Enf.7, score 397.64).*

*Uma ou outra que não é tão madura, não é tão consciente do caso, pode dificultar o processo. E a questão do uso do preservativo. Também tem a aceitação desse parceiro em vir (Enf.3, score 388.42).*

Em que pese algumas enfermeiras tenham demonstrado certa tranquilidade para informar às gestantes sobre o diagnóstico de sífilis, diferentemente se fosse HIV, outras evidenciaram preocupação com o impacto desse diagnóstico no relacionamento conjugal, pela característica do contágio da sífilis ser eminentemente sexual, conforme pode ser observado nas falas.

*O que é, o que pode acontecer, como vai proceder, como vai ser o tratamento. Não sinto dificuldade, não. Já levo numa boa falar do diagnóstico da sífilis. Eu acho que o HIV (Enf.1, score 482.76).*

*Eu ainda não peguei uma situação de HIV positivo. Mas talvez eu tivesse um pouco mais de tato, ao falar e ao abordar o assunto. Eu acho que eu teria um pouco mais de cuidado na hora de abordar do que da sífilis em si (Enf.2, score 444.52).*

*Tem que ter cuidado na forma de falar, porque envolve essa questão da confiança, essa questão do relacionamento. Então eu vou explicar o que foi detectado, a infecção, a importância... então eu trabalho muito assim de sensibilizar ela (Enf.7, score 559.95).*

*É difícil. A questão da hepatite pode ter sido por outras vias. Mas a sífilis é só... eu já falo logo: aqui é hepatite B negativo, já é a frase, hepatite B negativo, hepatite C negativo (Enf.11, score 401.00).*

A prática de aconselhamento pré-testes e pós-testes rápidos de sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C foi apresentado como realidade em algumas equipes e como uma perspectiva para outras, sendo o diagnóstico normalmente informado pelo profissional enfermeiro. Foi destacada estratégia de buscar o que a mulher já sabe e quais as dúvidas que ela tem, bem como, nos casos negativos, já prepará-la com informações para o próximo período em que os exames serão repetidos.

*Para saber se você tem anemia, se tem diabetes, mas também se tem algumas doenças, principalmente sífilis, hepatite B, hepatite C e HIV. Você já ouviu falar? Ela coloca alguma coisa, que sim ou que não (Enf.9, score 437.28).*

*HIV negativo e sífilis, que é aquela doença que pega no sexo, negativo. Eu já friso, sempre, porque assim, o primeiro pode não ter dado, mas pode dar no segundo, aí vem a questão (Enf.11, score 434.54).*

*Ela chegou e falou assim: eu fiz o teste de sífilis ali e deu positivo, isso é o quê? Essa foi a pergunta dela. Sou eu mesma que informo o diagnóstico. Eu friso que tem que fazer esse tratamento certo (Enf.14, score 419.56).*

*Eu informo a gente vai realizar os testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C. Ai explico tudo certo, aí faço. Mas antes a gente não senta pra conversar. Estamos programando pra fazer assim na roda de conversa (Enf.15, score 406.81).*

Ainda no contexto da educação em saúde como elemento de prevenção, foi evidenciado pelas enfermeiras a importância de uma maior divulgação sobre o tema da sífilis e das repercussões da sífilis em gestante, não só nos territórios, mas também nos meios de comunicação de massa. Também foi apontada uma certa banalização do tema das infecções sexualmente transmissíveis e o uso do preservativo pela população e a necessidade de se modificar e ampliar as abordagens educativas.

*Outros temas básicos, amamentação, uso de preservativo, sempre falo da qu estão da Zika que aumentou muito. Se falar só da questão da relação sexual, por conta de DST, a gente sente uma resistência maior (Enf.8, score 546.49).*

*Focar mais nessa questão de dar educação em saúde principalmente para comunidades mais humildes, a gente tem essa dificuldade, essa conversa de informar o paciente sobre a importância da prática de atividade sexual com uso do preservativo (Enf.15, score 486.85).*

*De planejar uma gravidez, de procurar para poder fazer um teste rápido de rotina, de ver se tem alguma doença. Mas assim, eu ainda acho que falta também uma divulgação em massa. Eu não vejo falando de sífilis na televisão (Enf.11, score 406.23).*

*Porque, como eu falei, acho que tem pessoas que não sabem, não conhecem ainda a importância, o que causa, então não dão a devida atenção a esse problema. Não, de gestante com sífilis, não (Enf.15, score 391.72).*

*Eu te falei, essa questão da pista, a vulnerabilidade de lá, a gente chega aqui e faz palestra e o povo... assim, quando vai falar, desinteresse, não preocupa, acha que não vai dar em nada (Enf.11, score 380.61).*

*Todas as unidades fizeram. Uma escolheram sífilis, outras escolheram a hepatite, mas sífilis foi a campeã, porque aqui no município tem realmente bastante. E fizemos, só que assim, às vezes as pessoas não estão prestando atenção, então assim, insistir mais, intensificar essa questão (Enf.11, score 377.72).*

### **3.2.1 Subeixo 2.1 - Desafios e estratégias para a assistência de gestantes com sífilis e a vigilância dos casos**

O subeixo 2.1 possibilitou a construção do pensamento sobre como as equipes têm provido o tratamento da sífilis em gestantes e parceiros, a partir de diferentes lógicas de disponibilização da penicilina benzatina e os instrumentos utilizados para a vigilância dos casos. Para melhor entendimento dos resultados, será apresentada a classe 3 e posteriormente o subeixo 2.1.1.

### **Classe 3: Logísticas de oferta do tratamento e estratégias para a vigilância dos casos de sífilis em gestante e parceiros**

A classe 3 apresentou 239,022 ST, o que significou o envolvimento de 12,6% do material analisado, e cuja constituição ocorreu a partir das seguintes palavras: notificação ( $x^2 = 301,764$ ); vigilância ( $x^2 = 222,602$ ); receita ( $x^2 = 136,348$ ); encaminhar ( $x^2 = 125,937$ ); planilha ( $x^2 = 123,959$ ); mandar ( $x^2 = 120,253$ ), dentre outras. Nesta classe, as enfermeiras expressaram a existência de duas modalidades logísticas de oferta de tratamento da sífilis em gestante, todas elas liberadas a partir da notificação do caso à Vigilância Epidemiológica.

Uma primeira modalidade consistiu no abastecimento regular das UBS com um kit de ampolas de penicilina benzatina de 1.200.000UI direcionadas para a imediata administração da primeira dose do tratamento de sífilis em gestantes e parceiros na UBS, mediante teste rápido positivo, como estratégia para não perder a oportunidade de tratar. No município D, o kit estava composto por 6 ampolas de penicilina benzatina, que corresponde a um tratamento completo de sífilis terciária ou latente tardia/duração indeterminada.

*A gente precisa preencher o formulário e manda geralmente junto com a notificação da vigilância epidemiológica. A reposição é rápida. Na realidade a gente recebe geralmente um tratamento. Geralmente são seis ampolas (Enf.6, score 1034.95).*

*Aí eu faço as xerox da sua notificação, encaminho para a vigilância e aí eles vão me mandar mais seis, porque eu vou usar seis contigo e vou ficar com seis novamente no meu estoque (Enf.4, score 856.65).*

*Imediatamente eu já me comunico com a vigilância. Eu vou mandar aquela notificação, então ela já repõe o kit de reserva e já manda o tratamento todo da paciente (Enf.3, score 759.43).*

*Já inicia tratamento, já faz notificação e investigação e aguarda a reposição dessa medicação. É uma rotina do município. O kit dispõe das três doses de penicilina. A gente fica com esse kit de reserva (Enf.2, score 705.52).*

*A gente usou, à medida que a gente vai usando ali, a reposição vem na realidade quando você notifica. Eu sei que eu vou usar três, seis, já faz a notificação e já envia a solicitação para a reposição junto com a notificação (Enf.6, score 552.63).*

*Já tem um kit já, por exemplo, se a gente utilizar, aí solicita reposição para não perder a oportunidade de tratar aquela pessoa naquele momento. A reposição vem após o encaminhamento da notificação, a medicação é repostada (Enf.5, score 546.77).*

Ainda nesse contexto, no município B, o kit de cada UBS estava composto por 2 ampolas de penicilina benzatina 1.200.000UI, que corresponde somente à primeira dose de tratamento de gestante ou do parceiro, a ser administrada no próprio local. O restante do tratamento e a reposição do kit seria recebido pela equipe após a notificação do caso.

*Usei, já sinalizo, mas usei pra paciente normal, eu preciso de mais duas. Se for gestante ainda tem que mandar cópia da notificação de SINAN pra ela, porque pra vim da DIRES tem que ter a notificação (Enf.11, score 510.28).*

*Aí temos que notificar. No caso do parceiro, se a gestante não usar no dia, a gente usa essa penicilina e pega com notificação as outras a mais. É sempre que a gente fica com 2 (Enf.13, score 481.16).*

Uma segunda modalidade consistiu na centralização das ampolas de penicilina benzatina de 1.200.000UI na Farmácia Básica do município C, localizada no centro da cidade, que fazia a disponibilização aos pacientes mediante receita médica ou de enfermagem, com duas orientações em relação à administração: pacientes oriundos de USF localizada na zona rural deveriam pegar a medicação e se dirigir até o hospital para aplicar; pacientes oriundos de USF localizada na zona urbana, poderia pegar a medicação e retornar para aplicação na própria UBS de referência.

*O único formulário que a gente costuma preencher é a da notificação, a gente faz a notificação e encaminha pra secretaria de saúde. Ela sai com a receita, pega na farmácia e com a mesma receita ela vai ao hospital, procura e pede pra fazer a administração lá (Enf.15, score 840.51).*

A imediata notificação e abertura de investigação dos casos de sífilis em gestante foi reportada pela totalidade das enfermeiras entrevistadas, geralmente vinculada como etapa necessária para a obtenção da medicação. Também foi evidenciada que a rotina de notificação e investigação está mais localizada no fazer do profissional enfermeiro, que também realiza a prescrição do tratamento de gestantes e parceiros com sífilis nas UBS.

*Eu na primeira consulta, isso, eu já faço a notificação. Eu notifico e mando para a secretaria, eles recebem a ficha de investigação que vai junto a notificação. Lá a gente já coloca qual for o tratamento que foi (Enf.14, score 785.81).*

*A enfermeira do pré-natal só faz os testes rápidos e direciona para a enfermeira de referência notificar. Não tem participação dos médicos nem das técnicas de enfermagem. O kit de penicilina para administração nas gestantes e parceiros só vem para a unidade mediante o envio da notificação para a vigilância (Enf.1, score 800.43).*

*Eu tiro uma xerox que eu deixo no prontuário anexado, para mostrar que ela foi notificada, uma cópia, a cópia original vai para a vigilância e eu prescrevo a medicação e tem a ficha de solicitação de penicilina (Enf.7, score 798.76).*

*Eu deixo uma cópia no prontuário, no caso a ficha, e geralmente eu boto também no prontuário, notificação número tal, eu deixo também no cartão. O médico notifica às vezes. Eu notifico mais (Enf.11, score 731.66).*

*Não precisa da prescrição do médico, a gente mesmo preenche, a gente só coloca a unidade e a nossa assinatura. Então a vigilância já manda sem essa solicitação médica (Enf.1, score 553.53).*

*Nem encaminha assim, mas a gente entra em contato com o serviço. Geralmente quem faz o processo de notificação e investigação da sífilis aqui na UBS é a enfermeira, quem notifica (Enf.6, score 690.66).*

A partir dos relatos, observou-se que o monitoramento do tratamento e o controle da cura de gestantes com sífilis e seus parceiros são realizados de forma diversificada pelos enfermeiros de APS, não havendo uma sistemática padronizada dentro do mesmo município, nem mesmo entre eles. Dentre as estratégias utilizadas estão: o monitoramento dos casos mais à cargo da coordenação da Vigilância Epidemiológica, com a utilização de uma planilha; monitoramento de gestantes e parceiros descentralizado para a equipe, com a utilização de uma ficha própria; registros do processo de tratamento no prontuário, cartão da gestante, ficha de investigação; organização interna de dados em planilha e livro de registros.

*Os demais são tudo no PEC. E a gente também encaminha a notificação. Geralmente quando a gente encaminha a notificação, fica com a coordenadora da vigilância epidemiológica, lá ela tem a planilha. Que ela vai alimentar (Enf.13, score 960.87).*

*Essa ficha foi a nossa coordenadora da vigilância epidemiológica que criou. De registro, monitoramento e controle. De gestante e parceiro, inclusive. Quando eu preencho, eu já mando a foto pra ela (Enf.11, score 806.44).*

*A gente tem a notificação que a gente realiza e quando a gente passa para a vigilância epidemiológica, eles têm essa preocupação, investigam mesmo parasaberse estão tomando as medicações, se estão fazendo tratamentos, se estão fazendo os exames de rotina pra ver se a contagem está diminuindo (Enf.12, score 776.19).*

*E que dia que foi tratado, que dia que tomou a dose da medicação.*

*Tem um formulário que a gente entrega à vigilância epidemiológica todo mês e consta isso. Essa ficha inclui também o parceiro (Enf.14, score 692.95).*

*A vigilância não cobra todo mês não. Mas assim, volta e meia já coloca no grupo para poder ficar atualizando. E como a gente tem também aqui o controle pela ficha e também pelo SINAN que a gente tem esse monitoramento (Enf.16, score 607.20).*

*Quando ela volta pra mim, eu tiro xerox daquela receita e gosto de anexar no prontuário e anoto no cartão da gestante, a gente faz assim e ela tem que levar. A gente usa o VDRL para controle do tratamento (Enf.6, score 605.66).*

*Não temos uma ficha específica, eu faço meu próprio controle aqui no computador. Faço uma planilha, quem tem eu vou colocar lá nas observações, eu anoto num livro, mas é meu mesmo aqui (Enf.12, score 598.63).*

*Não lembro de ter recebido orientação não. Geralmente a rotina é assim, a gente notifica, investiga, a conclusão quem fecha é a vigilância epidemiológica. Ela entra em contato, e aí conseguiu as três doses? (Enf.9, score 584.11).*

*A gente coloca a observação lá, aplicado em um parceiro ou em tratamento. A gente tem que mandar mensal para a secretaria, para ter o controle de como está sendo monitorado também através da secretaria (Enf.10, score 501.00).*

### 3.2.1.1 Subeixo 2.1.1 - Rotinas para a organização e gestão do cuidado pré-natal

O subeixo 2.1.1 possibilitou compreender sobre como são organizados a agenda e o processo de trabalho das equipes de APS para a realização do cuidado pré-natal, bem como o cardápio de ofertas voltado ao rastreamento, diagnóstico e monitoramento da sífilis em gestantes e parceiros. Para melhor entendimento dos resultados será apresentada a classe 2 e posteriormente a classe 1.

#### **Classe 1: Organização da agenda e do processo de trabalho de enfermeiros e médicos para o cuidado pré-natal**

A classe 1 apresentou 22,5% da análise do *corpus* com 426,825 ST, e em sua constituição podem ser observadas as seguintes palavras: agenda ( $x^2 = 156,065$ ); dia ( $x^2 = 136,208$ ); médico ( $x^2 = 90,944$ ); marcar ( $x^2 = 80,828$ ); pré-natal ( $x^2 = 79,06$ ), entre outras. Essa classe apresentou as concepções das enfermeiras sobre o modo de organização da agenda e do processo de trabalho para o cuidado de gestantes, visando à efetivação das diretrizes do pré-natal, tais como a captação precoce e o cumprimento da agenda de consultas, com garantia do atendimento médico.

Todas as enfermeiras referiram utilizar a estratégia da semana típica para organizar a agenda de atendimentos. Considerando, dentre outros aspectos, a demanda de gestantes na realidade da unidade, são definidos dias da semana mais voltados ao atendimento de médico e enfermeiro ao pré-natal. Tal estratégia é permeada por algum nível de flexibilidade visando a adequação das necessidades apresentadas pela gestante ou pelo profissional de saúde, sem perder de vista o tempo oportuno para que a consulta aconteça.

*A agenda da médica, só quinta-feira que ela só atende pré-natal. Nos outros dias ela atende tudo. O que aparecer ela atende, demanda espontânea. Aí na quinta ela atende gestante e também demanda espontânea (Enf.15, score 658.94).*

*A gente vê qual é a conduta e já deixa agendada a consulta se for o caso de um pré-natal. A gente tem a agenda típica do dia, toda semana a gente tem as consultas pré-natal (Enf.10, score 610.95).*

*Então eu já precisei fazer essa reavaliação e deixar alguns turnos de demanda mesmo, até para poder, se chegar a gestante fora do dia marcado de pré-natal, para a gente poder atender normalmente. É uma gestante que não tem sido faltosa ao tratamento (Enf.2, score 582.75).*

*Eu tenho sete turnos para atendimento de pré-natal. Até o momento não ficou nenhuma gestante sem conseguir vaga não. Eu já tive um mês de ter que encaixar. Todo dia 15 de cada mês eu abro a agenda do mês seguinte (Enf.4, score 565.44).*

*Eu tenho dois turnos de pré-natal. Pela demanda é suficiente. E o médico um turno de pré-natal mais específico. Se precisar encaixar uma gestante fora do*

*dia específico, alguma queixa clínica, na maioria das vezes ele atende (Enf.6, score 555.89).*

*Não é nem pelo número de gestante, mas para contemplar aquele esquema que o Ministério da Saúde preconiza, no terceiro trimestre, a cada 15 dias e depois toda semana. Pra contemplar, eu coloquei mais uma agenda na segunda-feira à tarde (Enf.8, score 470.25).*

*Em relação à agenda, vamos continuar sempre assim. Eu e a médica a gente atende na segunda. E caso alguma que não possa vir na segunda, ou perca a segunda, a gente agenda para o dia que é melhor para elas (Enf.14, score 476.41).*

A interação entre enfermeiros e médicos para a operacionalização do cuidado às gestantes foi um dos destaques das falas, especialmente no cenário das equipes de Saúde da Família, com a adoção de uma agenda compartilhada (consultas médicas e de enfermagem ao pré-natal no mesmo dia da semana) e de consultas intercaladas, com garantia da participação do médico.

*E foi morar com essa outra figura aí que a gente também não tem acesso. A gente faz uma agenda compartilhada. A médica atende gestante toda sexta-feira de manhã, eu também, e eu atendo mais um dia que é a segunda-feira de tarde (Enf.8, score 619.94).*

*No dia que eu atendo, eu já coloco, eu vi que tem duas comigo, eu já coloco a outra para ela. E ela já sabe. No dia que a médica atende, a agenda fica na sala dela, ela já coloca o retorno para mim (Enf.7, score 519.58).*

*O dia de pré-natal o atendimento é o dia todo, manhã e tarde. O pré-natal eu e a médica, a gente atende no mesmo dia, até porque se eu tiver necessidade de solicitar, ela atende (Enf.14, score 456.81).*

*Eu posso até fazer a consulta e aí já agendo, se possível atende no mesmo dia, uma consulta médica para adequar essa medicação anti-hipertensiva da paciente (Enf.3, score 437.07).*

*A gente conseguiu mais um, foi no ano passado, então a gente está com mais conforto. A gente consegue compartilhar ali uma necessidade, um tratamento, a médica e eu a gente faz o pré-natal do mesmo dia, praticamente o assunto da manhã da terça-feira é voltado para o pré-natal (Enf.9, score 407.05).*

Exceção foi observada no processo de trabalho das equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) lotadas nas UBS do modelo tradicional, no qual, por vezes, a assistência pré-natal ficava a cargo tão somente da enfermagem, além da coexistência de uma enfermeira específica para essa ação programática.

*Na minha equipe temos uma agenda típica, geralmente pré-natal é terça, quarta e sexta pela manhã e quinta a tarde. A demanda é grande e tem uma enfermeira aqui que só atende pré-natal (Enf1, score 491.75).*

*As gestantes já saem com retorno agendado. Se for uma gestação sem intercorrências, pode acontecer de passar todas as consultas com a enfermagem. Às vezes a demanda pro médico aqui, muitas vezes nem ele consegue suprir e também é diferente aqui (do PSF) (Enf.1, score 426.41).*

A partir dos relatos, observou-se uma preocupação especial com a primeira consulta de pré-natal, dada a da necessidade de um tempo maior para realizá-la, estando esta consulta mais direcionada ao profissional enfermeiro.

*E dando positivo a gente já agenda pra um dia de pré-natal, então, eu acho que é bem mais demorada a consulta de primeira. É difícil, às vezes a gestante chega aqui com 20 semanas (Enf.12, score 580.28).*

*Mas a gente tem casos de gestante que já chegam para o médico, com resultado positivo. Então ele procede o atendimento nesse mesmo dia, mas preferencialmente é para enfermeira a primeira consulta. A gestante sempre sai com o retorno marcado (Enf.2, score 519.46).*

*A primeira consulta eu nunca faço no dia que está o pré-natal com outras gestantes. Então se é uma sexta, por exemplo, você vem aqui pra mim na sexta, eu já agendo pra segunda. Fora da terça-feira (Enf.16, score 486.67).*

*Então geralmente eu faço a coleta de exame de preventivo nesse dia, e atendo as demandas que porventura aparecerem e der tempo fazer, que geralmente é um dia cheio. Geralmente a primeira consulta de pré-natal os ACS já encaminham para a enfermeira (Enf.2, score 469.79).*

*E às vezes eu estou atendendo, por exemplo, estou no dia do preventivo. Eu não tenho, às vezes, como parar um preventivo, que já tem muita gente aqui fora, pra começar um pré-natal novo, porque demora (Enf.11, score 417.57).*

*Com a médica também, já passa com ela, já agenda, já sai agendado. A primeira consulta comigo, aí como eu já solicito exames, ela já vem na segunda com os exames para mostrar para a doutora (Enf.15, score 462.50).*

Além disso, as enfermeiras também demonstraram que as equipes estão atentas à importância de se iniciar o pré-natal o mais precocemente possível, tendo sido adotadas algumas estratégias na organização do serviço para que isso aconteça, ainda que persistam algumas dificuldades.

*A agenda aberta, geralmente a própria recepção já agenda para o próximo dia disponível para pré-natal. De gestante aqui a gente não tem uma demanda muito grande e geralmente não demora mais de uma semana (Enf.10, score 611.55).*

*Ou a pessoa falar, não dá pra eu esperar, porque às vezes vem e fala: não pode marcar pra outro dia? Aí a gente agenda o mais breve possível pra poder fazer (Enf.5, score 454.93).*

*A gente tem uma demanda muito grande, muito grande mesmo. Não temos dificuldade de marcar a primeira consulta, de agenda não. As que demoram para iniciar é por conta delas mesmo. Às vezes descobre tarde (Enf.14, score 430.85).*

*Nessa agenda, a gente sempre disponibiliza três vagas de primeira consulta por semana, até para não justificar o fato de não começar o pré-natal porque não achou vaga de atendimento, isso não existe (Enf.8, score 416.07).*

Grande parte dos relatos evidenciaram um protagonismo do enfermeiro na gestão do cuidado pré-natal, responsabilizando-se pela organização da agenda de consultas médicas e de

enfermagem, definição da data de retorno para cada gestante e monitoramento das faltosas, visando ao cumprimento das diretrizes do pré-natal. Além das agendas físicas, a agenda disponibilizada por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), foi destacada como instrumento para esse gerenciamento.

*Eu registro na própria ficha dela. Um exemplo. Eu tenho a agenda lá, então eu vejo quem estava agendado. Faltou dona Maria. Então eu venho aqui na ficha dela, coloco a data 28 de julho, a gestante não compareceu à consulta pré-natal (Enf.4, score 517.42).*

*Aí eu já faço esse encaminhamento da minha consulta para ele, através do PEC mesmo eu já direciono. Em geral consigo que ele atenda a gestante no mesmo dia. Em média o médico faz de duas a três consultas no período pré-natal (Enf.2, score 503.39).*

*Não, mas a reta final, que é toda semana, é uma comigo, uma com o médico. Essa parte de pré-natal, as meninas só marcam a primeira, que está lá na agenda disponível. O resto é tudo eu (Enf.11, score 487.52).*

*Acontecia muito de perder dia, perder a data, a gente não tinha também PEC implementado para já deixar certo na agenda e tal, só mesmo os livros, então eu comecei a fazer esse tipo de agendamento (Enf.5, score 473.41).*

*Ela terminou a consulta comigo e eu já deixo o dia que ela vai retornar. Para a médica também. Ela passa 1 mês comigo e o outro mês com a doutora. Ela sai daqui eu já deixo agendada para a doutora (Enf.14, score 467.76).*

*Ele tem os dias dele de atendimento e tem os turnos que ele é preceptor do curso de medicina. No pré-natal é preconizado pelo menos três consultas médicas. Então a gente busca, como enfermeiras, organizar para que essas três consultas aconteçam com o médico (Enf.3, score 467.39).*

*No caso das gestantes, eu sinalizo previamente as gestantes que vão passar pela médica e já coloco na agenda antes de liberar o agendamento geral, da demanda geral, que não é dos grupos prioritários (Enf.5, score 450.80).*

*E a gente pede pra ela confirmar lá na recepção. Porque a gente vê os dias que ela tem que vir, se é de 1 mês, de 15, de 1 semana, e já deixa certo na agenda (Enf.12, score 441.91).*

## **Classe 2: Rotinas para o rastreamento e o diagnóstico de sífilis em gestantes e parceiros durante o pré-natal**

A classe 2 representou 17,3% do *corpus* analisado com 328,181 ST; as palavras mais significativas a esta classe foram: resultado ( $x^2 = 246,518$ ); exame ( $x^2 = 229,252$ ); laboratório ( $x^2 = 212,765$ ); triagem ( $x^2 = 203,924$ ); demorar ( $x^2 = 151,761$ ); testes-rápidos ( $x^2 = 141,965$ ), VDRL ( $x^2 = 136,431$ ), entre outras.

Os achados dessa classe evidenciaram que as equipes de APS têm sido abastecidas com importantes insumos preconizados pela Rede Cegonha na assistência pré-natal, entretanto, foram observadas algumas dificuldades no processo de sua utilização.

Todas as enfermeiras referiram ter disponível na UBS o teste rápido de gravidez (TRG) para mulheres com queixa de amenorréia, com possibilidade de oferta do exame beta-HCG pelo SUS nos casos em que o TRG desse negativo, ainda que algumas tenham relatado dificuldades em relação às cotas. Por outro lado, outras enfermeiras informaram ter como exigência a apresentação de um resultado de beta-HCG, ainda que o teste rápido de gravidez dê positivo.

*O exame de sangue beta-HCG, pouco uso. A gente pedia muito quando a gente não tinha disponível o rápido aqui na unidade. Então demorava mais o diagnóstico, o resultado (Enf.9, score 863.46).*

*Quando tem aquela suspeita mesmo, a gente acaba fazendo o teste rápido. Se der negativo, a gente já pede o exame, o beta, e já agenda também. O município já deixa uma cota de laboratório específica para gestante (Enf.10, score 970.45).*

*Eu assino a solicitação de exame, elas fazem o beta e aí traz o resultado pra mim. A gente faz coleta de exames de laboratório toda segunda-feira de manhã, mas mesmo beta, a gente tem uma dificuldade em relação a exames de urgência com o laboratório (Enf.8, score 898.69).*

*Mas a depender da situação financeira do paciente, a gente sempre dá um jeito de conseguir ir por lá (pela Central de Marcação). Não demora o resultado (do beta-HCG) e principalmente se for no particular, é rápido. E no laboratório aqui também não demora não, é rápido (Enf.15, score 773.52).*

*Já se for dar, tiver tudo certo, eu já peço para agendar o pré-natal pelo resultado rápido, mas eu peço o beta. Na época que chegou o teste rápido, eles pediram pra refazer e a gente pedir beta (Enf.6, score 742.23).*

*Primeiro, para marcar o pré-natal ela precisa de um resultado beta-HCG positivo. Então, um exemplo, se ela não tem, fez só o de farmácia, então as meninas me pedem aqui um pedido, eu o entrego, ela pode fazer esse exame pelo posto mesmo ou particular (Enf.4, score 740.39).*

A partir dos relatos, observou-se que há larga disponibilidade de testes rápidos de sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C em todas as UBS, com sua realização rotineira no primeiro e no terceiro trimestres, bem como a solicitação concomitante dos exames laboratoriais preconizados para o pré-natal. Entretanto, foi unânime a queixa em relação ao tempo de espera pelos resultados dos exames realizados por meio da estratégia de triagem pré-natal por papel filtro.

*Não falta não (TR). A gente solicita os exames laboratoriais na primeira consulta e faz também a triagem. Mas como a triagem demora mais pra chegar o resultado, geralmente o que faz no município chega mais rápido, e a gente solicita ao laboratório também (Enf.14, score 1366.36).*

*Eu faço o teste rápido, solicito a triagem pré-natal e peço o sorológico, que vai para o LACEN, o laboratório central. Junto com os demais exames de rotina pré-natal. O sorológico sai antes do que a triagem pré-natal (Enf.5, score 1095.24).*

*Primeiro que a gente tem também os testes rápidos, temos os quatro, hepatite C, hepatite B, sífilis e HIV. Já é feito na primeira consulta.*

*A gente solicita todos os exames necessários pelo laboratório e muitas vezes esses exames chegam bem antes da triagem pré-natal (Enf.3, score 997.54).*

*E eu sempre penso dessa forma. Além da triagem pré-natal e dos testes rápidos, pedimos também exames de laboratório. Justamente como se fosse uma contraprova. Por exemplo, eu já tive gestante que negativou no teste rápido e positivou no de laboratório (Enf.4, score 917.22).*

*Aí a gente fica mais mesmo na parte de laboratório aqui do município. Os testes rápidos temos o de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, que também eu faço na primeira consulta. Toda a primeira consulta já sai daqui com resultado (Enf.16, score 709.26).*

*Nós realizamos a triagem pré-natal por papel filtro. O papel filtro só uma vez, os testes rápidos 2 vezes. E sorologia nós pedimos no primeiro, no segundo e no terceiro trimestre da gravidez (Enf.13, score 678.59).*

O cenário apresentado pelas enfermeiras revela, como consequência, uma certa obsolescência da triagem pré-natal por papel filtro como estratégia de diagnóstico da sífilis em gestante, e das demais doenças contempladas, tendo sido abandonada por algumas equipes ou, em outras, restrita somente à primeira coleta.

*A triagem pré-natal por papel filtro aqui não acontece. A gente só dispõe aqui dos testes rápidos e faz os exames de laboratório. Todos os exames que estão na triagem pré-natal a gente solicita através dos exames de laboratório (Enf.2, score 1007.37).*

*O resultado da triagem pré-natal é muito tardio. Às vezes demora até mais de dois meses, então fica um pouco obsoleto já que nós fazemos tanto os testes rápidos, quanto os de laboratório (Enf.3, score 993.53).*

*Então a gente faz a triagem no início da gravidez, aí depois a gente só fica controlando com os exames laboratoriais. O resultado da triagem demora, demora bastante. Eu nem sei nem te falar quanto tempo (Enf.15, score 899.04).*

*Horroroso. Pode ser bom em outros municípios que talvez não tenha, mas assim, eu às vezes deixava de pedir os exames de laboratório, porque o município faz todos eles, deixava de pedir pra economizar recursos, fazia triagem pré-natal, e nunca chegava (Enf.8, score 789.88).*

*Acho que foi esse ano que deixamos de usar a triagem pré-natal por papel filtro. Não tem muito tempo não. Demorava bastante. Tinha umas que não chegava o resultado. Tinha umas mulheres que o resultado chegava quando já estavam pra parir (Enf.1, score 732.83).*

*Passaram pra gente que ia pra Salvador e nisso demorava meses pra chegar o resultado. Atualmente até a adesão da equipe não está tão intensa quanto era não. Nós temos um acesso mais fácil com o laboratório central aqui (Enf.9, score 678.47).*

Ainda em relação à triagem pré-natal por papel filtro, foi relatado por uma enfermeira que houve uma recente redução no elenco de exames incluídos da estratégia de triagem pré-natal por papel filtro.

*Toda primeira consulta é feita essa triagem do papel filtro. Há pouco tempo mudou os resultados. Antes vinha uma quantidade de exames, agora mudou. Diminuiu a quantidade de exames (Enf.14, score 829.99).*

Parte dos relatos demonstram que a oferta de exames laboratoriais para gestantes encontra-se bem consolidada nos municípios pesquisados, com disponibilização de resultados frequentemente em tempo hábil até a próxima consulta, tendo alguns deles adotado como premissa a prioridade das gestantes em relação às cotas disponíveis no sistema local de saúde. Entretanto, houve um relato contrário, evidenciando uma eventual demora no acesso aos exames e o desembolso direto por parte de algumas gestantes.

*Semanalmente, a cota livre, que inclui exames de laboratório, é encaminhada para a secretaria de saúde para que seja por malote enviada à central de marcação. Para que dê tempo, na próxima consulta, que geralmente agendo para a médica o retorno, pra ela abrir o resultado (Enf.9, score 876.97).*

*Não tem dificuldade, a gente tem as cotas de exame específico do pré-natal, a gente nunca tem dificuldade. A gente consegue o resultado bem mais rápido, bem antes do que da triagem de papel filtro (Enf.10, score 864.37).*

*Ela e o parceiro. Os exames de laboratório, se eu pedir toda consulta, toda consulta eu consigo ter esse resultado. Eu acabo fazendo assim, passa comigo eu pedi, aí no outro já vem resultado (Enf.16, score 841.45).*

*Porque assim, quando a gente solicita normal, um hemograma, por exemplo, ou os outros exames, as sorologias, tudo que é necessário, a gestante é prioridade na marcação, no agendamento desses exames para o laboratório (Enf.3, score 711.55).*

*E aí, assim, às vezes elas chegam na consulta subsequente ainda sem esse resultado. Algumas que ainda se esforçam e pagam alguns exames. O VDRL eu solicito na primeira consulta, a partir de 20 semanas e ainda solicito com 30 semanas (Enf.2, score 817.93).*

Em relação ao exame de VDRL, as enfermeiras também manifestaram certa facilidade de acesso e adequado tempo de resposta do resultado. Sua utilização esteve direcionada à complementação do diagnóstico após o teste rápido positivo para sífilis, ao monitoramento do tratamento de gestantes e parceiros, ou mesmo ao cumprimento da rotina de exames preconizados no pré-natal independentemente do resultado negativo do teste rápido. O Laboratório Municipal de Referência Regional (LMRR), popularmente denominado LACEN (Regional), foi citado como uma referência laboratorial, além dos laboratórios municipais. Um dos relatos demonstrou que, em caso de insuficiência de cotas, os usuários são encaminhados para a Central de Marcação para liberação de vagas extras no laboratório municipal, mediante uma análise da vulnerabilidade.

