

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 laboratoriais¹.

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^{2,3}.

No Brasil, o Ministério da Saúde vem estabelecendo protocolos e diretrizes que abordam a prevenção da transmissão vertical de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)^{4,5}, 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)⁶ e a Rede Cegonha⁷. 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 prestada⁸.

Para o controle da sífilis⁹, 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 unidade¹⁰.

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 outros¹¹.

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 imediatamente¹².

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^{12,13}.

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 glicêmicos¹⁴. 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^{15,16,17}.

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^{15,16}. 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 2022¹⁸, 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 2023¹⁹. Os altos índices de SC indicam a perda da oportunidade de interromper a cadeia de transmissão na APS, sugerindo falhas na organização dos serviços²⁰.

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”²¹.

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 problemas²². 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”²³.

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.

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

financiadas (eSF) ***				
Cob. de APS ***	100%	93.6%	100%	73.36%
Cob. Pop. Estimada (%) da Estratégia Saúde da Família (ESF) ****				
	100%	100%	100%	56,22%
Nº casos sífilis congênita SINAN 2019 incluídos na pesquisa				
	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), 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^{24,25,26}.

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 si²⁶. Nesse contexto, as entrevistas, denominadas de “textos”, são subdivididas em “segmentos de texto” (ST) e organizados em agrupamentos de palavras estatisticamente significativas²⁷.

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^{26,28}. Ademais, é possível a apresentação dos segmentos de texto com formas linguísticas típicas de cada classe, permitindo o resgate dos contextos de enunciação²⁶. 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 associação²⁷.

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^{26,28,29}.

Em nível interpretativo²⁵, 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 baixo²⁵.

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

<p>Eixo 1: Condições de estrutura e acesso à assistência pré-natal nos serviços de APS (18,7%)</p>	<p>Eixo 2: Organização dos serviços e das práticas de cuidado pré-natal às gestantes com sífilis na APS (81,3%)</p>			
<p>Classe 5: Obstáculos e estratégias de gestão e das comunidades para a garantia do acesso às ações de pré-natal nas equipes de APS</p>	<p>Classe 4: Abordagens e desafios para a comunicação e educação em saúde no contexto do cuidado à gestantes com sífilis</p>	<p>Subeixo 2.1: 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 Preservativo Sífilis Falar explicar Importância Tratamento doença Achar Assim parceiro cuidado Hiv Tratar Uso Sentir Bebê Coisa</p>	<p>Classe 3: Logísticas de oferta do tratamento e estratégias para a vigilância dos casos de sífilis em gestante e parceiros</p>	<p>Subeixo 2.1.1: 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>Classe 1: Organização da agenda e do processo de trabalho de enfermeiros e médicos para o cuidado pré-natal</p>	<p>Classe 2: Rotinas para o rastreio e o diagnóstico da sífilis em gestantes e parceiros durante o pré-natal</p>
			<p>Agenda Dia Médico Marcar pré_natal demanda Semana atender consulta Tarde agendar Já gestante</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. Segundo³¹, 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,³² 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^{33,34,35,36}. Em seu estudo,³⁷ 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,³⁸ 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 pessoas³⁹. 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,³¹ identificaram, em mais da metade dos profissionais, a falta de segurança para lidar com um resultado positivo.

Por sua vez,⁴⁰ 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 Homem⁴¹ e Estratégia Pré-natal do Parceiro¹³.

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 usuários³² orientação restrita a informar o resultado dos exames³⁷, redução do aconselhamento ao repasse de informações com caráter educativo⁴².

Considerando que uma adequada orientação requer tempo e qualificação profissional,¹⁴ 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,⁴³ressaltam 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, ³⁸sinalizam 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 televisão⁴⁴.

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 Saúde⁵.

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 Cegonha⁷ e do Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais⁵. 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^{32,45,46,47}. Estudo realizado por⁴⁸, 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 anafilática⁴⁹.

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 vigente⁵.

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 por³⁴, 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^{50,51,52}, 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^{53,54}.

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 de⁵⁵, 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 estudo³¹, 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^{14,45,56}. Por sua vez^{31,57}, 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 APS¹¹.

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^{5,11}. 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 eSF³⁴; desconhecimento de médicos e enfermeiros da necessidade de realizar exames sorológicos mensais para acompanhamento da gestante com sífilis e seus parceiros³⁷; uso do VDRL como teste de rastreio de rotina mais comum³⁶.

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-natal⁵⁸. 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. Segundo⁵⁹, 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. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html
7. Ministério da Saúde. bvsms.saude.gov.br. Available from: 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
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
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
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://www.saude.ba.gov.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

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

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
30. Silva R. BARDIN, L. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa edições, 70, 2015. www.academia.edu. Disponível em: 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/TGfx48PRv5kJVFVfnDFSk3h/?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
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
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.
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