

## Ser um município do interior às vezes é bom, às vezes, é ruim: gestão e cuidado pré-natal em municípios de pequeno e médio porte

*Being an interior municipality is sometimes good, sometimes bad: Management and prenatal care in small and medium sized municipalities*

Luiza Cosendey Souza<sup>1,2</sup>, Ivia Maksud<sup>1,3</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820251459587P

ESTE DOCUMENTO POSSUI UMA ERRATA: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/2358-289820251459587P-ERR](https://doi.org/10.1590/2358-289820251459587P-ERR)

**RESUMO** Este artigo tem como objetivo analisar os atravessamentos na gestão e no cuidado pré-natal na Região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro (RNERJ). Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, do tipo estudo de caso, realizada entre julho de 2022 e fevereiro de 2023, envolvendo quatro municípios escolhidos por conveniência. Participaram 13 profissionais de saúde, sendo seis gestores, quatro enfermeiras e três médicos. Os dados quantitativos foram coletados por meio de indicadores do Datasus e do Sisab. Os dados qualitativos foram produzidos através de entrevistas semiestruturadas e registros em diário de campo. A análise foi orientada por duas categorias analíticas: indicadores de qualidade do cuidado pré-natal e atravessamentos da prática e gestão do cuidado. Os resultados indicam que, apesar dos esforços dos profissionais, a assistência pré-natal na região enfrenta desafios significativos, como a falta de estrutura e a interferência política, além de dificuldades na implementação de políticas e programas de saúde. A proximidade geográfica e os vínculos comunitários foram identificados como pontos positivos, mas a implementação de ações educativas e a captação precoce das gestantes ainda são limitadas. Concluímos que a organização dos serviços deve considerar as especificidades locais para reduzir desigualdades e promover uma assistência mais equitativa e eficaz.

**PALAVRAS-CHAVE** Cuidado pré-natal. Administração de serviços de saúde. Cidades.

**ABSTRACT** *This article aims to analyze the intersections in prenatal care and management in the Northwest Region of the State of Rio de Janeiro (RNERJ). This is a qualitative and quantitative case study conducted between July 2022 and February 2023, involving four municipalities chosen by convenience. Thirteen health professionals participated, six managers, four nurses, and three doctors. Quantitative data were collected using DATASUS and SISAB indicators. Qualitative data were produced through semi-structured interviews and field diary records. The analysis was guided by two analytical categories: prenatal care quality indicators and intersections in care practice and management. The results indicate that, despite the efforts of professionals, prenatal care in the region faces significant challenges, such as lack of structure and political interference, in addition to difficulties in implementing health policies and programs. Geographic proximity and community ties were identified as positive points, but the implementation of educational actions and early recruitment of pregnant women are still limited. We conclude that the organization of services must consider local specificities to reduce inequalities and promote more equitable and effective care.*

**KEYWORDS** *Prenatal care. Health services administration. Cities.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher (PPGSCM) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
[cosendeyluiza@gmail.com](mailto:cosendeyluiza@gmail.com)

<sup>2</sup>Faculdade Santo Antônio de Pádua (Fasap) - Santo Antônio de Pádua (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), Cientista do Nosso Estado - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

Estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988<sup>1</sup> e regulamentada pelas Leis nº 8.080/90<sup>2</sup> (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90<sup>3</sup>, a descentralização da gestão e das políticas da saúde no Brasil é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), que objetiva contribuir para a prestação de serviços, fiscalização e controle por parte da sociedade. Entretanto, o processo de descentralização trouxe diversos desafios, principalmente para os municípios de pequeno porte<sup>4</sup>.

Para uma gestão eficiente, os gestores devem incorporar conhecimentos e práticas essenciais alinhadas aos princípios do SUS e da gestão pública. Suas tarefas envolvem a formulação e o planejamento de políticas, o financiamento, a regulação, a coordenação, o controle e a avaliação do sistema de saúde, das redes de saúde e dos provedores de serviços, além da prestação direta de cuidados de saúde<sup>4</sup>.

O Brasil apresenta alta cobertura no acesso à assistência pré-natal, chegando a 98,7%, sendo superior a 90% independente das características maternas<sup>5</sup>. Porém, ainda existem desafios a serem superados. O cuidado pré-natal deveria compreender uma série de intervenções e cuidados prestados às gestantes durante a gravidez, com o objetivo de promover uma gestação saudável, identificar e gerenciar possíveis complicações e preparar a mulher para o parto e pós-parto.

Resultados da pesquisa 'Nascer no Brasil I', realizada no período de 2011 a 2012, sobre a assistência pré-natal na rede pública revelaram deficiências na continuidade e qualidade da atenção pré-natal fornecida pelo SUS, com disparidades regionais evidentes.

Adicionalmente, o sistema enfrenta desafios na garantia de acesso ao pré-natal e parto de qualidade e com base nas melhores evidências, comprometendo a integralidade do cuidado<sup>6-8</sup>. No quesito das desigualdades regionais na assistência pré-natal, a Nascer no Brasil destacou que as macrorregiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram maior prevalência

de início precoce do pré-natal, enquanto no Norte a proporção de mulheres sem nenhuma assistência foi 60% menor que a média nacional. O Sul e o Sudeste registraram as maiores prevalências em relação ao início precoce do acompanhamento (até as 12 semanas de gestação) e ao número mínimo de seis consultas durante todo o período gestacional<sup>6</sup>.

Considerando a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada para os serviços de saúde, o acompanhamento pré-natal desempenha um papel crucial na redução das disparidades regionais. Características socio-demográficas das mulheres evidenciam as desigualdades sociais no acesso a um pré-natal de qualidade. Mulheres indígenas, pretas, com menor escolaridade, maior número de gestações e residentes nas regiões Norte e Nordeste enfrentam mais dificuldades para acessar a assistência pré-natal. Além disso, mulheres pretas e pardas apresentam menores chances de iniciar o pré-natal antes das 12 semanas de gestação, em comparação às mulheres brancas. Esse grupo também é submetido a um pré-natal com menos consultas e exames, possui menor vinculação à maternidade para o parto e recebe menos orientações, o que resulta em maior busca por diferentes locais para dar à luz<sup>8</sup>.

Há uma lacuna de estudos sobre assistência pré-natal em municípios de pequeno porte<sup>5,6,8</sup>. Tais municípios são definidos de acordo com o tamanho da população (até 25 mil habitantes) e à área geográfica de uma localidade, e podem estar localizados tanto em áreas urbanas quanto rurais, dependendo do contexto do país.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>9</sup>, municípios rurais são aqueles cuja maior parte da população reside em áreas rurais, enquanto municípios remotos são aqueles que enfrentam dificuldades de acesso a centros urbanos e serviços essenciais. É comum o uso de 'qualidade interiorana' para descrever lugares e relações sociais, indo além das categorias acadêmicas de rural e urbano. Assim, os municípios de pequeno porte tendem a ser denominados

como municípios do interior por estarem localizados geograficamente distantes dos centros urbanos. São assim chamados também em função das relações sociais que são construídas a partir de uma classificação arbitrária, etnocêntrica e hierárquica<sup>10</sup>.

