

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 vertical¹. 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 infecção².

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^{3,4,5,6}.

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-natal⁷.

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^{8,9}.

Embora encontre-se em uma crescente cobertura do acompanhamento pré-natal na APS brasileira, alcançando 81% em 2018¹⁰, esse aumento não implica, necessariamente, na qualidade da assistência. Estudo realizado por¹¹ 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 assistenciais⁹.

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-parto¹²; 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 infantil¹³ 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 APS¹⁴.

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^{15,16} 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. Estudo¹⁷ identificou pontos de inadequação referentes à infraestrutura das unidades, ações gerenciais para garantia do acesso e ações clínicas.¹⁸ verificaram uma baixa cobertura de testagem e baixa administração de penicilina benzatina para tratamento da sífilis. Por sua vez,^{9,19} 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 médicos²⁰.

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 2022²¹, 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-natal²² e sua Cobertura Populacional Estimada das Equipes de Saúde da Família alcançar 81,94% ²³.

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.

MÉTODOS

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^{24,25}.

Foi dada ênfase à identificação de fatores facilitadores e barreiras frente a abordagens, um dos constructos habituais do método qualitativo descrito por²⁶ 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”²⁷.

O estudo foi realizado em uma Região de Saúde do Estado da Bahia, composta por 19 municípios, com população de 639.718 habitantes²⁸. 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)
ESTRATO 1								
Até 10 mil habitantes								
Município A	4.896	35	0	4	4.896	100%	100%	2
ESTRATO 2								
De 10 mil a 30 mil habitantes								
Município B	26.581	57	0	10	24.881	93.6%	100%	5
ESTRATO 3								
De 30 mil a 50 mil habitantes								
Município C	46.885	93	0	15	46.885	100%	100%	3
ESTRATO 4								
Acima de 100 mil habitantes								
Município D	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), 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^{29,30}.

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”³¹.

Nessa interface, cada entrevista, denominada de “texto”, são subdivididas em “segmentos de texto” (ST) e organizados em agrupamentos de palavras estatisticamente significativas³². 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 agregado³¹.

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 associação³². Segundo³⁰, 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^{31,33}.

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 preconizado⁴.

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 PNAB⁴ e todas as UBS dispõem dos mobiliários e equipamentos mínimos para a realização do pré-natal³⁵. 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.

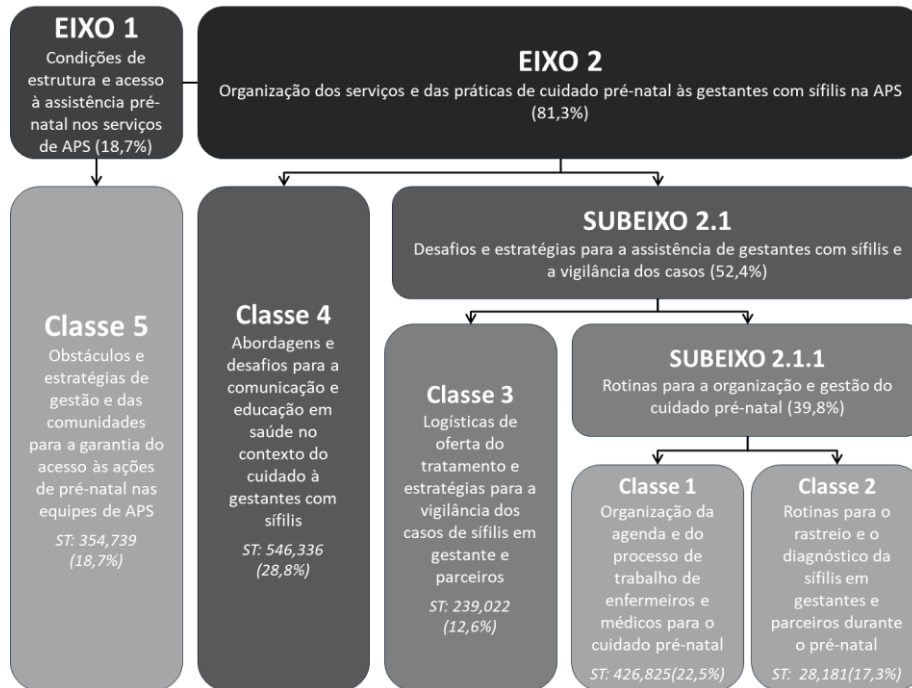
Todas as equipes encontravam-se completas no momento da entrevista. Somente no município D, as eSF contavam com médicos 40h no serviço (cinco dias por semana), exceto naquelas com profissional vinculado ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) que dispõem de oito horas semanais para atividades de educação permanente³⁶. 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 baixo³⁰. 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 criança³⁵ e consta como um dos indicadores do Programa Previne Brasil de financiamento da APS³⁷. 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^{38,39,40,41}.

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^{42,43}.

Estudo realizado por⁴⁴, 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 2011⁴⁵. 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 urbanas²⁰.

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^{46,47}.

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^{20,47,48,49}.

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, ⁴⁶também 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 por⁵⁰, 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)^{23,51}.

Considerando que não há impedimento na PNAB de que as unidades possam estar localizadas fora das microáreas assistidas⁴, 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 semanais⁴, 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, ⁵²reconhecem 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^a. ed. [acesso em 2024 jan 06]. Disponível em: https://bvsms.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

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
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

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

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
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

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
34. Silva R. BARDIN, L. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa edições, 1nd. ed. www.academia.edu. 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 nº 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 nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 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

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.