*E se der a sorologia positiva, já é uma conduta dos laboratórios, se fizer e a sífilis der positiva, eles fazem o VDRL. Quando deu resultado positivo do teste rápido, aí eu solicito VDRL (Enf.5, score 1035.47).*

*Pedimos o VDRL para ficar monitorando. Não temos dificuldade, o resultado sai rápido. Se o teste rápido do parceiro der positivo e precisar tratar, faz o acompanhamento do VDRL também. Não existe uma rotina para monitoramento de gestantes faltosas ao pré-natal (Enf.1, score 782.07).*

*Porque só vai pedir o, exemplo, hepatite, VDRL, HIV e hepatite C se algo der positivo. Mas assim, vamos supor, tem lugares que não está tendo, aqui graças a Deus a gente está tendo, a triagem, o LACEN e ainda o laboratório (Enf.11, score 771.26).*

*Geralmente a gente consegue um resultado rápido, entre oito dias, depois da coleta. Elas pegam o resultado do laboratório do município e já traz impresso. Os outros é a gente que puxa do LACEN, porque a gente também tem aquela sorologia do LACEN (Enf.10, score 754.89).*

*E ela lauda aqui dentro. De gestantes a gente solicita todos. Mesmo fazendo o teste rápido, dando negativo, a gente solicita o VDRL também, pelo laboratório próprio do município (Enf.10, score 733.03).*

*Consigo VDRL, HIV, HTLV, citomegalovírus, são os mais rápidos. Saem já para a próxima consulta e eu já tenho o resultado. Eu peço VDRL no primeiro, segundo e terceiro trimestre e a gente tem que pedir mensalmente para aquela que positivou e tratou para sífilis (Enf.4, score 683.23).*

*O VDRL eu já solicito na primeira consulta e na consulta seguinte ela já traz o resultado, porque aqui a gente dá prioridade para elas. A marcação faz aqui no posto (Enf.16, score 679.48).*

*Ou então ir procurar a central de marcação que é onde dispõe dessas vagas (vaga extra VDRL). Ai eles vão lá e conseguem. Se for um caso assim à parte, uma necessidade maior, consegue. Os resultados dos exames laboratoriais são rápidos (Enf.15, score 672.44).*

Alguns relatos revelaram um protagonismo do profissional enfermeiro na realização dos testes rápidos, na ocasião da primeira consulta e no terceiro trimestre de gestação, tanto das equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) lotadas nas UBS do modelo tradicional, quanto nas equipes da Estratégia de Saúde da Família.

*Na outra consulta elas já vinham com o resultado do laboratório e a triagem nada. Os testes rápidos quem faz é a enfermeira de pré-natal. Ela quem faz todos os testes rápidos. Não temos dificuldade nesse fluxo (Enf.1, score 874.97).*

*Porque a gente tem a solicitação de todos os exames, faz a triagem de papel filtro e os testes rápidos, então isso demanda mais em parte da enfermagem mesmo. A gente, eu e o médico que faz o retorno (Enf.12, score 697.55).*

*Então a gente acaba conseguindo que esse resultado vai chegar antes da triagem pré-natal. Mas, ainda assim, a gente faz. A gente faz os testes rápidos na primeira consulta. Somos nós, os enfermeiros, que fazemos durante a consulta (Enf.3, score 670.82).*

## **Discussão**

### **Eixo 2 - Organização dos serviços e das práticas de cuidado pré-natal às gestantes com sífilis na APS**

#### **Classe 4: Abordagens e desafios para a comunicação e educação em saúde no contexto do cuidado a gestantes com sífilis**

Observou-se que a comunicação do diagnóstico de sífilis para as gestantes era uma prática geralmente desenvolvida pelas enfermeiras, no contexto da realização dos testes rápidos, e que havia uma preocupação com o acolhimento, apoio e adequada orientação nesse momento. Segundo<sup>31</sup>, as mudanças de hábitos, a adesão terapêutica e às práticas preventivas são influenciadas pelo tipo de relação e pelo vínculo firmado entre profissionais e usuários, podendo também reduzir o impacto do diagnóstico.

Considerando a tendência de aumento das testagens para IST durante o pré-natal,<sup>32</sup> destacam a importância de se garantir que as gestantes recebam adequadas orientações sobre a prevenção da transmissão de mãe para filho. Nesse sentido, as três principais vertentes de abordagem das enfermeiras foram a existência de tratamento para a doença e a sua disponibilidade nas UBS; a importância do tratamento completo, dentro dos prazos estabelecidos e as possíveis repercussões da sífilis não tratada ou tratada inadequadamente para a saúde do bebê. Outras informações bastante enfatizadas pelas enfermeiras às gestantes diziam respeito à necessidade do acompanhamento periódico do pré-natal, do tratamento concomitante do parceiro e do uso do preservativo durante todo o período gestacional.

Na realidade das entrevistadas, havia uma boa adesão das gestantes com sífilis às consultas de pré-natal, entretanto, uma das maiores dificuldades estava na adesão do parceiro ao tratamento e ao uso do preservativo, ainda que fosse continuamente orientado e ofertado pelo serviço. A ausência de tratamento do parceiro tem sido um entrave comumente destacado nas pesquisas para a quebra da cadeia de transmissão da sífilis<sup>33,34,35,36</sup>. Em seu estudo,<sup>37</sup> identificaram que médicos e enfermeiros não se sentiam preparados para lidar adequadamente com os parceiros das gestantes, lhes faltando capacitação para esta abordagem ou para lidar com situações resultantes da revelação do diagnóstico de sífilis. No tocante ao não uso do preservativo durante a gestação,<sup>38</sup> observaram que parte das mulheres tinha dificuldade de conversar com o parceiro sobre o assunto e acabavam aceitando o não uso.

A dificuldade das enfermeiras em comunicar um diagnóstico de sífilis para a gestante demonstrou-se bem menor do que se fosse um diagnóstico de HIV, talvez não só pela sua possibilidade de cura, mas também pela repercussão do HIV no imaginário social das pessoas<sup>39</sup>. O maior entrave observado em relação à comunicação do diagnóstico da sífilis foi o fato do seu contágio ser eminentemente sexual e como a notícia poderia vir a impactar o relacionamento conjugal das gestantes. Em pesquisa realizada com 100 equipes de Saúde da Família,<sup>31</sup> identificaram, em mais da metade dos profissionais, a falta de segurança para lidar com um resultado positivo.

Por sua vez,<sup>40</sup> advertem que, embora o Ministério da Saúde brasileiro indique o convite de parceiros sexuais de gestantes com sífilis, mediante táticas como o envio de um cartão e a busca ativa, é preciso considerar que não existe um modelo ideal para todos os casos, e que as equipes devem levar em conta as particularidades do relacionamento trazidas pela paciente, oferecendo suporte para ela se sinta segura para dialogar com o seu parceiro. Indicaram ainda que o parceiro da gestante não seja acionado somente no momento do diagnóstico de uma IST, mas que seja estimulado o seu envolvimento em todo o processo do pré-natal, na direção do que recomendam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem<sup>41</sup> e Estratégia Pré-natal do Parceiro<sup>13</sup>.

As experiências de aconselhamento pré e pós-testes rápidos se mostraram heterogêneas e influenciadas pela rotina de testagem nas equipes, se pelos enfermeiros ou pelos técnicos de enfermagem. Embora todas as gestantes fossem informadas sobre quais testes estavam sendo feitos, variou o nível de informação fornecida sobre cada doença antes da sua realização. Em geral, o fornecimento de informações mais detalhadas e a abertura para a escuta do conhecimento prévio da mulher e suas dúvidas, acontecia em caso de algum resultado positivo. Outros estudos também destacaram a existência de lacunas no aconselhamento nos testes rápidos realizado por equipes de APS, tais como: dificuldade de diferenciação das etapas de pré-teste e pós-teste e despreparo para lidar com aspectos emocionais dos usuários<sup>32</sup> orientação restrita a informar o resultado dos exames<sup>37</sup>, redução do aconselhamento ao repasse de informações com caráter educativo<sup>42</sup>.

Considerando que uma adequada orientação requer tempo e qualificação profissional,<sup>14</sup> destacaram que o modo de organização do processo de trabalho, as crescentes demandas do serviço e a limitação do tempo de consulta podem tensionar os profissionais à redução das informações ofertadas na assistência pré-natal, ou relegá-la a segundo plano.

As ações de educação em saúde foram destacadas pelas enfermeiras como forte elemento para a prevenção e controle da sífilis em gestantes, porém carecendo de mais investimentos e maior divulgação, inclusive nos meios de comunicação de massa, para se alcançar maior amplitude, principalmente em relação às repercussões da sífilis congênita. Levantou-se também a necessidade da modificação das abordagens educativas pelos serviços, tendo em vista uma certa banalização do tema das IST pela população, materializada na baixa adesão ao uso do preservativo nas relações sexuais e no desinteresse demonstrado nas ações educativas promovidas na APS, especialmente em territórios com maior vulnerabilidade socioeconômica.

Nesse contexto,<sup>43</sup>ressaltam que o controle da transmissão vertical da sífilis é um desafio que envolve questões culturais, educativas e afetivas, que ultrapassam a dimensão biológica, necessitando de novas abordagens. Para além das atividades educativas desenvolvidas no contexto dos serviços de saúde, <sup>38</sup>sinalizam a importância das mídias sociais como fontes frequentemente acessadas para informação sobre as IST, assim como as abordagens desenvolvidas no ambiente escolar e as divulgações feitas pela televisão<sup>44</sup>.

### **3.2.1 Subeixo 2.1 - Desafios e estratégias para a assistência de gestantes com sífilis e a vigilância dos casos**

#### **Classe 3: Logísticas de oferta do tratamento e estratégias para a vigilância dos casos de sífilis em gestante e parceiros**

Verificou-se nos municípios estudados a existência de duas modalidades logísticas para a provisão do tratamento da sífilis em gestantes e parceiros, liberadas a partir da notificação dos casos. A primeira modalidade consistia na disponibilidade e administração da penicilina benzatina na própria UBS e representa um avanço no sentido da garantia da primeira dose (ou dose única) do tratamento da sífilis em gestante e/ou parceiro, imediatamente após o diagnóstico, conforme preconiza o Ministério da Saúde<sup>5</sup>.

O modelo adotado pelo município D, consistia na disponibilização de um kit com 6 ampolas de penicilina benzatina 1.200.000 UI de reserva para cada equipe de APS, correspondendo a um tratamento completo de sífilis tardia. Na ocorrência do diagnóstico de sífilis em gestante e/ou parceiro, as equipes eram orientadas: 1) ao preenchimento da ficha de notificação e ficha de investigação; 2) à prescrição do tratamento em receituário padrão, conforme o estadiamento da doença (sífilis recente ou sífilis tardia), contendo espaço(s) para o registro da(s) data(s) e assinatura do profissional da equipe que administrou a(s) dose(s) da medicação; 3) à solicitação de reposição das ampolas de penicilina utilizadas ao estoque da equipe de APS, em formulário padrão direcionado à Vigilância Epidemiológica e Assistência Farmacêutica municipais, obrigatoriamente acompanhada das fichas de notificação e investigação do caso.

Já o modelo adotado pelo município B consistia na disponibilização de um kit com 2 ampolas de penicilina benzatina 1.200.000 UI de reserva para cada equipe de APS, correspondendo a um tratamento completo de sífilis recente ou à primeira dose do tratamento de sífilis tardia. Na ocorrência do diagnóstico de sífilis em gestante e/ou parceiro, as equipes eram orientadas: 1) ao preenchimento da ficha de notificação e ficha de investigação; 2) à prescrição do tratamento em receituário comum, conforme o estadiamento da doença (sífilis

recente ou sífilis tardia). Na zona urbana, o restante das doses do tratamento deveria ser buscado pelas pacientes na farmácia básica municipal e trazidas para a UBS; na zona rural, a própria enfermeira pegava o restante das doses na farmácia básica e levava para a UBS; 3) ao registro da(s) data(s) e assinatura no verso da receita pelo profissional que administrou a(s) dose(s) da medicação; 3) à solicitação de reposição das ampolas de penicilina utilizadas ao estoque da equipe de APS, via Comunicação Interna direcionada à Vigilância Epidemiológica e Assistência Farmacêutica municipais, obrigatoriamente acompanhada das fichas de notificação e investigação do caso. Eventualmente, caso o/a paciente desejasse, ou o enfermeiro/médico suspeitasse de uma possível reação alérgica, a administração da penicilina poderia ser feita no Hospital Municipal. Foi exemplificado pelas enfermeiras a preferência de alguns pacientes em tomar a medicação no hospital, para que o motivo do tratamento passasse “despercebido”.

Neste cenário, o modelo adotado pelo município D foi o que mais se coadunou com as recomendações da Rede Cegonha<sup>7</sup> e do Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais<sup>5</sup>. Já o modelo adotado pelo município B, embora também atendessem às recomendações do Ministério da Saúde, deixava aberta algumas brechas, pela dependência de a paciente da zona urbana se deslocar para pegar a medicação e retornar para a UBS e pela possibilidade de perda de informação em relação ao tratamento, dada a flexibilidade de administração da medicação no hospital.

A segunda modalidade logística para a provisão do tratamento da sífilis em gestantes e parceiros foi adotada pelo município C e consistia na centralização da penicilina benzatina na farmácia básica municipal, localizada no centro da cidade. Na ocorrência do diagnóstico de sífilis em gestante e/ou parceiro, as equipes eram orientadas: 1) ao preenchimento da ficha de notificação e ficha de investigação, com envio imediato à Vigilância Epidemiológica; 2) à prescrição do tratamento em receituário comum, conforme o estadiamento da doença (sífilis recente ou sífilis tardia). Na zona urbana, as doses do tratamento deveriam ser buscadas pelas pacientes na farmácia básica municipal e retornadas para aplicação na UBS; na zona rural, as pacientes deveriam pegar a medicação na farmácia básica e levar para aplicação no hospital ou na UPA municipal. Não havia uma rotina definida para a documentação desse tipo de encaminhamento (referência) e nem para o registro da aplicação da(s) dose(s) pelo hospital/UPA (contrarreferência); em geral, a UBS recebia a informação verbal da própria gestante.

O atraso no recebimento da primeira dose do tratamento, a indisponibilidade ou a não realização da administração da penicilina benzatina nas UBS foram reportados como alguns

dos principais fatores associados ao tratamento inadequado da sífilis na gestação<sup>32,45,46,47</sup>. Estudo realizado por<sup>48</sup>, identificou o encaminhamento de gestantes para a administração da penicilina benzatina em ambiente hospitalar, justificado pela falta de suporte local para o atendimento de urgência/emergência, ainda que sejam raros os casos de reação anafilática<sup>49</sup>.

O preenchimento da notificação e da investigação dos casos de sífilis em gestantes e parceiros mostrou-se bem consolidada na rotina de todas as equipes estudadas, ficando esta atividade mais ao encargo das enfermeiras, que também realizavam a prescrição do tratamento de gestantes e parceiros com sífilis nas UBS, conforme o protocolo vigente<sup>5</sup>.

Ainda no campo da vigilância dos casos, foram identificadas uma variedade de estratégias para o monitoramento dos casos e fechamento das investigações, sem que houvesse uma sistemática padronizada, nem mesmo internamente nos municípios. A descentralização do monitoramento dos casos para as equipes de APS, mediante a utilização de uma ficha própria, contendo as principais informações sobre o tratamento e controle da cura da sífilis em gestantes e parceiros foi uma experiência evidenciada por um dos municípios e que se destacou das demais, pelo potencial de síntese em um único instrumento e por favorecer a tomada de decisões em relação aos casos existentes nos territórios.

Estudo desenvolvido por<sup>34</sup>, visando avaliar a assistência às gestantes com sífilis em serviços de APS do Rio de Janeiro, selecionou um conjunto de 10 indicadores de qualidade, dentre os quais constavam a realização da notificação do agravo (SINAN) e o monitoramento pós-tratamento de sífilis na gestante (VDRL de controle), demonstrando a importância de se reconhecer as boas práticas e mobilizar as melhorias necessárias.

### **3.2.1.1 Subeixo 2.1.1 - Rotinas para a organização e gestão do cuidado pré-natal**

#### **Classe 1: Organização da agenda e do processo de trabalho de enfermeiros e médicos para o cuidado pré-natal**

A semana típica foi uma das estratégias utilizadas para a organização dos atendimentos nas UBS, especialmente o atendimento pré-natal, que tinha como parâmetro a realidade de gestantes de cada território. Resguardando algum nível de flexibilidade, a definição de turnos mais específicos para as consultas de pré-natal, visava o cumprimento da agenda de consultas preconizadas para as gestantes, com garantia do atendimento médico. Embora no âmbito da APS venham sendo discutidas estratégias alternativas à organização da agenda por ações programáticas, tais como o Acesso Avançado que pressupõe o atendimento, em geral, no mesmo dia, sem distinção entre demanda espontânea e programada<sup>50,51,52</sup>, alguns trabalhos têm

apontado a necessidade de preservação de alguns agendamentos com prazos que mais longos, denominados de “agenda protegida” ou “consultas programadas”, tais como consulta de pré-natal, puerpério e puericultura<sup>53,54</sup>.

No cenário das eSF, a prática de agenda compartilhada, que consistia no atendimento de pré-natal por médico e enfermeiro no mesmo dia da semana, pareceu favorecer a interação entre os profissionais e o compartilhamento do cuidado pré-natal, na perspectiva de uma atenção integral e resolutiva. Entretanto, no cenário das EACS, a maioria dos casos de gestação de baixo risco sem intercorrências seguia com a assistência pré-natal centrada apenas no enfermeiro, dada a indisponibilidade ou insuficiência de agenda médica. Um dos resultados do compartilhamento do cuidado pré-natal por médicos e enfermeiros foi demonstrado pelo estudo de<sup>55</sup>, onde gestantes atendidas pelos dois profissionais apresentaram 41% mais chances de adequação nas orientações recebidas, em comparação a ter tido a maioria das consultas com apenas um profissional.

Observou-se um protagonismo das enfermeiras na gestão do cuidado pré-natal, desde a mobilização de estratégias para captação precoce à primeira consulta, até a organização das demais consultas médicas e de enfermagem ao longo da gestação, definição das datas de retorno, encaixes e monitoramento de faltosas, a partir de ferramentas físicas (agendas, livros) ou eletrônicas (Prontuário Eletrônico do Cidadão). Em geral, a primeira consulta de pré-natal estava mais direcionada para o enfermeiro e envolvia a realização/emissão dos laudos dos testes rápidos, a solicitação dos primeiros exames preconizados e abertura do cartão da gestante e outros formulários, demandando maior disponibilidade de tempo do profissional para este atendimento. Em seu estudo<sup>31</sup>, identificaram certa sobrecarga de trabalho do enfermeiro, visto que em 72,3% das equipes, este profissional acumulava um conjunto de funções assistenciais e gerenciais da UBS, convidando à reflexão sobre o seu reconhecimento e valorização.

## **Classe 2: Rotinas para o rastreamento e o diagnóstico de sífilis em gestantes e parceiros durante o pré-natal**

Foi possível observar nos municípios pesquisados, uma constante oferta de exames preconizados pela Rede Cegonha para rastreamento e diagnóstico da sífilis durante a assistência pré-natal. Em todas as equipes havia uma larga disponibilidade dos testes rápidos de sífilis, HIV, Hepatite b e Hepatite C, com realização rotineira no 1º e nos 3º trimestres e com acentuado protagonismo pelos profissionais enfermeiros tanto das eSF quanto das EACS. Esse achado corrobora com outros estudos que encontraram um crescente percentual de implantação dos

testes rápidos nas equipes de APS<sup>14,45,56</sup>. Por sua vez<sup>31,57</sup>, ressaltam a importância do envolvimento de outras categorias profissionais nas etapas que envolvem a realização dos testes, visando o trabalho multiprofissional e a ampliação do acesso à testagem.

Concomitantemente à realização dos testes rápidos, as enfermeiras solicitavam exames laboratoriais de rotina para cada período gestacional, cuja oferta encontrava-se bem consolidada na maioria dos municípios, com adoção da premissa de prioridade das gestantes no processo de marcação. Em apenas uma equipe houve o relato relacionado à demora no acesso a alguns exames laboratoriais de pré-natal e eventual necessidade de desembolso direto por parte das gestantes. É importante ressaltar que a solicitação, realização e avaliação oportuna dos resultados dos exames preconizados no pré-natal compõem um dos passos para a qualidade do pré-natal na APS<sup>11</sup>.

O Laboratório Municipal de Referência Regional (LMRR), unidade descentralizada do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) - uma parceria do município sede de Região de Saúde com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), foi citado como referência laboratorial, além dos laboratórios municipais.

Particularmente em relação ao exame de VRDL, foi relatada certa facilidade de acesso pelas gestantes, geralmente com adequado tempo de resposta dos resultados. Sua solicitação pelas enfermeiras esteve direcionada tanto para a verificação da titulação após um TR reagente para sífilis, quanto para o monitoramento do tratamento de gestantes e parceiros e o cumprimento da rotina de exames preconizados no pré-natal, independentemente de um resultado negativo do TR, conforme preconiza o Ministério da Saúde<sup>5,11</sup>. Realidades opostas foram identificadas por outros autores, tais como: piora do nível de qualidade do critério “monitoramento pós-tratamento de sífilis na gestante (VDRL de controle)” na reavaliação das eSF<sup>34</sup>; desconhecimento de médicos e enfermeiros da necessidade de realizar exames sorológicos mensais para acompanhamento da gestante com sífilis e seus parceiros<sup>37</sup>; uso do VDRL como teste de rastreio de rotina mais comum<sup>36</sup>.

Embora houvesse alta disponibilidade de Testes Rápidos de Gravidez (TRG) em todas as equipes, algumas enfermeiras referiram a exigência de apresentação de um exame positivo de Beta-HCG para iniciar o pré-natal. A implantação do TRG foi uma das ações previstas pela Rede Cegonha, para facilitar a detecção precoce da gravidez e o início oportuno do pré-natal<sup>58</sup>. Não foi identificado na literatura nenhuma avaliação da inserção do TRG na APS, mas, diante dos elementos levantados por esse estudo, uma vez que o TRG estava disponível em todas as UBS, a exigência do exame Beta-HGC pode atrasar o início da assistência pré-natal, uma vez

que o mesmo é realizado em nível laboratorial e necessita da disponibilidade de cotas para o seu agendamento.

Ainda no contexto dos exames, foi unânime a queixa sobre o longo tempo de espera pelos resultados da Triagem pré-natal por papel filtro, uma situação considerada crônica na região que tem levado à obsolescência dessa estratégia para o diagnóstico da sífilis em gestantes, tendo sido abandonada pelas enfermeiras ou restrita somente à primeira coleta. Segundo<sup>59</sup>, o Programa de Triagem Pré-natal em Papel Filtro é uma estratégia vinculada à Rede Cegonha, que visa triar, por meio de sangue seco em papel filtro, oito patologias no 1º trimestre (sífilis, HIV 1 e 2, Vírus das Hepatites B e C, HTLV, toxoplasmose, citomegalovírus, hemoglobinopatias) e três patologias no 3º trimestre da gestação (sífilis, HIV e toxoplasmose). Em análise de dados das regiões Sul e Sudoeste da Bahia, do período de 2013 a 2015, os autores encontraram, dentre outros resultados, uma baixa adesão à coleta do 3º trimestre de gestação.

### **Considerações finais**

As percepções trazidas pelas enfermeiras no Eixo 2 ajudaram a compreender como os serviços de APS dessa Região de Saúde da Bahia têm organizado as práticas de pré-natal a gestantes com sífilis e quais tem sido as suas principais estratégias e desafios.

Foi identificado um conjunto de elementos favoráveis à assistência pré-natal, especialmente às gestantes com sífilis e seus parceiros, tais como a disponibilidade e realização de testes rápidos e gravidez e de testes rápidos de sífilis, HIV e Hepatites B e C no 1º e 3º trimestres em todas as UBS, bem como a disponibilidade e administração de penicilina benzatina na maioria das unidades, mediante a estratégia de fornecimento de kits de penicilina benzatina 1.200.000 UI como estoque reserva para as equipes de APS.

Verificou-se também uma expressiva oferta dos exames laboratoriais de rotina do pré-natal, com destaque para o VDRL, que tem fundamental importância para o monitoramento e controle da cura, além da existência de uma prática sistemática de notificação e investigação dos casos por parte das enfermeiras, com necessidade de melhorias em relação a definição interna e utilização sistemática dos instrumentos de acompanhamento pelas equipes de cada município.

Em que pese os municípios analisados nessa região de saúde venham cumprindo parte importante dos requisitos preconizados pelo Ministério da Saúde, foram identificadas algumas

dificuldades operacionais que necessitam ser superadas para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal à gestantes com sífilis.

As barreiras individuais mais importantes para o manejo da sífilis na gestação estiveram relacionadas ao não comparecimento dos parceiros ao serviço de saúde, a dificuldade de adesão destes ao tratamento e ao uso do preservativo no período gestacional.

No tocante ao contexto organizacional da APS, reforça-se a necessidade de que todos os municípios adotem estratégias de descentralização da Penicilina Benzatina para as equipes de APS e reforcem as condições para a realização da sua administração nas UBS.

As atividades educativas necessitam receber mais investimentos das esferas de gestão e ocorrer continuamente nos serviços, mediante a busca por novas abordagens e estratégias para tratar de temas relativos à sexualidade, IST e suas repercussões na gestação, com envolvimento da equipe multiprofissional.

As ações de aconselhamento também necessitam ser revisadas, para que não se restrinja ao diagnóstico e ao tratamento, e possa incluir outras categorias profissionais para além do enfermeiro. Outro aspecto relevante, deve ser a contínua avaliação das necessidades de conhecimento e formação dos profissionais de saúde da APS.

Destaca-se que, mesmo sendo um estudo locorregional, seus resultados podem ser utilizados por municípios e regiões de saúde com características afins, uma vez que foram contempladas diferentes modalidades de APS e os contextos territoriais de zona urbana e rural. Também é válido ressaltar que a pesquisa é pioneira ao ter como cenário uma região nunca abordada anteriormente nas publicações sobre o assunto.

Os limites do estudo abrangem aspectos como não ter conseguido contemplar a participação de outro município do estrato populacional de até 10 mil habitantes, bem como não ter incluído os médicos envolvidos na assistência pré-natal na APS. Os dados relativos ao Teste Rápido de Gravidez, à Triagem Pré-natal em Papel Filtro, bem como sobre estratégias/formulários de monitoramento dos casos e controle da cura também não contou com apoio de publicações que pudessem enriquecer sua análise, sugerindo novas vertentes para pesquisas futuras.

## **Financiamento**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) – Bolsa de doutorado, concedida a Jamille Amorim Carvalho Paiva (Termo de outorga nº BOL 1699/2019).

## Referências

1. WHO Guidelines For The Treatment of Treponema pallidum (syphilis). [Acesso em 12 Nov 2023]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf?sequence=1>
2. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018. www.who.int. [Acesso em 18 Mar 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565691>
3. Hopkins AO, Trinh T, Fakile YF, Pillay A, Taylor MM, Kersh E, et al. Evaluation of the WHO/CDC Syphilis Serology Proficiency Programme to support the global elimination of mother-to-child transmission of syphilis: an observational cross-sectional study, 2008–2015. *BMJ Open*. 2020 Jan;10(1):e029434.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 29 p. : il.
6. Ministério da Saúde. [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br). Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)
7. Ministério da Saúde. [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br). Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.htm)
8. Sanine PR, Venancio SI, Silva FLG da, Tanaka OY. Desvelando o cuidado às gestantes de alto risco em serviços de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil: a ótica dos profissionais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00286120>

9. Ramos Jr. AN. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. *Cadernos de Saúde Pública*. 2022;38(5).
10. Ministério da Saúde. PORTARIA N° 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017  
bvsmms.saude.gov.br. 2017. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde ; 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. II.). Disponível em:  
<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwNA>  
» <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwNA>
12. Guia De Vigilância Em Saúde 5ª edição revisada Brasília DF 2022. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_5ed\\_rev.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev.pdf)
13. Profissionais P, Saúde D. Ministério Da Saúde Brasília -DF 2023 Guia Do Pré-Natal Do Parceiro. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pre\\_natal\\_profissionais\\_saude\\_1ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_1ed.pdf)
14. Tomasi E, de Assis TM, Muller PG, da Silveira DS, Neves RG, Fantinel E, et al. Evolution of the quality of prenatal care in the primary network of Brazil from 2012 to 2018: What can (and should) improve? Kalk EK, editor. *PLOS ONE*. 2022 Jan 18;17(1):e0262217.
15. Cad S, Pública R, De J. Prenatal Care; Maternal and Child Health; Maternal-Child Health Services. 2014; Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S85-S100/pt>
16. Dayane da Silva Nunes A, Edimilda Amador A, de Queiroz Medeiros Dantas AP, Nascimento de Azevedo U, Ribeiro Barbosa I. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2017 Sep 29;30(3):1–10.
17. Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN da. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Revista De Saude Publica*. 2020;54:08. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31967277/>
18. Boletim Epidemiológico de Sífilis - Número Especial | Out.2023 — Ministério da Saúde. www.gov.br. [Acesso em 17 Out 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

[br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view](https://br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view)

19. Bahia. Diretoria de Atenção Básica. Caderno de avaliação e monitoramento da Atenção Básica (CAMAB): Cobertura populacional estimada de Saúde da Família 2012 a 2023 (dados até agosto/2023). 2023a. [Acesso em 11 Jan 2024]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>

20. Couto CE, Castanheira ERL, Sanine PR, Mendonça CS, Nunes LO, Zarili TFT, et al. Congenital syphilis: performance of primary care services in São Paulo, 2017. *Revista De Saude Publica*. 2023 [Acesso em 29 Dez 2023];57:78. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37937652/>

21. Canesqui AM. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE. Vieira-da-Silva LM. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 110p. ISBN: 978-85-754-1443-9. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015 Mar;31(3):654–5.

22. Minayo MC de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017 Apr 1;5(7):1–12. [Acesso em 09 Jan 2024]. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>

23. Turato ER. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Revista de Saúde Pública*. 2005 Jun;39(3):507–14. [Acesso em 09 Jan 2024]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci_arttext&tlng=en)

24. Brasileira De Psicologia Brasil S, Camargo V, Justo B, Maria A. Temas em Psicologia. [Acesso em 26 Dez 2023]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751532016.pdf>

25. Tutorial IRaMuTeQ em português\_22.11.2021.pdf — IRaMuTeQ. Iramuteq.org. 2021. Disponível em: [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_22.11.2021.pdf/view](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021.pdf/view)

26. Sousa YSO. O Uso do Software Iramuteq: Fundamentos de Lexicometria para Pesquisas Qualitativas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2021 Dec 15;21(4):1541–60.

27. Brigido V, Camargo, Justo A. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
28. Fernandes IAT. Iramuteq: um software para análises estatísticas qualitativas em *corpus* textuais. repositorioufrn.br. 2019 [Acesso em Set 2023]; Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/34291>
29. Brigido V, Camargo, Justo A. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS. 2016. [Acesso em 26 Dez 2023]. Disponível em: [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_17.03.2016.pdf](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf)
30. Silva R. BARDIN, L. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa edições, 70, 2015. [www.academia.edu](http://www.academia.edu). Disponível em: [https://www.academia.edu/40820250/BARDIN\\_L\\_1977\\_Analise\\_de\\_conteudo\\_Lisboa\\_edicoes\\_70\\_2015](https://www.academia.edu/40820250/BARDIN_L_1977_Analise_de_conteudo_Lisboa_edicoes_70_2015)
31. Araújo TCV de, Souza MB de. Atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde no teste rápido para Infecções Sexualmente Transmissíveis. Saúde em Debate. 2021 Dec 8 [Acesso em Mar 2023];45:1075–87. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TGfx48PRv5kJFVFjnDFSk3h/?lang=pt#>
32. Lima RCR de O, Brito AD de, Galvão MTG, Maia ICV de L. Nurses' perceptions of counseling and rapid testing for sexually transmitted infections. Rev Rene. 2022 Jan 5;23:e71427.
33. Pereira BB, Santos CP dos, Gomes GC. Realização de testes rápidos de sífilis em gestantes por enfermeiros da atenção básica. Revista de Enfermagem da UFSM. 2020 Sep 30;10:E82.
34. Cerqueira BGT de, Silva EP da, Gama ZA da S. Improvement of quality of care for gestational syphilis in the municipality of Rio de Janeiro. Revista De Saude Publica. 2021;55:34. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34133619/>
35. Silva PL da, Galvão MTG, Silva EF, Borges BV de S, Lira JAC, Magalhães R de LB. Factors related to the loss of follow-up in pregnant women with syphilis: an integrative review. Rev Rene. 2021 Jan 14;22:e60257.

36. Rodrigues DC, Domingues RMSM. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2017 Oct 6;33(2):329–44.
37. Rocha AFB, Araújo MAL, Miranda AE, de Leon RGP, da Silva Junior GB, Vasconcelos LDPG. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil – a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2019 Jan 24;19(1).
38. Mouta RJO, De Oliveira CL, Medina ET, Prata JA, Correia LM, Da Mota CP. Fatores relacionados ao não uso de medidas preventivas das infecções sexualmente transmissíveis durante a gestação. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2018 Dec 4;32.
39. Fonseca P de L, Iriart JAB. Aconselhamento em DST/Aids às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2012 Jun;16(41):395–407.
40. Fátima A, Faculdade Terra Nordeste, Alix M, Lima V, Karinne A. Syphilis in pregnant women: implications of diagnosis revelation and partner notification strategies. *DST*. 2019 Jan 1;31(3):102–6.
41. Ministério da Saúde. [bvsms.saude.gov.br](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html). Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)
42. Lima PBSXC, Araújo MAL, Melo AK, Leite JM de A, Lima PBSXC, Araújo MAL, et al. Percepção dos profissionais de saúde e dos usuários sobre o aconselhamento no teste rápido para HIV. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2020;24(2). Available from: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452020000200218](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000200218)
43. Congenital syphilis: an integrative research / Sífilis congênita: uma pesquisa integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2021 Mar 9;13:336–41.
44. Gomes N da S, Prates LA, Wilhelm LA, Lipinski JM, Velozo KDS, Pilger CH, et al. “Só sei que é uma doença”: conhecimento de gestantes sobre sífilis. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/10964/pdf>
45. Leal MGDA, Cavalcante EGR, Gomes EB, Pereira MLD, Cruz RDSBLC, Oliveira DR de. Estrutura e resultados do controle da sífilis em gestantes na atenção básica: estudo transversal. *Revista Enfermagem UERJ*. 2021 Nov 30;29:e57721.