Partindo da literatura que discute gestão de serviços de saúde, cuidado, assistência pré-natal e estudos sobre municípios pequeno e médio porte, questionamos: Como se organiza o cuidado pré-natal em municípios pequeno e médio porte? A partir da problemática apresentada, este estudo tem como objetivo analisar os atravessamentos na gestão e no cuidado pré-natal na Região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro (RNERJ).

## Abordagem metodológica

O presente artigo adotou uma abordagem quali-quantitativa, utilizando o estudo de caso como estratégia metodológica, conforme proposto por Yin<sup>11</sup>. Essa metodologia foi aplicada à análise do cuidado pré-natal em alguns municípios da RNERJ. A escolha do estudo de caso baseia-se em sua adequação para investigar situações em que o pesquisador tem pouco controle sobre os fenômenos e para examinar contextos da vida real, contribuindo para a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos<sup>11</sup>.

A região Noroeste é uma das menores regiões urbanizadas do estado, formada por 14 municípios que reúnem 2% da população do Estado do Rio de Janeiro (ERJ). Além disso, é a região com a menor densidade demográfica (60 hab/km<sup>2</sup>)<sup>12</sup>. Os municípios que compõem a região Noroeste são: Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai.

A triangulação de fontes e métodos<sup>13</sup>, por meio de entrevistas semiestruturadas, registros em diário de campo e análise de indicadores, ampliou a compreensão dos dados. As entrevistas

captaram percepções e experiências dos participantes, enquanto os registros do diário de campo aprofundaram a análise das observações. A inclusão de indicadores permitiu identificar padrões e tendências, fortalecendo a consistência e a confiabilidade dos resultados.

Duas etapas de trabalho aconteceram para a realização deste estudo de caso. A primeira consistiu na pesquisa de indicadores no Datasus (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) e no Sisab (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica), o que possibilitou retratar, de forma panorâmica, o cuidado pré-natal na região no período de 2019 a 2022. O recorte temporal de 2019 a 2022 foi estabelecido de acordo com o trabalho de campo da pesquisa de doutorado e coincidiu, também, com o Programa Previne Brasil, implementado em 2020. Este programa tinha como objetivo melhorar os indicadores de atenção básica.

Para compreender o panorama da região, acessamos duas bases de dados essenciais para a investigação: o Sisab, que gerencia informações sobre a atenção básica em saúde no Brasil, e o Datasus, responsável pela coleta, processamento e disseminação de dados de saúde em nível nacional. A partir dessas fontes, investigamos os seguintes indicadores: número de consultas de pré-natal por gestante na RNERJ; gestantes com o primeiro atendimento até a 12<sup>a</sup> semana de gestação; número de gestantes com exames avaliados até a 20<sup>a</sup> semana; nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal; número total de nascidos vivos; óbitos maternos; e a proporção de parto normal, incluindo a porcentagem de nascidos vivos por parto normal, por município.

Dado o grande número de municípios, foram selecionados quatro entre os 14 existentes, com base em critérios de conveniência. A escolha dos municípios para este estudo levou em consideração o número de habitantes e a classificação do IBGE, sendo um de médio porte, e os demais de pequeno porte.

As entrevistas em profundidade foram realizadas com dois grupos de participantes:

gestoras (Coordenadoras de Saúde da Mulher e Coordenadoras de Atenção Básica) e profissionais de saúde (médico, médicas e enfermeiras que atuam na assistência pré-natal). Para preservar a identidade dos participantes, utilizamos nomes fictícios para eles e as cidades, a fim de evitar a identificação dos interlocutores a partir da descrição dos municípios.

Para a produção dos dados, foram elaborados dois instrumentos: um roteiro de entrevista para os profissionais de saúde, contemplando dados gerais de identificação, informações profissionais, cuidado pré-natal, parto, políticas e programas de saúde da mulher; e um roteiro direcionado aos gestores, com os mesmos tópicos direcionados aos profissionais, acrescido de questões relativas às atividades da gestão.

A interação preliminar ocorreu com os secretários de saúde municipais, os quais identificaram os gestores que se adequavam aos critérios de inclusão. Esses gestores, por sua vez, sugeriram os profissionais que poderiam ser entrevistados.

Foram realizadas 13 entrevistas no total, sendo nove com enfermeiras, três com profissionais médicos e uma com auxiliar de enfermagem. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados ou de férias no período da entrevista, ou que não tiveram disponibilidade para participar.

O trabalho de campo presencial ocorreu no período de julho de 2022 a fevereiro de 2023, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa IFF/Fiocruz (CAAE nº 59599022.1.0000.5269, em junho de 2022) com base nos termos dispostos na Resolução nº 510/2016. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas<sup>14</sup>.

As entrevistas foram complementadas por registros no diário de campo, que auxiliaram na reflexão dos dados. À diferença de pesquisas do campo avaliativo, mais comumente conhecidas pelos gestores e profissionais que se dedicam à assistência pré-natal, as entrevistas semiestruturadas permitiram aos gestores e profissionais a oportunidade de fornecer respostas detalhadas, o que contribuiu para a compreensão aprofundada das experiências, percepções e opiniões dos participantes.

A análise temática nos permitiu identificar, categorizar e interpretar padrões e significados subjacentes no material produzido<sup>15</sup>. Buscamos identificar as convergências e divergências nos relatos dos profissionais e gestores sobre a gestão e o cuidado pré-natal nos municípios, cotejando com a literatura de base sobre cuidado pré-natal e municípios de pequeno e médio porte. Os resultados foram compilados e sintetizam as principais questões relacionadas a esses desafios, conforme apontado pelos participantes da pesquisa. Estas incluem: Processo de trabalho da gestão; Problemas estruturais e falta de materiais; Educação permanente; Excesso de atribuições dos profissionais; Promoção da saúde; Dificuldade da adesão das mulheres à assistência pré-natal com a equipe de saúde da família; e Assistência ao parto.

## Resultados e discussão

### Indicadores de qualidade do cuidado pré-natal em municípios de pequeno e médio porte: um olhar para a RNERJ

A região Noroeste possui um total de 17 hospitais, sendo seis deles públicos distribuídos em 11 dos 14 municípios. Os municípios que não possuem hospitais públicos estabeleceram convênios com outros hospitais da região. De acordo com o Datasus, atualmente a região possui cobertura da atenção primária de 88,3%, e todos os municípios da região aderiram ao Programa de Saúde da Família<sup>16</sup>.

A maioria dos municípios da região Noroeste possui acesso a hospitais municipais, que atendem à população geral, localizados na sede ou nos municípios vizinhos. Grande parte dos municípios não possui transporte público eficaz para atender às demandas da população rural, fazendo com que as pessoas que não possuem transporte próprio fiquem praticamente isoladas<sup>17</sup>.

A *tabela 1* demonstra que o número de consultas de pré-natal por gestante e a realização do primeiro atendimento até a 12ª semana de

gestação teve aumento expressivo no período de 2019 a 2022.

Tabela 1. Número de consultas de pré-natal por gestante e atendimentos realizados até a 12ª semana na RNERJ, com base nos dados do Sisab (2019-2022)

Indicador	Nº de consultas de pré-natal por gestante da RNERJ			Total	Gestante com o primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação	Nº de gestantes com exames avaliados até a 20ª semana
	1 a 5 atendimentos	4 a 5 atendimentos	6 ou mais atendimentos			
2019	519	327	182	1.028	440	142
2020	611	202	165	978	578	198
2021	1.247	296	330	1.873	1.031	142
2022	1.258	335	778	2.371	1.792	295

Fonte: elaboração própria com base nos dados do Sisab<sup>18</sup>.

Após a avaliação dos indicadores da região Noroeste, identificamos que vários municípios possivelmente falharam em registrar as informações essenciais no Sisab, resultando em discrepâncias notáveis entre o número de gestantes e os registros de nascidos vivos e de partos, o que levanta preocupações sobre a precisão e confiabilidade dos dados referentes à assistência prestada às gestantes. A disparidade identificada entre os dados do Datasus e do Sisab pode ser ainda mais significativa, uma vez que pode haver perdas fetais e natimortos que não foram registrados

no Sinasc (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos).

Outro indicador que merece atenção é a proporção de nascidos vivos de parto normal: percentual de nascidos vivos por parto normal, segundo o município (*tabela 2*). Ele aponta que menos de 10% das mulheres tiveram parto normal no período investigado (2019 a 2022). No Brasil, o principal fator de risco para um parto cesárea é a realização do pré-natal e parto com o mesmo médico, situação essa que ocorre com frequência nos municípios investigados.

Tabela 2. Indicadores de nascimentos, óbitos maternos e proporção de partos normais nos municípios da RNERJ, com base nos dados do Datasus (2019-2022)

Ano	Nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	Nascidos vivos	Óbitos maternos	Proporção de parto normal (% de nascidos vivos por parto normal segundo o município)
2019	3.171	4.227	–	9,9
2020	2.825	3.939	2	9,1
2021	2.742	3.894	4	8,7
2022	2.777	3.890	–	8,0

Fonte: elaboração própria com base nos dados do Datasus<sup>16</sup>.

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde (SES), a região com menor desenvolvimento socioeconômico, menor Índice de Desenvolvimento Humano Relativo (IDHR), menor taxa de escolaridade e menor cobertura de planos de saúde (Noroeste) apresentou a menor taxa de partos normais. Por outro lado, a região com maior cobertura de planos de saúde, maior IDHR, maior riqueza e maior taxa de escolaridade (Metropolitana I) registrou a maior taxa de partos normais<sup>17</sup>.

Ao analisarmos a *tabela 1*, que apresenta o número de consultas pré-natal por gestantes, percebemos que mais de 80% das gestantes acompanhadas não tiveram acesso ao número mínimo de consultas conforme orientação do Ministério da Saúde<sup>19</sup>. O indicador Gestante com o primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação (*tabela 1*) aponta para a dificuldade do início precoce do acompanhamento pré-natal, já que menos de 50% das gestantes da região iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre de gestação. O ano de 2022 apresentou um aumento no número de gestantes com a primeira consulta pré-natal antes da 12ª semana de gestação.

Os resultados obtidos a partir da análise dos indicadores evidenciam iniquidades na assistência pré-natal na RNERJ, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelos programas e políticas de acompanhamento pré-natal vigentes no Brasil<sup>19</sup>. O pré-natal é uma ação programática da atenção primária comprovadamente relacionada aos resultados obstétricos, entretanto, pesquisas revelam resultados preocupantes em relação à sua qualidade<sup>5,6</sup> e indicam que quase 90% das consultas de pré-natal no Brasil são realizadas na atenção básica.

De acordo com a pesquisa de Tomasi et al.<sup>20</sup>, que avaliou os indicadores de qualidade da atenção pré-natal no Brasil no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), apesar da alta cobertura e o número elevado de consultas durante a gestação, apenas 15% das mulheres receberam uma atenção pré-natal adequada.

Todos os municípios investigados nessa pesquisa aderiram ao 3º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ em 2017. Uma pesquisa recente conduzida por Luz et al.<sup>21</sup> revelou deficiências significativas na assistência pré-natal em nível nacional, identificando barreiras estruturais, falta de medicamentos e exames essenciais, além de problemas na oferta de cuidados individuais, clínicos e de promoção da saúde. Embora a cobertura da assistência pré-natal e sua institucionalização na APS sejam amplas, persistem desafios que requerem iniciativas governamentais para assegurar atenção integral e de qualidade no ciclo gravídico-puerperal e melhorar os indicadores de saúde materno-infantil<sup>21</sup>.

No Brasil, as taxas de cesariana são alarmantes, posicionando o país no segundo lugar mundial. Aproximadamente 55% dos partos são realizados por cesariana, muito acima da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que sugere uma taxa ideal entre 10% e 15% dos partos<sup>22</sup>. No setor privado, essa proporção é ainda mais elevada, atingindo 86% a 88% dos partos, enquanto no setor público, que inclui os serviços do SUS e os terceirizados, a taxa é de 46%<sup>22</sup>. Essa disparidade reflete desafios estruturais e culturais que influenciam as práticas obstétricas no país.

O elevado número de cesarianas está associado a diversos desfechos, como a mortalidade materna e altas taxas de prematuridade, que chegam a cerca de 10%. Esse valor é quase o dobro do observado em países europeus. Além disso, há uma proporção significativa de prematuros tardios, representando 74% dos nascimentos entre 34 e 36 semanas de gestação. Essa prematuridade tardia pode ser atribuída, em muitos casos, a cesarianas agendadas com avaliação inadequada da idade gestacional, resultando em uma prematuridade iatrogênica<sup>23</sup>.

#### A RNERJ E A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Os quadros sinópticos (*quadros 1 e 2*) contêm aspectos sociodemográficos e informações de atuação e formação profissional dos participantes da pesquisa.

Quadro 1. Perfil sociodemográfico e profissional das gestoras

Informações	Márcia	Victória	Joana	Amanda	Lorena	Paula
<b>Aspectos sociodemográficos</b>						
Gênero	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	65	44	50	42	27	32
Município de residência	Florência	Vale Branco	Serra Verde	Vale Branco	Florência	Florência
Raça/cor	Branca	Branca	Branca	Branca	Parda	Branca
<b>Formação e atuação profissional</b>						
Local de atuação	Florência	Vale Branco	Serra Verde	Vale Branco	Florência	Vila Bela
Formação profissional	Enfermeira especialista em saúde da mulher e obstetrícia	Enfermeira especialista em saúde da mulher e obstetrícia	Auxiliar de enfermagem	Enfermeira especialista em saúde da família	Enfermeira	Enfermeira especialista em gerontologia
Cargo	Coordenadora de saúde da mulher	Coordenadora de saúde da mulher	Coordenadora de saúde da mulher	Coordenadora do Centro de Atenção Materno-Infantil	Supervisora de pré-natal	Coordenadora da atenção básica
Forma de contratação	Concursada	Concursada	Concursada	Concursada	Contratada	Contratada
Exercício no cargo	22 anos	Concursada como enfermeira (11 anos) e cargo atual (2 anos)	16 anos como auxiliar de enfermagem na coordenação	Concursada (22 anos) e cargo atual (2 anos)	1 ano e 6 meses	1 ano e 5 meses
Experiência prévia na área de saúde da mulher	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Perfil sociodemográfico e profissional dos profissionais de saúde