46. Torres PMA, Reis AR de P, Santos AST dos, Negrinho NB da S, Meneguetti MG, Gir E. Factors associated with inadequate treatment of syphilis during pregnancy: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022;75(6).
47. Figueiredo DCMM de, Figueiredo AM de, Souza TKB de, Tavares G, Vianna RP de T. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(3).
48. Oliveira Guanabara MA, Leite-Araújo MA, Matsue RY, Lima de Barros V, Alves Oliveira F, Oliveira Guanabara MA, et al. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. *Revista de Salud Pública*. 2017 Feb 1 19(1):73–8. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642017000100073&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000100073&lng=en).
49. Cofen publica nota técnica sobre administração da Penicilina Benzatina [Internet]. Cofen. 2021. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-tecnica-sobre-administracao-da-penicilina-benzatina/>
50. Barra T, Alves S, Ii R, Iii H, Hauser L, Dalcanale Tesser C. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6WTxWL89CGqZ3Nnbj6BM8nJ/?lang=pt&format=pdf>
51. Gabriela Ferreira Granja, Oliveira K, Brenno Henrique Soares, Luíza A, Izumi Y, Lislaine Aparecida Fraccolli. Implantação do modelo de acesso avançado em unidades de saúde: aceitabilidade, viabilidade e sustentabilidade. *Research, Society and Development*. 2022 Mar 23;11(4):e43611427710-e43611427710.
52. Soares LS, Junqueira MA de B. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2022;46(1).
53. Pires Filho LAS, Azevedo-Marques JM de, Duarte NSM, Moscovici L. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saúde em Debate*. 2019 Apr;43(121):605–13.
54. Cirino FMSB, Schneider Filho DA, Nichiata LYI, Fraccolli LA. O acesso avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Revista Brasileira de*

Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2020 [Acesso em 36 Jul 2023 ];15(2). Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003002582>

55. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva S dos S, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Escola Anna Nery. 2021;25(1).

56. Araújo TCV de, Souza MB de. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2020 Dec 7;54. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/GJKMK7gXhQWLSgz3mkNbCDF/?lang=pt#:~:text=A%20assist%C3%A2ncia%20da%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria>

57. Bagatini CLT, Ceccim RB, Machado RZ, Bavaresco CS. Teste rápido para sífilis no pré-natal da Atenção Básica: avaliação institucional qualitativa e educação permanente em saúde. Saúde em Redes. 2016 May;2(1):81–95.

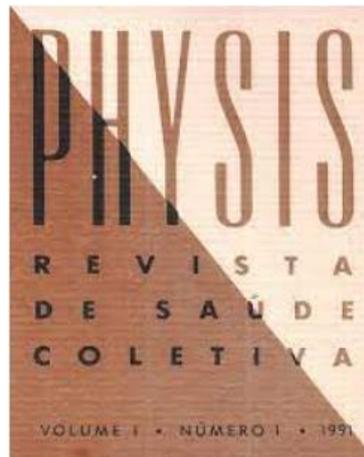
58. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. 16 p. – (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos ; caderno nº 8

59. Andrade S, Alberto C, Mônica Cardozo Rebouças, Maria. Screening on prenatal infections in the South and Southwest macro-regions in the State of Bahia, Brazil: detected on paper filter. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2019 Sep 1;1

## 6.3. ARTIGO 3:

**Trajetórias assistenciais de mulheres com desfecho gestacional de sífilis congênita em uma Região de Saúde**

(Manuscrito 3 escrito e formatado nos padrões da Physis Revista de Saúde Coletiva, ISSN  
Versão on-line: 1809-4481)



## Trajetórias assistenciais de mulheres com desfecho gestacional de sífilis congênita em uma Região de Saúde

### Care trajectories of women with gestational outcome of congenital syphilis in a Health Region

#### Resumo

Observa-se na Bahia considerável aumento nos casos de sífilis materna e congênita. Há uma carência de investigações que analisem a assistência pré-natal ofertada nos municípios do Estado, para melhor compreensão dos entraves vivenciados. Objetivou-se analisar as trajetórias assistenciais de mulheres com desfecho gestacional de sífilis congênita registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em 2019, em uma Região de Saúde. Trata-se de estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Utilizou-se a estratégia metodológica da análise de trajetórias e a sífilis congênita como evento-sentinela. Foram entrevistadas seis mulheres de municípios selecionados por apresentarem o maior número de casos de sífilis congênita registrado naquele ano. Os resultados demonstraram lacunas operacionais relacionadas à oferta do teste rápido de gravidez e educação em saúde, atualização dos profissionais nos protocolos assistenciais, testagem rápida no 1º e 3º trimestres com ampliação das categorias profissionais, abordagem e tratamento presuntivo dos parceiros, resultados de sorologias em tempo hábil, administração da penicilina e consolidação da informatização em todas as Unidades Básicas de Saúde, contínua oferta de educação permanente, qualificação do processo comunicativo dos profissionais. As trajetórias se mostraram importante ferramenta para apreensão das realidades, revelando elementos favoráveis e entraves ao controle da transmissão vertical da sífilis na Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chave:** Cuidado pré-natal; Atenção primária à saúde; Qualidade da assistência à saúde; Transmissão vertical de doença infecciosa; Sífilis.

#### Abstract

A considerable increase in cases of maternal and congenital syphilis has been observed in Bahia. There is a lack of investigations that analyze the prenatal care offered in the State's municipalities, to better understand the obstacles experienced. The objective was to analyze the care trajectories of women with a gestational outcome of congenital syphilis registered in the Notifiable Diseases Information System in 2019, in a Health Region. This is an evaluative study, with a qualitative approach. The methodological strategy of trajectory analysis was used and congenital syphilis was used as a sentinel event. Six women were interviewed from municipalities selected because they had the highest number of cases of congenital syphilis recorded that year. The results demonstrated operational gaps related to the provision of rapid pregnancy testing and health education, updating professionals in care protocols, rapid testing in the 1st and 3rd trimesters with expansion of professional categories, approach and presumptive treatment of partners, serology results in time skills, administration of penicillin and consolidation of computerization in all Basic Health Units, continuous provision of continuing education, qualification of the communication process of professionals. The trajectories proved to be an important tool for understanding realities, revealing favorable elements and obstacles to the control of vertical transmission of syphilis in Primary Health Care.

**Keywords:** Prenatal care; Primary health care; Quality of health care; Vertical transmission of infectious disease; Syphilis.

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção de abrangência mundial e evolução crônica, com grande repercussão às populações (MAGALHÃES et al., 2013). Com transmissão sexual ou vertical, é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, capaz de atravessar a placenta, infectar o feto e causar a sífilis congênita (SC), sendo esta responsável por uma variedade de desfechos negativos tais como abortos, natimortos, partos prematuros, baixo peso ao nascer, problemas congênitos e óbitos neonatais (SENA et al., 2017; SILVA et al., 2019a).

Desde 1995 o Brasil é signatário do Plano para Eliminação da SC como um problema de saúde pública e tem empreendido políticas e programas que visam à eliminação dessa infecção no país (GUEDES et al., 2023). Dentre os mais recentes, destacam-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a Rede Cegonha (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b), a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis e o Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública (BRASIL, 2017; BRASIL 2021; BRASIL, 2022a).

Considerada um dos pilares da Atenção Primária à Saúde (APS), a assistência pré-natal tem grande potencial para reduzir o número de casos de sífilis congênita, sendo este um marcador da sua qualidade, uma vez que existem métodos custo-efetivos para prevenção, diagnóstico e tratamento dessa infecção (GUEDES et al., 2023; VICENTE et al., 2023). O Ministério da Saúde preconiza a captação precoce da gestante à primeira consulta, a realização de testes rápidos no início do 1º e 3º trimestres, a inclusão da parceria no pré-natal, o preenchimento do Cartão da Gestante, o fornecimento de orientações acerca das consultas, a realização de busca ativa de faltosas e visitas domiciliares (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2022b; BRASIL, 2023a).

Entretanto, recentes estudos de revisão documentaram a baixa realização de testes rápidos, diagnóstico tardio da sífilis gestacional, tratamento inadequado das gestantes, ausência ou tratamento inadequado dos parceiros, inadequado acompanhamento laboratorial e falhas no aconselhamento e no desenvolvimento de educação em saúde na APS, como entraves para a quebra da cadeia de transmissão

da sífilis (AZEREDO et al., 2021; MELO & SANTOS, 2023; TORRES et al., 2022; SILVA et al., 2021). Contextos de desigualdade no acesso e vulnerabilidade materna, tais como baixa escolaridade, cor não-branca, idade mais jovem, pobreza e desemprego também têm influenciado na entrega de uma adequada assistência pré-natal e na ocorrência de sífilis na gestação e sífilis congênita (GUEDES et al., 2023; BENZAKEN et al., 2020; UCHÔA et al., 2022; FREITAS et al., 2019a; PASCOAL et al., 2023).

Considerando a baixa severidade dos sintomas iniciais, ou mesmo a sua ausência, a maioria das pessoas desconhecem o seu status sorológico e perpetuam a propagação da doença (SILVA et al., 2019a). Tal qual no Brasil, no Estado da Bahia também se observa um considerável aumento nos casos de sífilis materna e congênita. No período de 2012 a 2022, a taxa de incidência de sífilis congênita (casos por mil nascidos vivos) apresentou trajetória ascendente, saindo de 2,7 em 2012 para 7,2 em 2022 (BRASIL, 2023b), apesar do potencial de enfrentamento da transmissão vertical da sífilis devido à Cobertura Populacional Estimada das Equipes de Saúde da Família (eSF) no estado alcançar 81,94% (BAHIA, 2023a).

Araújo et al. (2012) advertem que a adesão formal dos municípios à Estratégia de Saúde da Família (ESF) não constitui garantia de uma mudança efetiva das práticas desenvolvidas pelas equipes de APS. Por sua vez, Azeredo et al. (2021) e Vicente *et al.* (2023) destacam que as dificuldades para o controle da transmissão vertical da sífilis não se limitam à dimensão biológica, envolvendo também complexas questões culturais, educativas e afetivas. Neste contexto, nota-se uma carência de investigações direcionadas à análise da assistência pré-natal ofertada nos municípios do Estado da Bahia, para melhor compreensão dos entraves vivenciados na perspectiva das usuárias. Assim, este estudo objetiva analisar as trajetórias assistenciais de mulheres com desfecho gestacional de sífilis congênita registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2019, em uma Região de Saúde baiana.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, acerca das práticas de assistência pré-natal desenvolvidas pelos serviços de Atenção Primária à Saúde. Foi utilizada a estratégia metodológica da análise de trajetórias (LOPES; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2004), com priorização da sífilis congênita como evento-sentinela (VIEIRA-DA-SILVA, 2009).

A trajetória assistencial (TA) é uma tecnologia avaliativa centrada no usuário, que contempla a escuta atenciosa daqueles que vivenciam a experiência de adoecimento (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008). Tal abordagem direciona suas análises ao sistema formal de saúde, com ênfase na busca pela assistência (GERHARDT, BURRILE E MÜLLER, 2016), tratando-se de uma delimitação do percurso do itinerário terapêutico (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008).

Os eventos-sentinela são ferramentas importantes para avaliação dos sistemas e serviços de saúde, pois dizem respeito a situações que poderiam ser evitadas mediante o adequado funcionamento dos serviços de saúde (Rutstein et al., 1976). O Ministério da Saúde recomenda a investigação retrospectiva dos casos de sífilis congênita, como estratégia de alta relevância para a identificação dos seus determinantes e proposição de medidas pertinentes para correção de falhas na prevenção, assistência e vigilância (BRASIL, 2014).

O cenário do estudo foi uma Região de Saúde do interior baiano, composta por 19 municípios, com população de 639.718 habitantes (BRASIL, 2023c). Foram selecionados os quatro municípios que apresentaram o maior número de casos de sífilis congênita registrado no SINAN no ano de 2019, dentro do seu estrato populacional, considerando as camadas de até 10 mil habitantes; de 10 a 30 mil habitantes; de 30 a 50 mil habitantes e acima de 100 mil habitantes. A caracterização dos municípios segue descrita na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos municípios, Região de Saúde, Bahia, 2023.

Município	População (Estim. IBGE 2021) *	Cob. Pop. Estimada (%) da Estratégia Saúde da Família (ESF) **	Cob. de APS ***	Laboratório de Saúde Pública ****	SAE/ CTA ****	Hospital atende SUS ****	Maternidade Terciária SUS ****	Nº casos SINAN 2019 incluídos PESQUISA *****	Município eleito no Estrato (maior nº casos)
<b>ESTRATO 1</b>									
<b>Até 10 mil habitantes</b>									
A	4.896	100%	100%	-	-	-	-	2	SIM
E	9.768	100%	100%	-	-	1	-	0	NÃO
F	8.659	100%	100%	-	-	-	-	0	NÃO
G	8.667	100%	100%	-	-	1	-	0	NÃO
H	2.386	100%	100%	-	-	-	-	1	NÃO
I	8.264	100%	100%	-	-	-	-	0	NÃO
<b>ESTRATO 2</b>									
<b>De 10 mil a 30 mil habitantes</b>									
B	26.581	100%	93,60%	-	-	1	-	5	SIM
J	21.229	100%	100%	-	-	1	-	0	NÃO
K	17.013	100%	100%	-	-	1	-	3	NÃO
L	14.671	100%	84,83%	-	-	-	-	0	NÃO
M	24.921	100%	100%	-	-	1	-	1	NÃO
N	17.113	100%	100%	-	-	1	-	0	NÃO
O	15.914	100%	100%	-	-	1	-	1	NÃO
P	10.253	100%	97,77%	-	-	1	-	1	NÃO
Q	12.028	100%	100%	-	-	1	-	0	NÃO
R	15.996	100%	86,17%	-	-	1	-	0	NÃO
<b>ESTRATO 3</b>									
<b>De 30 mil a 50 mil habitantes</b>									
C	46.885	100%	100%	-	-	1	-	3	SIM
S	30.831	100%	100%	-	-	1	-	0	NÃO
<b>ESTRATO 4</b>									
<b>Acima de 100 mil habitantes</b>									
D	343.643	56,22%	73,36%	01	01	13	01	11	SIM
Região de Saúde	639.718	76,48%	84,70%	01	01	26	01	21	4

Fonte:

\* Plataforma e-Gestor AB/Relatórios Públicos/Financiamento APS/Pagamentos APS (2022-atual)/Capitação ponderada (parc. OUT/23, comp. AGO/2023); acessado em 10/01/24;

\*\*Cobertura estimada ESF.Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB) da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SAIS/SESAB), acessado em 10/01/24, dado gerado em 08 de novembro de 2023, dados e-Gestor/SISAB referentes a agosto/2023.

\*\*\*Cobertura de APS. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB) da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SAIS/SESAB), acessado em 10/01/24, dado gerado em 07 de novembro de 2023, dados e-Gestor/SISAB referentes a agosto/2023.

\*\*\*\* Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), acessado em 10/01/24.

\*\*\*\*\* Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, acessado em 24/02/22, no Núcleo Regional de Saúde Sudoeste. Excluídos os casos com diagnóstico final “descartado”, casos duplicados e abortos ocorridos até 11 semanas.

Nota: SAE-Serviço de Assistência Especializada IST/HIV/AIDS; CTA-Centro de Testagem e Aconselhamento.

Os municípios selecionados apresentam cobertura populacional estimada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de 100% (BAHIA, 2023a), exceto o município D, que é o município sede da Região de Saúde e que comporta importantes serviços especializados da rede de assistência pré-natal: Laboratório Municipal de Referência Regional (LMRR), unidade descentralizada do Laboratório Central da Bahia (LACEN) e referência laboratorial para exames de interesse em saúde pública; Serviço de Assistência Especializada (SAE) em IST/HIV/AIDS e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de referência regional; e a Maternidade pública de nível terciário de referência macrorregional (BRASIL, 2023d).

A partir do endereço informado nas Fichas de Notificação de Sífilis Congênita, foram contatadas as Coordenadoras de Atenção Básica dos quatro municípios e solicitada a identificação da Unidade Básica de Saúde (UBS) e da equipe de referência para cada caso. Foi solicitado o apoio das enfermeiras das respectivas unidades de APS de referência, no sentido de localizar na área de abrangência as mães dos vinte e um bebês registrados com sífilis congênita nos referidos municípios, no ano 2019.

Foram localizadas 13 mulheres, sendo uma do município A, quatro do município B, duas do município C e seis do município D. Também foi solicitado o apoio das enfermeiras para o contato inicial com as respectivas usuárias de cada equipe identificada. Por meio de contato telefônico, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e feito o convite às 13 mulheres para participação no estudo, tendo sido obtido o consentimento de seis delas. Diante das recusas de participação, o município selecionado no estrato de 30 a 50 mil habitantes (município C) não teve representação.

Posteriormente, foi verificada a distribuição das usuárias conforme modalidade de APS, área urbana ou rural e município de moradia, conforme Tabela 2. Foram construídas seis trajetórias assistenciais.

**Tabela 2. Número de entrevistas realizadas por município e modalidade de APS, Região de Saúde, Bahia, 2023.**

Município	Modalidade de APS	Nº de usuárias localizadas	Nº de usuárias entrevistadas/ Contexto territorial
A	USF zona urbana	01	01 (residência zona rural)
B	USF zona urbana	02	01 (residência zona urbana)
	USF zona rural	01	00

	UBS tradicional zona urbana (EACS)	01	01 (residência zona urbana)
C	USF zona urbana	01	00
	USF zona rural	01	00
D	USF zona urbana	03	01 (residência zona urbana)
	USF zona rural	02	02 (residência zona rural)
	UBS tradicional zona urbana (EACS)	01	00
<b>TOTAL</b>	-	<b>13</b>	<b>06</b>

Fonte: construção própria, a partir dos dados da pesquisa.

Em relação à modalidade das equipes de APS, foram entrevistadas três usuárias de Equipes de Saúde da Família e uma usuária de UBS tradicional/Equipe da Estratégia de Agente Comunitários de Saúde (EACS) com área de abrangência de zona urbana e duas usuárias de Equipes de Saúde da Família com área de abrangência de zona rural.

A produção de dados ocorreu no período de 29 de julho de 2022 a 06 de outubro de 2023 por meio de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado contendo aspectos sócio-demográficos (idade, cor, dados da época do pré-natal: ocupação, escolaridade, situação conjugal, rendimento mensal do lar, recebimento de benefício social, plano de saúde, dentre outros) a fim de caracterizar as participantes, e sete blocos de perguntas que permeiam a temática da assistência pré-natal e parto.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, de forma individual, em sala reservada na UBS de referência da usuária (exceto uma, que ocorreu em sala reservada no local de trabalho da usuária, por sua própria preferência), com uso de gravador de áudio, com um tempo médio de duração de 42 minutos. As entrevistas foram transcritas na íntegra, com supressão das falas da pesquisadora, organizadas e salvas em arquivo de texto.

As trajetórias assistenciais foram construídas a partir das entrevistas com as usuárias e complementadas com consulta a prontuários da APS, cartões da gestante e resultados de exames que estavam disponíveis. Foram realizadas interpretações qualitativas com base na Técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2015), a partir de categorias que emergiram do material empírico.

Visando verificar a adequação técnica da assistência prestada ou oportunidades de intervenção perdidas, foi realizada a comparação das trajetórias assistenciais das usuárias com a matriz disposta no Quadro 1, que contém as ações

preconizadas para o controle da transmissão vertical da sífilis na Atenção Primária à Saúde.

**Quadro 1. Matriz para verificação da adequação técnica das ações de controle da transmissão vertical da sífilis na Atenção Primária à Saúde, Região de Saúde, Bahia, 2023.**

COMPONENTES	INDICADORES (Identificação por meio de entrevista com usuárias, prontuário, cartão do PN, resultados de exames, relatórios)
Educação em saúde	Realização de atividades educativas na comunidade (grupos, sala de espera, eventos de mobilização, etc) sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis, importância do início precoce do pré-natal (até 12 semanas).
Diagnóstico sorológico da infecção	1ª ROTINA (ideal no 1º trimestre da gestação, na 1ª consulta de pré-natal): aconselhamento pré-teste; testagem para sífilis na UBS (teste rápido ou método do papel filtro) ou solicitação “Diagnóstico de sífilis” ao laboratório; aconselhamento pós-teste. 2ª ROTINA (início do 3º trimestre da gestação, 28ª semana): aconselhamento pré-teste; testagem para sífilis na UBS (teste rápido ou método do papel filtro) ou solicitação “Diagnóstico de sífilis” ao laboratório; aconselhamento pós-teste;
Tratamento da gestante	Realização de anamnese e exame físico; classificação do estágio da sífilis (recente – primária, secundária ou latente recente; ou tardia – latente tardia ou terciária); definição da adequada conduta terapêutica; iniciar 1ª dose de penicilina benzatina independente do resultado do 2º teste (não-treponêmico); solicitação “Diagnóstico de sífilis após TR reagente” ao laboratório; notificação e investigação da sífilis em gestante; orientação de retorno. OBS: início do tratamento materno até 30 dias antes do parto e conclusão até o momento do parto.
Seguimento da gestante com sífilis	Solicitação mensal de teste não treponêmico para “Monitoramento do tratamento de sífilis” ao laboratório; interpretação dos resultados dos testes não-treponêmicos para monitoramento da resposta terapêutica; controle sorológico da cura ou suspeita de reativação/reinfecção; avaliação da necessidade de encaminhamento para consulta especializada.
Abordagem do(s) parceiro(s)	Solicitar comparecimento do(s) parceiro(s) sexual(is) da gestante na UBS; aconselhamento pré-teste; testagem para sífilis na UBS (teste rápido) ou solicitação “Diagnóstico de sífilis” ao laboratório; aconselhamento pós-teste; solicitação “Diagnóstico de sífilis após TR reagente” ao laboratório; realização de anamnese e exame físico; classificação do estágio da sífilis; definição da adequada conduta terapêutica; realização do tratamento; notificação e investigação da sífilis adquirida; orientação de retorno; solicitação trimestral (3, 6, 9 e 12 meses) de teste não treponêmico para “Monitoramento do tratamento de sífilis” ao laboratório; interpretação dos resultados dos testes não-treponêmicos para monitoramento da resposta terapêutica; controle sorológico da cura ou suspeita de reativação/reinfecção; avaliação da necessidade de encaminhamento para consulta especializada.
Orientação individual/casal	Orientar sobre os riscos da sífilis; realização dos exames e retorno às consultas; tratamento e reação de Jarisch-Herxheimer; uso do preservativo nas relações sexuais.

Fonte: Elaboração própria com base em DOMINGUES (2011), BRASIL (2013a), BRASIL 2014, BRASIL (2022b).

O estudo atende às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido

submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob CAAE: 52307221.7.0000.0055 e Parecer nº 5.176.473/2021.

As usuárias aceitaram participar voluntariamente, foram informadas sobre os objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, bem como a garantia do seu sigilo das informações coletadas, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No intuito de garantir o anonimato, as participantes foram identificadas pela letra “P” acrescida do número arábico correspondente à ordem das entrevistas (P1, P2, etc), a localidade de residência (zona urbana – U ou zona rural – R) e município de origem (A, B, D).

## **RESULTADOS**

No momento do estudo, as usuárias entrevistadas tinham idade de 21 a 41 anos. Em todas as trajetórias, a assistência pré-natal foi prestada entre o segundo semestre de 2018 e o primeiro semestre de 2019, quando as usuárias tinham entre 17 e 37 anos, predominando a faixa etária de 27 a 37 anos. A maioria se autodeclarou parda, com ensino fundamental incompleto, rendimento familiar de até um salário-mínimo. Quatro delas exerciam alguma ocupação remunerada, mas somente uma era a provedora principal do lar e três declararam recebimento de benefício social (Bolsa Família). Nenhuma das usuárias tinham plano de saúde.

No tocante aos conceitos, cinco foram nascidos vivos a termo, com peso acima de três quilos e um foi natimorto com 24 semanas. Duas usuárias relataram icterícia neonatal com uso de fototerapia. Todos os nascidos vivos foram considerados assintomáticos e tratados para sífilis congênita recente, permanecendo internados na maternidade de referência por até 15 dias.

A seguir, são analisados os principais achados das entrevistas, prontuários e documentações em saúde utilizados na construção das trajetórias assistenciais. Os nomes das pessoas e dos serviços foram suprimidos. Os elementos para verificação da adequação técnica das ações de controle da transmissão vertical da sífilis, já mencionados, são apresentados ao longo de categorias que agregam todos os pontos de contato das usuárias com a APS no decorrer das respectivas trajetórias assistenciais.

### **Acesso e utilização da UBS de referência**

Dentre as participantes do estudo, cinco já residiam na área de abrangência da UBS onde foi realizado o pré-natal. Todas elas tinham com algum nível de vinculação estabelecida com a equipe, pela utilização prévia de atendimentos tais como planejamento reprodutivo, preventivo do câncer de colo uterino, atendimento médico e/ou vacinas. Apenas três referiram já ter participado de atividades educativas promovidas pela equipe.

Quatro usuárias residiam em microárea coberta por ACS, conheciam e eram visitadas pelos mesmos e uma residia em microárea descoberta. Apenas uma participante não tinha vinculação prévia à equipe que assistiu ao seu pré-natal, pois morava em outro município e só passou a residir no território da equipe no período gestacional.

Todas as entrevistadas referiram gostar do atendimento da UBS e não tinham queixas acerca do seu horário de funcionamento, nem de dificuldades para realizarem o deslocamento, mesmo as de zona rural. As que moravam um pouco mais distante, lançavam mão de carona no ônibus escolar ou eram levadas por familiares de moto até a unidade, para o atendimento pré-natal.

### **A descoberta da gravidez e o início do pré-natal**

Quando se descobriram grávidas, duas participantes eram casadas, duas tinham relacionamento estável e duas eram solteiras. Nenhuma das gestações foram planejadas e a maioria aconteceu em uso inconstante de método contraceptivo.

*Falei, doutor, eu vou parar de tomar a medicação. Ele, por quê? Eu falei, eu não estou me sentindo bem. Ele falou assim, você para, mas usa preservativo. Falei, doutor, mas eu só tenho uma trompa. Ele falou assim, mas mesmo assim, você evita. Aí eu falei assim, ah, sou tenho uma trompa, é difícil de engravidar. Aí ficou. (P6RA)*

*Eu evitei durante 16 anos, parei a cartela, 21 comprimidos e nesse período de 21 eu só tomei 6. Nesse período de 6, eu engravidei já nessa etapa, entendeu? (P1RD)*  
*Não, planejava assim não. Eu não cheguei a planejar a gravidez. Eu pensava em ser mãe de novo, mas não cheguei a planejar assim. E eu estava solteira (...). Era só ficante mesmo, só ficante. (P3RD)*

*Às vezes usava e aí às vezes não. E quando eu engravidei, eu tinha tomado a pílula do dia seguinte, que era para tomar duas e eu só tomei uma. Eu tinha tomado e depois apareci grávida. (P2UD)*

*Eu tomava (Ciclo 21) todo dia 7 horas da manhã, mas o negócio que a gente bebia e bebida corta o efeito. (P4UB).*

Ao desconfiar da gestação, a maioria das usuárias buscaram, por conta própria, realizar algum teste de gravidez. Três delas realizaram o primeiro diagnóstico por meio

da compra de teste na farmácia (P6RA, P3RD, P2UD), sendo dois deles posteriormente confirmados por Beta-HCG, um solicitado pela enfermeira da UBS e realizado pelo SUS (P6RA) e um realizado particular por conta própria (P2UD). Outras duas tiveram como primeira opção o exame de sangue (beta-HCG), também pago com recursos próprios (P1RD, P4UB). Apenas uma mulher procurou primeiramente a enfermeira da UBS para investigar a amenorréia, porém, mesmo com a solicitação em mãos, optou por pagar o exame para saber logo o resultado (P5UB).

*Comprei, fiz o exame. Vim aqui (na UBS), conversei com a enfermeira, ela fez outro teste de gravidez. Aí ó (...), vamos fazer um de sangue pra nós ver se dá certo mesmo. Aí fizemos o de sangue que deu a gravidez. (P6RA)*

*Eu fiz o de sangue. Só que foi uma intuição minha. Nos primeiros dias eu já falei, eu já estou grávida. (...) Eu paguei. (P1RD)*

*Aí eu comprei um teste na farmácia e deu positivo. Comprei outro, deu positivo, aí pronto, aí falei agora eu tô. (P3RD)*

*Aí eu ia procurar o posto depois que eu fui no laboratório e fiz o exame, o teste. (...) Isso, sem passar no posto. (P4UB)*

*Fiz exame, paguei 16 reais pra fazer o exame de sangue. Ai no outro dia peguei o resultado, a moça falou que eu tava grávida, eu falei, poxa, mais um? Mas saúde, vindo com saúde está bom. (P5UB)*

*Não, eu fiz tudo em casa. Eu fiz em casa e o de sangue por minha conta. (P2UD)*

Foi possível observar certa agilidade das usuárias em realizar a confirmação da gravidez. Com base na análise dos documentos disponíveis, 3 mulheres iniciaram o pré-natal entre a 6<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> semana de gestação. Duas mulheres não sabiam informar a idade gestacional com que iniciaram o pré-natal; de acordo com os relatos, uma indicou ter iniciado perto de completar três meses e a outra informou que na primeira consulta ainda não deu para ouvir o coração do bebê, o que sugere terem iniciado ainda no 1<sup>o</sup> trimestre (não foi possível a conferência nos prontuários). Nenhuma das usuárias referiu dificuldade em marcar a primeira consulta de pré-natal. As datas de retorno já ficavam agendadas.

*Assim que eu fiquei sabendo que eu tava grávida, nós já começamos a iniciar o pré-natal todo. (...) Já ficavam marcadas (as consultas). Fazia uma e já sabia a data da outra. (P6RA)*

*Assim que eu descobri que eu estava grávida eu já comecei também. (...) Já ficava sempre já registrado. Já tinha tipo uma obrigação de sempre, ela estar atendendo, entendeu? (P1RD)*

*Quando eu fiz o teste, eu fui lá no posto e marquei o pré-natal. (...) Já ia para três meses. (...) já ia saindo da sala, já marcava para o próximo mês. (P4UB)*

*Não, assim que eu descobri que estava grávida dele eu já comecei meu pré-natal. (...) Não, na primeira consulta não (consegui ouvir o coração). (...) Não, eu já saía daqui com a data já marcada. Já para eu fazer a outra consulta. (P5UB)*

*Quando eu descobri e que eu vim fazer o pré-natal, eu estava com seis semanas. (...) aí eu ia na recepção e eles marcavam. Já via na agenda dela e marcava pro próximo mês. (P2UD)*

Uma das mulheres iniciou o pré-natal com bastante atraso (segundo o prontuário, com 31 semanas), devido à falta de documentos pessoais para obtenção do primeiro atendimento, demonstrando uma alta vulnerabilidade. Ela residia na zona rural de outro município e tinha se mudado para a área de abrangência da equipe já com a gravidez avançada.

*Porque assim, quando eu tava grávida desse bebê, eu tinha que ter os documentos de saúde de lá da cidade tudo, tinha que tirar o SUS (cartão) e eu não tinha os documentos nenhum ainda, porque lá onde minha mãe mora era difícil para resolver tudo. Aí eu tive que fazer, tirar identidade, tirar tudo para mim para ter o neném. Eu tive que tirar tudo, sair primeiro e para depois ser atendida no posto. Para ter um cartão de SUS, tudo. Depois que eu fiz, eu comecei a fazer os exames, o pré-natal aqui. (...) Só tinha um registro e pronto. Depois que eu tirei tudo, eu vim. (P3RD)*

Cinco usuárias tiveram a sua primeira consulta de pré-natal realizada pela enfermeira e somente uma usuária teve sua primeira consulta realizada pela médica da respectiva equipe de APS. Dentre as usuárias atendidas por enfermeiras, em quatro delas (P2UD, P4UB, P5UB e P6RA) foi realizada a coleta dos testes rápidos de sífilis, HIV, Hepatite B, Hepatite C e solicitados exames laboratoriais; em uma usuária (P1RD) só foi realizada a coleta da Triagem pré-natal e solicitados exames laboratoriais, sem informação sobre o motivo da não realização dos testes rápidos na UBS. A usuária atendida pela médica (P3RD), embora estivesse com a gestação avançada, não teve os testes rápidos realizados no dia da 1ª consulta, saindo com solicitações de exames: sorologias, Triagem pré-natal, exames laboratoriais e ultrassonografia, e agendado retorno com a enfermeira para 20 dias.

Dentre os exames preconizados para o pré-natal, a maioria deles foi acessada pelo SUS. Entretanto, quatro usuárias referiram ter realizado um ou dois exames na rede particular, especialmente a ultrassonografia, devido à ocorrência de demora na marcação pelo SUS. Apenas uma mulher referiu ter pago para fazer o exame laboratorial de sífilis.

*A ultrassom eu tive que fazer pago, porque se marcasse aqui ia demorar um pouquinho a mais, um mês ou dois pra poder chamar você. Aí com uma mulher sempre quando ela está grávida ela fica ansiosa pra saber o sexo da criança pra comprar as coisinhas, fiz pago, mas a maioria o exame de sangue, fezes, essas coisas foi tudo pelo posto. (P5UB)*

*Nem todos. Só paguei só um exame de urocultura, que era 30 reais, e uma ultrassom. Os outros tudo foi pelo SUS. (P4UB)*

*Eu nem lembrava de ultrassom mais, mas daí acabou chegando. Aí chegou, eu fiz, e foi no dia que eu fiz, já descobri o sexo. (P2UD)*

*Não, os exames que eu paguei mesmo só foi ultrassom. (P3RD)*

*Não, sempre marcava (pelo SUS). Eu tive uma dificuldade com a ultrassom, porque eu tive que fazer duas pagas, porque às vezes aqui na época chegou a demorar. (P1RD)*

*Eu fiz todos eles, sangue, de urina. Ultrassom eu fiz. Pelo SUS, aqui no bairro. (P6RA)*

*Pago foi pra saber se eu estava grávida. E o de sífilis pra saber se ainda estava um pouquinho alterado ainda. (P5UB)*

Nos três municípios, as guias dos exames laboratoriais eram deixadas na UBS ou na Central de Marcação e as pacientes aguardavam o agendamento das datas para realização. No município A, os exames gerais de sangue, fezes e urina foram coletados no próprio município e o material levado para análise em laboratório conveniado ao SUS localizado no município vizinho. No município B, os exames gerais de sangue, fezes e urina foram coletados e analisados em laboratório conveniado ao SUS no próprio município. Já em relação às sorologias, a usuária do município A precisou se deslocar até o município D, sede da região de saúde, para coletar no Laboratório Municipal de Referência Regional (LMRR). A usuária do município B, teve sangue coletado no próprio município e as amostras encaminhadas para análise no LMRR. No município D, todos os exames eram coletados e analisados no LMRR. Em todos os casos, os resultados poderiam ser acessados pela internet. Quanto ao tempo de espera pelos resultados, houve queixa em relação às sorologias, realizadas no LMRR.