Informações	Patrícia	Sabrina	Sílvia	Andrea	Fernanda	Laura	Carlos
<b>Aspectos sociodemográficos</b>							
Gênero	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Idade	30	38	39	37	38	28	33
Município de residência	Florência	Vale Branco	Serra Verde	Vila Bela	Florência	Portolândia	Florência
Raça/cor	Parda	Parda	Parda	Parda	Parda	Branca	Pardo
Religião	Evangélica	Evangélica	Evangélica	Evangélica	Católica	Católica	Nenhuma
<b>Formação e atuação profissional</b>							
Local de atuação	Florência	Vale Branco	Serra Verde	Vila Bela	Florência	Vale Branco	Serra Verde
Formação profissional	Enfermeira especialista em saúde da mulher e obstetrícia	Enfermeira especialista em saúde da mulher e obstetrícia	Enfermeira doutora em ciências do cuidado em saúde	Enfermeira especialista em saúde da família, auditoria e sistemas de saúde	Médica obstetra	Medicina	Fisioterapia e medicina
Cargo	Enfermeira da ESF em Florência	Enfermeira da ESF de Vale Branco	Enfermeira da ESF de Vila Bela	Enfermeira da ESF de Serra Verde	Médica obstetra da UBS de Florência	Médica da UBS de Vale Branco	Médico da ESF de Vila Bela
Forma de contratação	Contrato	Concursada	Concursada	Concursada	Contratada	Contratada	Contrato
Exercício no cargo	2 anos e 6 meses	6 anos	8 anos	8 anos	1 mês	1 ano	2 anos

Quadro 2. Perfil sociodemográfico e profissional dos profissionais de saúde

Informações	Patrícia	Sabrina	Sílvia	Andrea	Fernanda	Laura	Carlos
Experiência prévia na área de saúde da mulher	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não

Fonte: elaboração própria.

Dentre os quatro municípios visitados (Florência, Serra Verde, Vale Branco e Vila Bela) apenas o município de Serra Verde já possuía a assistência pré-natal descentralizada há algum tempo (desde 2016). Os municípios de Florência e Vale Branco passaram pelo processo de descentralização recentemente, entre os anos de 2021 e 2022 e o município de Vila Bela possui o cuidado pré-natal 100% centralizado.

A descentralização das ações e serviços de saúde consiste na redistribuição de responsabilidades entre os diferentes níveis de atenção à saúde, priorizando a Atenção Básica como porta de entrada e coordenadora do cuidado. O Ministério da Saúde orienta que as gestações de risco habitual sejam acompanhadas nas UBS pelas equipes, com consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros, além de consulta odontológica, realização de atividade educativa individual e coletiva e encaminhamento a profissionais especializados quando necessário<sup>22</sup>. Já as gestações de alto risco devem ser acompanhadas por médicos obstetras nos

centros de referência, mas que ainda mantenha o vínculo com a UBS do seu território<sup>19,24</sup>.

O modelo descentralizado de cuidados pré-natais no SUS garante serviços acessíveis em unidades de saúde locais para gestantes, especialmente em áreas remotas. Isso inclui consultas médicas, exames, orientações sobre gravidez e parto e programas de educação em saúde materna e infantil<sup>24,25</sup>. A abordagem visa melhorar a qualidade e a abrangência do pré-natal, promovendo a saúde materna e infantil e reduzindo complicações durante a gravidez e o parto, em consonância com o princípio de universalidade do SUS<sup>6</sup>.

Construir-se como gestor e/ou profissional de saúde em um município do interior requer adquirir diversas habilidades compreendidas como essenciais para lidar com os desafios encontrados na prática de gestão e do cuidado pré-natal. O *quadro 3* condensa as principais questões relativas a esses desafios, segundo os participantes da pesquisa, e diz respeito a categorias que foram recorrentes nas entrevistas.

Quadro 3. As práticas de gestão e cuidado pré-natal segundo participantes da pesquisa na RNERJ (2023)

Práticas	Depoimentos
Processo de trabalho da gestão	<p>“... mas eu acho que, assim, de último desafio, eu acho que o primeiro foi essa questão da descentralização e a gente tá conseguindo, né?, isso já é um ganho muito grande eu acho pro município, né, essa questão de descentralizar e, e aí, é eu acho que, que já houve alguns ganhos mas ainda tem muito desafio” (Victória - Coordenadora de Saúde da Mulher de Vale Branco).</p> <p>“Eu não tenho, praticamente, autonomia...” (Sabrina - Enfermeira Vale Branco).</p>

Quadro 3. As práticas de gestão e cuidado pré-natal segundo participantes da pesquisa na RNERJ (2023)

Práticas	Depoimentos
Processo de trabalho da gestão	<p>“Olha, eu quero fazer... igual essa questão do programa, que a gente tá trabalhando, é, até o pré-natal mesmo, para as gestantes que não podem vir, é, no horário normal, coleta de preventivo, consulta de enfermagem, queria muito que a gente fizesse um extra turno ou no sábado, vamos ver, eu vou estar pagando pra vocês uma hora extra, mas eu não posso, eu tenho que passar isso pra Secretária, pra Secretária aprovar, passar pro Prefeito, se eles falarem que não, acabou” (Paula - Coordenadora de Atenção Básica de Vila Bela).</p> <p>“... A interferência política... Por exemplo, nas unidades básicas do Rio, eles não fazem o pré-natal generalista? Aqui não. Aqui quem manda é o poder médico. Então tem um impacto, sabe, uma interferência estrondosa” (Márcia - Coordenadora de Saúde da Mulher de Florência).</p> <p>“Eu acho, assim, que a nossa dificuldade, entendeu? Que a gente tem que depender da ambulância do pronto-socorro. Na semana passada, a gente estava com uma gestante de 24 semanas. Quando ela chegou no hospital, ela teve uma crise convulsiva. E se eu fico com ela aqui? Então eu sempre peço à Secretária de Saúde um carro, a gente tinha que ter um carro só nosso, transporte só nosso, entendeu? A maior dificuldade é o carro” (Joana - Coordenadora de Saúde da Mulher de Serra Verde).</p>
Problemas estruturais e falta de materiais	<p>“Mas espaço físico, também não ajuda. Que a pessoa chega, às vezes, pra falar um problema na recepção. É aquele espaço ali aberto pra todo mundo ouvir. A gente procura direcionar pra um profissional, né? Chama a técnica de enfermagem, a agente de saúde” (Sílvia - Enfermeira Serra Verde).</p> <p>“Faltando bastantes exames que a gente tem o hábito de pedir durante o pré-natal no consultório particular nosso... Exames que eu configuro como essenciais, por exemplo, teste oral de tolerância à glicose” (Fernanda - Médica Obstetra Florência).</p> <p>“... mas não, falta muito, falta bastante coisa... pro básico sim, eu consigo atender, eu consigo fazer um exame ginecológico” (Sabrina - Enfermeira Vale Branco).</p> <p>“... é complicado, até, assim, a estrutura, teria que ser mais dias. Teria que ter várias outras melhorias pra que tudo funcionasse. Entendeu?” (Carlos - Médico Serra Verde).</p>
Educação permanente	<p>“Participava bastante, mas online, participava, agora depois dessa questão da pandemia não sei, não sei se não estão surgindo cursos e capacitações, mas não tão sendo passados, não sei se estão surgindo, entendeu? e não estão sendo passados ou se realmente que não estão acontecendo” (Sabrina - Enfermeira Vale Branco).</p> <p>“Mas assim, pelo que eu tinha de experiência no outro município, eu vejo que aqui fica muito falho, mas eu acho que é uma, é algo assim geográfico. É porque é muito distante, aqui que não tem tantos profissionais, igual lá. Lá é o município da região metropolitana” (Sílvia - Enfermeira Serra Verde).</p>
Excesso de atribuições	<p>“Acho que poderia dar mais, a realidade do município, é que fica muito procedimento assim como aferição de pressão arterial, as pessoas procuram muito, tendem muito a procurar isso o dia inteiro, o tempo todo e com isso como não tem funcionários suficiente a gente fica muito fechado a isso, por exemplo o teste do covid, a gente tem que tá fazendo lógico, tem que diagnosticar covid, né? e tudo, porém ele na questão dos nossos indicadores eles não impactam, eles não ‘entra’, e é o que mais a gente tá fazendo no momento, tá me entendendo? Então, assim, seria, por exemplo, não sei se colocasse uma pessoa só pra isso, pra gente poder da ênfase mesmo a estratégia de saúde a família com a, a assistência à gestante, né? mas a gente fica muito atribulado nessa questão de aferição, o enfermeiro mesmo aferição de pressão arterial, temperatura, avaliação antropométrica, vacina de criança, em procedimento, infelizmente, assim, eu acho que é normal para municípios pequenos né” (Sabrina - Enfermeira Vale Branco).</p> <p>“Aqui, eu sou enfermeira, gerente e assistente. Então, tudo passa por mim” (Sílvia - Enfermeira Serra Verde).</p> <p>“A gente tenta dar sempre o melhor, né, porque hoje eu falo que o enfermeiro, o médico da saúde em estratégia da família, não é fácil a nossa vivência no dia a dia, a gente tenta abraçar o mundo, mas muitas coisas a gente não consegue” (Patrícia - Enfermeira Florência).</p>
Promoção da saúde	<p>“É assim, pelas exigências, né? Entre aspas, infelizmente, educação e saúde não é algo que é cobrado, nem pelo-pelo, [Previne] agora, que manda verba. É muito pouco o estímulo científico que eles dão pra educação e saúde. Então, é algo que fica sempre ficando em escanteio” (Sílvia - Enfermeira Serra Verde).</p> <p>“Vou ser bem honesta, a gente não faz muitas ações. As pessoas aqui, elas têm um pouco de resistência pra escutar, pra ouvir palestras. Eu espero que isso seja quebrado, né?” (Andrea - Enfermeira Vila Bela).</p> <p>“Não fizemos ainda com gestantes porque está muito recente, quando a gente começou a atender agora” (Laura - Médica Vale Branco).</p>

Quadro 3. As práticas de gestão e cuidado pré-natal segundo participantes da pesquisa na RNERJ (2023)

Práticas	Depoimentos
Dificuldade de adesão das mulheres à assistência pré-natal com a equipe de saúde da família	<p><i>“Eu acho que eles têm a cultura de que tem que ser o médico ginecologista, eu acho que tem essa cultura, eles ainda não tem a confiança de ser atendido pelo médico da família e muito menos pelo enfermeiro da família, não tem essa confiança ainda, mas estamos ai pra quebrar isso, né [risos], a gente tá quebrando isso aos pouquinhos, com paciência e mostrar pra eles o trabalho faz com que tenham confiança, é isso é, é são passinhos, né”</i> (Sabrina - Enfermeira Vale Branco).</p> <p><i>“Sim, até porque muitas das gestantes – não sei nos outros municípios – correlacionam muito a gestação ao obstetra, nunca ao médico da saúde da família, entendeu? Às vezes elas chegam aqui com uma dor de cabeça. A gente fala: ‘Você vai ser atendida pela doutora tal da unidade’. Elas até são atendidas, entendeu? Mas, tipo assim, ‘ah, mas tem como você adiantar a minha consulta com o obstetra?’ Entendeu? Então, tipo assim, você já vê que elas mesmas, por si só, preferem um especialista que tenha aquela questão obstétrica. Elas mesmas, por si só, querem um especialista. Então eu vejo um ponto positivo hoje a gente ter descentralização do médico especialista. Tanto que, nas outras unidades, fora daqui, são os médicos da estratégia em saúde da família”</i> (Patrícia - Enfermeira Florência).</p>
Assistência ao parto	<p><i>“O parto é o seguinte elas fazem o pré-natal todo com a médica, né, com a obstetra do município. Agora tem até duas, né? Que é básica... Mas a principal, assim, é a doutora Laura e, também, tem a doutora Mariana, mas a maioria prefere a doutora Laura. E, aí, quando tá pra ter a última consulta pré-natal, elas vão no médico do convênio pagar a consulta e, aí, é o doutor Roberto ou o doutor Matheus e a doutora Mariana, e aí, lá eles preenchem a papelada toda, retornam com essa papelada e, aí, vão nessa central novamente pra pegar a autorização pro parto. Basicamente, é agendado, exceto quando algum, alguém entra em trabalho de parto, aí, não tem o que fazer, né?”</i> (Andrea - Enfermeira Vila Bela).</p> <p><i>“A Paula me falou que algumas, inclusive, escolhem aonde quer. Algumas querem ir pra Florência...”</i> (Andrea - Enfermeira Vila Bela).</p> <p><i>“Uma coisa que a gente, que eu observo, é uma coisa que me preocupa muito, que a gente tem tido muito caso de parto prematuro, muito caso também de natimorto e... eu penso que seja algum, algum problema no nosso pré-natal, algo que tá deixando a desejar”</i> (Andrea - Enfermeira Vila Bela).</p> <p><i>“... e da conscientização das pacientes pra um parto normal... O índice de cesariana no interior é enorme. ...existe uma lei do Conselho Federal de Medicina... que a paciente, mesmo no SUS, ela tem o direito de escolher o tipo de parto”</i> (Fernanda - Médica Obstetra Florência).</p>

Fonte: elaboração própria.

As categorias de análise foram construídas com base na revisão de literatura e a partir dos principais tópicos abordados pelos interlocutores durante as entrevistas. Elas permitiram compreender as dinâmicas da gestão e do cuidado pré-natal em alguns municípios da RNERJ, proporcionando uma base sólida para a análise crítica do estudo. Destacaram questões como problemas estruturais e falta de materiais, desafios na educação permanente, excesso de atribuições dos profissionais, adesão das mulheres ao pré-natal, interferência política na gestão e a preferência pelo acompanhamento obstétrico especializado.