*Antes aqui, botava para marcar hoje, para fazer amanhã de manhã. (...) Agora aqui está diferente. Mas toda a vida foi marcado hoje pra fazer amanhã de manhã. Coletava no **LMRR**. Demorava uns 20 dias, um mês mais ou menos. (P2UD)*  
*Eu ia no outro posto grande, no outro posto de baixo e marcava. Era fácil, porque como a pessoa é gestante, é mais fácil pra marcar. E rapidinho eu marcava meus exames. Tem gente que hoje tem dificuldade, mas eu não. Nunca tive dificuldade pra marcar meus exames. (...) Demorou os outros resultados que vinha do **LMRR**. (...) Recebi quando estava de quatro pra cinco meses. Demorou. (P4UB)*  
*Elas me mandaram o pedido, eu deixava aqui no posto o pedido, aí eles me ligavam e falavam que ia ser no **LMRR**, onde que ia ser. Aí eu ia lá pro **LMRR** fazer lá uns exames de sangue. (...) Demorou não porque eu dava bastante pressa. (...) Eu falava, porque eu já tô perto de ganhar e aí a médica lá quer ver. (...) Ela falava, não, você pode vim tal dia que você já pega, então você pode pegar pela internet também. (P3RD)*

Sobre os resultados dos primeiros exames que deram negativos para sífilis, a usuária P1 recebeu da enfermeira os resultados da Triagem pré-natal na 3ª consulta de pré-natal (18 semanas) e mostrou os resultados dos exames laboratoriais para a médica na 4ª consulta (24 semanas), os dois foram negativos para sífilis. A usuária P2UD recebeu da enfermeira o resultado de teste rápido negativo para sífilis na 1ª consulta (6 semanas) e mostrou os resultados dos exames laboratoriais para a médica na 3ª consulta (15 semanas), a sorologia para sífilis não reagente. Por sua vez, a usuária P6RA recebeu da enfermeira o resultado de teste rápido negativo para sífilis na 1ª consulta (6 semanas) e foram avaliados resultados de exames laboratoriais (não

informa quais) pela enfermeira na 3ª consulta (16 semanas), registrado como “sem alteração”.

Em relação aos resultados dos primeiros exames que deram positivos para sífilis, a usuária P3RD recebeu da enfermeira o resultado de teste rápido positivo para sífilis na 2ª consulta (35 semanas). Até essa data ela estava sem exames laboratoriais. A enfermeira realizou a notificação do caso e prescreveu o tratamento com benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI durante três semanas, com início imediato. As três doses da medicação foram administradas na própria UBS nas datas 07/03/19, 14/03/19 e 21/03/19. A usuária deu à luz no dia 25/03/19.

*Eles me deram benzetacil. (...) Foi, eu vim tomar três, foi. Eu já tomei umas seis. Era assim, porque três vezes. Cada uma que eu vinha, eu tomava duas. Uma na bunda, uma na outra. (...)Deu tempo (até o final da gestação), eu tomei aqui com as meninas. (P3RD).*

A usuária P4UB recebeu da enfermeira o resultado de teste rápido positivo para sífilis na 1ª consulta (perto de três meses), porém, segundo ela, a profissional não iniciou de imediato o tratamento, preferiu aguardar o resultado laboratorial do VDRL. Na 3ª consulta (por volta de cinco meses de gestação) a usuária levou os resultados para a enfermeira avaliar, ela prescreveu a benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI por três semanas, com início imediato. Segundo a usuária, as três doses da medicação foram administradas no hospital municipal e era necessário o registro da data da aplicação no verso da receita, para fins de comprovação na UBS.

*No mesmo dia. Aí eu fui pro hospital, tomei no hospital. Eu tomava no hospital, toda quarta-feira eu ia pra lá. (...)Duas cada dia. (P4UB)  
E toda vez que eu ia, tinha que ficar marcando atrás a data e o horário que eu fui. (...) Eu tinha que vir mostrar pra ela.*

Já a usuária P5UB, recebeu da enfermeira o resultado de teste rápido positivo para sífilis na 1ª consulta (não sabe informar a idade gestacional). Ela já tinha tido sífilis na gestação anterior, foi diagnosticada no momento do parto e referiu ter feito tratamento dela e da criança no hospital. Segundo ela, a enfermeira solicitou um novo exame de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), que deu alteração, e prescreveu a benzilpenicilina benzatina, cujas doses foram aplicadas no hospital municipal. O relato da usuária sugere que o tratamento fora iniciado no período final da gestação e apresenta algumas inconsistências em relação às doses usualmente praticadas, porém não foi possível acessar os registros em prontuário da UBS para melhor detalhamento. A ficha de notificação informa a data de início do tratamento 28/03/19, tendo o parto ocorrido em 05/04/19.

*O tratamento foi passado pra mim, foi sempre tomar o sulfato ferroso e tomar esse benzetacil durante dois dias. E todo dia eu tinha que ir no hospital tomar, todo dia eu tinha que tomar, todo dia eu tinha que tomar, quase nas ultimas da gravidez. (...) Era oito injeções. (...) Dava duas em cada lado e com uma semana eu tive que ir lá de novo. (...) Foram duas semanas. (P5UB)*

*Ela (a enfermeira) fazia de tudo pra eu poder correr atras dos exames antes de eu ganhar a criança. (...) Até a medicação ela correu atrás pra eu tomar essas benzetacil antes de ganhar criança, pra na hora que ganhar já a unidade tivesse mais baixa pra ele. (P5UB)*

Em relação à abordagem dos parceiros após o diagnóstico de sífilis na gestação, duas das três usuárias referiram que os companheiros foram convocados pelas enfermeiras a comparecerem na UBS para realização da testagem. O companheiro de P5UB não aceitou ir à unidade. Dessa forma, a enfermeira enviou por meio da usuária uma solicitação de exame laboratorial de sífilis para que ele fizesse. Ele fez o exame no laboratório particular, deu negativo. A usuária levou o resultado para a avaliação da enfermeira, não tendo sido prescrito nenhum tratamento para ele.

*Ele foi chamado. Não veio. Ele não quis vir. (...) A enfermeira me deu o pedido, porque ele não quis vir. (...) Eu fui com ele, peguei a receita, fui com ele lá no laboratório, ele fez pago, aí deu 0,0. Eu trouxe para a enfermeira ver. (...) Não precisou passar tratamento para ele, só foi para mim mesmo. (...) Ela passou para ele fazer só o exame de sífilis. Como não deu nada, ele não. (P5UB)*

O casal foi orientado pela enfermeira quanto à importância do uso do preservativo nas relações sexuais.

*Fomos orientados. De qualquer jeito, como uma mulher, convivendo junto ou não, tinha que usar preservativo. (...) Foi bem orientado. (...) Ele aceitava usar, às vezes sim, as vezes não, mas como eu já tinha sífilis e ele já fez um exame e não deu nada, então a gente teve que usar, porque podia passar pra ele, então a gente teve que usar. (...) Eu pegava sempre com o posto. (P5UB)*

Já o parceiro de P4UB, compareceu à UBS, onde a enfermeira realizou a testagem rápida, dando positivo para sífilis. No mesmo momento, a enfermeira prescreveu o tratamento para ele e orientou a realização de exames laboratoriais. Entretanto, ele não queria ir ao hospital para ser medicado, gerando uma discussão entre o casal; posteriormente ele aceitou, tomando uma dose da medicação (duas injeções de 1.200.000 UI) neste dia, mas não retornou para receber as demais doses, que segundo ela, foram prescritas.

*Ele compareceu. Fez o teste rápido. Deu positivo. Foi a enfermeira e depois nós fomos para o laboratório para fazer o de sangue. Passou a injeção para ele tomar também. Para ele foi no mesmo dia. Ele não queria nem ir. Aí depois disse, você vai ficar comigo agora (...). Não vou ficar com você mais não. A gente foi para o hospital. Uma semana só, ele só tomou duas. Nas outras semanas, ele não foi. (P4UB)*

Na consulta de pré-natal seguinte, a enfermeira buscou saber da usuária sobre o tratamento do parceiro, tendo sido informada do abandono, porém, não foi realizada

busca ativa. Uma vez que ele não quis completar o tratamento, a usuária passou a exigir o uso do preservativo nas relações sexuais.

*Lá no pré-natal perguntou, mas eu falei pra ela que ele não queria nada com a vida. Ele é novo, ele tem 23 anos. (...) Ela explicou. Falou para ele que era uma doença, que ele tinha que se tratar, cuidar, para não avançar, que era perigoso. E se ele não se tratar, iria continuar passando por mim. Mas entrava no ouvido e saía no outro. Aí eu passei a usar preservativo. Todas as vezes, eu não deixava não. (P4UB)*

Segundo P3RD, seu parceiro não foi convocado pela equipe para comparecer à unidade. Porém, há registro no prontuário de que a enfermeira orientou que a paciente conversasse com o parceiro e o convocasse, embora a usuária tivesse informado que o companheiro atual não é o pai da criança, que estão juntos há dois meses e que usam preservativo. A usuária relatou que a equipe fez a solicitação de exames, que foram agendados e realizados no SAE/CTA localizado na sede do município, tendo retornado com os resultados negativos para mostrar à médica.

*Não. Não chamou ele. Eles marcaram o exame para ele. Ele foi fazer o exame. Pediu, ele fez no **SAE/CTA** o exame. Só que os exames dele deu tudo (...) negativo. Ele não tinha, porque já é mais de idade então ele não tinha nada, não deu nada. Deu tudo os pedidos, chegou aqui, aí mostrou tudo para a médica e deu tudo negativo, deu nada. Ele não teve. (P3RD)*

### **O seguimento da gravidez e a conclusão do pré-natal**

Entre as usuárias entrevistadas, observou-se que cinco tiveram a maioria das consultas de pré-natal realizadas por enfermeiras, embora todas tenham passado por consulta médica na sua respectiva equipe de APS, variando de uma a três consultas médicas, geralmente na oportunidade de entrega de resultados de exames e/ou para avaliação de alguma queixa clínica.

Somente uma das usuárias (P6RA) passou por apenas duas consultas de enfermagem, devido ao histórico de complicações em gestações anteriores. Esta passou por cinco consultas com o médico da USF e, a partir de 20 semanas, por conta própria, passou a fazer acompanhamento concomitante com um obstetra particular, que já a acompanhava na parte ginecológica, pois também desejava que ele fizesse o seu parto.

Quanto ao número total de consultas, foram identificadas três usuárias com mais de seis consultas, duas usuárias com menos de seis consultas e uma usuária que não soube informar. A realização dos exames preconizados para o terceiro trimestre de gestação ocorreu de forma variável entre as usuárias.

Dentre aquelas sem o diagnóstico de sífilis no início do pré-natal, P1RD com 28 semanas recebeu da enfermeira as solicitações de exames do 3º trimestre:

laboratoriais, urocultura, ultrassonografia e orientada à coleta da 2ª Triagem pré-natal na unidade. A usuária não relatou e não há registros de realização de testes rápidos neste período. Na consulta seguinte (31 semanas) há registros da enfermeira de que a paciente ainda não tinha recebido o agendamento dos exames. Na 8ª consulta de pré-natal (36 semanas), a enfermeira registrou que aguardava os resultados de exames laboratoriais. Na 9ª consulta (38 semanas), foram avaliados os resultados da 1ª Triagem pré-natal, com resultado de sífilis não reagente; usuária com lesão anal, avaliada pela médica. Ainda sem resultados dos exames laboratoriais. Segundo a usuária, os exames laboratoriais foram coletados e ela não conseguiu receber os resultados antes de parir.

*É, eu só sei dizer que não deu tempo para eu pegar o resultado que eu tinha que trazer para ela e vir aqui de novo. E não deu tempo para mim trazer para elas. Era esse aí que estava o problema. (P1RD)*

*Eu senti diferença, quase na data de ganhar. Primeiro eu senti coceira na mão, muita coceira. E coceira no pé. E eu achei estranho aquilo, e coçava, e coçava. (...) Depois eu comecei a sentir no ânus. Coçava muito, que ardia. Aí eu fui no posto aqui (...) E aí, porém, falaram que não era nada, era normal. Ela me examinou, todinha, ela olhou, ela viu os caroços grandes já no ânus, nas mãos e tudo, coçava. Tinha ferida. (...) Ela não pediu (exames) porque o exame já tinha mandado pra mim fazer. Só que nesse período foi o período que eu já entrei em trabalho de parto. (P1RD)*

No caso de P6RA, com 19 semanas o médico da USF registrou na caderneta de pré-natal a solicitação de exames do 2º trimestre. Na consulta seguinte (26 semanas), o médico da USF registrou o resultado de VDRL 1:4, a informação de que a paciente refere infecção pré-gestacional com tratamento em três doses, sem tratamento do parceiro, e a solicitação de novo VDRL. Resultado de exame do LMRR apresentado pela usuária no dia da entrevista demonstrou que a coleta foi feita em 26/11/18 (9 semanas), o resultado liberado em 17/12/18, porém impresso em 24/01/19; entretanto, só há registro na caderneta da gestante de que o médico avaliou esse exame em 27/03/19 (19 semanas). O resultado de novo VDRL realizado em 29/03/19 foi positivo 1:4, mas não há registros na caderneta de orientação ou prescrição de tratamento, aparentando ter sido considerada pelos profissionais uma cicatriz sorológica. A usuária ainda foi atendida pelo médico da USF em 08/05/19 (32 semanas) com registro de solicitação de exames do 3º trimestre, e em 29/05/19 (35 semanas) com registro de solicitação de exames. Não foi possível acessar os registros em prontuário da UBS para melhor detalhamento.

A partir de 16/02/19 há registros na caderneta da gestante, da realização de consultas com dois obstetras particulares, mas sem evolução no campo de

observação, diagnóstico e conduta. Segundo a usuária, ela não foi informada pelos profissionais sobre nenhuma alteração nos exames.

*Antes de parir, eu tinha recebido todos os exames. Nenhum dos médicos falaram. Nenhum momento. Só quem me falou foi a **doutora**, mas não explicou o que foi. (...) ela disse que eu tinha que fazer o parto normal (cesáreo) que era mais vantagem porque o neném não corria o risco de pegar alguma infecção. (P6RA)  
 (...) Nessa gravidez eu nunca soube que tinha dado sífilis. Porque eu confiei no teste do dedo do posto. Fez, não deu reagente, eu falei então sumiu. (P6RA)  
 Bem antes dessa gravidez, eu fiz o exame de sangue, o doutor falou que eu tinha dado e aí passou medicação. Ele falou que eu tinha um probleminha no sangue. Aí ele falou que eu ia passar o tratamento. Aí eu fiz o tratamento, (...) com as benzetacil. (...) Só fez o tratamento com a benzetacil e pronto. Não repetiu o exame não. (P6RA)*

Já no caso de P2UD, ela havia passado em consulta de pré-natal com a médica da USF em 08/05/19 (21 semanas), tendo sido avaliados os últimos exames realizados, a ultrassonografia obstétrica e a eletroforese de hemoglobina. Segundo a usuária, ela vinha com o pré-natal normal e, antes da próxima data de consulta, observou que o bebê tinha parado de mexer, o que a fez procurar atendimento na maternidade de referência.

*Eu estava vindo normal, estava vindo normal, aí o neném já mexia, como estava um pouco grande, já mexia. Aí, quando foi um dia eu estava em casa, tinha acabado de acordar, e o neném já não mexia(...). Isso foi numa quinta-feira, aí na sexta-feira eu fui para a **maternidade de referência**. Fui, passei o dia todo lá na **maternidade de referência**. (P2UD)  
 Aí quando chegou lá dentro, (...) o médico usou aquele aparelho, que usa no posto pra ouvir os batimentos, aí ele falou, eu não estou ouvindo os batimentos, mas pode ser que o aparelho está quebrado. (P2UD)  
 (...) fez a ultrassom, não ouviu o batimento e, nem foi pra mim que ele falou, ele olhou pra ela (médica), foi meio, e disse mais um óbito, e saiu da sala. Falou, vem aqui, (...) na maior ignorância, veste a roupa e vem aqui que eu vou te passar outra ultrassom pra você fazer a manhã. (P2UD)  
 (...) eu fiquei assim, em choque lá dentro, mas eu tentando me segurar, mas eu saí depois que ele me deu os papéis todos, saí daquele hospital que eu parecia que tava louca, eu saí correndo e minha irmã correndo atrás de mim. Que foi menina, que foi, que foi? O neném morreu, o neném morreu e saí chorando. (P2UD)*

No dia seguinte, a usuária não conseguiu fazer a ultrassonografia na maternidade de referência, e procurou uma clínica particular, onde pagou para fazer o exame e confirmou o óbito fetal. Retornou à maternidade com o resultado, onde foi internada para realização de curetagem. Na admissão, foram realizados exames que constataram que ela estava com sífilis, mas ela só soube do diagnóstico no momento da alta.

*Peguei e fui pro centro, pagar esse exame. Fui, fiz a ultrassom, aí deu certeza que tava morto. Peguei, já voltei pra **maternidade de referência** na mesma hora, fiz lá rápido, voltei. Aí já fui internada pra fazer a curetagem. (P2UD)  
 Eu perguntava e eles não falavam nada. Aí só foi falado no dia que eu saí do hospital, no dia que me deram alta. (P2UD)*

Dentre aquelas com o diagnóstico de sífilis no início do pré-natal, P4UB relatou que, com seis meses de gestação, a enfermeira solicitou novos exames, após a realização do tratamento. Quando os resultados chegaram, ela já estava com 8 meses e foi prescrito para que ela repetisse o tratamento com as injeções de penicilina e realizasse novos exames; ela realizou o segundo tratamento, porém, não deu tempo serem avaliados os novos exames antes do parto. Segundo ela, não foram realizados os testes rápidos no 3º trimestre na UBS. A usuária não dispunha mais da caderneta da gestante, nem dos resultados de exames, e não foi possível acessar os registros em prontuário da UBS para melhor detalhamento.

*Todos de novo. Com seis meses. (P4UB)*

*Depois que eu fiz o exame, que chegou com oito meses, já tava com oito meses. Quando eu ia para o hospital, eu tinha que deitar a barriga lá, era um trabalho brabo. (P4UB)*

*Tava baixo, só que ela falava que eu tinha que tomar as injeções. Foi por isso que eu tomei as doze, porque eu tomei seis e depois tomei mais seis. (P4UB)*

*E ela mandou fazer mais exames, aí quando foi para entregar os outros testes eu tinha ganhado o menino. (P4UB)*

Por fim, no acompanhamento do 3º trimestre de P5UB, a usuária refere ter passado por novo teste rápido e ter recebido novas solicitações de exames laboratoriais. Segundo ela, não houve dificuldade para a marcação, que os resultados não demoraram e que conseguiu mostrar no posto antes de parir. O parto ocorreu no hospital municipal, mas, devido às alterações no exame de sífilis do bebê, eles foram transferidos para fazer o tratamento dele na maternidade de referência, onde ela foi medicada novamente.

*Nesse exame deu alteração. Foi o de sífilis. Deu novamente. Tive que fazer tratamento na gravidez e depois da gravidez. (P5UB)*

*Ai depois que eu tive a criança, depois que eu tive a criança que eles me encaminharam lá pra **maternidade de referência**, aí eu tive que tomar mais, mesmo que a unidade estava baixa, eu tive que tomar (P5UB)*

## **Repercussões do diagnóstico de sífilis gestacional e congênita e o conhecimento sobre a doença**

Três usuárias obtiveram o diagnóstico de sífilis gestacional durante o pré-natal, por meio das enfermeiras, que procederam às primeiras orientações. Duas usuárias já tinham ouvido falar da sífilis, uma delas por ter sido diagnosticada no parto anterior (P5UB) e a outra por ter assistido a palestras nas gestações e testagens anteriores para IST (P4UB).

*Ouvi na **sede da região de saúde** quando eu fui pro **SAE/CTA**, que direto eu ia lá fazer exame de HIV. Eu sou muito preocupada com essas coisas. Lá eu já ouvi a palestra, e eu ouvi a palestra também antes, quando eu queria operar. (P4UB)*

*Quem me informou foi o médico da **sede da região de saúde**. O médico da **maternidade de referência**. (...) Eu perguntei pra ele porque esse sífilis era causado. (P5UB)*

Embora P4UB já tivesse ouvido falar da doença, seus relatos demonstram que o diagnóstico de sífilis gestacional lhe trouxe um grande abalo emocional. Foram importantes o apoio e as orientações que recebeu da enfermeira, e o fato de ter tido oportunidades para tirar suas dúvidas.

*Nossa, esse dia eu desabei. Pra mim o chão parou. Nunca aconteceu isso comigo, nunca na minha vida. Aí depois desse dia pra cá, eu comecei a passar mal. Comecei a ter crise de ansiedade, isso aqui em mim tampava. Eu ia pra lá e falavam assim, não, é assim mesmo, se acalme e tal. Aí depois que eu tive o menino, que eu fui fazer o tratamento com o médico pra ver o que era que eu estava sentindo. Ele falou que era a ansiedade, passei na policlínica ainda. (P4UB)*

*Ela já tinha me explicado, ela falou comigo (...) não fica assim não, porque ela viu como é que eu fiquei na hora assim. (...) não fica assim não, você não fica botando nada na cabeça, relaxa, nós vamos cuidar de você e tal. (...) está bom, mas a preocupação é grande. A gente fica com medo da criança nascer morta ou tiver algum problema a mais. (P4UB)*

*Tinha hora que pelo celular a gente trocava mensagem. Qualquer coisa que eu já tinha dúvida, eu já mandava para ela (enfermeira) mensagem. (P4UB)*

O relato da usuária P3RD foi de que nunca tinha ouvido falar da sífilis, e que o diagnóstico lhe deixou assustada. A abordagem desenvolvida pela enfermeira no pós-teste pareceu mais centrada na comunicação do diagnóstico e da disponibilidade do tratamento.

*Não, eu só soube dessa doença depois que eu fiz esses exames, que eu fiquei preocupada e ficava pesquisando no celular pra mim saber. Que eu não tinha ainda conhecimento com esses tipos de coisa assim. Eu fiquei assustada. (P3RD)*

*Só falou assim, você está com sífilis e anotou lá. Falou assim, aí você vai vir fazer o acompanhamento aqui no posto. Que eu acho que ela pensava também que eu já sabia, mas eu não, não, depois que eu cheguei que eu fui perguntar as meninas e até hoje ainda... Até hoje eu pego o celular lá em casa e fico olhando, que eu ainda não me informei ainda, porque é muita coisa ali. Aí eu fico olhando no Instagram também tem o negócio, o site, aí eu fico olhando direto. (P3RD)*

*Eu não sabia que ia passar para ele, ninguém falava que passava. (P3RD)*

As outras três usuárias só souberam do diagnóstico de sífilis gestacional no momento do parto. Todas elas já tinham ouvido falar algo sobre a sífilis. A partir dos relatos, foi possível observar alguns impactos, em primeiro lugar pela expectativa construída no pré-natal de que estava tudo bem com elas e com o bebê.

*Eu soube da sífilis foi lá quando eu tive o **bebê**, que eles falaram que o bebê tinha que ficar internado para fazer o tratamento de uma infecção. Aí eu fui perguntar, que infecção é essa? Ela falou, é sífilis que deu pouco, mas deu. (...) Eu não esperava. Eu esperava fazer o parto, sair no outro dia e pronto. (P6RA)*

*Os 5 meses deram tudo normais. Não deu alteração nenhuma. (...) Porque eu fiz todos os exames aqui, todo mês eu faço o exame de sangue aqui e não tinha dado nada de sífilis. Aí no quando eu perdi, que mostrou que meu neném morreu por conta da sífilis. (P2UD)*

*Quando eu fui ganhar neném, lá que eles falaram que eu estava com sífilis, já com esse problema. (P1RD)*

No caso de P6RA, havia um receio adicional de que as pessoas soubessem que o motivo do prolongamento da internação hospitalar era a sífilis, devido ao estigma e preconceito em relação às IST.

*Às vezes eu tenho até vergonha de falar. Eu, sabe, eu não conhecia essas coisas, eu vim passar a saber quando eu comecei a trabalhar na saúde, saber o que era. (...) Aí eu ficava assim, oh meu Deus, será que elas pensam que eu tive outros, que eu pulava a cerca, porque eu tive meu marido, aí a gente fica com vergonha. Aí sempre quando vinha um, ah, porque você ficou aqui? Eu falava, ah, elas me falam que o bebê está com uma infecção. Até hoje a maioria das pessoas só sabe que nós sabemos que é uma infecção. (P6RA)*

Na vivência de P1RD, houve uma certa demora na comunicação do diagnóstico de sífilis materna. Ela foi abordada pela equipe técnica somente para administração da medicação, sem que lhe fosse explicado o motivo. Posteriormente, ela e o esposo foram chamados e comunicados da condição dela e do bebê e da necessidade do marido buscar atendimento no SAE/CTA.

*No outro dia eu lembro que veio um menino lá, um médico, com um negócio pra dar uma injeção em mim. Só que eu não entendi. Essa injeção pra quê? Não me falaram nada, (...) não me explicou nada, só veio e aplicou. (...) aí eu falei, por que? eles falaram assim, não sei, aí mandaram aplicar em você, pronto. (P1RD)*

*E aí surgiu que ela (médica) me chamou eu e meu esposo mais tarde. Aí conversou com a gente (...) falou você está assim, assim, assim (...) Que minha filha estava com uma sífilis, que eu estava e passei pra ela e que ela ia fazer um tratamento de 10 dias. (P1RD)*

*Eles só falaram assim, agora você vai nesse... Esqueci no lugar que eles dão o cartãozinho (SAE/CTA). Eu e meu esposo. Pra ele fazer um exame... Pra saber se ele também tava. (...) Eu não tomei susto. Que depender do meu marido, que hoje graças a Deus é outro homem. (...) Mas pelo marido que eu tinha, eu não me espantei. (P1RD)*

O caso de P2UD foi ainda mais complexo, pois se tratou de um natimorto. O sofrimento da mãe passava não somente pela perda do filho, mas também pela dúvida acerca do que realmente tinha acontecido. A comunicação do diagnóstico só aconteceu no momento da alta hospitalar e sem o devido acolhimento.

*A mulher só chegou pra mim, da alta, ela me deu duas injeções de benzetacil lá e não falou porquê. Só deu a injeção e falou que você já está de alta, vou tentar pegar um papel. Encostei lá, ela me deu um papel, ela falou: esse papel aqui é pra você levar no posto pra continuar o tratamento da sífilis. Aí eu falei, sífilis? Eu não sabia o que que era, na época. Sabia que era uma doença, mas não sabia o porquê, o que que era. Aí ela falou, sim, você perdeu o neném por conta da sífilis. Achei estranho. Aí ela falou: você vai e leva esse papel no posto e fica lá acompanhando. Falou isso. Só isso. (P2UD)*

### **Marcas da experiência de ter um filho com sífilis congênita**

Na experiência das usuárias, foi possível observar, que o diagnóstico e o tratamento da sífilis congênita nos bebês geraram sentimentos negativos nas mães. O receio de ser algo grave e a preocupação com as punções venosas e os diversos exames foram evidenciados nos relatos.

*Foi um choque. Que eu falei assim, o **bebê** então nasceu com algum problema, mas eles não querem falar. E mesmo assim, quando falou que nasceu com algum problema, eu pensei comigo, deve ser alguma coisa grave. Aí que uma enfermeira veio e falou comigo, não, não é isso que você está pensando não, fica tranquila, é só mesmo pra combater a infecção, eles falavam a infecção. Aí foi indo, foram dois dias, eu fui acalmado e já vi outras mães também com os filhos com os mesmos problemas, aí eu ficava mais tranquila. (P6RA)*

*Aí que eu fui ver, eu fiquei mais assim chocada foi porque tava vindo todo dia, eles pegavam ele pra furar, furava o pezinho, furava o canto. E eu fiquei com medo foi que (...) diz que tem hora que tem que furar o pescocinho, mas lá foi mais o pezinho. (...)Ele tomava um remédio com a mangueirinha, tinha que ficar no pé. Então ele saiu desse hospital, mas foi quase 15 dias lá, ficando lá inteiro até dar alta. (P3RD)*  
*Teve que furar as costinhas, teve que tirar o raio x, eles fizeram o exame do ouvidoinho. Tudo que era de exames que tinha de fazer, eles fizeram. (P5UB)*

A distância dos familiares e os custos financeiros também eram motivos de angústia para as mulheres, especialmente para aquelas que residiam na zona rural ou em outros municípios e que tinham outros filhos pequenos.

*A dificuldade maior que teve é porque lá na UTI só fica até sete horas. E aí eu ficava com ela, a dificuldade é que eu tava longe da minha casa, dos meus dois filhos, longe dela e dificuldade em pagar transporte. Tinha (...) isso tudo. Aí eu ficava numa casa da vizinha. Era um pouco longe, tinha que pegar a Uber. Então a dificuldade foi essa, porque (...) dinheiro, porque a gente não tinha.(P1RD)*

*Meu mundo acabou. Era dia e noite chorando, dia e noite, minha mãe ficava falando, pára (...) de chorar, tu vai quebrar seu resguardo, pára. Eu imaginava ir no hospital e os outros (filhos) aqui. Avemaria, minha ansiedade ficou mais transtornada por causa disso. Eu criei ansiedade, tive ansiedade por causa disso. (P4UB).*

*Foi assim, foi triste. Porque eu já tinha ficado, a outra menina minha, fiquei 15 dias com ela lá. E aí, quando ele falou pra mim que eu tinha que ficar mais 14 dias, (...) é triste. Que às vezes você não tem família perto para poder te dar um apoio, às vezes para poder te dar um conselho, te dar um conforto, tudo tinha que ser você. Tudo você tem que botar na sua cabeça, tem que ficar, tem que ficar, não tem outro jeito. (P5UB)*

As falas das usuárias também estiveram permeadas por sentimentos de culpa por ter transmitido a doença para a criança, bem como de desconfiança no relacionamento conjugal.

*Eu ficava chorando dia e noite, dia e noite chorando. Olhava pra ele e falava, meu filho, porque isso foi acontecer com tu? (P4UB)*

*Porque se eu soubesse que eu estava com esse problema na gravidez, que eu tinha o problema na gravidez para passar para ele, eu tinha ido atrás, corrido atrás. Olhe doutor, eu estou com esse problema, eu quero o tratamento, para não passar para ele. Mas aí eu não fui indicada. (P6RA)*

*Não, eu tive um tipo de reação, não da doença, mas de falar assim, a gente passou pra minha filha. Ela não tem culpa, então a reação minha foi essa. Porque os bichinhos não tem culpa. E poderia ter um cuidado especial meu ou um cuidado*

*dele. (...)Porque eu estava entrando no negócio sabendo como que era. E também eu não imaginaria nunca que essa doença chegaria até... Que a gente imagina assim, com as outras lá fora ele previne. Comigo aqui dele... Então, às vezes é um pouco também de confiança. (P1RD)*

*Foi assim uma coisa meio chata. Por eu não estar esperando por estar grávida, aí eu comecei a acostumar, quando eu acostumei aconteceu tudo isso, fiquei assim, abalada. (...) E acabei, tipo assim, no meu pensamento... Eu falei assim, como eu fiz tantos exames e nunca deu nada, a única solução pra eu ter tido essa doença foi pegado dele. Então ele me traiu, pegou alguma mulher na rua com essa doença e passou pra mim. E meu pensamento até hoje é isso. (P2UD)*

*Marcou ele um pouco, mas marcou mais pra mim. Porque como eu já tinha, ele já ficou, tipo, cismado, assim, por que eu tinha isso, (...) ficou perguntando por que eu tinha pegado, da onde, se eu tinha traído dele com alguém, eu falei pra ele que não, porque eu já tinha antes, eu já tinha pegado antes. (P5UB)*

O apoio dos profissionais foi destacado pelas usuárias como algo importante para que pudessem passar por aquele momento difícil.

*Ajudou, bastante. Ajudou bastante. Depois que ele (o médico do hospital) me explicou tudo certinho, falou o motivo que eu tinha que ficar, que eu tinha não que pensar em mim, mas nos meus filhos. Aí que me deu mais força para ficar. (P5UB)*

*O pessoal do hospital só falava que ele estava bem, que não precisava ficar preocupada. Só que eles viam como e que eu ficava. Foi tanto que veio duas psicólogas conversar comigo. Mas a psicóloga veio conversar comigo, e a mesma coisa de falar assim, deságua (...). Para mim chorar era mais uma solução. (P4UB)*

## DISCUSSÃO

Observou-se que, no período de realização do pré-natal investigado, as participantes do estudo eram, em sua maioria, adultas jovens, com características socioeconômicas de baixa escolaridade e renda mensal, sem plano de saúde, sendo três delas beneficiárias do programa social Bolsa Família. Diversos estudos têm apontado uma maior frequência de sífilis gestacional em mulheres mais jovens e em condições de desigualdades, tais como baixa escolaridade e baixa renda familiar, e um maior risco de sífilis congênita nos conceitos de mulheres pretas e pardas, que iniciaram tardiamente o pré-natal (BENZAKEN et al., 2020; UCHÔA et al., 2022; PASCOAL et al., 2023; PAIXÃO et al., 2023).

Embora as gestações não tenham sido planejadas pelas mulheres, a existência de uma vinculação prévia da maioria delas com a respectiva equipe de APS, e a cobertura por Agente Comunitário de Saúde, pareceram favorecer a busca precoce pela assistência pré-natal. O início do pré-natal até 12 semanas de gestação é condição de suma importância para diagnósticos e intervenções oportunas, visando a proteção da saúde do binômio mãe-filho (BRASIL, 2013a).

Em contraposição, instiga-nos o fato de que as usuárias acionaram meios próprios para a confirmação do diagnóstico de gravidez, com somente uma busca pela APS,

levantando dúvidas sobre como se davam a disponibilidade e a divulgação dos testes rápidos de gravidez nas UBS naquele período. Há que se considerar o baixo custo dos chamados “testes de farmácia”, mas também a possibilidade de que havia uma baixa oferta desse teste e do exame laboratorial de Beta-HCG pelo SUS. Segundo BRASIL (2013b), o Teste Rápido de Gravidez (TRG) foi uma ação implantada a partir da instituição da Rede Cegonha, visando facilitar a detecção precoce da gravidez e colaborar para o início precoce do pré-natal.

A permeabilidade da agenda das equipes para marcação da primeira consulta e a garantia dos retornos subsequentes, favoreceram a realização de mais de seis consultas em metade das usuárias. Todas as usuárias tiveram acesso tanto a consultas de enfermagem quanto a consultas médicas, mas observou-se um protagonismo somente das enfermeiras na realização dos testes rápidos, o que pode ter levado as equipes a incorrer em perda de oportunidades. Estudos de Bagatini et al. (2016) e Lima et al. (2022) também encontraram uma centralização dos testes rápidos nos profissionais enfermeiros e alertaram para a necessidade de envolvimento de outras categorias profissionais, visando a expansão da oferta de exames para o cuidado integral à saúde das pessoas e o compartilhamento da agenda de trabalho entre a equipe.