O processo de trabalho da gestão e dos profissionais em municípios de pequeno e médio porte é atravessado significativamente pela

interferência política. Observa-se um discurso contrastante sobre a autonomia das gestoras. Embora afirmem ter liberdade na tomada de decisões, relatam a presença contínua de atores políticos ao tomar decisões no processo de trabalho da gestão.

A interferência política se revelou como a principal razão para a falta de autonomia nas decisões da gestão, uma vez que muitas das iniciativas planejadas estão sujeitas à aprovação da administração municipal, incluindo prefeitos e secretários municipais de saúde. As gestoras argumentam que a condição de ser um município de pequeno e médio porte potencializa essa situação, podendo levar à descontinuidade dos serviços sob a gestão municipal. Essas restrições indicam a ocorrência

de administrações em que a abordagem política do governo tenha mais destaque do que a abordagem técnica e ética na prestação de serviços<sup>26</sup>.

Um estudo de caso realizado por Maria Eliana Labra<sup>27</sup>, no município de Campos dos Goytacazes, região Norte do Estado do Rio de Janeiro, sobre os Conselhos de Saúde e questões problemáticas relacionadas ao controle social, problematiza as relações entre conselheiros de saúde e gestores municipais. Tais relações também são observadas em estudos sobre representantes eleitos pelo voto popular, como prefeitos e vereadores<sup>27</sup>.

De forma aproximada, a presença do médico obstetra na equipe de atenção básica para o pré-natal de baixo risco em um dos municípios foi compreendida como interferência política na gestão e prática do cuidado pré-natal para a coordenadora de Saúde da Mulher do município, que planejava descentralizar o processo de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>24</sup> intercalando consultas entre médicos e enfermeiros da unidade de saúde. Naquele cenário, os médicos obstetras se uniram ao gestor municipal, exigindo que apenas especialistas realizassem o pré-natal de baixo risco, provocando a insatisfação evidente da gestora, que expressou sua opinião da seguinte forma durante a entrevista: “*a gente já descentralizou o serviço de pré-natal, não o pré-natal*” (Márcia, coordenadora de Saúde da Mulher de Florência).

De acordo com Warmling et al.<sup>28</sup>, o atendimento das gestantes realizado pelos obstetras na atenção primária é visto como uma maneira de reforçar a ênfase no atendimento médico, na busca livre por serviços e no uso frequente de exames, o que também foi evidenciado em nosso estudo de caso. Em ambos os estudos, inclusive, o protocolo de realização do cuidado pré-natal de baixo risco, preconizado pelo SUS por médicos generalistas, não é totalmente seguido.

A fala da enfermeira do município de Vale Branco, Sabrina, ilustra essa questão culturalmente enraizada, destacando a resistência das

gestantes em confiar no atendimento realizado por médicos da família ou enfermeiros da estratégia de saúde da família.

*Eu acho que eles têm a cultura de que tem que ser o médico ginecologista..., eles ainda não têm a confiança de ser atendido pelo médico da família e muito menos pelo enfermeiro da família (Sabrina - Enfermeira Vale Branco).*

As dificuldades enfrentadas pelos municípios de Florência e Vale Branco evidenciam uma disputa de poder entre os profissionais médicos e outros profissionais, especialmente os enfermeiros. Em Florência, quando os médicos, que até então eram responsáveis pela assistência na região, se unem e procuram o prefeito para questionar a descentralização, estão indo contra todas as evidências científicas disponíveis sobre a assistência ao pré-natal de baixo risco na APS. Tal fato destaca a manutenção do poder na assistência pré-natal em detrimento de outros profissionais. O fácil acesso aos profissionais especialistas permitiria que as gestantes buscassem os profissionais de forma espontânea, sem envolver o médico generalista, gerando uma opção de atendimento que não está vinculada à atenção primária ideal<sup>28</sup>.

Adicionalmente, é importante ressaltar a ausência de planejamento prévio das atividades no processo de trabalho da gestão. As ações são organizadas com base nas demandas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, os problemas são abordados conforme surgem e os gestores carecem de ferramentas avaliativas que poderiam contribuir para o planejamento mais eficiente das ações. Essa falta de autonomia é evidenciada na fala de uma gestora, que descreve como as decisões precisam passar por várias instâncias, limitando a capacidade de ação direta dos gestores: “*Eu não posso, eu tenho que passar isso pra Secretária, pra Secretária aprovar, passar pro Prefeito, se eles falarem que não, acabou*” (Paula - Coordenadora de Atenção Básica de Vila Bela).

Pinafo et al.<sup>29</sup> que também discutiram sobre os problemas e estratégias de gestão do SUS dos municípios de pequeno porte, mostraram que a descentralização da gestão do SUS, apesar de objetivar proporcionar mais autonomia nas decisões, da forma como foi realizada foi problemática. Os municípios adquiriram mais responsabilidades do que de fato estavam preparados, situação que evidenciou suas vulnerabilidades. Outro problema evidenciado pelos autores<sup>27</sup> foi a dificuldade dos municípios em oferecer aos munícipes os serviços de média e alta complexidade, fato que também verificamos em nosso campo. Como exemplo, observamos que as mulheres residentes em Vila Bela são obrigadas a viajar para um município vizinho para ter acesso a uma maternidade. A maneira que a descentralização se concretizou provocou a criação de vários sistemas isolados, o que gerou uma fragmentação e uma desorganização nos serviços de média e alta complexidade.

No que se refere aos obstáculos à prática do cuidado, eles são significativamente influenciados por problemas estruturais e escassez de materiais, resultando em sobrecarga de trabalho, especialmente para os profissionais de enfermagem que assumem funções de gestão de unidade e atendimento nas equipes. A sobrecarga de trabalho é uma realidade enfrentada pelos profissionais de enfermagem que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>30,31</sup>. Suas atribuições incluem visitas domiciliares, busca ativa de gestantes, identificação de faltas às consultas e atividades educativas relacionadas à saúde materna<sup>30,32</sup>. Vimos em campo o que encontramos na literatura: altas cargas de trabalho psíquicas estão estreitamente ligadas à excessiva demanda, à gestão ineficiente e ao acúmulo de responsabilidades assistenciais e administrativas para os enfermeiros<sup>31</sup>. Há ainda dificuldades na implementação de ações de promoção da saúde, acesso limitado à educação permanente, ausência de recursos humanos para atividades de apoio na unidade de saúde, sobrecarga de trabalho decorrente de atividades administrativas, gerenciais e de

apoio ao funcionamento dos serviços de saúde, aliada à organização da demanda espontânea e à infraestrutura limitada, o que restringe a prática clínica dos enfermeiros na APS<sup>33</sup>. A fala de Silvia, enfermeira de Serra Verde, sintetiza essa sobrecarga: “*Aqui, eu sou enfermeira, gerente e assistente. Então, tudo passa por mim*”. Essa declaração evidencia a sobreposição de funções e a falta de suporte adequado para os profissionais de enfermagem, comprometendo a qualidade e a eficiência do cuidado.

A PNAB de 2017 introduziu o cargo de gerente de unidade de saúde, credenciado pelo Ministério da Saúde, para coordenar e gerir as unidades. Suas funções incluem planejamento, organização do trabalho, coordenação de ações no território e integração da USF com outros serviços<sup>24</sup>. A presença desse profissional poderia aliviar a carga de trabalho das enfermeiras, permitindo-lhes focar na coordenação da equipe e nos cuidados de saúde à comunidade, entretanto nenhum município investigado relatou a presença do gerente de UBS.

A realização de atividades de promoção da saúde se apresenta como um importante desafio na assistência pré-natal. Andrea, enfermeira de Vila Bela, destaca essa dificuldade ao afirmar:

*Vou ser bem honesta, a gente não faz muitas ações. As pessoas aqui, elas têm um pouco de resistência pra escutar, pra ouvir palestras. Eu espero que isso seja quebrado, né?*

Os relatos das participantes reforçam que essas iniciativas ocorrem de forma esporádica e são praticamente inexistentes na maioria das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além disso, a ausência de um calendário estruturado impede a realização de ações educativas regulares e adaptadas às necessidades e à realidade local<sup>34</sup>.

Outro dado relevante é a questão da adesão das mulheres à assistência pré-natal realizada pela equipe de saúde da família. Após a descentralização da assistência nos municípios de

Serra Verde e Vale Branco, houve uma certa resistência das mulheres em realizar o pré-natal nas UBS. Com o intuito de lidar com as inquietações ligadas à descentralização da assistência pré-natal, algumas equipes de saúde da família em Vale Branco optaram por adotar a estratégia de conduzir consultas conjuntas entre médicos e enfermeiros, ao invés de alternar conforme recomendação da PNAB.

A realização do pré-natal de baixo risco é uma atribuição do profissional de enfermagem e consta na Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 1986<sup>35</sup>, entretanto os achados desta pesquisa evidenciaram que ainda é comum o estranhamento da população a respeito da realização da consulta pré-natal por enfermeiros.

O trabalho de Melo et al.<sup>30</sup> também descreve fatores que influenciam a realização do pré-natal de baixo risco pelos enfermeiros. Os resultados dialogam com os nossos e evidenciam questões como: falta de acolhimento das gestantes pelos profissionais, a carência de recursos relacionados à infraestrutura, recursos humanos e materiais, sobrecarga de atividades para os enfermeiros, falta de compreensão sobre o papel do enfermeiro e a consulta de enfermagem, bem como a necessidade de maior capacitação profissional<sup>30,32</sup>.

A ausência de uma maternidade no município de Vila Bela e a liberdade das mulheres para escolher onde e com qual profissional desejam dar à luz tornam o local uma opção procurada para assistência ao parto, atraindo mulheres de outras localidades. Andrea, enfermeira de Vila Bela, destaca que *“basicamente é agendado, exceto quando alguém entra em trabalho de parto, aí, não tem o que fazer, né?”*. Essa situação reflete a preferência pela cesariana, influenciada tanto pela escolha das mulheres quanto pela escassez de maternidades, equipes preparadas e políticas públicas locais que promovam o parto vaginal. Fernanda, médica obstetra de Florência, complementa: *“... e da conscientização das pacientes pra um parto normal... O índice de cesariana no interior é enorme...”*. Esses relatos evidenciam a complexidade das escolhas e barreiras estruturais

que impactam a assistência ao parto nos municípios do interior.

Esses dados vão ao encontro do estudo realizado por Nakano et al.<sup>36</sup>, que analisou a cultura em torno do parto e nascimento, destacando a crescente normalização da cesariana como método de parto, com base nos relatos de mulheres submetidas a cesarianas em maternidades particulares no Rio de Janeiro e em São Paulo. A cirurgia é vista como um procedimento seguro, higiênico e bem-organizado, alinhado com o estilo de vida contemporâneo e às limitações sociais e biológicas associadas aos métodos tradicionais de reprodução. Além disso, as mulheres defendem sua autonomia na tomada de decisões sobre o nascimento de seus filhos, contribuindo para a formação de novos valores e normas que acolhem a tecnologia e redefinem a ideia de ‘natural’ no contexto do parto<sup>36</sup>.

A gestão municipal possui importante impacto na qualidade da organização dos serviços de saúde<sup>26</sup>. Merece destaque a grande participação das enfermeiras nos cenários de gestão e de cuidado, observada em campo, apesar dos atravessamentos encontrados na prática profissional. Apesar de a maioria das mulheres não possuírem experiência anterior em gestão, as gestoras enfermeiras defendem sua capacidade de influenciar as ações e serviços de saúde locais. Mesmo que em alguns relatos a falta de autonomia apareça, elas relatam contar com a confiança dos superiores e possuir capacidade em liderar e manter um diálogo eficaz.

## Considerações finais

A literatura apresenta carência de estudos que analisem as particularidades de gestão e os cuidados pré-natal em municípios de pequeno e médio porte. Os resultados deste estudo evidenciaram diversos desafios que impactam o trabalho de gestores e profissionais de saúde na assistência pré-natal. Apesar das adversidades, os esforços para enfrentar os obstáculos diários

e desenvolver estratégias para aprimorar o cuidado são notórios. Fatores como a proximidade geográfica dos serviços e a construção de vínculos entre profissionais e usuários, muitas vezes baseados em laços comunitários, foram identificados como pontos fortes.

Entretanto, dificuldades na implementação de políticas e programas essenciais para a organização da assistência pré-natal, como a captação precoce das gestantes, a realização de no mínimo seis consultas e a oferta de atividades de promoção da saúde, representam desafios persistentes. Esses fatores estão diretamente relacionados às particularidades locais, incluindo localização geográfica, interferências políticas, e dinâmicas sociais, gerenciais e assistenciais.

Para evitar o aprofundamento das desigualdades sociais, é fundamental adotar abordagens específicas na organização dos serviços. Propomos que os serviços de saúde sejam planejados considerando as características e necessidades das populações locais. Isso inclui ampliar o acesso das gestantes aos serviços de saúde, promover ações educativas voltadas à gestação e ao parto, e fortalecer o vínculo com as usuárias, respeitando a realidade e a cultura local.

Com base nos achados desta pesquisa, esperamos oferecer subsídios para gestores e profissionais de saúde, ajudando-os a identificar desafios e oportunidades para aprimorar a assistência pré-natal em contextos locais, reduzindo desigualdades e promovendo maior equidade no acesso à saúde materna.

Uma limitação deste estudo foi a ausência de perspectivas das mulheres grávidas e puérperas usuárias do SUS. Sem suas experiências, não foi possível captar nuances importantes sobre o acesso, a qualidade do atendimento e as necessidades específicas desse grupo. Diante disso, sugerimos a realização de pesquisas que explorem as vivências,

percepções e necessidades das mulheres em relação ao cuidado pré-natal em municípios do interior. Tais estudos podem complementar as análises aqui apresentadas e contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais inclusivas e eficazes, que beneficiem tanto gestantes quanto os profissionais envolvidos no cuidado pré-natal.