Vimos, por meio das trajetórias assistenciais que nem todas as usuárias tiveram acesso aos testes rápidos de sífilis, HIV e Hepatites Virais no início do primeiro e do terceiro trimestres de gestação. Observou-se também que foi aguardado o resultado do VDRL para se iniciar o tratamento de uma gestante com teste rápido positivo para sífilis, nunca tratada anteriormente. Tais condutas estão em desacordo ao que é preconizado pelos protocolos e podem ter colaborado para o atraso no início do tratamento, desfavorecendo melhores desfechos gestacionais. Também é importante destacar que a realização da Triagem pré-natal não substitui a realização dos testes rápidos, cuja vantagem é justamente a obteção do resultado no momento da consulta, possibilitando tratamento imediato da gestante (BRASIL 2013a; BRASIL, 2022b).

A realização da maioria dos exames preconizados ao pré-natal, por meio do SUS, foi um dos resultados favoráveis identificados nas trajetórias. As estratégias utilizadas por alguns municípios, tanto da marcação de exames na própria UBS, quanto da coleta de exames no próprio município (ainda que posteriormente enviadas para análise em laboratórios externos), pareceu aprovada pelas usuárias e vantajosas para a facilitação do acesso e redução da peregrinação das gestantes. Entretanto, é

necessário ressaltar a importância de se garantir o recebimento dos resultados dos exames em tempo hábil, visto que a sua avaliação oportuna compõe um dos passos para a qualidade do pré-natal na APS (BRASIL, 2013a).

Em que pese a expertise do LMRR na realização de exames de interesse em saúde pública, observou-se nas trajetórias a necessidade de que seja conferida maior agilidade na liberação dos resultados. Segundo a análise de prontuários, caderneta da gestante e laudos de algumas usuárias, os resultados dos exames laboratoriais do 1º trimestre foram avaliados entre a 15ª e 24ª semanas de gestação. A literatura aponta que o tratamento da sífilis gestacional deve ocorrer o mais brevemente possível, idealmente até a 28ª semana, e que um dos seis principais fatores relacionados à falha terapêutica da sífilis materna é o tratamento após 24 semanas de gestação (BRASIL, 2023e; BRASIL, 2022b).

Quanto ao tratamento da sífilis gestacional, embora a benzilpenicilina benzatina tenha sido a droga de escolha nos três casos, conforme preconizado (BRASIL, 2022b), observou-se diferenças na logística da sua oferta durante o pré-natal. Em um dos casos, o tratamento foi desenvolvido na própria UBS, com a primeira dose administrada logo após o diagnóstico por teste rápido. Em outros dois casos, as usuárias foram encaminhadas para terem as suas medicações administradas no hospital municipal, sendo que tal rotina pode levar ao atraso no recebimento da primeira dose ou ao tratamento inadequado da sífilis (GUANABARA et al., 2017).

Estudos de Rodrigues & Domingues (2017), Araújo & Souza (2020), Figueiredo et al. (2020) e Paula et al. (2022) reportaram dificuldades para a administração de penicilina nas UBS, devido à indisponibilidade ou insuficiência do medicamento e insumos, ou mesmo à recusa dos profissionais pelo temor de eventos adversos. Embora sejam raros os casos de reação anafilática (BRASIL, 2022b; COFEN, 2017), Guanabara et al. (2017) advogam por investimentos em materiais e insumos que possibilitem o atendimento de urgência na APS, visando à garantia da administração da penicilina nas UBS.

Para ser considerado adequado, além da utilização da benzilpenicilina benzatina, o tratamento da sífilis gestacional deve ser iniciado até 30 dias antes do parto e finalizado até a sua ocorrência, com esquema terapêutico adequado ao estágio da infecção e intervalo de sete dias entre as doses (BRASIL 2022b; BRASIL 2023e). Ao observarmos a trajetória da usuária que iniciou tardiamente o pré-natal, seu relato e documentação clínica demonstraram que, embora tenham sido administradas as três

doses de penicilina, o parto ocorreu antes de se completarem 30 dias da primeira dose e o bebê foi notificado com sífilis congênita. O tratamento inadequado para sífilis no período gestacional não é incomum, e foi identificado em 61% dos partos ou abortos espontâneos atendidos entre 2008 a 2018 em um grande hospital do sul do Brasil (SWAYZE et al., 2022).

Ressalta-se a importância do adequado registro das doses prescritas e administradas, bem como dos exames de seguimento, tanto no prontuário quanto na caderneta da gestante, de forma a favorecer a recuperação de informações acerca do tratamento da sífilis durante a gravidez (FREITAS et al., 2019b; BRASIL, 2022b). Nesse sentido, ao tentar recuperar as trajetórias assistenciais das participantes deste estudo, ratificamos o caráter estratégico da informatização das UBS e da utilização do prontuário eletrônico pelas equipes de APS, no sentido tanto da qualificação dos registros da assistência à saúde, quanto da possibilidade de recuperação de informações imprescindíveis aos processos de investigação da transmissão vertical (BRASIL, 2014).

Embora a condição de tratamento das parcerias sexuais não se seja critério de definição de caso de sífilis congênita, é imprescindível que ele ocorra o mais rápido possível, dada a possibilidade de reinfecção da gestante (BRASIL, 2022b). Nesse estudo, as três usuárias diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal tiveram seus parceiros convocados para consulta e testagem na UBS. Entretanto, foram observadas dificuldades tanto no comparecimento quanto na aceitação do tratamento pelos parceiros. Verificou-se como estratégia das equipes o envio de solicitação de exames e de receita para os parceiros por intermédio da gestante. Estudos de Rodrigues & Domingues (2017) e Rocha et al. (2019) identificaram práticas semelhantes, mas alertam que não são estratégias apropriadas, uma vez que o tratamento deve ser administrado na própria UBS e que se perde a oportunidade de fornecer orientações e estabelecer vínculo.

A baixa adesão dos parceiros aos testes e tratamento foi documentada por diversos estudos, que evidenciaram barreiras institucionais (baixa qualidade da assistência pré-natal, não adesão a estratégias de convocação, dificuldade de acesso a testes e resultados) e barreiras sociais/individuais (aspectos culturais relacionados à assistência à saúde do homem, baixo envolvimento no pré-natal, conhecimento limitado, receio do tratamento doloroso) (FERNANDES; SOUZA; OLIVEIRA, 2021; ROCHA et al., 2019; SILVA et al., 2021; TORRES et al., 2022; BRASIL, 2023a).

Conforme verificado em algumas trajetórias, a prescrição de tratamento aos parceiros somente em caso de teste positivo, embora seja uma prática comum entre os profissionais, também é inadequada no sentido da interrupção da cadeia de transmissão (RODRIGUES & DOMINGUES, 2017). O Ministério da Saúde preconiza a “oferta de tratamento presuntivo aos parceiros sexuais, independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas, com dose única de benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular (1.200.000 UI em cada glúteo)” (BRASIL, 2022b, p.158). É válido ressaltar que a priorização da triagem e tratamento dos parceiros foi uma das iniciativas adotadas por Cuba, o primeiro país do mundo a receber da OMS a certificação da eliminação da transmissão vertical da sífilis e do HIV (SWAYZE et al., 2022).

Foi predominante nas trajetórias estudadas o cenário da Estratégia Saúde da Família (ESF), estruturada a partir de territórios delimitados e adscrição de clientela a uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2017), o que potencialmente favorecia uma maior proximidade entre trabalhadores e usuárias. Nesse contexto, destaca-se a importância do acolhimento e de uma adequada abordagem pré e pós-teste por parte dos profissionais. Araújo e Souza (2021) e Tomasi et al. (2022) advertem que a concentração dos testes rápidos somente em uma categoria, aliada às crescentes demandas e um limitado tempo de consulta, podem favorecer a um trabalho mecânico, centrado apenas no procedimento, com pouco espaço para o apoio emocional e orientações às gestantes no pré-natal.

As trajetórias assistenciais também evidenciaram algumas características importantes ao processo comunicativo do diagnóstico de sífilis gestacional e sífilis congênita, tais como: informar de forma clara que a gestante tem sífilis, o que é, formas de transmissão, tratamento e cuidados; a abertura para a escuta da gestante, o que ela já sabe, suas dúvidas e receios, além da postura empática frente às reações e a identificação de necessidades de suporte multiprofissional. No contexto hospitalar também observou-se a necessidade do preparo da equipe para uma melhor comunicação, orientação e acolhimento de pessoas em momento de fragilidade.

Foi possível perceber as expectativas das mulheres em relação ao parto e a chegada do filho e os sentimentos de frustração e medo diante de um diagnóstico inesperado, potencializado pelo sofrimento relacionado ao tratamento venoso e à realização de muitos exames. Semelhantemente, estudo realizados com puérperas em uma unidade de pediatria hospitalar evidenciou sentimentos de susto, tristeza,

choro e pavor diante do diagnóstico de sífilis gestacional (SILVA et al., 2019a). Em relação à hospitalização da criança, Vicente et al. (2023) demonstraram que o tratamento prolongado e os procedimentos dolorosos mobilizaram um conjunto de emoções negativas nas mães, relacionadas à impotência, preocupação e ansiedade.

O relato de uma das usuárias sinalizou estigmas e preconceitos comumente relacionados às IST, que levam à vergonha do diagnóstico. Estudo de Silva et al. (2019b) apontou que a maioria das mulheres decidiu esconder o diagnóstico de sífilis congênita e informar outro motivo clínico para a internação da criança, destacando ainda que as IST ainda são culturalmente relacionadas a promiscuidade e comportamentos de risco.

As trajetórias evidenciaram dificuldades adicionais para as mulheres que tinham outros filhos pequenos e aquelas que moravam na zona rural e em outros municípios. O fato de estarem fora de casa por quase duas semanas e a preocupação com as questões financeiras e com os outros filhos revelaram a necessidade de estratégias para um melhor acolhimento emocional dessas mulheres durante a sua permanência no ambiente hospitalar.

Figueiredo et al. (2020) discutem que no contexto do diagnóstico de sífilis na gestação também afloram sentimentos como a raiva, a culpa e a insegurança. Nas trajetórias, também observamos nos relatos das mulheres tanto o sentimento de culpa por ter transmitido a doença para o bebê, quanto a desconfiança no relacionamento conjugal. Nesse sentido, Vicente et al. (2023) destacam a complexidade que envolve a prevenção e o tratamento da sífilis, pois não se limitam às questões biológicas, abrangendo também questões como gênero, sexualidade e preconceito.

## **CONCLUSÃO**

As trajetórias assistenciais das usuárias se mostraram uma importante ferramenta para a apreensão das realidades vivenciadas no processo de assistência pré-natal no contexto da sífilis gestacional. Mesmo sendo um estudo locorregional, seus achados lançam luz sobre um conjunto de aspectos certamente vivenciados na prática diária, por usuárias e profissionais da APS de outras partes do país.

Foram identificados diversos elementos favoráveis à assistência pré-natal de gestantes com sífilis e seus parceiros, tais como a disponibilidade de testes rápidos de sífilis, HIV e Hepatites B e C no processo assistencial de quase todas as mulheres

e a expressiva oferta dos exames laboratoriais de rotina do pré-natal. Entretanto, algumas lacunas operacionais necessitam ser superadas para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical da sífilis.

Há necessidade de intensificação das ações de planejamento reprodutivo, com ampliação das ações de educação em saúde no território, bem como uma atuação mais efetiva dos ACS na divulgação dos serviços disponíveis na APS, tais como o teste rápido de gravidez, importante ferramenta para a identificação precoce de gestantes e convocação para o início do pré-natal antes das 12 semanas.

Evidenciou-se também a necessidade de atualização contínua de todos os profissionais da APS acerca dos protocolos assistenciais das IST na gestação, visando a adoção de condutas adequadas e em tempo oportuno para a garantia de melhores desfechos gestacionais. As trajetórias assistenciais destacaram especialmente a necessidade de consolidação da testagem rápida no início do 1º e 3º trimestres, a instituição do tratamento imediato da gestante e o tratamento presuntivo do parceiro.

Outrossim, é de suma importância a sensibilização e qualificação dos profissionais em relação à abordagem das parcerias das gestantes, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Estratégia do pré-natal do parceiro, buscando seu envolvimento desde o início da assistência pré-natal e o cuidado da sua própria saúde.

Do ponto de vista das ações de gestão, observou-se a necessidade de uma maior articulação com os serviços que compõem a rede laboratorial, no intuito da obtenção de resultados dos exames sorológicos no menor tempo possível. O processo de informatização de todas as UBS também necessita ser consolidado, com oferta de treinamento periódico dos profissionais de saúde acerca do prontuário eletrônico e suas funcionalidades, para a garantia dos devidos registros das observações, diagnósticos e condutas.

Aos gestores sinaliza-se ainda a premência de que seja instituída a administração da benzilpenicilina benzatina em todas as UBS, com rotinas de registro em prontuário e caderneta da gestante e estabelecimento de uma sistemática de monitoramento dos casos ativos pelas respectivas equipes de APS. Também faz-se imprescindível a ampliação das categorias capacitadas para a execução dos testes rápidos e a inclusão desta atividade na rotina de consultas de todos os profissionais da APS.

Ademais, é de grande relevância a contínua oferta de educação permanente profissionais da APS. Em relevo, destaca-se o tema do aconselhamento, para a promoção de uma escuta ativa, não restrita ao diagnóstico e tratamento, e que inclua a equipe multiprofissional, além do enfermeiro. As trajetórias também evidenciaram a necessidade de qualificação do processo comunicativo dos profissionais de saúde das maternidades, para abordagens mais acolhedoras e empáticas, e da promoção de ações que apoiem e orientem as mulheres durante a sua vivência intra-hospitalar.

Os limites do estudo abrangem, em primeiro lugar, o fato de não ter conseguido contemplar a participação de usuárias do município do estrato populacional de 30 a 50 mil habitantes, para um enriquecimento do olhar sobre a realidade de usuárias de municípios de médio porte dessa região. Em segundo lugar, o estudo de trajetórias é passível do viés de memória, pelo tempo decorrido da gestação, devido à intencionalidade de se investigar um período de funcionamento normal dos serviços, fora da pandemia da COVID-19. Neste contexto, o acesso a todos os prontuários teria sido de grande valia para a consolidação de algumas informações já esquecidas pelas usuárias.

## **AGRADECIMENTOS**

O presente trabalho foi realizado com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) – Bolsa de doutorado, concedida a Jamille Amorim Carvalho Paiva (Termo de outorga nº BOL 1699/2019).

## **REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, Túlio César Vieira de; SOUZA, Marize Barros de. Atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde no teste rápido para Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 1075-1087, 2021.

ARAÚJO, Túlio César Vieira de; SOUZA, Marize Barros de. Adesão da equipe à testagem rápida pré-natal e administração de penicilina benzatina na atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

ARAÚJO, Cinthia Lociks de *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 479-486, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1 ed. 2015.

BAGATINI, Carmen Luísa Teixeira et al. Teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica: avaliação institucional qualitativa e educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**. Porto Alegre. Vol. 2, n. 1 (2016), p. 81-95, 2016.

BAHIA. Diretoria de Atenção Básica. **Caderno de avaliação e monitoramento da Atenção Básica (CAMAB): Cobertura populacional estimada de Saúde da Família 2012 a 2023** (dados até Agosto/2023). 2023a. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/> . Acesso em: 03 Jan. 2024.

BAHIA. Diretoria de Atenção Básica. **Caderno de avaliação e monitoramento da Atenção Básica (CAMAB): Cobertura da Atenção Primária à Saúde 2021 a 2023** (dados até agosto/2023). 2023b.

BELLATO, Rosenev; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; CASTRO, Phaedra. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. *In: Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. 2008. p. 167-187.

BENZAKEN AS, Pereira GFM, Cunha ARC da, Souza FMA de, Saraceni V. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. **Cadernos de Saúde Pública**. 2020;36(1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Plataforma e-Gestor AB, Relatórios Públicos (Financiamento APS/Pagamentos APS (2022-atual)/Capitação ponderada/Parcela OUT/23-Competência AGO/2023). 2023c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2023d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). 2022c, acesso em 24 Fev.2022 no Núcleo Regional de Saúde Sudoeste/SESAB.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil** /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 16 p. – (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos; caderno nº 8

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS – a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 03 Jan. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Agenda Estratégica para Redução da Sífilis no Brasil 2020-2021** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 22 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. 29 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. 224 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. 73 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **NOTA TÉCNICA Nº 14/2023**. Dispõe sobre atualização da recomendação do intervalo entre doses de benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes. DATI/SVSA/MS, 2023e.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial – Sífilis 2023**. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, Número Especial-Out. 2023b – versão eletrônica. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view>. Acesso em 03 Jan. 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. **Protocolo de investigação de transmissão vertical**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. 84 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Nota técnica COFEN/CTLN nº 03/2017**. Dispõe sobre esclarecimentos aos profissionais de enfermagem, sobre a importância da administração da Penicilina Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf> Brasília, 2017. Acesso em 14 Jan. 2024.

DA SILVA, Jéssica Gama *et al.* Sífilis gestacional: repercussões para a puerpera. **Cogitare enfermagem**, v. 24, 2019.

DOMINGUES, R.M.S.M. **Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV**. Tese (Doutorado em em Ciências na área de Epidemiologia em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, p. 201. 2011.

FERNANDES, Lilian Pinto Mota Rodrigues; SOUZA, Cláudio Lima; OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos. Oportunidades perdidas no tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 361-368, 2021.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00074519, 2020.

FREITAS, Cláudia Helena Soares de Moraes *et al.* Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. **Revista de saude publica**, v. 53, 2019b.

FREITAS, Claudia Helena Soares de Moraes *et al.* Inequalities in access to HIV and syphilis tests in prenatal care in Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, 2019.

GERHARDT, Tatiana Engel; BURILLE, Andreia; MÜLLER, Tatiana Leite. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: **Itinerários Terapêuticos: Integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. 2016. p. 27-97.

AZEREDO, Lidiane Grutzmacher *et al.* CONGENITAL SYPHILIS: AN INTEGRATIVE RESEARCH. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 13, n. 1, 2021.

GUEDES, Ana Lúcia de Lima *et al.* Fatores associados às mulheres com diagnóstico de sífilis que realizaram pré-natal em unidade básica de saúde. **einstein (São Paulo)**, v. 21, p. eAO0046, 2023.

LIMA DA SILVA, Paula *et al.* Factors related to the loss of follow-up in pregnant women with syphilis: an integrative review. **Rev Rene**, v. 22, n. 1, 2021.

LOPES, Rosana Machado; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; HARTZ, Zulmira M. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S283-S297, 2004.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1109-1120, 2013.

OLIVEIRA GUANABARA, Marilene Alves *et al.* Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, p. 73-78, 2017.

PAULA, Mariane Andreza de *et al.* Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes nos serviços de Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3331-3340, 2022.

PAIXAO, Enny S. *et al.* Maternal and congenital syphilis attributable to ethnoracial inequalities: a national record-linkage longitudinal study of 15 million births in Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 11, n. 11, p. e1734-e1742, 2023.

PASCOAL, Lorena Batista *et al.* Fatores de risco maternos e perinatais associados à sífilis congênita. **Medicina Tropical e Saúde Internacional**, 2023.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. Pinheiro R, Silva Júnior AG, Mattos RA, organizadores. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, p. 17-42, 2008.

RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA, Reângela Cíntia *et al.* Nurses' perceptions of counseling and rapid testing for sexually transmitted infections. **Rev Rene**, v. 23, n. 1, 2022.

RODRIGUES, Danielle Carvalho; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. **The International journal of health planning and management**, v. 33, n. 2, p. 329-344, 2018.

RUTSTEIN, David D. *et al.* Measuring the quality of medical care: a clinical method. **N Engl J Med**, v. 294, n. 11, p. 582-588, 1976.

SENA, Átila Araújo *et al.* Fatores relacionados a persistente incidência de sífilis congênita na Bahia. Ouro Fino, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.9 n.4, p.1307-1314, 2017.

SOUZA MELO, Hadassa; DOS SANTOS, Daniel Coutinho. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DA SÍFILIS CONGÊNITA NA ATENÇÃO BÁSICA: REVISÃO INTEGRATIVA. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 5, 2023.

SWAYZE, Emma J. *et al.* Ineffective penicillin treatment and absence of partner treatment may drive the congenital syphilis epidemic in Brazil. **AJOG global reports**, v. 2, n. 2, p. 100050, 2022.

TOMASI, Elaine *et al.* Evolution of the quality of prenatal care in the primary network of Brazil from 2012 to 2018: What can (and should) improve?. **PLoS One**, v. 17, n. 1, p. e0262217, 2022.

TORRES, Paula Marília Afonso *et al.* Fatores associados ao tratamento inadequado da sífilis na gestação: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022.

UCHÔA, Thais Lopes do Amaral *et al.* Determinantes da sífilis gestacional em mulheres atendidas em programas de pré-natal na Amazônia brasileira. **Fronteiras na saúde pública**, v. 10, p. 930150, 2022.

VICENTE, Jéssica Batistela *et al.* Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: women's experiences from the perspective of symbolic interactionism. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, 2023.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. COSTA, EA org. **Vigilância Sanitária: temas para debate [online]**. Salvador: EDUFBA, 2009.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse estudo, buscou-se compreender os desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) para o controle da transmissão vertical da sífilis, por meio da investigação retrospectiva dos casos de sífilis congênita, visando à proposição de medidas pertinentes para o alcance dos níveis desejados. Embora esse tipo de investigação já esteja preconizada para os eventos sentinela, a inovação decorreu da utilização das trajetórias assistenciais para essa finalidade, bem como da realização do estudo no contexto de uma Região de Saúde da Bahia ainda inexplorada para este evento.

Confirmou-se o pressuposto de que as equipes de APS de municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista enfrentam entraves organizacionais, logísticos e técnico-operacionais que obstaculizam o controle da transmissão vertical da sífilis. Entretanto, também foram identificados importantes elementos favoráveis à adequada assistência pré-natal de gestantes com sífilis e seus parceiros, tais como: a disponibilidade do teste rápido de gravidez e dos testes rápidos de sífilis, HIV e Hepatites B e C em todas as UBS, com sua utilização na maioria dos processos assistenciais investigados; a expressiva oferta de exames laboratoriais da rotina do pré-natal; a disponibilidade e administração da penicilina benzatina na maioria das UBS; e o deslocamento dos profissionais de saúde da unidade-sede para atendimento nas localidades de zona rural, potencializado pela existência de Agentes Comunitários de Saúde, unidades-satélites e de unidade móvel de saúde.

Dentre as barreiras individuais, foram identificados o não comparecimento das parceiras das gestantes ao serviço de saúde, a dificuldade de adesão dos mesmos ao tratamento e ao uso do preservativo, bem como a dificuldade com os meios de transporte na zona rural para deslocamento até os serviços de saúde.

Dentre os entraves organizacionais e logísticos, que compõem o âmbito da gestão e da organização dos serviços, observou-se a existência de diversas micro-áreas descobertas por ACS; número excessivo de pessoas adscritas a algumas equipes; inadequação de infra-estrutura de algumas UBS; especificidades das EACS lotadas em UBS do modelo tradicional, que atendem a um grande volume diário de pessoas e cujos profissionais estão organizados em diferentes cargas horárias e lógicas de trabalho.

Ainda nesse contexto, foram identificadas como necessidades a adoção de estratégias de descentralização da benzilpenicilina benzatina para todas as equipes de APS, com reforço das condições para a sua administração nas UBS; maior articulação com serviços da rede laboratorial para a obtenção dos resultados das sorologias no menor tempo possível;

consolidação do processo de informatização das UBS, com ampliação do uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão; contínua oferta de ações de educação permanente para os profissionais da APS e a retomada da prioridade da ESF no cenário do SUS.

Dentre os entraves técnico-operacionais, que compõe o o âmbito das práticas dos profissionais da APS, verificou-se a necessidade de uma atuação mais efetiva dos ACS na divulgação dos serviços disponíveis na APS; de intensificação das ações de planejamento reprodutivo, com oferta de testes rápidos; de reforço das atividades educativas nos diferentes espaços dos territórios, mediante novas abordagens e estratégias para tratar de temas relativos à sexualidade e IST, com envolvimento da equipe multiprofissional; definição de rotinas de registro de observações, diagnósticos e condutas em prontuário e caderneta da gestante.

Ainda nesse âmbito, outras necessidades identificadas foram: a inclusão de outras categorias profissionais na realização dos testes rápidos e aconselhamento; revisão das ações de aconselhamento, para que não se restrinjam ao diagnóstico e tratamento; estabelecimento de uma sistemática de monitoramento dos casos de sífilis em gestantes e parceiros pelas equipes de APS; qualificação da abordagem das parcerias das gestantes e atualização dos profissionais sobre os protocolos assistenciais às IST, especialmente na gestação, para instituição do tratamento imediato da gestante e tratamento presuntivo do parceiro.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o cenário de pandemia de COVID-19 instalado a partir de 2020 interferiu diretamente na rotina de oferta de serviços em saúde, com destaque para a APS. Considerando a pretensão de compreender os desafios desse nível de atenção para o controle da transmissão vertical da sífilis, decidiu-se ter como foco de estudo o último ano de funcionamento “normal” dos serviços de APS antes da pandemia, ou seja 2019, para evitar esse viés assistencial. Entretanto, o *gap* temporal entre a gestação da mulher e a realização das entrevistas dificultou a reconstituição de algumas trajetórias assistenciais, devido ao viés de memória das usuárias sobre a sequência de alguns fatos, bem como à indisponibilidade do cartão do pré-natal, exames e prontuários.

Outros limites abrangem o fato de não ter conseguido contemplar a participação de enfermeiros do município do estrato populacional de até 10 mil habitantes, para evidenciar a vivência de profissionais de município de pequeno porte e não ter conseguido contemplar a participação de usuárias do município do estrato populacional de 30 a 50 mil habitantes, para um enriquecimento do olhar sobre a realidade de usuárias de municípios de médio porte dessa região.

Como principal potencialidade do estudo, destaca-se o cenário de pesquisa ter sido uma região nunca estudada nas publicações anteriormente veiculadas ao assunto, englobando as

realidades de municípios de diferentes portes populacionais, de diferentes modalidades de APS e os contextos territoriais de zona rural e urbana. Embora seja um estudo locorregional, seus achados podem ser extrapolados para outros municípios, bem como outras regiões do interior da Bahia e do Brasil com características semelhantes, afirmando assim a sua considerável abrangência. Além disso, as trajetórias assistenciais das usuárias se mostraram uma importante ferramenta para a apreensão das realidades vivenciadas no processo de assistência pré-natal no contexto da sífilis gestacional, lançando luz sobre um conjunto de aspectos certamente vivenciados na prática diária, por usuárias e profissionais da APS de todo o país.

Considerando as lacunas identificadas por este estudo, apresenta-se como possíveis desdobramentos para pesquisas futuras, investigações sobre: as dificuldades relativas à substituição dos ACS aposentados e afastados; os desafios do processo de trabalho das EACS; a utilização do Teste Rápido de Gravidez e da Triagem Pré-natal em Papel Filtro e as estratégias/formulários de monitoramento dos casos de sífilis e controle da cura.

Almeja-se, com os resultados deste trabalho, contribuir com os níveis de gestão do SUS para a qualificação do cuidado e resolubilidade da APS, frente a uma doença para qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos relativamente simples e custo-efetivos, desdobrando também para o fortalecimento desse nível de atenção.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C.L.; SHIMIZU, H.E.; SOUSA, A.I.A.; HAMANN, E.M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.3, p.479-86, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000300010>. Acesso em: 30 jun. 2021.
- BAHIA. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB-BA nº 318/2011 que aprova o Plano Estadual da Rede Cegonha e recomenda outras providências**. 2011. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/index.php?option=com\\_content&view=article&id=361&Itemid=183](http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/index.php?option=com_content&view=article&id=361&Itemid=183). Acesso em: 04 jul. 2021.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Sítio virtual Observatório Baiano de Regionalização**. 2021a. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br>. Acesso em: 04 jul. 2021.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Sítio virtual Observatório Baiano de Regionalização**. Pactuação Interfederativa de Indicadores. Série Histórica dos Indicadores do Pacto pela Saúde 2010-2020. 2021b. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/pactuacaoInterfederativa>. Acesso em: 30 maio 2021.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Cadernos de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica**. 2021c. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab>. Acesso em: 04 jul. 2021.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Sítio virtual Observatório Baiano de Regionalização**. Plano Diretor de Regionalização 2007-Atualizado. 2021d. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/pri/desenhoTerritorial/pdr2007>. Acesso em: 30 maio 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1. ed. Lisboa: Edições 70, 2015.
- BELLATO, R.; ARAÚJO, L.F.S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 360p.
- BICA, M.C.; CREMONESE, L.; BARRETO, C.N.; RODRIGUES, A.L.M.; ALVES, F.Q. Gerenciamento do cuidado em estratégias saúde da família na percepção de enfermeiros. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**, Santa Maria (RS), v. 10, e74, p.1-18, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/42518/html>. Acesso em: 24 jun. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha**. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 04 jul. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 224p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial – Sífilis 2023**. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, Número Especial-Out. 2023b – versão eletrônica. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view>. Acesso em: 03 jan. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014a. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação de transmissão vertical**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014b. 84 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/protocolo-de-investigacao-de-transmissao-vertical>. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de boas práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/penicilina\\_para\\_prevencao\\_sifilis\\_congenita%20\\_brasil.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/penicilina_para_prevencao_sifilis_congenita%20_brasil.pdf). Acesso em: 03 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 248p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 30 jun. 2021.

BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; KAMB, M.; BERMAN, S.; LAWN, J. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**. 2011, 11(Suppl 3):S9. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S9>. Acesso em: 30 jun. 2021.

CABRAL, A.L.L.V.; HEMÁEZ, A.M.; ANDRADE, E.I.G.; CHERCHIGLIA, M.L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4433-4442, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mYPwbjYDvwRb4ScPGDyyxkr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2021.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS [Internet]. 2021. Disponível em:

[http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_22.11.2021.pdf/view](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021.pdf/view). Acesso em: 27 dez. 2023.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v.21; n.2; p:513-518, 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000200016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016). Acesso em: 26 dez. 2023.

CERQUEIRA, B.G.T.; SILVA, E.P.; GAMA, Z.A.S. Melhoria da qualidade do cuidado à sífilis gestacional no município do Rio de Janeiro. **Rev Saude Publica.** v.55, n.34, 2021. Disponível em: [http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/1518-8787-rsp-55-34/1518-8787-rsp-55-34-pt.x76776.pdf](http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-55-34/1518-8787-rsp-55-34-pt.x76776.pdf). Acesso em: 30 jun. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. PINEAULT, R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p.29-48. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

DOMINGUES, R.M.S.M. **Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV**. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Epidemiologia em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, 2011, 201p.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SARACENI, V.; HARTZ, Z.M.A.; LEAL, M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.1, p.147-57, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>. Acesso em: 30 jun. 2021.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.6, e00082415, jun, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nH9v3WzrWR5p8G5BLTNmtck/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2021.

FERNANDES, I.A.T. **Iramuteq**: um software para análises estatísticas qualitativas em *corpus* textuais. 2019. 40f. Monografia (Graduação - Bacharelado em Estatística) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Exatas e da Terra, Departamento de Estatística. Natal, 2019. Orientador: André Luís Santos de Pinho. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/34291/2/IramutequmSoftware\\_Fernandes\\_2019.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/34291/2/IramutequmSoftware_Fernandes_2019.pdf). Acesso em: 26 dez. 2023.

FERREIRA, J.; ESPÍRITO SANTO, W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. p.179-198, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/NBf9BYp8QPRd5rRXQ7XpxRx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 jul. 2021.

GALVÃO, J.R. **Avaliação da coordenação do cuidado pela APS na Região de Saúde de Vitória da Conquista-BA:** estudo a partir de uma situação marcadora. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista-BA, 2018. 125p.

GERHARDT, T.E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D.L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 360p.

GERHARDT, T.E.; RIQUINHO, D.L. Sobre itinerários terapêuticos em contextos de iniquidade social: desafios e perspectivas contemporâneas. In: TRAD, L.A.B.; JORGE, M.S.B.; PINHEIRO, R.; MOTA, C.S.; ROCHA, A.A.R.M. **Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e interseções.** Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2015. 364p.

GERHARDT, T. E.; BURILLE, A.; MÜLLER, T. L. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: GERHARDT, T.E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E.N.F.; SILVA JÚNIOR, A.G. (Org.). **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016. 440 p.

GIOVANELLA, L.; MARTUFI, V.; MENDOZA, D.C.R.; MENDONÇA, M.H.M.; BOUSQUAT, A.E.M.; PEREIRA, R.A.G.; MEDINA, M.G. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em debate.** Rio de Janeiro (RJ), preprint, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45013>. Acesso em: 10 jun. 2021.

GONÇALVES, N.C.P. Trabalho em saúde na Atenção Primária no contexto de pandemia: novos instrumentos de trabalho podem possibilitar rupturas e transformações? **J Manag Prim Health Care.** Uberlândia (MG), v.12, 2020. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1028>. Acesso em: 10 jun. 2021.

GOMES, C.B.A.; DIAS, R.S.; SILVA, W.G.B.; PACHECO, M.A.B.; SOUSA, F.G.M.; LOYOLA, C.M.D. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto Contexto Enferm [online]**, v.28: e20170544, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0544>. Acesso em: 24 jun. 2021.

GOMEZ, G.B.; KAMB, M.L.; NEWMAN, L.M.; MARK, J.; BROUTETC, N.; HAWKESD, S.J. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bull World Health Organ** 2013; v,91, p:217–226. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/12-107623.pdf>. Acesso em: 26 maio 2021.

HARTZ, Z.M.A.; CHAMPAGNE, F.; LEAL, M.C.; CONTANDRIOPOULOS, A. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.30, n.4, p.310-8, 1996. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1996.v30n4/310-318/pt>. Acesso em: 30 jun. 2021.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública**. 2002, v.36, n.6, p.759-72. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6DBkNXGbb7ccLtyGWZzxrJQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2021.

LEAL, M.C.; SZWARCOWALD, C.L.; ALMEIDA, P.V.B.; AQUINO, E.M.L., BARRETO, M.L.; BARROS, F.; VICTORA, C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1915-1928, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Acesso em: 30 jun. 2021.

LOPES, G.V.B.; COSTA, K.F.L. Impactos e desdobramentos da pandemia da COVID-19 na Atenção Básica: um relato de experiência. **Revista Saúde em Redes**, Porto Alegre (RS), v. 6, Supl. 2, 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3298>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LOPES, R.M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; HARTZ, Z.M.A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, Sup 2, p.S283-S297, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jhFZ9Ghxzn3XYyXhLb8rQ7Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2021.

MAGALHÃES, D.M.S.; KAWAGUCHI, I.A.L.; DIAS, A.; CALDERON, I.M.P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-1120, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WM4wjfcJBy9Yb4FTvjhvCDz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MÂNGIA, E.F.; MURAMOTO, M.T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n.3, p.176-182, set./dez. 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/download/14045/15863/17023>. Acesso em: 01 jul. 2021.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v.5, n.7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 04 jun. 2021.

MINAYO, M.C.S.; COSTA, A.P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa-Portugal, 2018, v.40, p.139-153. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>. Acesso em: 04 jun. 2021.

MIRANDA, A.E.; FREITAS, F.L.S.; PASSOS, M.R.L. de; LOPEZ, M.A.A.; PEREIRA, G.F.M. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.30, Esp.1, p.e2020611, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100019.espl>

MOURA, E.R.F.; HOLANDA JÚNIOR, F.; RODRIGUES, M.S.P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(6):1791-1799, nov-dez, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/38QthX8CQ8GnDcbvLk7DNqM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação.** Genebra: OMS: 2008. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851\\_por.pdf?sequence=4](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf?sequence=4). Acesso em: 03 jul. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas: update 2015.** Washington, DC: PAHO, 2015. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18372>. Acesso em: 30 jun. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas: update 2016.** Washington (DC): PAHO; 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34072>. Acesso em: 03 jul. 2021.

PEREIRA, N.N.R. **O evento sentinela em saúde bucal em crianças com até seis anos de idade, usuárias do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte.** 2017. 96p. Dissertação (Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. Belo Horizonte-MG. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ODON-AX8LCZ>. Acesso em: 30 jun. 2021.

PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A.G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 360p.

PINHEIRO, R.; GERHARDT, T.E.; RUIZ, E.N.F.; SILVA JÚNIOR, A.G. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, T.E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E.N.F.; SILVA JÚNIOR, A.G. (Org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. p. 13-24.

PINTO-JÚNIOR, E.P.; CAVALCANTE, J.L.M.; SOUSA, R.A.; MORAIS, A.P.P.; SILVA, M.G.C. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.104, p.268-278, Jan./Mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZjBGSVxWgyPwxdXmygfmZQd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 de maio de 2021.

RAMOS-JÚNIOR, A.N.; MATIDA, L.H.; SARACENI, V.; VERAS, M.A.S.M.; PONTES, R.J.S. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v,23, Sup 3, p.S370-S378, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rPJ5jCwNzPdcMfcQLmcSmFg/?lang=en>. Acesso em: 29 jun. 2021.

RAUPP, L.M.; DHEIN, G.; MEDEIROS, C.R.G.; GRAVE, M.T.Q.; SALDANHA, M.F.L.; SANTOS, M.V.; KOETZ, L.C.E.; ALMEROM, G.P.O. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis**, Rio de Janeiro,

v.25, n.2, p. 615-634, June 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physics/a/GtdkxxCzryvZDxPxmckNwTK/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2021.

RUTSTEIN, D. D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, T.C.; CHILD 3<sup>rd</sup>, C.G.; FISHMAN, A.P.; PERRIN, E.B. Measuring the quality of medical care, a clinical method. **N Engl J Med.** v.294, n.11, p.582-588. 1976. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/942758>. Acesso em: 26 maio 2021.

SENA, A.A.; BARRETO, E.S.; SANTANA, I.T.; ARAÚJO, A.J.S. Fatores relacionados a persistente incidência de sífilis congênita na Bahia. Ouro Fino, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.9 n.4, p.1307-1314, 2017. Acesso em: 13 out. 2018.

SILVA, S.S.; ASSIS, M.M.A.; SANTOS, A.M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na Estratégia Saúde da Família: diferentes olhares analisadores. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, v.26, n.3, e1090016, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>. Acesso em: 24 jun. 2021.

SILVA, V.M.N.; SILVA JÚNIOR, A.G. PINHEIRO, R. ALVES, C.A. Trajetória assistencial em Piraf: uma prática avaliativa amistosa à integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 360p.

TANAKA, O.Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4PgSgjCSWcnnVJVQQ5j4Kfn/?lang=pt>. Acesso em: 31 maio 2021.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, jun. 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.15-39.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. In: COSTA, E.A. (Org.). **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009. 240 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/6bmrk/pdf/costa-9788523208813-12.pdf>>. Acessado em 27 de julho de 2021.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; THEME-FILHA, M.M.; COSTA, J.V.; BASTOS, M.H.; LEAL, M.C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Sup., p.S85-S100, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDPr4FL5qYQCpPKSVQpC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2021.

**APÊNDICE A:****ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA APS**

Fonte: Elaboração própria, com base em BRASIL (2013), DOMINGUES (2011), BRASIL (2019).

- **Apresentação**
- **Objetivos Específicos**
- **TCLE**
- **Introdução**

Verificamos no SINAN o registro, no ano 2019, de um caso de sífilis congênita na área de abrangência da sua equipe de APS. A razão principal dessa entrevista é conhecermos um pouco sobre a estrutura da UBS e a organização das ações de pré-natal, quais as facilidades e dificuldades vivenciadas pela equipe para a realização do trabalho prevenção da transmissão vertical da sífilis.

Entrevista Enf. APS nº: \_\_\_\_\_ Feita por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

**1. Perfil do(a) entrevistado(a)**

- Nome: \_\_\_\_\_ ( ) M ( ) F
- Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_
- Graduação1: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_
- Graduação2: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_
- Principais pós-graduações:
- 1. \_\_\_\_\_  
Ano conclusão: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_  
Ano conclusão: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_  
Ano conclusão: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_
- UBS/Equipe onde atua: \_\_\_\_\_
- Município onde atua: \_\_\_\_\_ ( ) Concurso ( ) Contrato
- Há quanto tempo atua na APS: \_\_\_\_\_
- Há quanto tempo atua nesta equipe: \_\_\_\_\_

Entrevista Enf. APS nº: \_\_\_\_\_ Feita por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

**BLOCO 1. ÁREA DE ABRANGÊNCIA**

- Como você avalia a localização da UBS em relação ao território de abrangência? Existem barreiras geográficas?
- Como os pacientes da área costumam se deslocar até a UBS? Quais são as principais dificuldades?
- Na realidade da sua equipe, o número de pessoas adscritas e/ou a cobertura de ACS tem feito alguma influência no processo de trabalho? Algo tem sido feito em relação a isso?
- Você teve conhecimento da ocorrência de algum caso de sífilis congênita na área de abrangência de 2019 pra cá?

**BLOCO 2. ORGANIZAÇÃO DA AGENDA**

- Como acontece a marcação de consultas médicas e de enfermagem na UBS?
- Existe acolhimento ou triagem da demanda espontânea?
- Há definição de semana típica para organização da agenda de médico e enfermeiro? Existem dias/turnos específicos para consultas de pré-natal?

- Como acontece a marcação da 1ª consulta de pré-natal? Há algum direcionamento para enfermeiro ou médico?
- Como são organizados os retornos das gestantes?
- Explorar se a gestante já sai da UBS com o retorno agendado*
- Fale-me um pouco sobre a participação do médico da equipe na assistência pré-natal?
- Explorar como médico e enfermeiro intercalam as consultas e há alguma queixa*
- Quais são as principais situações em que você encaminha gestantes para a consulta médica?
- Como a equipe costuma manejar a questão do pré-natal em adolescentes? Há exigência da presença dos pais/responsáveis?
- Na área de abrangência, existem unidades satélites/pontos de apoio para atendimento de pacientes? Em quais delas são realizadas consultas de pré-natal?

### **BLOCO 3. RECURSOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÊUTICOS E DE VIGILÂNCIA**

- As usuárias costumam buscar a UBS para investigar amenorréia?
- Qual a rotina estabelecida para realização de testes de gravidez no município? Quanto tempo leva para receber o resultado?
- Se teste rápido, explorar a suficiência para a demanda da UBS*
- Quais dificuldades vocês identificam para o início precoce do pré-natal nas UBS? Como tem sido a atuação dos ACS nesse sentido?
- Fale-me sobre a realização da triagem pré-natal por papel filtro na UBS. Quais as facilidades e dificuldades?
- Quem realiza a coleta? Consegue coletar na primeira consulta?*
- Fale-me sobre a realização de testes rápidos de sífilis e HIV na UBS, no 1º e 3º trimestres. Quais as facilidades e dificuldades?
- Explorar quem realiza a coleta? Consegue coletar na primeira consulta de pré-natal?*
- Fale-me um pouco sobre o exame de VDRL (teste não treponêmico). Em que situações vocês solicitam? Quais as facilidades e dificuldades?
- A equipe realiza a administração da penicilina benzatina regularmente na UBS? Em caso negativo, para onde encaminham?
- Explorar se somente na presença do médico.*
- Quais as facilidades e dificuldades para garantir a administração de penicilina benzatina na UBS?
- Como a equipe costuma manejar as parcerias sexuais das gestantes com sífilis? Quais as facilidades e dificuldades para convocação e testagem?
- Existe oferta de preservativos e orientação quanto à importância do sexo seguro?
- Existe alguma rotina na equipe para o monitoramento das gestantes/parceiros com sífilis em tratamento?
- Como tem acontecido o monitoramento do tratamento e controle sorológico da sífilis em gestantes? E nos parceiros?
- Existe alguma rotina na equipe para o monitoramento das gestantes faltosas ao pré-natal?
- É comum o encaminhamento de gestantes com sífilis ao serviço especializado? Qual serviço? Em quais as circunstâncias? Como está organizado esse acesso?
- Me fale um pouco sobre o processo de notificação e investigação da sífilis (gestante, adquirida e congênita) aqui na UBS.
- Explorar a participação de médico, enfermeiro, técnicos*
- Tem conhecimento da existência de comitê de investigação de transmissão vertical da sífilis, HIV e Hepatites B e C no município?

### **BLOCO 4. COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

- A equipe costuma realizar algum tipo de atividade educativa para gestantes? Conte-me um pouco sobre como acontece? Quais os principais temas abordados?
- Como tem sido o momento de informar para a gestante sobre o resultado positivo de sífilis e/ou HIV?
- Explorar qual profissional informa o diagnóstico*
- A equipe trabalha com orientações pré e pós-testagem rápida de sífilis e HIV?
- Quais as principais informações/orientações dadas a gestante quando do resultado positivo de sífilis e/ou HIV?

**BLOCO 5. EDUCAÇÃO PERMANENTE**

- Você já participou de alguma capacitação sobre diagnóstico e manejo clínico da sífilis? Quando foi a mais recente?
- Sabe informar se o médico da sua equipe já participou de alguma capacitação sobre diagnóstico e manejo clínico da sífilis?
- Como você se sente em relação ao diagnóstico e manejo clínico da sífilis em gestante? *Explorar se costuma encaminhar para o médico.*
- Já aconteceu algum caso de sífilis em gestante em período de falta de médico na sua equipe? Como você procedeu?

**BLOCO 6. IMPRESSÕES GERAIS**

1. Na realidade de vocês, quais tem sido os principais desafios para o controle da transmissão vertical da sífilis na APS?
2. Como você avalia o modo de organização da agenda da equipe de APS para a realização do pré-natal?
3. O que você pensa sobre a estratégia de monitoramento das gestantes diagnosticadas com sífilis? Tem recebido alguma orientação em relação a isso?
4. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar o diagnóstico, o tratamento e o seguimento da sífilis na gestação, na realidade da sua equipe/município?
5. Gostaria de falar mais alguma coisa para complementar o que conversamos?

**REGISTROS APÓS A ENTREVISTA**

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

---



---

**APÊNDICE B:****CHECK LIST SOBRE ESTRUTURA DO PRÉ-NATAL NA APS**

Elaboração própria com base em SES-SP (2010), BRASIL (2013; 2014a; 2014b; 2015; 2019).

- **Apresentação**
- **Objetivo Específico**

**1. Identificação**

- Usuária: \_\_\_\_\_
- Equipe de APS de referência: ( ) USF ( ) UBS Trad \_\_\_\_\_
- UBS de referência: \_\_\_\_\_
- Endereço da UBS: \_\_\_\_\_
- Há quanto tempo UBS neste endereço: \_\_\_\_\_
- Localização da UBS: ( ) Zona Rural ou Zona Urbana ( )
- Área de abrangência da equipe: ( ) Zona Rural ou Zona Urbana ( )

**BLOCO 1 – Área de abrangência e estrutura**

- Nº de equipes nesta UBS: \_\_\_\_\_
- Nº de pessoas adscritas à Equipe \_\_\_\_\_
- Nº/Cobertura de ACS: \_\_\_\_\_
- Existem microáreas descobertas? \_\_\_\_\_
- Horário de funcionamento da UBS: \_\_\_\_\_
- Adequação do espaço físico ao nº pessoas atendidas diariamente: \_\_\_\_\_

**- Cômodos existentes (informar nº):**

- ( ) Sala de espera ( ) Recepção ( ) SAME/Arquivo ( ) Sanitário público masc.
  - ( ) Sanitário público fem. ( ) Sanitário funcionários masc. ( ) Sanitário funcionários fem.
  - ( ) Consultório médico ( ) Consultório enfermagem ( ) Consultório odontológico
  - ( ) Sala de curativo ( ) Sala de procedimentos ( ) Sala de vacina ( ) Sala de reunião
  - ( ) Farmácia ( ) Expurgo ( ) Sala de esterilização ( ) Sala de observação ( ) DML ( ) Copa
  - ( ) Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Outro: \_\_\_\_\_
- Condições: \_\_\_\_\_

**- Mobiliário e equipamentos para a realização do Pré-natal:**

- ( ) Mesa ( ) Cadeiras ( ) Maca ( ) Maca ginecológica ( ) Forro para maca ( ) Escadinha
  - ( ) Foco ( ) Mesa de apoio ( ) Biombo ( ) Balança adulto (peso/altura) ( ) Estetoscópio
  - ( ) Esfigmomanômetro ( ) Sonar doppler ( ) Pilha ( ) Gel ( ) Fita métrica
  - ( ) Disco gestacional ( ) Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Outro: \_\_\_\_\_
- Condições: \_\_\_\_\_

**- Composição da equipe (informar nº):**

- ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Téc. Enfermagem ( ) ASB ( ) ACS ( ) Recepcionista
- ( ) Vigilante ( ) Aux. Serviços Gerais ( ) Motorista ( ) Outro: \_\_\_\_\_
- Equipe completa? ( ) sim ( ) não
- Carga horária de médico: \_\_\_\_\_
- Carga horária de enfermeiro: \_\_\_\_\_

**BLOCO 2 – Recursos diagnósticos, terapêuticos e organizacionais**

- A UBS dispõe de teste rápido de gravidez?

**Hoje:** ( ) sim ( ) não **2019:** ( ) sim ( ) não **OBS:** \_\_\_\_\_

- As solicitações de B-HCG são atendidas pelo SUS?

**Hoje:** ( ) sim ( ) não **2019:** ( ) sim ( ) não **OBS:** \_\_\_\_\_

- Na UBS é realizada a triagem pré-natal por papel filtro?

**Hoje:** ( ) sim ( ) não **2019:** ( ) sim ( ) não **OBS:** \_\_\_\_\_

- Na UBS são realizados testes rápidos de sífilis e HIV?

**Hoje:** ( ) sim ( ) não **2019:** ( ) sim ( ) não **OBS:** \_\_\_\_\_

- A SMS oferta teste não treponêmico (VDRL)?

**Hoje:** ( ) sim ( ) não **2019:** ( ) sim ( ) não **OBS:** \_\_\_\_\_

- Na UBS há disponibilidade de preservativos para fornecimento a pacientes?

**Hoje:** ( ) sim ( ) não **2019:** ( ) sim ( ) não **OBS:** \_\_\_\_\_

- Na UBS há disponibilidade de penicilina benzatina 1.200.000 UI?

**Hoje:** ( ) sim ( ) não **2019:** ( ) sim ( ) não **OBS:** \_\_\_\_\_

- Na UBS ocorre aplicação de penicilina benzatina 1.200.000 UI?

**Hoje:** ( ) sim ( ) não **2019:** ( ) sim ( ) não **OBS:** \_\_\_\_\_

- Existe na UBS algum tipo de registro para monitoramento das gestantes com sífilis em tratamento?

**Hoje:** ( ) sim ( ) não **2019:** ( ) sim ( ) não **OBS:** \_\_\_\_\_

- Na UBS há disponibilidade de fichas para notificação e investigação da sífilis (gestante, adquirida e congênita)?

**Hoje:** ( ) sim ( ) não **2019:** ( ) sim ( ) não **OBS:** \_\_\_\_\_

- Na UBS há disponibilidade de algum manual, protocolo ou fluxograma para consulta sobre o diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante?

**Hoje:** ( ) sim ( ) não **OBS:** \_\_\_\_\_

Impresso: \_\_\_\_\_

Digital: \_\_\_\_\_

**2019:** ( ) sim ( ) não **OBS:** \_\_\_\_\_

Impresso: \_\_\_\_\_

Digital: \_\_\_\_\_

**REFERÊNCIAS**

- SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Estado. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010, 234 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** (Cadernos de Atenção Básica nº 32). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. Disponível em: <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 02 de julho de 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014a. 20 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de investigação de transmissão vertical**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014b. 84 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/protocolo-de-investigacao-de-transmissao-vertical>>. Acesso em 25 de junho de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de boas práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/penicilina\\_para\\_prevencao\\_sifilis\\_congenita%20brasil.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/penicilina_para_prevencao_sifilis_congenita%20brasil.pdf)>. Acesso em 03 de julho de 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 248 p. : il. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>. Acesso em 30 de junho de 2021.

**APÊNDICE C:****ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIAS**

Fonte: Elaboração própria, com base em BRASIL (2014b) e GALVÃO (2018).

- **Apresentação**
- **Objetivos Específicos**
- **TCLE**
- **Introdução**

O motivo de procurá-la foi porque verificamos no sistema o registro do ano 2019 de um problema que a senhora teve na gravidez, chamado sífilis, que foi passado para o bebê. A razão principal dessa entrevista é conhecermos um pouco da história da sua gestação, do acompanhamento ou não de pré-natal, da realização ou não do tratamento, facilidades e dificuldades dessa vivência. Vou fazer algumas perguntas para ajudá-la a se lembrar de algumas questões que são importantes para entendermos o que aconteceu nesse período, pois pode ajudar a identificar onde o sistema público de saúde precisa melhorar.

*Entrevista Usuária nº: \_\_\_\_\_ Feita por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_*

**1. Perfil da entrevistada (informações da época do pré-natal)**

- Nome: \_\_\_\_\_
- Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade na época do PN: \_\_\_\_\_
- Cor autorreferida:
  - ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Não sabe/não quis informar
- Endereço na época do PN: \_\_\_\_\_
- Há quanto tempo neste endereço: \_\_\_\_\_
- Contexto territorial: ( ) Zona Rural ou Zona Urbana ( )
- UBS/Equipe de referência: \_\_\_\_\_
- Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_
- Ocupação na época do PN: \_\_\_\_\_
- A ocupação era sazonal? ( ) sim ( ) não
- Escolaridade na época do PN:
  - ( ) Nunca estudou ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo
  - ( ) Médio incompleto ( ) Médio completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo
  - ( ) Não sabe/não quis informar
- Situação conjugal na época do PN:
  - ( ) Solteira ( ) Casada/união estável/amasiada ( ) Viúva ( ) Divorciada/separada
- Provedora principal do lar na época do PN: ( ) sim ( ) não
- Rendimento mensal do lar na época do PN (salário mínimo):
  - ( ) Até 1 ( ) Até 2 ( ) Até 3 ( ) até 4 ( ) + que 4
- Recebia benefício social na época do PN: ( ) sim ( ) não
- Se sim: ( ) BPC ( ) Aposentadoria ( ) B. Família ( ) Auxílio Brasil Outro: \_\_\_\_\_
- Plano de saúde na época do PN: ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

**2. Dados da criança**

- Tipo de investigação: ( ) Aborto ( ) Nascido morto ( ) Nascido vivo
- Data de nascimento/aborto/natimorto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Não sabe/não quis informar

- Peso da criança ao nascer: \_\_\_\_\_gramas
- Idade gestacional ao nascer: \_\_\_\_\_semanas
- Problemas de saúde ao nascer: \_\_\_\_\_

### **BLOCO 1 – Antecedentes clínicos**

- Nº de gestações:
- Nº de nascidos vivos:
- Nº de nascidos mortos:
- Nº de abortos:
- Me fale um pouco sobre as suas gestações anteriores, como foram?  
*Explorar a existência de algum problema de saúde, em especial sífilis (tratamento, parceiro)*
- Me conte um pouco sobre a saúde dos seus outros filhos? Algum deles nasceu com:  
( ) Infecção pelo HIV ( ) Sífilis congênita ( ) Hepatite B ( ) Hepatite C ( ) Não sabe/não quis informar

### **BLOCO 2 – Acesso e utilização da UBS de referência**

- Na sua rua tem/tinha Agente Comunitário de Saúde? Você o/a conhecia/conhece?
- Qual a unidade de saúde que você costuma/costumava procurar quando precisa de algum atendimento?  
*Sem vínculo com a UBS de referência, explorar os motivos.*
- Você tem/tinha alguma dificuldade para chegar na UBS de referência?  
*Se for zona rural, explorar a existência de unidade satélite mais próxima.*
- O que você acha/achava do horário de funcionamento da UBS de referência?
- Qual acompanhamento de saúde já fez/tinha feito na UBS de referência?  
*Explorar se planejamento familiar, preventivo, pré-natal, consulta médica, dentista...*
- Você já participou de alguma atividade educativa na comunidade realizada pela equipe da UBS de referência (palestra, grupos, sala de espera, eventos de mobilização social, etc)? *Explorar se tema: IST, importância do início precoce do pré-natal*

### **BLOCO 3 - Gestação em investigação**

- Me conta como foi que você descobriu que estava grávida? Fez algum tipo de exame? A gravidez foi planejada?  
*Explorar disponibilidade de teste rápido de gravidez na UBS, B-HCG em laboratório SUS, onde foi realizado, se o resultado demorou de sair.*
- Na época dessa gestação, você chegou a fazer pré-natal? Em qual Unidade?  
*Em caso negativo, explorar os motivos.*
- Me conta como foi para marcar a primeira consulta de pré-natal? Teve alguma dificuldade? ACS facilitou a marcação? *Identificar com quantos meses/semanas iniciou o pré-natal.*
- Me fala como foi a primeira consulta de pré-natal? Você foi atendida por quem?
- Como foram os outros atendimentos que você teve no pré-natal?
- *As consultas de retorno, já ficavam agendadas?*
- *Havia algum dia da semana separado na UBS para o atendimento de pré-natal?*
- *Fez quantas consultas de pré-natal no total?*
- *Recebeu atendimento por enfermeiro e médico?*
- Você estava com algum relacionamento/parceria na época? *Explorar se parceiro fixo*
- Seu parceiro te acompanhou alguma vez na consulta de pré-natal?

#### Em caso de usuária faltosa ou de abandono do pré-natal

- Por quais motivos você abandonou o pré-natal?
- Algum profissional da UBS entrou em contato com você ou veio te fazer uma visita para saber porque não estava indo ao pré-natal?

#### **BLOCO 4 – Diagnóstico e tratamento**

- Me conta um pouco sobre os exames que você fez na época do pré-natal? Teve alguma dificuldade?

##### 1ª rotina: início do pré-natal

- Foi coletado sangue para algum exame ou teste na UBS?
- Recebeu alguma solicitação de exames para fazer no laboratório?
  - Onde foram feitos os exames laboratoriais? *Explorar se coleta na própria UBS, se em laboratório SUS na cidade (se demorou para marcar), se precisou pagar algum exame, se precisou se deslocar para outra cidade*
- Demorou para receber esses primeiros os resultados dos exames? *Identificar com quantas semanas de gestação ela estava*
- Deu alguma alteração nesses primeiros exames? Foi informada que o exame de sífilis deu positivo? *Além da sífilis, explorar infecção concomitante HIV, Hepatite C, Hepatite C, outras IST*

##### 2ª rotina: a partir de 28 semanas

- Foi coletado sangue para algum exame ou teste na UBS?
- Recebeu alguma solicitação de exames para fazer no laboratório?
  - Onde foram feitos os exames laboratoriais? *Explorar se coleta na própria UBS, se em laboratório SUS na cidade, se precisou pagar algum exame (se demorou para marcar), se precisou se deslocar para outra cidade*
- Demorou para receber os resultados dessa segunda bateria de exames? *Identificar com quantas semanas de gestação ela estava*
- Deu alguma alteração nessa segunda bateria de exames? Foi informada que o exame de sífilis deu positivo? *Além da sífilis, explorar infecção concomitante HIV, Hepatite C, Hepatite C, outras IST*

##### Quando ocorreu o diagnóstico

- Quando você recebeu a notícia da alteração no exame de sífilis, como você se sentiu?
- Você já tinha ouvido falar dessa doença chamada sífilis?
- Qual profissional te deu o diagnóstico?
- Quais informações foram dadas por ele? Você conseguiu compreender as explicações? *Explorar se foi orientada sobre os riscos da sífilis; realização dos exames de seguimento e retorno às consultas; tratamento e reação de Jarisch-Herxheimer; uso do preservativo.*
- Você foi encaminhada para ser atendida por algum outro profissional (UBS/Fora)? Demorou a ser atendida?
- Foram solicitados exames de sangue mensais para você?

##### Tratamento

- Foi passado algum tratamento para você na UBS? Como foi o tratamento?
- *Chegou a fazer o tratamento completo?*
- *O remédio estava disponível na UBS?*
- *Onde foram aplicadas as injeções? Teve dificuldades para aplicação na UBS?*

##### Em caso de a usuária ter abandonado o tratamento

- O que te fez abandonar o tratamento?
- Algum profissional da UBS entrou em contato com você ou veio fazer uma visita para saber porque não retornou para tomar a medicação?

##### Parceria

- Seu parceiro foi chamado na UBS para fazer exame/consulta? Ele compareceu? Por quê?
- Como foi essa situação para você?

- Quais exames ele fez e quais foram os resultados? *Explorar se teste rápido e sorologia*
- Como foi o tratamento dele? Fez o tratamento completo?
- Foram solicitados exames de sangue trimestrais para ele?

Em caso de o parceiro ter abandonado o tratamento

- Por quais motivos ele abandonou o tratamento?
- Algum profissional da UBS entrou em contato com ele ou veio fazer uma visita para saber porque ele não retornou para tomar a medicação?

**BLOCO 5 – Atendimento especializado** (caso a usuária tenha sido encaminhada)

- Você foi encaminhada para ser atendida em algum outro serviço? Me conta como foi.
- Como foi o processo de marcação? Demorou para você ser atendida lá?
- A equipe da UBS enviou por você algum relatório para ser entregue nesse serviço?
- Que tipo de atendimento foi realizado? Você estava com quantos meses/semanas?
- O que você achou dos atendimentos? Teve oportunidade de tirar suas dúvidas?
- A equipe do serviço especializado enviou por você algum relatório para ser entregue na UBS?
- Conseguiu fazer todos os atendimentos em um só local ou teve que ir a outros serviços?
- A secretaria de saúde forneceu transporte para você chegar até o serviço especializado? Teve alguma dificuldade?
- A equipe da UBS continuou te acompanhando durante o tratamento no serviço especializado? *Explorar se continuou o pré-natal, se buscou saber notícias, realizou visitas, orientações, etc.*

**BLOCO 6 – Parto**

- Local do parto: UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

- Parto realizado em:
  - ( ) Serviço Público (SUS); ( ) Serviço Suplementar (Convênio/Plano de Saúde);
  - ( ) Serviço Privado Particular; ( ) Domicílio; ( ) Trânsito/percurso
- Me conta um pouco sobre o seu parto?
- *Estava de posse do cartão do pré-natal no momento do parto?*
- *Algum familiar ou seu parceiro te acompanhou?*
- No hospital te solicitaram cartão/resultados de exames realizados no pré-natal?
- Foi solicitado registro de tratamento realizado?
- Foi coletado sangue para algum exame ou teste no Hospital?
- Foi informada que o exame de sífilis deu positivo? Qual profissional te deu o diagnóstico?
- Quais informações foram dadas por ele? Você conseguiu compreender as explicações?
- Quando você recebeu a notícia da alteração no exame de sífilis, como você se sentiu?
- Você já tinha ouvido falar dessa doença chamada sífilis?
- Como você avalia o atendimento ofertado no hospital?
- Você e seu filho precisaram ficar internados? Como foi essa experiência para você?
- Quanto tempo de hospitalização?*
- Teve suporte de alguém neste período?*

**BLOCO 7 – Impressões gerais**

- Quais foram as principais dificuldades que você viveu nesse período?
- Família; Parceiro; Consultas de pré-natal, tratamento; Parto, pós-parto*
- Essa experiência te marcou de alguma maneira?
- Na sua opinião, faltou alguma coisa para que o atendimento fosse melhor?
- Em todas as unidades por onde ela passou*

- Gostaria de falar mais alguma coisa sobre essa experiência que você viveu?

**3. Documentos examinados:**

( ) Cartão da Gestante ( ) Resultados de exames

**REGISTROS APÓS A ENTREVISTA**

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

---

---

**APÊNDICE D:****CARTA-CONVITE PARA AS USUÁRIAS DO SUS**

(Maiores de 18 anos ou menores de 18 anos cujos responsáveis tenham consentido na participação)

Prezada Senhora,

Me chamo Jamille Amorim, sou enfermeira e atualmente sou aluna do curso de Doutorado em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alba Benemérita Alves Vilela e co-orientação do Prof. Dr. Márcio Pereira Lôbo. Uma das etapas desse curso consiste na realização de uma pesquisa sobre algum tema importante na área da saúde, sobre o qual se pretende aumentar o conhecimento atualmente existente.

Como servidora pública estadual, venho trabalhando há muito tempo com gestores e profissionais da saúde, sempre em busca da melhoria da qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) ofertados nos municípios, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), que são as unidades de saúde mais próximas da população, situadas nos bairros, distritos e povoados.

Nesse contexto, escolhi estudar a sífilis congênita, que é uma doença transmitida de mãe para filho durante a gravidez (transmissão vertical) e que pode ser evitada por meio das ações do pré-natal. Infelizmente, essa doença ainda ocorre muito no Estado da Bahia e em todo o Brasil, embora os exames e medicamentos devam estar disponíveis em todas as unidades que atendem gestantes.

O objetivo do meu estudo é compreender quais são os desafios da Atenção Primária à Saúde dos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista, para a redução da transmissão da sífilis da mãe para o bebê durante a gestação. Para alcançar esse objetivo, pretendo conversar com enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde e com as mulheres que apresentaram como desfecho gestacional um caso de sífilis congênita registrado no SINAN no ano 2019. Parte-se do entendimento de que a investigação retrospectiva dos casos ajuda na identificação de onde o sistema de saúde precisa melhorar.

Assim, gostaria muito de contar com a sua participação na minha pesquisa, por isso lhe envio essa carta para oficializar o convite. Caso aceite, **agendaremos a nossa conversa para o dia, horário e local que for melhor para você. Farei algumas perguntas sobre como ocorreu toda a sua gestação e o seu processo de pré-natal. Solicitarei o seu cartão de pré-**

**natal, resultados de exames e relatórios da época**, por isso a entrevista será presencial e terá a duração de mais ou menos 1 hora e meia. Considerando a pandemia de COVID-19, estaremos comprometidas com as medidas de segurança: local com boa ventilação, uso de máscara, distanciamento de 1,5 metros e higienização das mãos.

Antes de responder a qualquer pergunta, será apresentado a você o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *ou* Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), onde será registrada a sua concordância ou não em participar da pesquisa. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar. Você tem o direito de não responder a qualquer questão (sem necessidade de explicação ou justificativa para tal) e pode se retirar da pesquisa a qualquer momento. Utilizaremos gravador de áudio somente para fins de transcrição posterior da entrevista.

Uma cópia do TCLE *ou* TALE segue anexa a essa carta para o seu prévio conhecimento. Se houver dúvidas, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora por telefone/whatsapp. Caso concorde em participar da pesquisa, uma cópia do TCLE assinado pela pesquisadora lhe será entregue na oportunidade em que a entrevista for realizada. Assegura-se que as informações colhidas serão utilizadas apenas para fins científicos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, sob Parecer nº 5.176.473 e CAAE nº 52307221.7.0000.0055.

Sem mais para o momento, agradeço desde já a sua atenção e me coloco à disposição para qualquer esclarecimento que deseje. Peço a sua autorização e número telefônico para que eu possa fazer novo contato, em breve.

Atenciosamente,

**Jamille Amorim Carvalho Paiva**

Doutoranda PPGES/UESB

Celular/Whatsapp: (77) 98822-5890

E-mail: [jmilleamorim@gmail.com](mailto:jmilleamorim@gmail.com)

## APÊNDICE E:

### CARTA-CONVITE PARA PROFISSIONAIS DA APS

Prezado(a) Senhor(a),

É com satisfação que o(a) convidamos a participar da pesquisa “Desafios da Atenção Primária à Saúde para a redução da transmissão vertical da sífilis”, desenvolvida pela doutoranda Jamille Amorim Carvalho Paiva sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alba Benemerita Alves Vilela e co-orientação do Prof. Dr. Márcio Pereira Lôbo, que dará origem à tese a ser apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), como requisito para a obtenção do título de Doutor.

Esta pesquisa tem como objetivo geral “Compreender os desafios da Atenção Primária à Saúde, no âmbito da gestão, da organização dos serviços e das práticas, para a redução da transmissão vertical da sífilis na Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia” e terá como elemento central as trajetórias assistenciais de mulheres que apresentaram como desfecho gestacional um caso de sífilis congênita registrado no SINAN em 2019, em municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia. A sífilis congênita se constitui em um importante evento sentinela, para o qual o Ministério da Saúde recomenda a investigação retrospectiva dos casos, visando à proposição de medidas pertinentes para o alcance dos níveis desejados.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em **responder a um roteiro de entrevista semiestruturada**, a ser realizada presencialmente, com duração aproximada de 01 hora, a ser previamente agendada conforme a sua disponibilidade. **As perguntas versarão sobre a estrutura, organização e acesso às ações de pré-natal na equipe de APS em que você trabalha.** Utilizaremos gravador de áudio somente para fins de transcrição posterior da entrevista.

Considerando a pandemia de COVID-19, estaremos comprometidos (as) com as medidas de segurança: local com boa ventilação, uso de máscara, distanciamento de 1,5 metros e higienização das mãos.

Apresenta-se em anexo a versão digital do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o seu prévio conhecimento. Se houver dúvidas, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora por telefone/whatsapp ou e-mail. Caso opte por participar da pesquisa, uma cópia

física do TCLE assinado pela pesquisadora lhe será entregue na oportunidade em que a entrevista for realizada.

Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar. Você tem o direito de não responder a qualquer questão (sem necessidade de explicação ou justificativa para tal) e pode se retirar da pesquisa a qualquer momento. Assegura-se que as informações colhidas serão utilizadas apenas para fins científicos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, sob Parecer nº 5.176.473 e CAAE nº 52307221.7.0000.0055.

Sem mais para o momento, agradeço desde já a sua atenção e me coloco à disposição para o que for necessário.

Atenciosamente,

**Jamille Amorim Carvalho Paiva**

Doutoranda PPGES/UESB

Celular/Whatsapp: (77) 98822-5890

E-mail: [jmilleamorim@gmail.com](mailto:jmilleamorim@gmail.com)

**APÊNDICE F:****SÍNTESES NARRATIVAS DAS TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS****USUÁRIA 1**

PIRD, 38 anos, residente na zona rural do município D. Se autodeclarou parda. Residente no mesmo povoado há cerca de 20 anos. Na época do pré-natal (2018/2019): 34 anos, casada, cabeleireira, ensino fundamental incompleto, não era a provedora principal do lar, renda familiar até 2 salários mínimos, sem benefício social, sem plano de saúde.

**ANTECEDENTES CLÍNICOS**

Gesta 3, Parto 3, Aborto 0. Duas gestações anteriores sem nenhuma intercorrência, fez pré-natal nas duas. Criança nascida viva, com cerca de 3 kg, não sabe informar a idade gestacional.

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DA UBS**

Na época do pré-natal, o povoado já pertencia à área de abrangência da USF e já existia uma unidade satélite (US) para atendimento da comunidade pela eSF. Desde essa época, o povoado não conta com a cobertura de ACS; uma pessoa da comunidade faz a interlocução com a eSF. A usuária já utilizava os serviços da USF para atendimentos como planejamento reprodutivo e preventivo.

**GESTAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

Gestação desejada por ela, mesmo passando por uma crise no casamento. Da cartela de 21 comprimidos, só tomou 6. Sentiu que estava grávida. Fez um teste de gravidez (beta-HCG) por conta própria. Para o esposo, foi surpresa a gravidez, mas aceitou. Já tinha 19 anos de casada, único parceiro foi o esposo, ele nunca a acompanhou no pré-natal. Com o resultado do exame, logo começou a fazer o pré-natal na USF. Não teve dificuldade de marcar a primeira consulta, foi feita na próxima data de atendimento na US. Não lembra quantas semanas tinha, mas acredita que tinha mais ou menos 1 mês de gravidez. Realizou todo o pré-natal na APS. Já saía da consulta com a data de retorno marcada. A depender da data de retorno, a consulta de pré-natal acontecia na US ou na USF. Para realizar os exames, se deslocava até a sede do município e trazia os resultados para as consultas. Não tinha dificuldade para fazer os exames de laboratório. Deixava os pedidos na USF, e aguardava o agendamento da data. Tinha dificuldade de marcar ultrassonografia, pagou 2 vezes pelo exame. Os resultados dos exames do 1º trimestre não demoraram e não deu nenhuma alteração. Os exames do 3º trimestre ela fez, mas até a data do parto os resultados não tinham chegado. Ela acha que estava com 8 para 9 meses quando pediram. Só se lembra que não deu tempo pegar o resultado e levar para a próxima consulta de pré-natal. Teve alguma demora que ela não sabe mais explicar. Recebeu os resultados de alguns exames, mas o de sífilis não. Próximo à data do parto, ela sentiu muita coceira nas mãos, nos pés e no ânus. Marcou uma consulta na USF, foi examinada, mas quem avaliou disse que era normal. Ela acha que foi a médica. Havia caroços nas mãos, no ânus, alguns tinha ferido. Ela já tinha coletado os exames e a profissional aguardava para avaliar os resultados. Porém, logo depois entrou em trabalho de parto. Não participou de palestras ou grupo de gestante.

**ATENDIMENTO ESPECIALIZADO NA GESTAÇÃO**

Não houve.

**PARTO**

Deu entrada na maternidade de referência, localizada na sede do município. Não se lembra de ter sido feito teste rápido (TR) na admissão. Foi solicitada a pasta com os exames e o cartão do

pré-natal. Periodicamente era feito o toque e o médico informava que ainda iria demorar. Na madrugada as dores se intensificaram e ela pariu sozinha. Os profissionais foram chamados para prestarem os cuidados e levaram a RN dizendo que logo trariam de volta, mas não trouxeram. Ela observou que a bebê tinha a barriguinha grande. Ela foi levada para a enfermaria. No dia seguinte, foram aplicadas 2 injeções nos glúteos, informaram que era benzetacil, mas não disseram porque ela estava tomando. Ela acredita que eles viram o resultado do exame dela no sistema, porque os exames foram feitos no laboratório público que fica anexo à maternidade. Mais tarde, uma médica veio conversar com ela e com o esposo, explicou que a filha estava com sífilis e que iria ser feito um tratamento de 10 dias. Com 3 dias ela recebeu alta. Foi orientado que ela e o esposo comparecessem ao SAE/CTA e que a bebê continuaria internada aguardando vaga na UTI para fazer uma cirurgia de megacólon. O esposo foi no SAE alguns dias depois, fez o teste, deu positivo e ele fez o tratamento. Ela foi também, mas não tratou mais. Quando ela recebeu a notícia da sífilis, ela não se espantou, pela maneira como ele vivia. Mas o esposo se espantou. Ela acha que doeu na consciência dele. Ela já tinha ouvido falar da sífilis, sabia que era sexualmente transmissível, só não sabia que podia matar o bebê. Ela não brigou com o esposo, se concentrou em cuidar da filha que passou por diversas cirurgias para tratamento do megacólon e só retornou para casa com 3 meses de idade. Para ela foi muito difícil esse período em que a filha esteve internada, na UTI, ainda mais por uma doença que foi contaminada. Tinha momentos de tristeza, de medo de perder a filha. A maior dificuldade era que na UTI só poderia acompanhar até 19h. Longe de casa, dos seus 2 outros filhos, dificuldade de dinheiro para pagar transporte. Teve apoio de ficar na casa de uma amiga na sede do município, algumas caronas para ir em casa a noite e voltar para o hospital pela manhã, parentes que ajudaram financeiramente.

### **IMPRESSÕES GERAIS**

Perguntada sobre em que o seu atendimento poderia ter sido melhor, ela acha que quando sentiu as coceiras, poderia ter sido suspeitado. Também em relação aos exames, ou deram para ela fazer muito no final ou teve demora no resultado. Ela acha que se fosse na época certa, ela já estaria com os exames antes de parir e poderia ter sido tratado.

### **DADOS DO PRONTUÁRIO/CARTÃO DA GESTANTE**

DUM: 04/05/2018, DPP: 08/02/2019, 9 consultas de pré-natal, 2 com méd. e 7 com enf;  
 1ª consulta 04/07/18 (enf): 8 semanas, solicitados exames laboratoriais do 1º trimestre, 1ª triagem pré-natal, ultrassonografia e urocultura; não informa realização de testes rápidos;  
 2ª consulta 01/08/18 (enf): 13 semanas, realizou exames laboratoriais, mas ainda pegará os resultados;  
 3ª consulta 05/09/18 (enf): 18 semanas, realizou exames laboratoriais, mas ainda não pegou os resultados; apenas resultado da urocultura de 30/07;  
 4ª consulta 19/10/18 (méd): 24 semanas, resultados de exames laboratoriais de 16/08 (15 semanas) treponema não reagente;  
 5ª consulta 19/11/18 (enf): 28 semanas, solicitados exames laboratoriais do 3º trimestre, 2ª triagem pré-natal, ultrassonografia e urocultura; não informa realização de testes rápidos;  
 6ª consulta 05/12/18 (enf): 31 semanas, encaminhada para a 2ª triagem pré-natal; não recebeu o agendamento dos exames laboratoriais; não informa realização de testes rápidos;  
 7ª consulta 12/12/18 (méd): 32 semanas, cefaléia;  
 8ª consulta 16/01/19 (enf): 36 semanas, no aguardo dos exames laboratoriais; não informa realização de testes rápidos;  
 9ª consulta 28/01/19 (enf): 38 semanas, resultados da triagem pré-natal (provavelmente a 1ª) sífilis não reagente; lesão anal avaliada pela médica (sem evolução); não informa realização de testes rápidos.

## **DADOS DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO**

Data de nascimento: 04/02/2019;

Mãe: diagnóstico no momento do parto; teste treponêmico-reagente; teste não treponêmico-reagente 1:32 (17/01/19); tratamento não realizado; parceiro não tratado;

Criança: teste não treponêmico sangue periférico-reagente 1:64 (05/02/19); teste não treponêmico líquido-não reagente; alteração dos ossos longos-não;

Diagnóstico clínico: assintomático; esquema de tratamento Penicilina G cristalina 10 dias;

Diagnóstico final: sífilis congênita recente.

## **USUÁRIA 2**

P2UD, 21 anos, residente na zona urbana do município D. Se autodeclarou parda. Residente no mesmo bairro desde que nasceu. Na época do pré-natal (2018/2019): 17 anos, solteira, estudante, ensino médio incompleto, não era a provedora principal do lar, renda familiar até 1 salário mínimo, sem benefício social, sem plano de saúde.

## **ANTECEDENTES CLÍNICOS**

Gesta 1, Parto 1, Aborto 0. Primeira gestação. Criança nascida morta, idade gestacional 24 semanas.

## **ACESSO E UTILIZAÇÃO DA UBS**

Na época do pré-natal, a microárea em que morava já era coberta por ACS, a usuária a conhecia, não tinha dificuldade de chegar na USF, perto de casa, já utilizava os serviços da USF para atendimento médico, vacinas, palestras.

## **GESTAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

Gestação não planejada. Não usava anticoncepcional, preservativo às vezes, tinha 11 meses de namoro. Nesse período, tinha tomado 1 pílula do dia seguinte ao invés de 2, não sabia que era para tomar as 2. A menstruação atrasou, esperou alguns dias e comprou um teste de farmácia, que deu positivo. No dia seguinte, fez por conta própria um exame beta-HCG, que também deu positivo. Quando descobriu a gestação, foi logo agendar o pré-natal na USF do bairro, mostrou o resultado do exame de gravidez e já conseguiu vaga para a semana seguinte. Começou o pré-natal com 6 semanas. Na primeira consulta, fez testes rápidos de sífilis, HIV e enfermeira pediu vários exames de sangue. Já saía da consulta com a data de retorno agendada pela recepção. Fez 5 ou 6 consultas, tanto com a enfermeira quanto com a médica. Não teve dificuldade para marcar os exames laboratoriais, deixava os pedidos hoje e no dia seguinte já fazia no laboratório público fica anexo à maternidade de referência. Os resultados demoravam cerca de 20 dias para serem liberados, normalmente na consulta seguinte já estava com os resultados. A ultrassonografia que demorou um pouco mais para marcar. O namorado, até uns 3 meses de gravidez, queria que ela abortasse; quando descobriram que era um menino (ele já tinha uma menina), ele ficou feliz e aceitou mais a gestação, porém nunca a acompanhou nas consultas. A avó que criava ela também queria que ela abortasse. Os primeiros exames deram todos normais (não alcançou a fase dos exames do 3º trimestre). Vinha em acompanhamento do pré-natal, estava tudo normal, ela só estava acima do peso, já sentia o bebê mexer. Em um período do pré-natal ela percebeu manchas no corpo, ferida não, no rosto, palma das mãos e planta dos pés, manchas escuras, não coçava, não doía. Mostrou para a médica, que solicitou uma consulta com o dermatologista, mas ela não chegou a fazer a consulta. Um dia, antes da próxima consulta de pré-natal, ela acordou e percebeu que o bebê não estava mexendo. Conversou com a sua prima, que achou que não era normal e aconselhou que ela fosse na maternidade de referência.

## **ATENDIMENTO ESPECIALIZADO NA GESTAÇÃO**

Não houve.

## **PARTO**

Ela aguardou mais um pouco e no dia seguinte ela foi na maternidade de referência, passou o dia todo lá. O médico fez o toque, tentou auscultar os batimentos, mas não conseguiu. Fez ultrassonografia e também não ouviu batimentos. O médico não parou para conversar com ela, apenas disse à outra colega que era mais um óbito, mandou que ela se vestisse (com grosseria) e lhe entregou uma guia para que ela retornasse para outra ultrassonografia no dia seguinte. Ela ficou em choque, saiu desesperada para casa, correndo e chorando. Retornou no dia seguinte para o setor de ultrassonografias, mas era sábado, e não se realizavam exames aos sábados. Ela foi até uma clínica no centro da cidade, pagou uma ultrassonografia, que deu certeza de que o bebê estava morto. Retornou para a maternidade de referência, onde foi internada para curetagem. No hospital, foram solicitados todos os exames que ela tinha feito e o cartão de pré-natal. Lá também fizeram um exame de sangue que mostrou que ela estava com sífilis, mas ela só foi informada do resultado quando foi receber alta. Ficou uns 3 dias internada lá, perguntava o que poderia ter acontecido para causar a morte do bebê, mas ninguém falava nada. Antes da alta, uma funcionária foi até a enfermaria e aplicou 2 injeções de benzetacil nas nádegas, não explicou nada e pediu que ela aguardasse que ela lhe entregaria um papel no momento da alta. A funcionária lhe entregou um papel e disse que ela levasse até o posto de saúde do bairro para continuar o tratamento da sífilis. Ela só sabia que era uma doença, não sabia mais nada. A moça disse que ela tinha perdido o bebê por causa da sífilis e que ela levasse o papel no posto para ficar acompanhando. Para ela foi angustiante. Embora não esperasse a gravidez, já estava acostumada. Acha que a moça que falou com ela era enfermeira, mas não teve oportunidade de perguntar nada. Só lhe entregou uma receita com as doses de injeção que era para tomar. Ela procurou a USF, completou o tratamento de 3 semanas, o medicamento tinha no posto, a equipe mesmo aplicava. Ela voltava todo mês para fazer exames de controle, até que a enfermeira disse que ela estava curada. Ela pagava para fazer os exames porque era barato e não queria esperar a marcação do posto. O companheiro também fez o teste, deu positivo para sífilis, fez tratamento com as injeções, fez alguns exames até a cura.

## **IMPRESSÕES GERAIS**

Perguntada sobre em que o seu atendimento poderia ter sido melhor, ela avaliou que o primeiro momento na maternidade de referência foi péssimo. Que no período da internação foi melhor, foi bom ter tido direito a acompanhante. A dificuldade foi o mau atendimento, mas de demora não. Depois que teve alta, foi que a enfermeira do posto explicou algumas coisas e ela também pesquisou o que era, conseguiu entender mais ou menos. Para ela, foi uma experiência chata, ficou abalada. Que deve ter pego a doença do namorado, que ele deve ter traído ela.

## **DADOS DO PRONTUÁRIO/CARTÃO DA GESTANTE**

DUM: 07/12/2018, DPP: 14/09/2019, 4 consultas de pré-natal, 2 com méd. e 2 com enf;  
 1ª consulta 22/01/19 (enf): 6 semanas, teste rápido de sífilis não reagente, solicitados exames do 1º trimestre, colhida a 1ª triagem pré-natal;  
 2ª consulta 26/02/19 (enf): 11 semanas, resultados de exames de 22/01, não vieram as sorologias;  
 3ª consulta 27/03/19 (méd): 15 semanas, resultados de exames (provavelmente de 22/01) sorologia para sífilis não reagente; solicitou eletroforese de hemoglobina;  
 4ª consulta 08/05/19 (méd): 21 semanas, resultado da ultrassonografia normal, resultado da eletroforese de hemoglobina-encaminhamento ao hematologista.

## **DADOS DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO**

Data de nascimento: 02/06/2019;  
 Mãe: diagnóstico no momento do parto; teste treponêmico-reagente; teste não treponêmico-reagente 1:256 (03/06/19); tratamento não realizado; parceiro não tratado;

Criança: não realizados exames e tratamento;  
Diagnóstico final: natimorto.

### **USUÁRIA 3**

P3RD, 23 anos, residente na zona rural do município D. Se autodeclarou parda. Passou a residir no povoado no período da gestação. Na época do pré-natal (2019): 19 anos, amasiada, do lar, ensino fundamental incompleto, não era a provedora principal do lar, rendimento até 1 salário mínimo, sem benefício social, sem plano de saúde.

### **ANTECEDENTES CLÍNICOS**

Gesta 2, Parto 2, Aborto 0. Gestação anterior concluída com natimorto (cerca de 5 meses), sem realização de pré-natal (não sabia que estava grávida). Criança nascida viva, com cerca de 3.150 kg, não sabe informar a idade gestacional, fez fototerapia.

### **ACESSO E UTILIZAÇÃO DA UBS**

A usuária residia com a mãe, na zona rural de um município de uma região de saúde vizinha. Não utilizava o serviço de saúde local. Não possuía documento de identidade, nem cartão do SUS. Iniciou o relacionamento com o atual companheiro já grávida, passando a residir na área de abrangência da USF do município D no final de 2018. Para ser atendida, foi necessário que regularizasse a sua documentação pessoal.

### **GESTAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

A gestação não foi planejada. Estava solteira e mantinha um relacionamento com um rapaz, que depois descobriu que era casado. Quando suspeitou da gravidez, comprou 2 testes de farmácia por conta própria, com resultados positivos. Procurou o serviço de saúde do município onde morava, mas não foi atendida por falta de documentos. Não deu prosseguimento ao relacionamento. Algum tempo depois, iniciou um novo relacionamento, com quem foi morar na zona rural do município D. Iniciou o pré-natal na USF quando conseguiu obter o RG e o cartão do SUS, já estava com uns 6 meses, só deu tempo fazer poucas consultas. Foi atendida pela médica e pela enfermeira. Na primeira consulta com a enfermeira, foram feitos os testes rápidos, deu positivo para sífilis. Fez tratamento com benzetacil durante 3 semanas na própria USF, conseguiu concluir o tratamento antes de parir. Já ficava marcada a data de retorno para a próxima consulta. Fez vários exames de laboratório, os pedidos ficavam no posto para agendamento. Realizou 2 ultrassonografias por conta própria, antes de iniciar o pré-natal. Quando soube do resultado do exame de sífilis, ficou em choque. Nunca tinha ouvido falar dessa doença, pesquisou no celular para saber. No começo ficou assustada com o tratamento, porque doía muito as injeções, mas ela sabia que precisava cuidar do bebê. A enfermeira lhe informou que tinha tratamento e que seria feito no posto mesmo, mas que não explicou mais nada, ela achou que a enfermeira pensou que ela já tinha algum conhecimento sobre sífilis, mas ela só foi saber depois que pesquisou junto com as filhas do atual companheiro.

### **ATENDIMENTO ESPECIALIZADO NA GESTAÇÃO**

Não houve.

### **PARTO**

A bolsa estourou de madrugada e eles foram para a maternidade de referência, de carro próprio. Chegando lá, foi solicitado todos os exames e o cartão do pré-natal. Foram feitos exames no bebê, as funcionárias falaram que ele também teria que fazer um tratamento por causa da sífilis que foi passada para ele. Ele ficou quase 15 dias internado. No hospital, somente o bebê foi tratado, ela não precisou, pois mostrou aos profissionais a receita do tratamento que ela tinha feito no posto. O bebê ficou com ela na enfermaria o tempo todo, ele precisou tomar banho de luz. Ela teve alta e ficou de acompanhante dele.

## **IMPRESSÕES GERAIS**

Gostou muito do atendimento do hospital. Para ela, o bom dele ficar internado foi que cuidou, tomou os remédios, mas ela ficava preocupada de vê-lo sendo furado. Sobre essa experiência que viveu, ela só quer fazer os tratamentos, ficar boa e cuidar dos filhos. E o que mais quer é fazer um exame para saber se foi curada. Na gravidez que teve depois dessa, ela procurou o posto mais cedo para fazer o pré-natal.

## **DADOS DO PRONTUÁRIO/CARTÃO DA GESTANTE**

DUM (pela USG): 04/07/2018, DPP (pela USG): 09/04/2019, 2 consultas de pré-natal, 1 com méd. e 1 com enf;

1ª consulta 06/02/19 (méd): 31 semanas (pela USG), solicitados ultrassonografia, exames laboratoriais, triagem pré-natal, CTA (testes rápidos?).

Retorno agendado para 26/02/19: não compareceu;

2ª consulta 07/03/19 (enf): 35 semanas, informou início tardio do pré-natal pois morava em outro município, no assentamento, não tinha acesso fácil a exames. Mudou-se para o município D no Natal de 2018 e foi fazer os documentos. Não fez nenhum exame sorológico, ofertados testes rápidos; sífilis reagente. Iniciou tratamento imediato com 2.400.000 UI, por 3 semanas. Convocou o parceiro. Data das aplicações da medicação: 07/03/19, 14/03/19 e 21/03/19 (pariu em 25/03/19 com 38 semanas).

## **DADOS DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO**

Data de nascimento: 25/03/2019;

Mãe: diagnóstico no pré-natal; tratamento considerado inadequado (iniciado com menos de 30 dias antes do parto); teste treponêmico-reagente; teste não treponêmico-reagente 1:16 (25/03/19); parceiro não tratado;

Criança: teste não treponêmico sangue periférico-reagente 1:4 (26/03/19); teste não treponêmico líquido-não reagente; alteração dos ossos longos-não;

Diagnóstico clínico: assintomático; esquema de tratamento Penicilina G cristalina 10 dias;

Diagnóstico final: sífilis congênita recente.

## **USUÁRIA 4**

P4UB, 32 anos, residente na zona urbana do município B. Se autodeclarou parda. Residente no mesmo bairro há quase 5 anos. Na época do pré-natal (2018/2019): 27 anos, amasiada, coletadora de café (sazonal), ensino fundamental incompleto, provedora principal do lar, renda familiar até 1 salário mínimo, benefício social Bolsa Família (4 filhos), sem plano de saúde.

## **ANTECEDENTES CLÍNICOS**

Gesta 7, Parto 5, Aborto 2. Gravidezes anteriores normais, sempre fez pré-natal. 02 abortos com cerca de 2 meses de gestação. Os outros 4 filhos não nasceram com nenhuma doença. Criança nascida viva, 39 semanas, cerca de 3.300 kg, fez fototerapia.

## **ACESSO E UTILIZAÇÃO DA UBS**

Na época do pré-natal, a microárea em que morava já era coberta por ACS, a usuária a conhecia, não tinha dificuldade de chegar na UBS (era EACS), perto de casa, já utilizava os serviços de atendimento médico, planejamento reprodutivo, palestras. Gostava do atendimento, da enfermeira.

## **GESTAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

A gravidez não foi desejada. Ela tomava o anticoncepcional Ciclo 21, mas costumava beber e acredita que a bebida corta o efeito. Ela não queria mais ter filhos, foi uma surpresa para ela saber que estava grávida. Sentiu muita dor na barriga, tontura, ficou em cima da cama, achou que iria morrer. Resolveu fazer um exame de gravidez no laboratório, por conta própria, no

mesmo dia saiu o resultado positivo. Já estava com uns 3 meses de gravidez. Procurou o posto no dia seguinte para agendar o pré-natal. Não teve dificuldade, marcou para logo. Fez todo o pré-natal na mesma UBS. A 1ª consulta foi com a enfermeira. Fora feitos os testes rápidos, deu positivo para sífilis. A enfermeira não passou o tratamento após o teste rápido, informou que aguardaria o resultado do exame laboratorial. Foram solicitados vários exames, ela marcou e fez todos pelo SUS, só pagou pela urocultura e pela ultrassonografia. Os resultados dos exames que foram feitos no laboratório do município saíram logo, na consulta seguinte (cerca de 4 meses), já levou para mostrar no pré-natal. Mas os exames que eram coletados no município B e que eram enviados para análise no município D demorava de 1 a 2 meses para receber o resultado. Quando recebeu esses resultados, já estava de 5 para 6 meses de gestação. Todos os exames deram normais, só o de sífilis que deu positivo. A enfermeira avaliou os exames e no mesmo dia deu a receita para fazer o tratamento com benzetacil durante 3 semanas. Foi encaminhada para administração do medicamento no hospital municipal. Tomava 2 injeções por semana, toda quarta-feira, quem aplicava anotava na receita para ela mostrar à enfermeira. Já saía da consulta de pré-natal com o retorno agendado, acredita que tenha feito umas 9 consultas de pré-natal, umas 3 com o médico. Ela estava com esse companheiro há 1 ano, só estava com ele de parceiro. Ele foi chamado no posto, compareceu, fez os testes rápidos, deu positivo para sífilis. A enfermeira passou para ele tomar benzetacil também e pediu exames de sangue. No mesmo dia passou injeção para ele, não esperou receber o resultado do exame de sangue. Mas ele não queria ir tomar a injeção, ela ameaçou não ficar mais com ele caso ele não tomasse. Ele foi ao hospital e tomou 2 injeções, porém nas outras semanas não foi mais. Ninguém do posto, nem a ACS, falou mais nada com ele. A enfermeira perguntou sobre o tratamento dele, mas ela disse que era rapaz novo, 23 anos, não queria nada com a vida. A enfermeira tinha explicado para ele que se ele não tratasse poderia passar novamente para ela, mas ele não deu importância. A partir daí, ela passou a exigir o uso do preservativo nas relações sexuais; pegavam preservativo no posto ou compravam. Com 6 meses, quando recebeu os resultados das sorologias, a enfermeira já solicitou novos exames, que só ficaram prontos com 8 meses de gestação. Com 8 meses, pediu novamente exames de laboratório, mas esses não deu tempo chegar os resultados antes de parir. No final da gravidez não fez mais testes rápidos, só no início. O resultado que chegou com 8 meses, a enfermeira falou que estava baixo, mas que ela teria que fazer mais um tratamento, e passou mais 6 injeções. Deu tempo tomar todas antes de parir. Fez novos exames, mas não deu tempo receber o resultado. Com 6 meses, quando confirmou que estava com sífilis, ela desabou, a partir daí começou a passar mal, a ter crise de ansiedade, mesmo a enfermeira explicando, ela tinha medo da criança nascer morta ou com algum problema. A enfermeira explicou, conseguiu tirar as dúvidas que tinha, mas mesmo assim ficava insegura. Às vezes mandava mensagem para a enfermeira com dúvidas. Ela já tinha assistido palestras sobre IST no SAE/CTA do município D nas outras gestações, quando alguns exames eram feitos lá. Ela também sempre procurava fazer testes de HIV, desde nova, quando começou a vida sexual (12 anos) se preocupava em fazer exames.

#### **ATENDIMENTO ESPECIALIZADO NA GESTAÇÃO**

Não houve.

#### **PARTO**

Começou a sentir muitas dores e foi para o hospital municipal. Tinha medo de estar com a pressão alta. Foi avaliada pelo médico e já ficou internada. Eles pediram a pasta com todos os exames e o cartão do pré-natal. Foram realizados testes rápidos nela e o de sífilis deu positivo. Também foi feito exame de sangue, o resultado deu pouco, mas ainda estava. A equipe ficou com receio da criança ter alguma coisa e foi solicitada transferência para a maternidade de referência no município D, a vaga saiu no 3º dia. Na maternidade, foram feitos vários exames na criança, da coluna tirou um líquido, não deu nada; o exame de sífilis deu pouco, mas disseram

que precisava fazer tratamento dele. Ficou internado por 10 dias, ela ficou de acompanhante; também foi feito banho de luz. O último resultado do exame que ela tinha feito na gestação, ela pegou no laboratório público que fica anexo à maternidade de referência e mostrou ao médico, que disse que ela não precisava mais tratar, só a criança. Quando recebeu a notícia de que o bebê ficaria internado 10 dias o mundo dela acabou, ela chorava dia e noite. Os outros filhos ficaram com a mãe dela no município B. Acredita que a sua ansiedade piorou por causa disso; 2 psicólogas da maternidade vieram conversar com ela. Quando retornaram para casa, ela ainda teve várias crises de ansiedade, passou por atendimento médico com psiquiatra e endocrinologista. Foi receitado fluoxetina e ela melhorou, fazendo uso até hoje; é acompanhada pelo médico do posto. A maternidade lhe entregou um papel para ela levar a criança no SAE/CTA, mas a mãe dela que levou, ela não teve coragem, foi atendido lá uma vez só.

### **IMPRESSÕES GERAIS**

Ela gostou do atendimento no hospital do município B, mas recebeu reclamação dos profissionais da maternidade de referência sobre o que o hospital deveria ter feito com a criança. Gostou muito do atendimento da maternidade de referência. Ela não deseja essa experiência para ninguém, nunca achou que iria passar por isso na vida.

### **DADOS DO PRONTUÁRIO/CARTÃO DA GESTANTE**

O prontuário não foi localizado na UBS. A usuária não dispunha mais dos exames e do cartão de pré-natal.

### **DADOS DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO**

Data de nascimento: 10/02/2019;

Mãe: diagnóstico no pré-natal; tratamento considerado inadequado (início do tratamento 05/09/18?); teste treponêmico-reagente; teste não treponêmico-reagente 1:64 (13/02/19); parceiro não tratado;

Criança: teste não treponêmico sangue periférico-reagente 1:128 (11/02/19); teste não treponêmico líquido-não reagente; alteração dos ossos longos-não;

Diagnóstico clínico: assintomático; esquema de tratamento Penicilina G cristalina 10 dias;

Diagnóstico final: sífilis congênita recente.

### **USUÁRIA 5**

P5UB, 32 anos, residente na zona urbana do município B. Se autodeclarou preta. Residente no mesmo bairro há 15 anos. Na época do pré-natal (2018/2019): 28 anos, amasiada, empregada doméstica, ensino fundamental incompleto, não era a provedora principal do lar, renda familiar até 1 salário mínimo, benefício social Bolsa Família (6 filhos), sem plano de saúde.

### **ANTECEDENTES CLÍNICOS**

Gesta 7, Parto 7, Aborto 0. Descobriu sífilis no parto da gestação 6, a criança ficou internada para tratamento. Criança em investigação nascida viva, com cerca de 3.900 kg, cerca de 40 semanas.

### **ACESSO E UTILIZAÇÃO DA UBS**

Na época do pré-natal, a microárea em que morava já era coberta por ACS, a usuária a conhecia, era visitada. A casa dela fica na saída para a zona rural, é um pouco distante do posto, mas dá para ir. Dificuldade só quando estava trabalhando. Na época do pré-natal já tinha 6 filhos. Já utilizava os serviços de atendimento médico, planejamento reprodutivo, palestras.

### **GESTAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

A gravidez não foi planejada. A menstruação faltou, ela pegou o pedido de beta-HCG com a enfermeira, mas preferiu pagar o exame para saber logo o resultado; fez em um dia e pegou o

resultado no outro. Começou o pré-natal logo que confirmou a gravidez. Não sabe com quantas semanas estava, já sentia o “pé da barriga” estremecer, mas não conseguiu ouvir o coração na primeira consulta, só com 5 meses. A primeira consulta foi com a enfermeira, só passou 1 vez com o médico. Fez o pré-natal todos os meses, até por causa da sífilis, tinha que correr atrás. Foram feitos testes rápidos, só deu sífilis. A enfermeira solicitou exames de laboratório, fez no município mesmo. Alguns exames eram mais complicados de marcar pelo SUS, às vezes chegava na outra consulta sem os resultados. Pagou para fazer a ultrassonografia e 2 exames de sífilis no começo e no final da gravidez, para saber como estava. O exames do final da gravidez, conseguiu receber e mostrar no posto antes de parir, deu alteração de sífilis novamente. Na gestação anterior, ela descobriu que tinha sífilis já no parto, na maternidade de referência do município D, para ela foi triste porque teve que fazer muitos exames. Nunca tinha ouvido falar de sífilis antes, o médico da maternidade explicou que tinha que tratar ela e a criança, que era sexualmente transmissível e que ela tinha que se cuidar, usar preservativo. Depois ela acabou se separou desse companheiro. Nessa gravidez, já com outro companheiro, a enfermeira alertou para ela correr atrás para fazer os exames e ajudou ela a fazer o tratamento antes de ganhar a criança. O posto de saúde que passou o tratamento, mas ela ia tomar as injeções no hospital municipal, toda semana, por 2 semanas (?). Fez o tratamento completo do jeito que a enfermeira passou, chegava com a receita no hospital, tomava as injeções e já avisavam a data que ela tinha que voltar. O parceiro foi convocado, mas não quis ir ao posto; a enfermeira mandou o pedido de exame por ela e ele foi fazer no laboratório particular, e o dele deu zero. Ela levou o resultado para a enfermeira ver e não foi passado nenhum tratamento para ele. O casal foi orientado a usar preservativo em todas as relações sexuais, ele aceitou usar, ela pegava sempre no posto. O companheiro ficou cismado, perguntando de onde ela tinha pegado, se ela tinha traído ele, ela explicou que já tinha pegado antes. Eles chegaram a se desentender, pois ele dizia que ela não tinha falado nada para ele tomar mais prevenção. Mas ela achou que já tinha feito o tratamento e que já tinha curado. Quando o exame dele deu negativo foi bom, ele ficou mais tranquilo.

### **ATENDIMENTO ESPECIALIZADO NA GESTAÇÃO**

Não houve.

### **PARTO**

A bolsa estourou, ela foi parir no hospital municipal, já tinha completado os 9 meses. No hospital não foram feitos testes rápidos nela. Depois do parto, fizeram exames de sangue nela e no bebê e deu sífilis. Foi solicitada a transferência da criança para a maternidade de referência do município D, porque no hospital não tinha tratamento para o bebê, a transferência aconteceu no dia seguinte. Na maternidade, ela levou todos os exames e o cartão. Foram feitos novos exames nela e no bebê, e disseram que ia ter que fazer o tratamento nele. Furou as costas dele, fez raio-x, exames de sangue. O médico da maternidade que deu o resultado e explicou. Foi triste saber que tinha que seu filho tinha que ficar internado, mais uma vez sem a família por perto, tinha que ficar para tratar a criança porque os medicamentos são caros. Ela fez tratamento também, tomou injeção no bumbum e o neném na veia. A preocupação de ficar lá era sobre o trabalho, ela teve que sair do trabalho. Os filhos tinham ido ficar com o pai, ela ligava para saber como estavam, ela ficava sem saber o que fazia, porque ela também não podia sair do hospital. Nesse período, sua casa ficou fechada, mas alguém arrombou a porta e roubou o botijão de gás. Passaram para ela levar o menino no SAE/CTA para acompanhamento, mas nunca deu certo ela ir, não fez mais nenhum exame.

### **IMPRESSÕES GERAIS**

O atendimento no hospital municipal foi bom e na maternidade de referência foi ótimo, sem comparação, fez todos os tipos de exames, não precisou pagar nada. Ficou lá por 14 dias. Foi uma experiência para ela ficar mais madura, botar a cabeça no lugar. Ela nunca esqueceu que

os outros filhos ficaram chorando, e o filho internado toda hora vinha furar, perdia a veia. Nunca tira da cabeça.

### **DADOS DO PRONTUÁRIO/CARTÃO DA GESTANTE**

O prontuário não foi localizado na UBS. A usuária não dispunha mais dos exames e do cartão de pré-natal.

### **DADOS DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO**

Data de nascimento: 05/04/2019;

Mãe: diagnóstico no pré-natal; tratamento considerado inadequado (início do tratamento 28/03/19?); teste treponêmico-reagente; teste não treponêmico-reagente 1:4 (05/04/19); parceiro não tratado;

Criança: teste não treponêmico sangue periférico-reagente 1:2 (07/04/19); teste não treponêmico líquido-não reagente; alteração dos ossos longos-não;

Diagnóstico clínico: assintomático; esquema de tratamento Penicilina G cristalina 10 dias;

Diagnóstico final: sífilis congênita recente.

### **USUÁRIA 6**

P6RA, 41 anos, residente na zona rural do município A. Se autodeclarou parda. Residente no mesmo povoado há 10 anos. Na época do pré-natal (2018-2019): 37 anos, casada, recepcionista, ensino médio completo, não era a provedora principal do lar, renda familiar até 2 salários mínimos, benefício social Bolsa Família, sem plano de saúde.

### **ANTECEDENTES CLÍNICOS**

Gesta 5, Parto 4, Aborto 1. Sendo 3 filhos vivos, 1 aborto com 2 meses (gravidez ectópica) e 1 prematuro com 7 meses que veio a óbito no mesmo dia. Os 2 primeiros filhos sem sífilis que ela saiba. Criança nascida viva, com 38 semanas, cerca de 3.350 kg.

### **ACESSO E UTILIZAÇÃO DA UBS**

Na época do pré-natal, a microárea em que morava já era coberta por ACS, a usuária a conhecia, era visitada. A casa dela fica numa zona rural relativamente próxima da cidade, estrada de chão, mas não tinha dificuldade de chegar. Trabalhava como recepcionista de unidade de saúde. Pegava carona no ônibus escolar e retornava com o esposo de moto ou de carona com colegas da saúde. Já utilizava os serviços da USF, pré-natal e planejamento reprodutivo, tomava injeção trimestral. Nunca participava das atividades educativas porque os horários não batiam, era muito corrido.

### **GESTAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

A usuária já fazia acompanhamento ginecológico com médico particular no município D. Há muitos anos usava método contraceptivo, mas sentia que estava inchada, conversou com o médico que iria suspender o contraceptivo porque não estava se sentindo bem; ele orientou que ela usasse o preservativo. Ela achou que, porque só tinha uma trompa, que seria difícil engravidar; o esposo queria ver se vinha uma menina, pois eles só tinham meninos. Demorou um tempo, mas acabou engravidando. A gravidez não foi planejada, mas foi bem aceita pelo casal. Um dia se sentiu mal e achou melhor fazer um teste de gravidez; comprou um teste de farmácia que deu positivo. No dia seguinte, conversou com a enfermeira do posto, que pediu um beta-HCG e confirmou a gravidez. Assim que recebeu o resultado, já iniciou o pré-natal na USF. A maioria das consultas foi feita com o médico, fez somente 2 com a enfermeira. A primeira consulta foi com a enfermeira, foram feitos os testes rápidos, deram todos normais. Como ela já tinha tido problemas em gestações anteriores, preferiu fazer o pré-natal na USF e concomitantemente com o ginecologista/obstetra que já acompanhava particular no município D. Fazia 2 consultas de pré-natal por mês, uma na USF e outra no consultório do obstetra

particular. Sobre os atendimentos na USF, não teve nenhuma dificuldade, como ela era recepcionista, já deixava todas as consultas marcadas. Também não teve dificuldades na realização dos exames, fez todos no 1º, 2º e 3º trimestres, recebeu todos os resultados antes do parto. Os exames de laboratório e ultrassonografias fez no próprio município. As sorologias foram coletadas no laboratório público que fica anexo à maternidade de referência do município D. Nos resultados, nenhum profissional informou a ela que deu alteração. Com 6 meses de gestação, ela começou a apresentar sangramentos, e foi afastada diversas vezes do serviço. Com 8 meses o sangramento começou a ficar direto e o obstetra informou que iria fazer o parto com 38 semanas. Ela procurou outra obstetra, caso o seu médico não pudesse fazer o parto, estava com 38 para 39 semanas de gestação, levou todos os exames e ela informou que era melhor fazer o parto normal (cesáreo?) para não correr o risco do bebê pegar uma infecção, mas não falou que havia alteração em nenhum exame. Houve um período, ela já tinha tido o 2º filho, que ela fez alguns exames e o médico disse tinha dado um probleminha no sangue (sífilis), mas que iria passar o tratamento; tomou umas 8 benzetacil, era aplicado de 6 em 6 dias; depois disso não pediu para repetir nenhum exame. Foi muito antes dessa última gravidez, ela nem pensava em ter outro filho nessa época.

### **ATENDIMENTO ESPECIALIZADO NA GESTAÇÃO**

Não houve (SUS).

### **PARTO**

O parto foi agendado, foi pago particular. Ela levou todos os exames e o cartão de pré-natal. Não foram feitos testes rápidos quando deu entrada no hospital. Após o parto, foram feitos exames no bebê. Nessa gravidez ela só soube da sífilis no hospital, depois que pariu, foi informada que o bebê precisaria continuar internado para tratar de uma infecção, ela perguntou e foi dito que era sífilis, que tinha dado pouco, mas precisava tratar. A pediatra veio conversar com ela. Ela já tinha algum conhecimento sobre a doença, pela explicação dada pelo médico na época em que fez o tratamento com benzetacil. As dúvidas que ela tinha, perguntava quando estava sozinha, porque tinha vergonha do que as pessoas iriam pensar. Quando perguntavam porque ela ainda estava no hospital, ela dizia apenas que o bebê estava tratando de uma infecção. Não foi passado nenhum tratamento para ela, só para o bebê, não foram solicitados novos exames, nem encaminhados para o SAE/CTA. Quando soube que o bebê precisaria ficar internado, foi um choque, achou que ele tinha algum problema grave e que a equipe não queria falar. Com o passar dos dias, ela foi acalmando, vendo outras mães com filhos com o mesmo problema. Não esperava que isso acontecesse, achou que iria parir e logo retornar para casa. Ela teve alta com 2 dias. O bebê ficava com ela na enfermaria e vinham fazer a medicação nele. O processo do tratamento a deixou apreensiva, uma vez perdeu o acesso venoso. Fez os primeiros exames de sangue e raio-x no bebê, mas depois não fez mais.

### **IMPRESSÕES GERAIS**

A experiência do bebê ficar internado foi muito triste, não esperava acontecer. O outro filho que mora com ela já era rapaz, mas ela ficava preocupada de estar tantos dias fora, no hospital, e ele lá no município. Essa experiência a marcou muito, até hoje tem vergonha de falar que teve esse problema. Se soubesse que estava com esse problema na gravidez, teria corrido atrás. Mas não foi indicada; a obstetra comentou algo sobre infecção, mas não falou a causa. Se fosse hoje, faria diferente, porque tem mais entendimento sobre o problema.

### **DADOS DO CARTÃO DA GESTANTE/RESULTADOS DE EXAMES**

7 consultas de pré-natal, 5 com méd. e 2 com enf;

1ª consulta 06/11/18 (enf): 6 semanas, testes rápidos não reagentes, solicitados ultrassonografia, exames laboratoriais, coletada triagem pré-natal;

2ª consulta 05/12/18 (méd USF): 10 semanas, aguarda exames do 1º trimestre;

3ª consulta 16/01/19 (enf): 16 semanas, avaliados exames laboratoriais e ultrassonografia, sem alterações( não informa quais, provavelmente os datados de 23/11/18, ABO, glicemia, hemograma, urina);

4ª consulta 06/02/19 (méd USF): 19 semanas, solicitou exames do 2º trimestre;

5ª consulta 27/03/19 (méd USF): 26 semanas, avaliou exames laboratoriais de 26/11/18 impressos em 24/01/19, VDRL 1:4 (laboratório público). Paciente informou infecção pré-gestacional tratada com 3 doses de penicilina, sem tratamento do parceiro. Solicitou novo VDRL (não há registro do resultado ou tratamento pela USF). Consulta com o obstetra em 06/04/19 (28 semanas) resultado de VDRL de 29/03/19 emitido em 01/04/19 titulação 1:4 (laboratório particular);

6ª consulta 08/05/19 (méd USF): 32 semanas, solicitou exames do 3º trimestre; não há registro de ter sido realizada a 2º rodada de testes rápidos, nem de avaliação do 2º VDRL ou tratamento.

7ª consulta 29/05/19 (méd USF): 35 semanas, solicitou exames. Usuária passa a próxima consulta com o obstetra em 15/06/19 (38 semanas), mas VDRL de 06/06/19 (laboratório particular) emitido em 10/06/19 veio negativo; não há registro de avaliação de novos exames no cartão da gestante.

#### **DADOS DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO**

Data de nascimento: 18/06/2019;

Mãe: diagnóstico no pré-natal; tratamento considerado inadequado (início do tratamento em 18/05/19?); teste treponêmico-reagente; teste não treponêmico-reagente 1:4 (19/06/19); parceiro não tratado;

Criança: teste não treponêmico sangue periférico-reagente 1:1 (18/06/19); teste não treponêmico líquido-não realizado; alteração dos ossos longos-não;

Diagnóstico clínico: assintomático; esquema de tratamento Penicilina G cristalina 10 dias;

Diagnóstico final: sífilis congênita recente.

**APÊNDICE G:****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PROFISSIONAL****Modelo padronizado CEP UESB****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

CARO(A) SENHOR(A),

Este documento é um CONVITE ao(à) Senhor(a) (ou à pessoa pela qual o(a) Sr.(a) é responsável) para participar da pesquisa abaixo descrita. Por favor, leia atentamente todas as informações abaixo e, se você estiver de acordo, rubrique as primeiras páginas e assine a última, na linha “Assinatura do participante”.

**1. QUEM SÃO AS PESSOAS RESPONSÁVEIS POR ESTA PESQUISA?**

1.1. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA

1.2. ORIENTADOR/ORIENTANDO: ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA E MÁRCIO PEREIRA LÔBO

**2. QUAL O NOME DESTA PESQUISA, POR QUE E PARA QUE ELA ESTÁ SENDO FEITA?****2.1. TÍTULO DA PESQUISA**

DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS.

**2.2. POR QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Justificativa):**

A sífilis é uma doença infecciosa, com transmissão sexual ou vertical, capaz de atravessar a placenta e infectar o feto, causando a sífilis congênita. A sífilis congênita constitui um tradicional evento-sentinel, já que pode ser evitada mediante o adequado funcionamento dos serviços de saúde, especialmente da Atenção Primária à Saúde. É uma doença de grande relevância epidemiológica no país e necessita da mobilização de gestores, profissionais de saúde e usuários para a sua eliminação. Considerando a alta cobertura da Atenção Primária à Saúde verificada na maioria dos municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista, seria esperado, dentre outros resultados, um melhor controle da transmissão vertical da sífilis. Entretanto, 29 novos casos de sífilis congênita foram notificados no SINAN no ano 2019, em 10 dos 19 municípios da Região de Saúde. Assim, evidencia-se a necessidade de aprofundar a análise sobre a organização e gestão do cuidado pré-natal no âmbito da Atenção Primária à Saúde nessa região, com vistas à redução da transmissão vertical da sífilis aos índices preconizados pela Organização Panamericana de Saúde.

**2.3. PARA QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Objetivos):**

Compreender os desafios da Atenção Primária à Saúde, no âmbito da gestão, da organização dos serviços e das práticas, para a redução da transmissão vertical da sífilis na Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia.

**3. O QUE VOCÊ (OU O INDIVÍDUO SOB SUA RESPONSABILIDADE) TERÁ QUE FAZER? ONDE E QUANDO ISSO ACONTECERÁ? QUANTO TEMPO LEVARÁ? (Procedimentos Metodológicos)****3.1 O QUE SERÁ FEITO:**

Você responderá a uma roteiro de entrevista semiestruturada sobre a estrutura, organização e acesso às ações de pré-natal na equipe de APS em que você trabalha.

**3.2 ONDE E QUANDO FAREMOS ISSO:**

A ser realizada presencialmente, em local, dia e horário que for melhor para você. A entrevista será gravada (gravador de áudio) somente para fins de transcrição posterior.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié  
(73) 3528-9727 | cep@uesb.edu.br

Rubricas:

Seja consciente: ao imprimir este documento, se necessário, use a frente e o verso do papel. :)

Página 1

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)-PROFISSIONAL**

**Modelo padronizado CEP UESB (cont.)**

**3.3 QUANTO TEMPO DURARÁ CADA SESSÃO:**

Cerca de 1 hora.

**4. HÁ ALGUM RISCO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA?**

Segundo as normas que tratam da ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, sempre há riscos em participar de pesquisas científicas. No caso desta pesquisa, classificamos o risco como sendo

MÍNIMO       MODERADO       ALTO

**4.1 NA VERDADE, O QUE PODE ACONTECER É: (detalhamento dos riscos)**

Cansaço em responder perguntas; quebra de sigilo dos dados (involuntária e não intencional).

**4.2 MAS PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA, FAREMOS O SEGUINTE: (meios de evitar/minimizar os riscos):**

Os dados da pesquisa somente serão acessados pelos membros da equipe de pesquisa, arquivados em computador próprio, com finalidade estritamente acadêmica. Ademais, será garantido ao participante o direito de não responder a qualquer questão ou retirar sua participação a qualquer momento, sem a necessidade de explicação ou justificativa para tal.

**5. O QUE É QUE ESTA PESQUISA TRARÁ DE BOM? (Benefícios da pesquisa)**

**5.1 BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa):**

Nenhum benefício direto aos participantes, entretanto, durante toda a pesquisa serão resguardadas as condições para que a mesma seja bem suportada por todos, nas suas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.

**5.2 BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...):**

Poderá contribuir com os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, dada a elevada possibilidade de gerar conhecimento para a qualificação do cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde, frente a uma doença para qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos relativamente simples e custo-efetivos.

**6. MAIS ALGUMAS COISAS QUE O(A) SENHOR(A) PODE QUERER SABER (Direitos dos participantes):**

**6.1. Recebe-se dinheiro ou é necessário pagar para participar da pesquisa?**

R: *Nenhum dos dois.* A participação na pesquisa é voluntária.

**6.2. Mas e se acabarmos gastando dinheiro só para participar da pesquisa?**

R: *O pesquisador responsável precisará ressarcir estes custos.*

**6.3. E se ocorrer algum problema durante ou depois da participação?**

R: *Voce pode solicitar assistência imediata e integral e ainda indenização ao pesquisador e à universidade.*

**6.4. É obrigatório fazer tudo o que o pesquisador mandar? (Responder questionário, participar de entrevista, dinâmica, exame...)**

R: *Não. Só se precisa participar daquilo em que se sentir confortável a fazer.*

**6.5. Dá pra desistir de participar no meio da pesquisa?**

R: *Sim. Em qualquer momento. É só avisar ao pesquisador.*

**6.6. Há algum problema ou prejuízo em desistir?**

R: *Nenhum.*

**6.7. Os participantes não ficam expostos publicamente?**

R: *Não. A privacidade é garantida. Os dados podem ser publicados ou apresentados em eventos, mas o nome e a imagem dos voluntários são sigilosos e, portanto, só serão conhecidos pelos*

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)-PROFISSIONAL**

**Modelo padronizado CEP UESB (cont.)**

*pesquisadores.*

**6.8. Depois de apresentados ou publicados, o que acontecerá com os dados e com os materiais coletados?**

*R: Serão arquivadas por 5 anos com o pesquisador e depois destruídos.*

**6.9. Qual a “lei” que fala sobre os direitos do participante de uma pesquisa?**

*R.: São, principalmente, duas normas do Conselho Nacional de Saúde: a Resolução CNS 466/2012 e a 510/2016. Ambas podem ser encontradas facilmente na internet.*

**6.10. E se eu precisar tirar dúvidas ou falar com alguém sobre algo acerca da pesquisa?**

*R: Entre em contato com o(a) pesquisador(a) responsável ou com o Comitê de ética. Os meios de contato estão listados no ponto 7 deste documento.*

**7. CONTATOS IMPORTANTES:**

**Pesquisador(a) Responsável: JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA**

Endereço: Núcleo Regional de Saúde Sudoeste - Rua João Pereira, s/n, Bairro São Vicente, Vitória da Conquista-BA.

Fone: (77) 98822-5890/ E-mail: [jmilleamorim@gmail.com](mailto:jmilleamorim@gmail.com)

**Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB)**

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP), Jequiezinho, Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9727 / E-mail: [cepjq@uesb.edu.br](mailto:cepjq@uesb.edu.br)

Horário de funcionamento: Segunda à sexta-feira, das 08:00 às 18:00

**8. CLÁUSULA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Concordância do participante ou do seu responsável)**

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e concordo

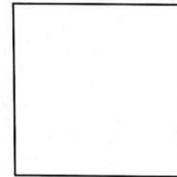
em participar do presente estudo;

com a participação da pessoa pela qual sou responsável.

Ademais, confirmo ter recebido uma via deste termo de consentimento e asseguro que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Vitória da Conquista-Bahia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante (ou da pessoa por ele responsável)



Impressão Digital  
(Se for o caso)

**9. CLÁUSULA DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Declaro estar ciente de todos os deveres que me competem e de todos os direitos assegurados aos participantes e seus responsáveis, previstos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, bem como na Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Asseguro ter feito todos os esclarecimentos

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié  
(73) 3528-9727 | [cepjq@uesb.edu.br](mailto:cepjq@uesb.edu.br)

Rubricas:

Seja consciente: ao imprimir este documento, se necessário, use a frente e o verso do papel. :)

Página 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)-PROFISSIONAL

## Modelo padronizado CEP UESB (cont.)

pertinentes aos voluntários de forma prévia à sua participação e ratifico que o início da coleta de dados dar-se-á apenas após prestadas as assinaturas no presente documento e aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, competente.

Vitória da Conquista-Bahia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) pesquisador*

Seja consciente: ao imprimir este documento, se necessário, use a frente e o verso do papel. :)

Página 4

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié  
(73) 3528-9727 | cepjq@uesb.edu.br

Rubricas:

**APÊNDICE H:****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - USUÁRIA****Modelo padronizado CEP UESB****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

CARO(A) SENHOR(A),

Este documento é um CONVITE ao(à) Senhor(a) (ou à pessoa pela qual o(a) Sr.(a) é responsável) para participar da pesquisa abaixo descrita. Por favor, leia atentamente todas as informações abaixo e, se você estiver de acordo, rubriche as primeiras páginas e assine a última, na linha “Assinatura do participante”.

**1. QUEM SÃO AS PESSOAS RESPONSÁVEIS POR ESTA PESQUISA?**

1.1. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA

1.2. ORIENTADOR/ORIENTANDO: ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA E MÁRCIO PEREIRA LÔBO

**2. QUAL O NOME DESTA PESQUISA, POR QUE E PARA QUE ELA ESTÁ SENDO FEITA?****2.1. TÍTULO DA PESQUISA**

DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS.

**2.2. POR QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Justificativa):**

A sífilis é uma doença infecciosa transmitida pela relação sexual ou de mãe para filho (transmissão vertical), capaz de atravessar a placenta e infectar o feto, causando a sífilis congênita. A sífilis congênita é considerada um evento-sentinela, já que pode ser evitada pelo adequado funcionamento dos serviços de saúde, especialmente o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde (postos de saúde/unidades básicas de saúde). É uma doença de grande importância no Brasil e necessita da ação de gestores, profissionais de saúde e usuários para que seja eliminada. Considerando que a maioria dos municípios da Região de Vitória da Conquista tem uma alta cobertura da Atenção Primária à Saúde, seria esperado, dentre outros resultados, um melhor controle da transmissão da sífilis de mãe para filho. Ainda assim, 29 novos casos de sífilis congênita foram notificados no Sistema de Informação no ano 2019, em 10 dos 19 municípios da Região. Assim, percebe-se a necessidade de aprofundar a análise sobre a organização e realização do pré-natal na Atenção Primária à Saúde nessa região, visando reduzir a transmissão da sífilis de mãe para filho aos índices preconizados pela Organização Panamericana de Saúde.

**2.3. PARA QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Objetivos):**

Compreender os desafios da Atenção Primária à Saúde, no âmbito da gestão, da organização dos serviços e das práticas, para a redução da transmissão vertical da sífilis na Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia.

**3. O QUE VOCÊ (OU O INDIVÍDUO SOB SUA RESPONSABILIDADE) TERÁ QUE FAZER? ONDE E QUANDO ISSO ACONTECERÁ? QUANTO TEMPO LEVARÁ? (Procedimentos Metodológicos)****3.1 O QUE SERÁ FEITO:**

Você responderá a uma entrevista com perguntas sobre como ocorreu toda a sua gestação e o seu processo de pré-natal. Solicitarei o seu cartão de pré-natal, resultados de exames e relatórios da época, por isso a entrevista será presencial. A nossa conversa será gravada (gravador de áudio somente para fins de transcrição posterior) e não haverá filmagem.

**3.2 ONDE E QUANDO FAREMOS ISSO:**

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié  
(75) 3528-9727 | cepjq@uesb.edu.br

Rubricas:

Seja consciente: ao imprimir este documento, se necessário, use a frente e o verso do papel. :)

Página 1

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - USUÁRIA**

**Modelo padronizado CEP UESB (cont.)**

No dia, horário e local que for melhor para você, em sua casa ou na Unidade Básica de Saúde do seu bairro/localidade.

**3.3 QUANTO TEMPO DURARÁ CADA SESSÃO:**

Cerca de 1 hora e 30 minutos.

**4. HÁ ALGUM RISCO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA?**

Segundo as normas que tratam da ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, sempre há riscos em participar de pesquisas científicas. No caso desta pesquisa, classificamos o risco como sendo

MÍNIMO       MODERADO       ALTO

**4.1 NA VERDADE, O QUE PODE ACONTECER É: (detalhamento dos riscos)**

Cansaço em responder perguntas; constrangimento de relatar situações pessoais; desconfortos causados pelas lembranças surgidas durante a entrevista; quebra de sigilo dos dados (involuntária e não-intencional).

**4.2 MAS PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA, FAREMOS O SEGUINTE: (meios de evitar/minimizar os riscos):**

Será garantido o direito de não responder a qualquer questão ou retirar sua participação a qualquer momento, sem a necessidade de explicação ou justificativa para tal. Os dados da pesquisa somente serão acessados pelos membros da equipe de pesquisa, arquivados em computador próprio, com finalidade estritamente acadêmica.

**5. O QUE É QUE ESTA PESQUISA TRARÁ DE BOM? (Benefícios da pesquisa)**

**5.1 BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa):**

Nenhum benefício direto aos participantes, mas, durante toda a pesquisa serão buscadas as condições para que ela seja bem tolerada por todos, nas suas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.

**5.2 BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...):**

Poderá contribuir com a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), dada a grande possibilidade de gerar conhecimentos para a melhoria do cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde, frente a uma doença para a qual existem recursos de diagnóstico e tratamento relativamente simples e custo-efetivos.

**6. MAIS ALGUMAS COISAS QUE O(A) SENHOR(A) PODE QUERER SABER (Direitos dos participantes):**

**6.1. Recebe-se dinheiro ou é necessário pagar para participar da pesquisa?**

R: *Nenhum dos dois. A participação na pesquisa é voluntária.*

**6.2. Mas se acabarmos gastando dinheiro só para participar da pesquisa?**

R: *O pesquisador responsável precisará lhe ressarcir estes custos.*

**6.3. E se ocorrer algum problema durante ou depois da participação?**

R: *Voce pode solicitar assistência imediata e integral e ainda indenização ao pesquisador e à universidade.*

**6.4. É obrigatório fazer tudo o que o pesquisador mandar? (Responder questionário, participar de entrevista, dinâmica, exame...)**

R: *Não. Só se precisa participar daquilo em que se sentir confortável a fazer.*

**6.5. Dá pra desistir de participar no meio da pesquisa?**

R: *Sim. Em qualquer momento. É só avisar ao pesquisador.*

**6.6. Há algum problema ou prejuízo em desistir?**

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jacuié  
(75) 3528-9727 | cep@uesb.edu.br

Rubricas:

Seja consciente: ao imprimir este documento, se necessário, use a frente e o verso do papel. :)

Página 2

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - USUÁRIA**

**Modelo padronizado CEP UESB (cont.)**

*R: Nenhum.*

**6.7. Os participantes não ficam expostos publicamente?**

*R: Não. A privacidade é garantida. Os dados podem ser publicados ou apresentados em eventos, mas o nome e a imagem dos voluntários são sigilosos e, portanto, só serão conhecidos pelos pesquisadores.*

**6.8. Depois de apresentados ou publicados, o que acontecerá com os dados e com os materiais coletados?**

*R: Serão arquivadas por 5 anos com o pesquisador e depois destruídos.*

**6.9. Qual a "lei" que fala sobre os direitos do participante de uma pesquisa?**

*R: São, principalmente, duas normas do Conselho Nacional de Saúde: a Resolução CNS 466/2012 e a 510 2016. Ambas podem ser encontradas facilmente na internet.*

**6.10. E se eu precisar tirar dúvidas ou falar com alguém sobre algo acerca da pesquisa?**

*R: Entre em contato com o(a) pesquisador(a) responsável ou com o Comitê de ética. Os meios de contato estão listados no ponto 7 deste documento.*

**7. CONTATOS IMPORTANTES:**

**Pesquisador(a) Responsável: JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA**

Endereço: Núcleo Regional de Saúde Sudoeste - Rua João Pereira, s/n, Bairro São Vicente, Vitória da Conquista-BA.

Fone: (77) 98822-5890/ E-mail: jmilleamorim@gmail.com

**Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB)**

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequiezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9727 / E-mail: cepjq@uesb.edu.br

Horário de funcionamento: Segunda à sexta-feira, das 08:00 às 18:00

**8. CLÁUSULA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Concordância do participante ou do seu responsável)**

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e concordo

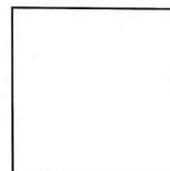
em participar do presente estudo;

com a participação da pessoa pela qual sou responsável.

Ademais, confirmo ter recebido uma via deste termo de consentimento e asseguro que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Vitória da Conquista-Bahia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante (ou da pessoa por ele responsável)



Impressão Digital  
(Se for o caso)

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié  
(73) 3528-9727 | cepjq@uesb.edu.br

Rubricas:

Seja consciente: ao imprimir este documento, se necessário, use a frente e o verso do papel. :)

Página 3

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - USUÁRIA****Modelo padronizado CEP UESB (cont.)****9. CLÁUSULA DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Declaro estar ciente de todos os deveres que me competem e de todos os direitos assegurados aos participantes e seus responsáveis, previstos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, bem como na Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Asseguro ter feito todos os esclarecimentos pertinentes aos voluntários de forma prévia à sua participação e ratifico que o início da coleta de dados dar-se-á apenas após prestadas as assinaturas no presente documento e aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, competente.

Vitória da Conquista-Bahia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

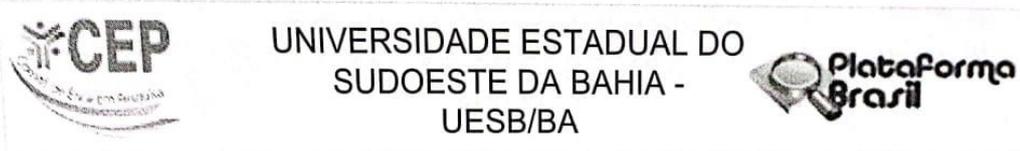
\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) pesquisador*

Seja consciente: ao imprimir este documento, se necessário, use a frente e o verso do papel. :)

Página 4

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jacuié  
(73) 3528-9727 | cepjqr@uesb.edu.br

Rubricas:

**ANEXO 1:****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UESB****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS.

**Pesquisador:** JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52307221.7.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.176.473

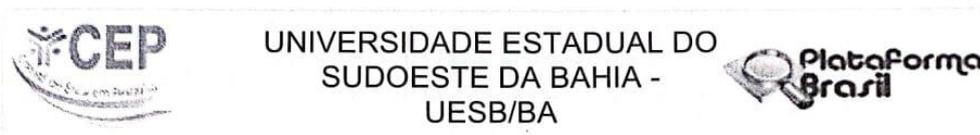
**Apresentação do Projeto:**

RETORNO PARA SEGUNDA AVALIAÇÃO BASEADO NO PARECER CONSUBSTANCIADO DE NÚMERO: 5.061.294 de 25 de Outubro de 2021.

Trata-se de um estudo avaliativo, de abordagem qualitativa. A avaliação da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) será realizada com base na análise do atributo de qualidade técnico-científica, que está relacionada com a adequação das ações e tecnologias empregadas na assistência à saúde ao conhecimento técnico e científico vigente. Para isso, será utilizada a estratégia metodológica da análise de trajetórias, com priorização da sífilis congênita como evento-sentinel. O estudo envolverá a Região de Saúde de Vitória da Conquista, Sudoeste da Bahia. Serão convidadas a participar do estudo todas as mulheres cujo desfecho gestacional foi registrado como um caso de sífilis congênita, no ano 2019, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, visando à construção das suas trajetórias assistenciais. Também serão convidados os enfermeiros das equipes de APS de referência e os Coordenadores Municipais de Atenção Básica dos municípios de residência das mulheres anteriormente descritas, bem como as Referências Técnicas para Atenção Básica, Saúde da Mulher e IST/HIV/AIDS do Núcleo Regional de Saúde Sudoeste.

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UESB (cont.)



Continuação do Parecer: 5.176.473

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender os desafios da Atenção Primária à Saúde, no âmbito da gestão, da organização dos serviços e das práticas, para a redução da transmissão vertical da sífilis na Região de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia.

**Objetivo Secundário:**

Mapear a estrutura e a organização das ações de pré-natal na Atenção Primária à Saúde de municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista -Bahia;

Descrever as trajetórias assistenciais de mulheres que apresentaram como desfecho gestacional um caso de sífilis congênita registrado no SINAN em 2019, na Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia;

Verificar a adequação técnica das ações de controle da transmissão vertical da sífilis na Atenção Primária à Saúde de municípios da Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia;

Analisar as dimensões de vulnerabilidade identificadas nas trajetórias assistenciais de mulheres que apresentaram como desfecho gestacional um caso de sífilis congênita registrado no SINAN em 2019, na Região de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Cansaço em responder perguntas; constrangimento de relatar situações pessoais; desconfortos causados pelas lembranças surgidas durante a entrevista; quebra de sigilo dos dados (involuntária e não-intencional). Para minimizar os riscos mencionados, será garantido ao participante o direito de não responder a qualquer questão ou retirar sua participação a qualquer momento, sem a necessidade de explicação ou justificativa para tal; os dados da pesquisa somente serão acessados pelos membros da equipe de pesquisa, arquivados em computador próprio, com finalidade estritamente acadêmica.

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UESB (cont.)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 5.176.473

**Benefícios:**

Poderá contribuir com os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, dada a elevada possibilidade de gerar conhecimento para a qualificação do cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde, frente a uma doença para qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos relativamente simples e custo-efetivos. Durante toda a pesquisa, serão resguardadas as condições para que a mesma seja bem suportada pelos participantes, nas suas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Área de Concentração Saúde Pública, com vistas ao Exame de Qualificação, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1801636.pdf

TCLE\_CEP\_Usuaris\_Projeto\_Jamille\_3.pdf - OK

TCLE\_CEP\_Responsaveis\_Projeto\_Jamille\_3.pdf - OK

TCLE\_CEP\_Gestores\_Projeto\_Jamille\_3.pdf - OK

TCLE\_CEP\_ProfissionaisAPS\_Projeto\_Jamille\_3.pdf - OK

TALE\_CEP\_12a17anos\_Usuaris\_Projeto\_Jamille\_3.pdf - OK

PPGES\_UESB\_ProjetoCEP\_Jamille\_3.pdf - OK

Demais documentos avaliados e aprovados sob o parecer substanciado de Número 5.061.294

**Recomendações:**

Ver conclusão.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram corrigidas e o projeto está aprovado. A pesquisadora precisa apenas estar atenta à seguinte solicitação:

**Relatórios:**

- Durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2, alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em reunião extraordinária no dia 17/12/2021, por videoconferência autorizada pela CONEP, a

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)

**Bairro:** Jequiezinho

**CEP:** 45.206-510

**UF:** BA

**Município:** JEQUIE

**Telefone:** (73)3528-9727

**Fax:** (73)3525-6683

**E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UESB (cont.)**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA**



Continuação do Parecer: 5.176.473

plenária deste CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1801636.pdf	18/11/2021 10:23:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_Usuaris_Projeto_Jamille_3.pdf	18/11/2021 10:06:57	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_Responsaveis_Projeto_Jamille_3.pdf	18/11/2021 10:06:31	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_Gestores_Projeto_Jamille_3.pdf	18/11/2021 10:05:44	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_ProfissionaisAPS_Projeto_Jamille_3.pdf	18/11/2021 10:04:48	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_CEP_12a17anos_Usuaris_Projeto_Jamille_3.pdf	18/11/2021 10:02:40	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PPGES_UESB_ProjetoCEP_Jamille_3.pdf	18/11/2021 10:02:07	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito
Declaração de concordância	Autorizacao_ImagensDepoimentos_assinado.pdf	03/08/2021 20:13:57	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoCompromissos_JamilleAlba_assinado.pdf	03/08/2021 20:01:11	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoParticipacao_Marcio_assinado.pdf	03/08/2021 19:55:35	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoParticipacao_Alba_assinado.pdf	03/08/2021 19:55:11	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	CompromissoProntuarioBaseDados_JamilleAlba_assinado.pdf	03/08/2021 19:54:42	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito
Declaração de Instituição e	Autorizacao_ColetaDados_ProjetoDoutoradoJamille.pdf	03/08/2021 19:54:20	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UESB (cont.)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 5.176.473

Infraestrutura	Autorizacao_ColetaDados_ProjetoDoutoradoJamille.pdf	03/08/2021 19:54:20	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_Projeto_JamilleAmorim_assinaturas.pdf	03/08/2021 19:40:50	JAMILLE AMORIM CARVALHO PAIVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JEQUIE, 17 de Dezembro de 2021

---

**Assinado por:**  
**Leandra Eugenia Gomes de Oliveira**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br