A criação de políticas públicas não garante, por si só, sua implementação eficaz. Assim, é crucial compreender as condições que envolvem o acompanhamento pré-natal em municípios de pequeno e médio porte, incluindo as limitações estruturais e a influência de fatores políticos na gestão dos serviços.

## Agradecimentos

Agradecemos aos professores Andreza Rodrigues, Carla Guedes e Marcos Dias, pelas valiosas contribuições a uma primeira versão deste artigo. Expressamos também nossa profunda gratidão aos gestores e profissionais de saúde que, generosamente, compartilharam suas experiências, essenciais para a realização deste artigo.

## Colaboradoras

Souza LC (0000-0003-4030-5805)\* contribuiu para concepção do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão do manuscrito, aprovação da versão final para publicação e foi responsável pela exatidão e integridade de todos os aspectos da pesquisa. Maksud I (0000-0002-3465-151X)\* contribuiu para concepção do estudo, interpretação dos dados, escrita do manuscrito e aprovação da versão final para publicação. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF; 1988 out 5 [acesso em 2024 out 7]; Seção 1:1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
2. Presidência da República (BR). Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições, para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182; Seção 1:1-5.
3. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 dez 31; Seção 1:25694.
4. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: Oliveira RG, Grabois V, Mendes Júnior WV, organizadores. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2009. p. 49-74.
5. Viellas EF, Domingues, RMSM, Dias MAB, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2014;30(supl1):S85-S100. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
6. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, et al. Prenatal care in the Brazilian public health services. Rev Saúde Pública. 2020;54(8):1-12. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
7. Leal MC, Bittencourt SDA, Torres RMC, et al. Determinants of infant mortality in the Jequitinhonha Valley and in the North and Northeast regions of Brazil. Rev Saúde Pública. 2017;51:1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006391>
8. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(3):140-7.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [acesso em 2023 out 28]. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/apps/rural\\_urbano/](https://www.ibge.gov.br/apps/rural_urbano/)
10. Domingues BRC, Gontijo FS. Como assim, cidade do interior? Antropologia, urbanidade e interioridade no Brasil. Ilha R Antr. 2021;23(3):61-83. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2021.e74075>
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
12. Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (BR). Painel regional: Noroeste fluminense [Internet]. Rio de Janeiro: Sebrae-RJ; 2016 [acesso em 2024 jan 14]. Disponível em: [https://sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/Relat%c3%b3rio\\_Painel\\_Regional\\_Observat%c3%b3rio\\_Noroeste\\_Fluminense\\_2018.pdf](https://sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Anexos/Relat%c3%b3rio_Painel_Regional_Observat%c3%b3rio_Noroeste_Fluminense_2018.pdf)
13. Keen J. Estudos de caso. In: Pope C, Mays N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde [Internet]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009 [acesso em 2024 jan 14]. p. 126-34. Disponível em: [https://www.google.com.br/books/edition/Pesquisa\\_qualitativa\\_na\\_aten%C3%A7%C3%A3o\\_a\\_s\\_a%C3%BA/sI4VxLcXWVYC?hl=pt-BR&gbpv=1&printsec=frontcover](https://www.google.com.br/books/edition/Pesquisa_qualitativa_na_aten%C3%A7%C3%A3o_a_s_a%C3%BA/sI4VxLcXWVYC?hl=pt-BR&gbpv=1&printsec=frontcover)
14. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida co-

- tidiana. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2016 abr 7. Seção 1:44-6. [acesso em 2025 fev 15]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)
15. Gomes R. Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes; 2007.
  16. TABNET [Internet]. Brasília, DF: DATASUS. 2008 [acesso em 2024 maio 28]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
  17. Secretaria de Saúde do Estado (RJ). Diagnóstico de saúde da região Noroeste [Internet]. Rio de Janeiro: SSE-RJ; 2020 [acesso em 2024 dez 12]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzQ%2C>
  18. SISAB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica [Internet]. Versão 3.2.1.2. Brasília, DF: DATASUS. [data desconhecida] [acesso em 2024 abr 12]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>
  19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2024 abr 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
  20. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad Saúde Pública. 2017;33(3):e00195815. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815>
  21. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal no Brasil. Saúde debate. 2018;42(esp2):111-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S208>
  22. Manfio SBA, Silva IDJF, Moraes JMM, et al. Análise das cesarianas realizadas entre 2018 e 2022 no Brasil à luz da classificação de Robson. Braz J Implantol Health Sci. 2024;6(6):12-27. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p12-27>
  23. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. Reprod Health. 2016;13(3):127. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>
  24. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set. 22; Seção 1.
  25. Ministério da Saúde (BR). Programa de humanização do parto, humanização no pré-natal e nascimento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
  26. Sanine PR, Dias A, Machado DF, et al. Influência da gestão municipal na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do interior de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2021;37(1):e00242219. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00242219>
  27. Labra ME. Conselhos de saúde do Estado do Rio de Janeiro: complexidades e paradoxos do controle social. In: Uzá MAD, Sá MC, Martins M, et al., organizadores. A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010 [acesso em 2024 abr 20]. p. 89-118. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c2hxb>
  28. Warmling CM, Fajardo AP, Meyer DE, et al. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. Cad Saúde Pública. 2018;34(4):e00009917. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009917>
  29. Pinafo E, Nunes EFPA, Carvalho BG, et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. Ciênc saúde coletiva. 2020;25(5):1619-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>

30. Melo VSG, Gomes ENF, Silva EA, et al. Os desafios dos enfermeiros para realização do pré-natal na estratégia de saúde da família. R Pró-Uni [Internet]. 2021 [acesso em 2025 fev 12];12(2):2-9. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/23293>
31. Mendes M, Trindade LL, Pires DEP, et al. Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. Rev esc enferm USP. 2020;54:e03622. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019005003622>
32. Silva AA, Jardim MJA, Rios CTF, et al. Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. Rev Enferm UFSM. 2019;9:e15. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769232336>
33. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. Rev Bras Enferm. 2018;71:704-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
34. Silva NM, Queiroz TDR, Silva AB, et al. Educação em saúde com gestantes na estratégia saúde da família: desafios e possibilidades. Ciên Méd Biol. 2022;21(2):203-10. DOI: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v21i2.46713>
35. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Lei do exercício profissional da enfermagem (LEPE). Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 1986 jun 25 [acesso em 2025 fev 12]; Seção 1:9.273-5. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)
36. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. Physis. 2015;25(3):885-904. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300011>

---

Recebido em 18/06/2024

Aprovado em 20/01/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e Programa de Incentivo à Pesquisa (PIP IV) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

No manuscrito ‘Ser um município do interior às vezes é bom, às vezes, é ruim: gestão e cuidado pré-natal em municípios de pequeno e médio porte’.

Saúde debate V. 49, N. 145, e9587, abr-jun 2025,

A Saúde em Debate corrige o suporte financeiro.

Na página 17, onde se lia:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) (processo nº 88882.437588/2019-01). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq (processo nº 313822/2021-2

Leia-se:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e Programa de Incentivo à Pesquisa (PIP IV) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz