



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE
SAÚDE NA AMAZÔNIA**

EIDIE DO VALE SOUZA

**ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL
RURAL DE MANAUS**

MANAUS – AM

2018



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE
SAÚDE NA AMAZÔNIA**

EIDIE DO VALE SOUZA

**ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL
RURAL DE MANAUS**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Processo Saúde Doença e organização da Atenção à populações indígenas e outros grupos em situação de vulnerabilidade

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Garnelo Pereira

MANAUS – AM

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

P729a

Souza, Eidie do Vale.

Atenção ao pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde Fluvial de Manaus. /

Eidie do Vale Souza. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2018.

103 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2018.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Garnelo Pereira.

1. Gestantes 2. Cuidados pré-natal 3. Unidade Básica de Saúde Fluvial

I. Título

CDU 612.392.01:618.3(811.3) (043.3)

CDD 616.152098113

22. ed.

Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos - CRB-11/ 287

EIDIE DO VALE SOUZA

**ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL DE
MANAUS**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Processo Saúde Doença e organização da Atenção à populações indígenas e outros grupos em situação de vulnerabilidade

Aprovada em: 16 de Março de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Garnelo Pereira - Orientadora

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof^ª. Dr^ª. Maria do Carmo Leal- Membro Externo

Escola Nacional de Saúde Pública ENSP – FIOCRUZ

Prof^ª. Dr^ª. Rosana Pereira Parente – Membro Interno

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Pesquisa realizada no âmbito do Projeto: **Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas**; financiado pelo **CNPq, Edital Universal**, Processo No. **407944/2016-8**.

DEDICATÓRIA

Aos meus amores Rafaela e Érika, razão da minha persistência e das minhas alegrias.

Á Érika, minha caçula que me acompanhou nessa trajetória embalada no meu ventre e fez desse caminhar algo doce, sereno e especial.

Ao meu amado Rafael por todo apoio, cada lágrima enxugada e palavras de ânimo. Por ser minha calma em dias de tempestade. Por ser meu estrategista e por tornar mais leve esse caminhar.

Aos meus pais Enock e Elen, que me ensinaram o caminho da persistência, que me encheram de amor, me animaram e seguraram minha mão em todos os momentos. Amo vocês mais do que as palavras possam expressar.

AGRADECIMENTOS

À Deus, meu companheiro e amigo em momentos tão incertos. És Grandioso por tudo que tens feito em mim.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Luíza Garnelo por me ajudar a percorrer o caminho da pesquisa. Minha eterna admiração e gratidão por cada orientação e aconselhamento.

À minha família por todo apoio e incentivo. Vocês são especiais para mim!

À minha amada mãe Elen. O que seria de mim sem você? Muito obrigada por cuidar das meninas enquanto eu estudava ou viajava, por amá-las e encaminhá-las no Caminho certo. Muito obrigada por suas orações e incentivos constantes, pelas lágrimas derramadas e por seu amor.

Ao meu amado pai Enock. Gratidão pela alegria de vê-lo amando e cuidando das minhas filhas nos momentos de minha ausência. Por suas orações, pelo incentivo e por todo apoio.

À querida prof^a Jucimary, coordenadora de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas por entender minhas ausências e me apoiar em momentos difíceis.

Às minhas colegas de trabalho da Universidade do Estado do Amazonas pelo apoio nas aulas práticas e incentivos constantes.

Aos colegas da primeira turma do PPGVIDA pelos momentos ímpares que tivemos juntos. Pelas narrações hilárias e criativas das defesas, pelas gargalhadas, tensões e convivência compartilhada. E de maneira especial pelo chá de fralda, momento de muito carinho e ternura.

Aos queridos amigos Zilmar e Amélia pelas orientações, revisões e apoio durante todo esse processo. Vocês sempre me estenderam a mão e me deram dicas valiosas. Minha eterna gratidão!

À minha parceira de jornada Anne Lima e à amável Prof^a Dr^a Eveline Mainbourg pelo carinho e apoio. Que alegria poder compartilhar essa jornada com vocês!

Às queridas Prof^{as} Dr^{as} Rosana Parente e Adenilda Arruda pela generosidade de compartilhar orientações importantes na construção desse estudo.

À minha amiga irmã Anete Leda que orou incessantemente por mim, mesmo em situação de muita fragilidade de saúde, sempre me incentivou e me animou mesmo à distância.

Ao Distrito de Saúde Rural, em especial a chefe de atenção à saúde Rita Serra, por nos apoiar na coleta dos dados e facilitar todo o processo que envolvia as viagens na Unidade Fluvial. Agradeço também à equipe do Núcleo de Monitoramento e Avaliação (NUMOA), em particular à Mônica que me apresentou o SISPRENATAL.

À Equipe da Unidade Básica de Saúde Fluvial Catuiara – Rio Negro. O que dizer de vocês? Pessoas comprometidas em cuidar das pessoas, com um atendimento de qualidade, cheio de carinho, competência e benevolência. Que não medem esforços para fazer o SUS dar certo, mesmo em situações adversas. Minha eterna gratidão pela acolhida e pela generosidade de compartilhar informações.

À Enf^a Ana Salazar por responder prontamente infindáveis perguntas e por ser sempre solícita.

Aos Diretores das Unidades Básicas e Agentes Comunitários de Saúde. Vocês foram incansáveis em apoiar esse estudo. Foi um prazer conhecer pessoas tão generosas e comprometidas.

À todas as mulheres que aceitaram participar desse estudo. Conheci a história de muitas e afirmo minha admiração por cada uma.

Ao Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz-AM), representados por seus professores e colaboradores, por ter nos proporcionado condições de trilhar o caminho da aprendizagem.

"Se cheguei até aqui foi porque me apoiei no ombro dos gigantes"

Isaac Newton

*“Eu amo esses rios da selva
Nas suas restingas meus olhos passeiam
O meu sangue nasce nas suas entranhas
E nos seus mistérios meus sonhos vagueiam*

*E das suas águas sai meu alimento
Vida, fauna, flora o meu sacramento
Filho dessa terra da cor morenez
Esse sol moreno queimou minha tez*

*Cabocla cheirosa, caboclo guerreiro
Cunhantã viçosa, curumim sapeca
Eu amo essas coisas tão puras tão minhas
Gostosas farinhas do caldo do peixe
O banzeiro e a canção, e o farto verão
Tudo isso me faz com que eu não te deixe
Amazonas, Amazonas, Amazonas meu amor”*

Chico da Silva

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a adequação do pré-natal realizado em Unidade Básica de Saúde Fluvial rural, no Amazonas. Estudo quali-quantitativo de avaliação de conformidade da estrutura da unidade, processo organizativo do cuidado e adequação do pré-natal ofertado às gestantes inscritas na UBSF entre 2015-2016. Quanto à estrutura, incluiu a avaliação da rede física, equipamentos e insumos para o cuidado ao pré-natal, a qual foi guiada por uma matriz avaliativa com seis dimensões. A organização do atendimento pré-natal na UBSF foi analisada através da caracterização de fluxo de atendimento da UBSF e principais ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional. A avaliação de adequação foi empreendida por meio de parâmetros clínico-operacionais do PHPN e indicadores de Kessner e Kotelchuck modificados. Para o eixo estrutura os dados demonstraram que a adequação global alcançada foi parcialmente adequada. O fluxograma descritor da trajetória da gestante na unidade evidenciou singularidades como oferta mensal concomitantes das consultas médicas e de enfermagem, a realização e pronta entrega do teste rápido de gravidez e exames básicos preconizados, as consultas farmacêuticas, a consulta odontológica puerperal e o atendimento aos agravos. A adequação segundo os índices de Kessner e Kotelchuck modificados demonstrou que 62,4% gestantes tiveram pré-natal adequado. Na avaliação das atividades preconizadas pelo PHPN, predominaram os percentuais de inadequação 87,1% e adequação intermediária (12,9%), resultados próximos aos encontrados em outras regiões do país. Quando se avaliou os itens agrupados por níveis, observou-se que a baixa adequação em comparação a outros índices, pode estar relacionada à mensuração de um conjunto mais amplo de variáveis, tornando o processo avaliativo mais exigente. No nível 2 baixos percentuais no registro da ausculta do BCF e movimentos fetais (37,6%) e mensuração da altura uterina (6,5%) podem ter impactado negativamente a adequação global. De modo semelhante, no nível 3, a adequação global foi de 15,1%, devido ao baixo desempenho dos exames de repetição (34,4%), mesmo com elevada porcentagem dos exames básicos na primeira consulta (98,8%). No nível 5, destacou-se a prescrição de sulfato ferroso, item para o qual foram encontradas somente 11,8% das cadernetas com pelo menos uma prescrição a cada trimestre. Conclui-se que mesmo com o regime intermitente de atendimento, o cuidado pré-natal realizado na UBSF tem as condições necessárias para uma oferta plenamente adequada e em consonância as normas e atividades preconizadas pelas autoridades sanitárias. Recomendam-se melhorias para aprimorar o registro eficiente das ações desenvolvidas e estimular a realização regular de cuidados obstétricos.

Palavras-chave: Serviços de saúde rural, Cuidado pré-natal, Avaliação dos serviços de saúde.

ABSTRACT

Evaluate the adaptation of prenatal accomplished in rural Fluvial Health Basic Unit in Amazon, was the objective this study. The quali-quantitative study of conformity evaluation of the unit structure, organizing process of the care and adaptation of the prenatal offered to the pregnant women enrolled in the UBSF between 2015-2016. Related to the structure it included the evaluation of the physical net, equipments and inputs to the care to the prenatal, which was guided by a evaluating matrix with six dimensions. The organization of the prenatal service in UBSF was analyzed through the characterization of the UBSF flow service and main actions developed by a multi-professional team. The adaptation evaluation was undertaken through clinical-operational parameters of PHPN and modified indicators of Kessner and Kotelchuck. For the axis of structure the data show that the reached global adaptation was partially appropriate. The flowchart descriptor of the path of pregnant woman in the unit evidenced singularities as the offer of monthly concomitant consultations of medical and of nursing, the accomplishment and ready delivery of the fast test of pregnancy and recommended basic exams, the pharmaceutical consultations, the puerperium dental consultation and the service to the injuries. The adaptation according to the modified indexes of Kessner and Kotelchuck demonstrated that 62,4% pregnant women had appropriate prenatal. In the evaluation of the activities extolled by the PHPN, the percentile of inadequacy 87,1% and intermediate adaptation prevailed (12,9%), close results to those found in another areas of the country. When the items contained by levels was evaluated, it was observed that the low adaptation in comparison with other indexes, can be related to a wider group of mesuring variables, turning the evaluation process more demanding. In the level 2 the low percentile in the registration of the auscultate of BCF and fetal movements (37,6%) and mensuring of the uterine height (6,5%) can have impacted negatively on the global adaptation. In a similar way, in the level 3 the global adaptation was 15,1%, due to the low performance of the repetition exams (34,4%), even with high percentage of the basic exams in the first consultation (98,8%). In the level 5 the prescription of ferrous sulfate stood out, item to which only 11,8% of the notebooks were found with at least a prescription to every quarter. It is ended that even with the intermittent regime of service, the prenatal care accomplished in UBSF has the necessary conditions to an offer fully appropriate and in consonance with the norms and activities recommended by the sanitary authorities. Improvements are recommended to improve the efficient registration of the developed actions and to stimulate the regular accomplishment of obstetric cares.

Keywords: Rural Health, Prenatal Care, Evaluation of health services

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AU	Altura Uterina
APN	Atenção ao pré-natal
BCF	Batimentos cardíofetais
DPP	Data Provável do Parto
DISAR	Distrito de Saúde Rural
ESF	Estratégia da Saúde da família
Esff	Equipes de Saúde da Família Fluviais
HIV	Traduzido: Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
MV	Movimentos Fetais
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PN	Pré-natal
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
RAS	Redes de Assistência à Saúde

RC	Rede Cegonha
RN	Recém-nascido
SAGESC	Laboratório de Pesquisa Situação de Saúde e Gestão do Cuidado às Populações em Situação de Vulnerabilidade
SISPRENATAL	Sistema Eletrônico para Coleta de Informações sobre o Acompanhamento das Gestantes Atendidas no SUS
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1. REVISÃO DE LITERATURA	18
Atenção pré-natal (APN) na atenção básica	18
Critérios de Avaliação da Atenção Pré-natal no Brasil	21
AVALIAÇÃO EM SAÚDE - ABORDAGENS CONCEITUAIS	25
AS DIMENSÕES DO CUIDADO EM SAÚDE	33
Dimensão organizacional do cuidado pré-natal na Atenção Básica	35
2. JUSTIFICATIVA	39
3. OBJETIVOS	40
3.1 Geral	40
3.2 Específicos	40
4. METODOLOGIA	41
4.1. Desenho do Estudo	41
4.2 Local do Estudo:	41
4.3 Seleção dos Participantes	42
4.4 Plano de Coleta e de Análise dos Dados	43
4.5 Considerações Éticas	53
5. RESULTADOS	53
Avaliação da adequação do Pré-natal em Unidade Básica de Saúde Fluvial Rural no Amazonas	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	76
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO	79
APÊNDICES	89
ANEXOS	100

INTRODUÇÃO

O pré-natal compreende um conjunto de importantes cuidados para a promoção à saúde da gestante e do feto. Também propicia a identificação precoce de condições que possam tornar a gestante vulnerável, permitindo a implementação de ações que auxiliem na redução dessa vulnerabilidade e da mortalidade materna (BRASIL, 2013a).

As práticas do cuidado pré-natal começaram a ser sistematizadas no mundo todo a partir do começo do século XX. Anteriormente a essa data, a prestação de cuidados se restringia ao momento do parto, o qual era realizado por mulheres que tinham conhecimento empírico desses eventos vitais. Para as gestantes mais ricas existia a possibilidade de ser acompanhada por um médico no momento do parto (BRENES, 1991).

Contudo, os índices de mortalidade materno-infantil nesse período eram elevados, obrigando os governos a criarem estratégias para redução dos valores e impactos negativos produzidos pelos óbitos ligados ao ciclo gravídico-puerperal. Nicolaidis (2011) menciona que para diminuir esses índices foi criado em 1929, o Memorando sobre Clínicas Pré-natais (*Memorandum on Antenatal Clinics*), pelo Ministério da Saúde do Reino Unido.

Esse documento recomendava que as gestantes deveriam iniciar o acompanhamento médico até a 16ª semana com intervalos de quatro semanas entre as consultas até chegar a 28ª semana gestacional. A partir daí o intervalo entre as consultas deveria ser de quinze dias e após a 36ª semana gestacional, as consultas passavam a ser semanais. Essas diretrizes propostas foram acatadas e implementadas no mundo todo. Em algumas regiões foram adicionados outros critérios para atender as necessidades e especificidades locais (NICOLAIDES, 2011).

No Brasil a atenção pré-natal (APN) teve os primeiros serviços implantados entre as décadas de 20-30, mas ganhou notoriedade a partir das discussões que permearam a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a criação de programas específicos para a saúde da mulher. Dentre essas iniciativas destacam-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) criado em 1984, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) criado em 2000 e a Rede Cegonha (RC) criada em 2011 (COSTA, 1999, SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004, CAVALCANTI et al., 2013).

Victora et al. (2011) mencionam expressiva melhoria nos indicadores de morte materna nas últimas três décadas, fortemente relacionada às mudanças nos contextos sociais e econômicos brasileiros. Nesse âmbito os autores destacam o incremento da urbanização; mudanças no papel da mulher na sociedade, favorecendo o acesso ao mercado de trabalho; elevação dos níveis educacionais e adoção de contraceptivos em grande escala, com conseqüente redução da taxa de

fecundidade e da gravidez de risco e/ou não planejada. Além disso, os autores também incluem os programas de transferência condicional de renda e a promoção da inclusão social.

Nesse contexto, a Atenção Básica em saúde (AB) no Brasil, através da Estratégia da Saúde da Família¹ (ESF), se tornou um modelo central de atenção ao pré-natal, ao mediar mudanças necessárias para garantir sua qualidade e efetividade, prevenir situações que levem a desfechos negativos e garantir o cumprimento dos princípios de universalidade, integralidade, continuidade, equidade, humanização e participação social às gestantes (VICTORA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2013; BRASIL, 2013a).

Em área rural, particular a amazônica, a oferta do pré-natal e de outros serviços de saúde na AB enfrenta desafios que podem estar ligados a questões como extensos territórios e baixa densidade demográfica, acesso difícil e fenômenos climáticos como enchente e vazante dos rios que impactam diretamente nos modos de vida, bem como na busca e acesso aos serviços de saúde (SCHÜTZ et. al., 2014; SCHERER, 2004).

Ao limitado conhecimento sobre os modos de vida da população rural somam-se a dificuldade que os gestores têm em estabelecer unidades de saúde nessas localidades, bem como manter quantidade suficiente de profissionais capacitados e que compreendam as especificidades dos usuários da região (GOMES; NOGUEIRA; TONELI, 2016).

Segundo Silva (2006) ainda que muitos dos indicadores epidemiológicos tenham apresentado melhoras no transcorrer dos anos em áreas urbanas, o mesmo não ocorreu nas áreas rurais da Amazônia, onde os avanços são lentos e irregulares. Associados a isso, estão a taxa de analfabetismo, pobreza, a falta de acesso e informações básicas à saúde, contribuem para incrementar desfechos vitais negativos, como a mortalidade perinatal.

Mediante esse cenário e na busca de ampliar a cobertura da atenção pré-natal (APN) em áreas rurais, ribeirinhas e de difícil acesso na Amazônia Legal e Nordeste, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), implementada em 2012, estabeleceu que tais regiões fossem assistidas por Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) e equipes de saúde da família fluviais (ESFF).

Contudo, é importante ressaltar que no Amazonas existem unidades cuja atuação preexiste à regulamentação proposta pela PNAB, como é o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)

¹ A atenção básica se apresenta com dois modelos: o tradicional e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Os dois modelos trabalham com a lógica de delimitação territorial e população adscrita. Contudo, o modelo tradicional se volta ao atendimento das condições agudas individuais, com predomínio para medicalização e acesso ao serviço por demanda espontânea. A Estratégia Saúde da Família, por sua vez, valoriza a família e a comunidade no processo saúde-doença, mapeia os riscos à saúde e atua na solução dos problemas mais frequentes e estabelece parcerias para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças ou agravos, recuperação e reabilitação (ELIAS et al., 2006).

Catuiara, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, que atende os moradores da área rural que vivem ao longo da calha do Rio Negro e Rio Amazonas, em área fronteira entre Manaus e os municípios de Novo Airão e Careiro, respectivamente.

A atuação da Unidade Básica de Saúde Fluvial Catuiara junto à população que habita nas margens do Rio Negro é objeto dessa pesquisa. Ali, a unidade oferta atendimento em 25 assentamentos rurais. Dado o grande número de assentamentos em contraponto ao número de dias de atendimento, verifica-se que a UBSF Catuiara aporta mensalmente em onze delas; o atendimento às outras doze é garantido mediante o deslocamento dos próprios usuários às localidades onde a unidade móvel aporta rotineiramente. No conjunto a UBSF Catuiara permanece por seis horas em cada comunidade, oferecendo diversos serviços e programas desenvolvidos na rede básica de saúde, aí incluída atenção ao pré-natal.

Este modelo de organização da atenção foi proposto pelo Ministério da Saúde como alternativa para promover extensão de cobertura para populações rurais e adotado por diversos municípios na Amazônia após a publicação da portaria nº 2.488/2011. Tais circunstâncias geram relevante desafio à qualidade e efetividade das atividades de atenção primária desenvolvidas neste modelo itinerante de oferta de serviços de saúde.

Assim sendo, iniciativas de avaliação em saúde se tornam importantes meios para apreender as especificidades de atendimento da UBSF Catuiara e, no caso específico da pesquisa aqui apresentada, avaliar se o pré-natal ali ofertado – nas supracitadas circunstâncias de itinerância – consegue garantir acesso, qualidade e efetividade às gestantes residentes na área rural de Manaus.

Existem diversos modos de empreender avaliações em saúde. Os mais adotados no Brasil são avaliações do tipo normativa e pesquisa avaliativa. Nesse estudo, optou-se pelo caminho da avaliação normativa, que baseia suas premissas teóricas no modelo sistêmico estrutura-processo-resultado, proposto por Donabedian em 1980 (apud SILVA, 2009). No âmbito da avaliação normativa, os estudos de adequação consistem em observar se os objetivos do programa de saúde foram alcançados, comparados às normas elaboradas por experts ou derivadas da prática clínica (SANTOS; VICTORA, 2004).

Além disso, a bibliografia específica de atenção pré-natal versa sobre avaliação de adequação, desenvolvida a partir do uso de três principais índices. O primeiro índice é o de Kessner modificado no Brasil por Takeda (1993) que considera adequado o pré-natal com início até a 20ª semana gestacional e a realização de seis consultas pré-natais. O segundo índice é o de Kotelchuck modificado por Leal et al. (2004) que, para a realidade brasileira, considera como adequado o pré-natal iniciado até o 4º mês gestacional com a realização de seis consultas esperadas. O terceiro

grupo é composto pelas atividades propostas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde, que a partir de 2002, preconizou que o início do pré-natal deve ocorrer até quarto mês gestacional; realizar seis consultas de pré-natal, sendo uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação; ofertar uma consulta de puerpério, realizar os exames básicos preconizados para o pré-natal (hematócrito e hemoglobina, glicemia, fator Rh e Sistema ABO, urina, sífilis), além do teste anti-HIV, dose imunizante da vacina antitetânica, quando necessário; ofertar atividades educativas e efetuar a classificação de risco gestacional (BRASIL, 2002).

Além da avaliação de adequação empreendida mediante os índices de Kessner, Kotelchuck e do programa de PHPN, as características de atendimento efetuado pela UBSF Catuiara demandaram a ampliação do processo avaliativo para abranger a organização do cuidado, a estrutura física e os insumos ali disponibilizados para a realização do pré-natal, buscando apreender se a singularidade do atendimento itinerante e restrito a uma ocasião por mês era capaz de cumprir os requisitos de um bom pré-natal.

Para tal fim adotou-se a conceituação de cuidado tal como proposto por Cecílio (2011), que caracteriza o cuidado em saúde como

“o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz” (CECÍLIO, 2011, p. 589).

A partir desse conceito Cecílio (op.cit.) analisou o cuidado através das dimensões individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

Dentre as dimensões abarcadas pelo conceito de cuidado formulado por Cecílio, é de interesse para este estudo a **dimensão organizacional**, que compreende a divisão técnica e organizativa do pré-natal desenvolvido na instituição, bem como sua regulação através de normas, fluxos, regras e atribuições gerenciais e do trabalho em equipe que determinam como o cuidado será prestado no serviço estudado.

Apesar da avaliação de pré-natal ser tema recorrente na literatura, ressalta-se que há escassos estudos de adequação ou organização realizados em área rural, inclusive no estado do Amazonas, demandando melhor conhecimento desta realidade.

Considerando que o Amazonas possui uma extensa área territorial rural, com baixa densidade demográfica e de difícil acesso, entrecortada pelo Rio Negro e seus afluentes; que existe uma unidade fluvial que atende essa região de forma intermitente e com tempo limitado para cada

comunidade; que oferece todos os programas preconizados na AB, incluindo o pré-natal, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a atenção ao pré-natal realizada em uma unidade básica de saúde fluvial rural no município de Manaus através de indicadores de estrutura (organização do atendimento pré-natal, caracterização da estrutura física e insumos disponíveis) e processo (adequação através dos índices de Kessner e Kotelchuck modificados e atividades do PHPN).

1. REVISÃO DE LITERATURA

Atenção pré-natal (APN) na atenção básica

Em 1984, reivindicações feministas levaram à criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que visava oferecer cuidado universal e integral em todas as fases do ciclo vital da mulher. Suas ações incluíam além do atendimento clínico, práticas educativas, acompanhamento no ciclo gravídico-puerperal, atendimento a doenças sexualmente transmissíveis, câncer do colo de útero e mama, além da oferta de ações mais específicas para contracepção (COSTA, 1999; OSIS, 1998; BRASIL, 2011a; CASSIANO et al., 2014).

O programa tornou-se um marco diferencial porque enfatizava a cidadania feminina, a integralidade das ações de saúde, e o direito à contracepção e ao aborto. As medidas sugeridas pelo PAISM não foram bem-sucedidas em obter ampla realização na rede de saúde, o que impediu a efetivação de parte de suas propostas (COSTA, 1999; OSIS, 1998; BRASIL, 2011a; CASSIANO et al., 2014).

Em 2000 foi criado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que preconizava a realização de um conjunto de ações que visava garantir um atendimento de qualidade à gestante, dentre elas destacam-se a realização da primeira consulta até o 4º mês gestacional; a oferta de pelo menos seis consultas (uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação e uma no puerpério); a realização de exames laboratoriais no primeiro trimestre ou primeira consulta e sua repetição no terceiro trimestre, além de vacinação antitetânica e anti-hepatite B (BRASIL, 2013a; POLGLIANE et. al., 2014).

Do ponto de vista clínico o cuidado ao pré-natal deve contemplar anamnese, exame físico, incluindo avaliação nutricional e de peso, e, caso se identifique situações de risco, encaminhamento da gestante ao serviço de urgência/emergência ou ao de pré-natal de risco. As consultas devem ser um momento propício para oferecer orientações gerais sobre gestação, parto, pós-parto e cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2013a).

Além disso, com a implantação do PHPN criou-se o Sistema Eletrônico para Coleta de Informações sobre o Acompanhamento das Gestantes Atendidas no SUS (SISPRENATAL), com a finalidade de registrar e acompanhar a implantação, evolução e avaliação dos serviços e práticas realizadas na atenção pré-natal (APN), viabilizando o monitoramento dos indicadores priorizados pelo PHPN (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004; ANDREUCCI, CECATTI, 2011; CASSIANO, et al., 2014).

Na busca de garantir efetividade da assistência pré-natal na Atenção Básica (AB) o manual da atenção do pré-natal de baixo risco do PHPN estabeleceu um conjunto adicional de atividades que visam aprimorar a qualidade do atendimento à gestante. São ações que compreendem a oferta de acolhimento ético e humanizado, bem como o cadastro da gestante no Sistema Nacional de Informações do Pré-natal (SISPRENATAL), uma vez confirmada a gravidez (BRASIL, 2013a).

No quesito Humanização, a política de saúde da mulher considera o pré-natal como um momento para se estabelecer vínculo entre o profissional e a gestante, permitindo que a confiança entre ambos seja tal que auxilie na detecção de violência e de problemas emocionais da gestante, identificação e atuação sobre situações que a deixem vulnerável ou que agravem o risco gestacional (BRASIL, 2013a; POLGLIANE et al., 2014).

As normas técnicas que regulam a atenção ao pré-natal de baixo risco instituem que além de dispor de infraestrutura adequada para o atendimento à gestante, a unidade de saúde também deve viabilizar a realização de exames específicos para APN (urina tipo I e urocultura, glicemia em jejum, hemograma, fator Rh, tipagem sanguínea, sorologia para sífilis, hepatite B e HIV, toxoplasmose (IgM e IgG), parasitológico de fezes e citopatológico de colo de útero, quando necessário). Deve ofertar também medicamentos básicos (sulfato ferroso e ácido fólico) e imunização específica para gestante, quando necessário (BRASIL, 2013a; HANDELL, CRUZ, SANTOS, 2014).

A Portaria Ministerial nº 569/2000, que criou o PHPN, estabeleceu indicadores de avaliação para que os gestores pudessem ter parâmetros da qualidade e efetividade da assistência prestada, na rede de Atenção Básica do SUS, que são:

a) Indicadores de Processo

Os indicadores de processo informam sobre um conjunto de procedimentos, recomendados para um pré-natal de qualidade, pois permitem que o gestor monitore a atuação das equipes de saúde. Os principais indicadores de processo preconizados pelo PHPN são: realização de primeira consulta até o quarto mês gestacional, que expressa a captação precoce das gestantes. Oferta de

vacinação antitetânica, quando necessário. Realização de seis consultas pré-natais e uma consulta de puerpério, no caso de gestação sem intercorrências. Realização dos exames básicos preconizados para o pré-natal, na primeira consulta e repeti-los no terceiro trimestre gestacional: urina tipo I (EAS), glicemia em jejum, hemograma, fator Rh e sistema ABO, sorologia para sífilis (VDRL) e HIV (BRASIL, 2002; POLGLIANE et al., 2014).

b) Indicadores de Resultado

Os indicadores de resultado expressam as alterações desejadas e decorrentes de um pré-natal efetivo. Para avaliação dos resultados da APN o PHPN instituiu os seguintes critérios: Total de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita, em relação ao total de recém-nascidos vivos no município ao ano. Total de recém-nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos no município ao ano. O resultado almejado desses agravos à saúde em decorrência de detecção precoce e tratamento ou prevenção ainda na gravidez (BRASIL, 2002).

Estas normativas ministeriais preconizam que a rede de atenção básica e a Estratégia Saúde da Família são alternativas importantes para garantir a oferta de um pré-natal adequado e qualificado a reduzir agravos e mortalidade materna e infantil.

Instituída pela Portaria Ministerial nº648/2006, a Estratégia Saúde da Família passou a ser o modelo de reorganização da atenção à saúde, tendo se tornado um elemento central também da atenção ao pré-natal, mediante o desenvolvimento de ações e intervenções que atendam aos princípios e diretrizes preconizadas pela política de Atenção Básica no SUS (ANVERSA et al., 2012).

Dessa forma, a ESF passou a impulsionar as ações de saúde da mulher, em busca de reduzir as iniquidades de acesso ao pré-natal, programar e oferecer assistência ao conjunto da população de mulheres em idade fértil ou gestantes (ANVERSA et al., 2012; MENDOZA-SASSI et al., 2011).

Apesar dos esforços empregados os insuficientes resultados do PHPN expressaram os limites de uma política que restringiu seu enfoque ao plano técnico do cuidado e fracassou em correlacionar as raízes da mortalidade materna ao contexto mais amplo e complexo dos determinantes sociais que cercam a gravidez e o parto. Tampouco considerou a dificuldade dos sistemas de saúde em regular e reorganizar seus serviços, o financiamento governamental precário, a fragmentação das ações de saúde e o despreparo dos profissionais (MARTINELLI et al., 2014; CAVALCANTI et al., 2013).

Mediante a esse quadro negativo e de transformações nas políticas de saúde, a partir de 2010 despontaram as Redes de Atenção à Saúde (RAS). De interesse para a atenção materno-infantil foi a estratégia denominada Rede Cegonha (RC), instituída através da Portaria nº 1.459 de 2011, ainda vigente. Tal programa estabelece princípios que preconizam a proteção dos direitos humanos e o respeito à pluralidade cultural, étnica e racial, bem como aprimora certos aspectos técnicos da assistência ao parto (BRASIL, 2011b; CAVALCANTI et al., 2013).

Crítérios de Avaliação da Atenção Pré-natal no Brasil

Levantamento bibliográfico sobre avaliação do pré-natal realizado nas bases de dados do Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online (SciELO), para o período 2010 a 2017, evidenciou três grupos de estudos: um grupo que utilizou os indicadores de Kotelchuck e outro grupo que priorizou os de Kessner; o terceiro conjunto de publicações baseou suas avaliações nas atividades do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).

O índice elaborado por Kotelchuck (1996) para avaliar a adequação do pré-natal é também denominado de *Adequacy of Prenatal Care Utilization* (APNCU). Ele tem entre suas bases avaliativas a valorização da idade gestacional em que o pré-natal é iniciado e o número de consultas realizadas até o parto. Tal índice se baseia no que é estipulado pelo Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia, que preconiza um número ideal de consultas acima de nove, para uma gestação de 36 semanas ou mais (ALEXANDER E KOTELCHUCK, 1996).

Na avaliação de adequação com o uso do índice de Kotelchuck compara-se a proporção entre as consultas esperadas e as que foram efetivamente realizadas, de acordo com a idade gestacional. Os autores classificam o pré-natal como mais que adequado quando o resultado deste cálculo se situa acima de 100%; adequado quando está próximo a 100%; intermediário entre 50 a 79% e inadequado abaixo de 50%. Alexander e Kotelchuck sugerem que as variáveis podem ser estudadas isoladamente e que o índice pode ser modificado para atender às singularidades de realidade local (ALEXANDER E KOTELCHUCK, 1996).

Para uso no contexto brasileiro, Leal et al. (2004) propuseram modificações no índice de Kotelchuck, como inserir no escore de classificação inadequada, aquelas gestantes que iniciaram o pré-natal após o 4º mês gestacional ou que tiveram menos de 50% das consultas esperadas, bem como aquelas gestantes que não realizaram o pré-natal. Os escores intermediário, adequado e mais que adequado foram mantidos.

O índice de Kessner, elaborado em 1972, leva em consideração a semana gestacional do início do pré-natal, o número de consultas realizadas de acordo com o período gestacional, além do tipo de serviço obstétrico no parto. Classifica como adequado o pré-natal cujos cuidados foram iniciados no primeiro trimestre da gestação, associado à quantidade certa de consultas realizadas de acordo com a idade gestacional. Se o início do pré-natal foi tardio e o número de consultas insuficiente, ele será classificado como intermediário ou inadequado (ALEXANDER; KOTELCHUCK, 1996).

Takeda (1993) propôs a modificação do índice de Kessner de modo a adequá-lo às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil. Nessa adaptação o autor considerou adequado o pré-natal iniciado antes da 20ª semana gestacional e que alcançou seis ou mais consultas realizadas; intermediário o pré-natal que iniciou até a 20ª semana e alcançou de três a quatro consultas; e inadequado o pré-natal que iniciou após a 28ª semana e número de consultas igual ou inferior a duas consultas.

Em separado, Takeda (1993) também avalia a realização das consultas preconizadas para cada período gestacional e a realização de todos os procedimentos estabelecidos pela APN. Para este último, item este autor classificou como adequado o pré-natal com registro de 81 a 100% dos procedimentos nas consultas ofertadas; intermediário aquele com registro de 80% dos procedimentos executados; e inadequado os com menos de 80% dos procedimentos executados.

As normas do PHPN levam em consideração o início do pré-natal até o quarto mês gestacional (uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre); a realização de seis consultas de pré-natal; a consulta de puerpério; a realização de todos os exames básicos, inclusive o teste anti-HIV; a aplicação de dose imunizante da vacina antitetânica, quanto necessário; a realização de atividades educativas; a classificação do risco gestacional em todas as consultas e o encaminhamento da gestante de risco à unidade de referência (BRASIL, 2002). Nem os estudos revisados e nem o manual do pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2002) contêm uma proposta de padronização que oriente como utilizar o conjunto de tais variáveis para classificar a adequação do pré-natal.

ATENÇÃO PRÉ-NATAL EM CONTEXTO RURAL

Considerando-se que esse estudo enfoca a avaliação da atenção pré-natal em espaços rurais, buscou-se empreender uma caracterização mínima do contexto socioambiental onde se desenrolam as atividades de APN de interesse da pesquisa.

Nas áreas rurais da Amazônia, em geral, há escassez de rede de saneamento básico, coleta de lixo, acesso à água potável, alimentação adequada, distribuição de energia elétrica e segurança pública. As condições socioeconômicas de algumas localidades se expressam em más condições de moradias, baixa escolaridade, baixa renda, trabalho infantil e violência entre os jovens. É comum, nesta região, que os moradores estejam inseridos em Programas de Transferência de Renda (SCHERER, 2004). Diante desse contexto, pode-se afirmar que a população se encontra em condições de elevado risco e vulnerabilidade social que também podem influenciar as condições de saúde materna.

Dada a lacuna na literatura sobre a oferta de cuidado pré-natal no espaço amazônico e em especial nas áreas rurais, buscou-se obter uma caracterização mínima do acesso e uso de serviços de saúde ali ofertados, mesmo que não tratassem diretamente da atenção pré-natal.

Com relação à busca por atendimento à saúde, as dificuldades correntemente apontadas se relacionam às grandes distâncias geográficas a serem percorridas pelos usuários, à insuficiente oferta de unidades, insumos e profissionais de saúde no próprio meio rural, às restrições organizacionais que inviabilizam a oferta regular e de qualidade, de ações de AB para esse segmento populacional (BAPTISTINI; FIGUEREDO, 2014).

Somam-se a esses fatores a limitada compreensão dos profissionais sobre as especificidades e modos de vida locais, bem como qualificação inadequada dos mesmos para atender as necessidades dos usuários interioranos (GOMES; NOGUEIRA; TONELI, 2016).

Quanto à organização da atenção à saúde em área rural, o estudo realizado por Kassouf (2005), a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD/1998), revelou que 5% da população rural brasileira que procurou assistência médica não conseguiu acessá-la, contra 3,6% de insucesso na população urbana. As principais causas apontadas para tal desfecho foram não ter conseguido vaga ou senha (48%) ou não ter médico atendendo no momento da procura (32,6%). Outro dado que merece destaque está relacionado à consulta odontológica, já que 9,4% dos adultos que vivem em área rural afirmaram nunca terem ido ao dentista.

Em relação à presença de profissionais de saúde atuando nas instituições, Silveira e Pinheiro (2014) investigaram a distribuição de médicos no país, demonstrando que a região Norte não apenas tinha a menor disponibilidade de médicos (1/1000 hab) do país, mas era também aquela com a maior disparidade na oferta de médicos nas capitais (2,5 médicos/1000 hab), contra 0,4/1000 no interior.

O estudo de Travassos e Viacava (2007), sobre acesso e uso de serviços por idosos na faixa etária de 60 a 69 anos residentes em áreas rurais, demonstrou que a cobertura para mamografia era de 13,9% para mulheres moradoras de área rural, contra 43,1% para moradoras de área urbana.

Em pesquisa de base populacional Cardoso, Mendes, Velásquez-Mendez (2013) utilizaram dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS/2006) e compararam o acesso e uso de pré-natal por mulheres urbanas e rurais. Eles constataram que somente 19% das gestantes moradoras de área rural tinham tido as seis consultas preconizadas no PHPN, contra 25% das gestantes moradoras de área urbana. Quanto à prescrição de ácido fólico, observou-se que a área rural apresentou menor percentual (33%) quando comparada com a urbana de (45%).

Os achados da literatura delineiam um cenário de vulnerabilidade social, ao qual se associa uma parca oferta de serviços de saúde, com baixos percentuais de interiorização das ações de saúde para as famílias que vivem em espaços rurais, os quais, quando existentes, têm uma atuação marcada pela baixa resolutividade e descontinuidade das ações, o que compromete a qualidade e a efetividade da atenção pré-natal. Tais condições foram reconhecidas pelas autoridades sanitárias brasileiras através da adoção de medidas que visam ampliar a extensão da cobertura da AB, melhorar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a qualidade da atenção ofertada na rede de atenção básica e no pré-natal, para as populações ribeirinhas.

Dentre essas medidas destaca-se a Portaria ministerial nº 2.488/2011, que apresenta as diretrizes e normas da Política Nacional de Atenção Básica e estabelece inclusive os aspectos que normatizam a implantação de rede assistencial na forma de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), que são embarcações com estrutura, equipamentos e insumos que possibilitam a realização de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação preconizadas na atenção básica (BRASIL, 2012a).

Outra portaria de interesse é a de Nº 290/21, que instituiu o repasse de incentivos para financiar a construção dessas unidades pelos sistemas municipais de saúde, sendo disponibilizado um teto de R\$ 1.889.450,00 (um milhão, oitocentos e oitenta e nove mil quatrocentos e cinquenta reais), provenientes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b).

A Portaria nº 1.591/2012 estabeleceu os critérios para que as unidades recebam os valores necessários para manutenção e funcionamento mensal, como por exemplo, apresentação do plano de fluxo para atendimento dos usuários, programação anual das viagens, descrição da organização do serviço, entre outros (BRASIL, 2012c). Já na Portaria nº 1.229/2014, se definiu qual deve ser

o valor mensal para o custeio das equipes e da UBSF, que varia de setenta a noventa mil reais, dependendo se a equipe é composta por profissionais de saúde bucal ou não (BRASIL, 2014).

No estado do Amazonas, diversos municípios responderam à publicação desses incentivos financeiros, construindo e implantando Unidades Básicas de Saúde Fluvial, adotando essa alternativa para atendimento em área rural. Porém, existem serviços de atendimento móvel de saúde, preexistentes à nova regulamentação. Esse é o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial Catuiara, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, cuja atuação antecede à recente PNAB. A unidade Catuiara atua como unidade de atenção básica e está em processo de conversão para atuação plena como Estratégia Saúde da Família, oferecendo atendimento à população que reside em área rural, ao longo das calhas dos principais rios que circundam a cidade de Manaus (rios Negro e Amazonas)² (SEMSA Manaus/DISAR, 2017).

AVALIAÇÃO EM SAÚDE - ABORDAGENS CONCEITUAIS

A avaliação é uma atividade que se transformou em relevante estratégia para atender as inquietações e demandas oriundas do crescimento global e para fazer frente às mudanças sociais, filosóficas, econômicas e políticas da sociedade contemporânea (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Segundo Contandriopoulos et al (2006, p.706) avaliar consiste em fazer um

“julgamento de valor a uma intervenção³, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Segone (2010) ratifica o conceito acima e estende a discussão para mencionar que os dados encontrados na avaliação servem de ancoragem para a elaboração de novas políticas públicas de saúde baseadas em evidências, sendo esse processo avaliativo permeado por tensão entre o poder e o conhecimento científico. Santos e Victora (2004) acrescentam uma dimensão ética aos preceitos avaliativos, segundo a qual a eficácia dos procedimentos, as táticas para desenvolver o cuidado, os recursos e a oferta de serviços entre outros, devem ser comprovados cientificamente antes de serem ofertados à população.

² A UBSF Catuiara, com suas equipes de ESF, também atende populações residentes nas margens do rio Amazonas. Porém, essa área do trabalho da Catuiara não será analisada, por não ser objeto de interesse desse estudo.

³ “Uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática” (CONTANDRIOPOULOS et al. 1997, p. 31).

Por fim, a Organização Mundial de Saúde (1981) reitera os conceitos trazidos pelos autores já mencionados, mas salienta a importância da avaliação como elemento formativo dos atores envolvidos no processo avaliativo, visto que a experiência adquirida no desenvolvimento das atividades do programa favorece o autoaprendizado.

Dentre os principais tipos de avaliação será dado destaque, nesse texto, a avaliação normativa e à pesquisa avaliativa. A avaliação normativa, de acordo Contandriopoulos “consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas (CONTANDRIOPOULOS et al. 1997, p. 34).

A pesquisa avaliativa, por sua vez, é desenvolvida por meio de um método científico, voltando-se para avaliar os diferentes componentes da intervenção, dimensionar como interagem entre si para o alcance do objetivo proposto e compreender os modos como o resultado impacta a realidade estudada (CHAMPAGNE et al., 2011). Embora relevante, a pesquisa avaliativa está fora do escopo desse estudo, já que se optou pela condução proposta pela avaliação normativa.

As premissas da avaliação normativa moderna foram instituídas por Donabedian (2005), que ordenou seu delineamento segundo a tríade estrutura, processo e resultados das ações avaliadas.

Segundo este autor, o termo estrutura quando avaliado deve abranger os procedimentos relacionados à prestação de cuidados, à qualificação dos profissionais, adequação das instalações e equipamentos, à administração financeira e à gestão do serviço. Para avaliar o processo, Donabedian recomenda que o avaliador examine a execução de procedimentos técnicos, a competência dos profissionais na execução dos mesmos, a continuidade, aceitabilidade e a integralidade deles, ou seja, nesse âmbito a avaliação abrande todos os meios necessários para garantir que o usuário obtenha o cuidado qualificado em saúde (DONABEDIAN, 2005).

Em relação aos resultados o autor recomenda avaliar se as ações foram suficientes para modificar a realidade estudada. Para Donabedian existirá maior precisão na avaliação de resultados quando a avaliação proceder através de dados estatísticos, considerados por ele como o modo de ofertar parâmetros mais fidedignos da qualidade da assistência prestada.

Champagne et al. (2011) e Contandriopoulos et al. (1997) ratificam a tríade proposta por Donabedian, ao mencionarem que os custos e recursos podem ser mensurados ao se analisar a estrutura e processo. Também concordam que se a intenção é avaliar qualidade ou cobertura deve-se investigar o processo; já os resultados podem ser avaliados diretamente pelos dados aferidos na análise de processo.

Starfield (2002) propôs um delineamento para avaliação dos programas de saúde que toma como referência o modelo sistêmico proposto por Donabedian. Para tal fim ela faz equivaler a estrutura à capacidade (ou disponibilidade) de recursos; a prestação de serviços e o desempenho clínico ao processo donabediano; e resultados ao sucesso dos procedimentos realizados, de modo assemelhado ao que foi proposto por Donabedian.

Starfield (2002) menciona que a capacidade do recurso diz respeito aos recursos financeiros, estruturais e humanos alocados para o desenvolvimento das ações necessárias para o alcance do objetivo proposto. Nesse quesito, avalia-se também o acesso/acessibilidade aos serviços de saúde, os sistemas de informação que registram todas as atividades realizadas e o modo como são organizados os serviços ofertados para a população.

Na variável prestação de serviços a autora destaca aspectos como longitudinalidade, integralidade e coordenação dos serviços ofertados. Na proposta de Starfield são valorizados os pacientes, profissionais e gestores da unidade, entendidos como informantes-chave que podem ser entrevistados isoladamente ou simultaneamente no desenvolvimento do processo avaliativo (STARFIELD, 2002).

O desempenho clínico é valorizado pela autora como uma variável que permite entender como os serviços lidam com a saúde e os problemas que a afetam. Para tal fim, devem ser avaliadas as medidas preventivas, curativas ou reabilitadoras, prescritas em tempo oportuno e prestadas de maneira adequada. Por fim, a última variável de estudo no modelo de Starfield é o resultado, avaliado através de medidas das intervenções que promovem melhora do estado de enfermidade ou mudança benéfica no estilo de vida da população ou indivíduo (STARFIELD, 2002).

No caso brasileiro, em se tratando de avaliação na atenção básica, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) considera que a avaliação é uma atribuição da gestão, a qual deve estabelecer métodos que permitam uma transformação do enfoque meramente punitivo para reorientador das práticas públicas. Entretanto, às três esferas de governo são atribuídas responsabilidades no processo avaliativo. Na esfera federal elas incluem a elaboração da avaliação estabelecendo as etapas avaliativas a serem seguidas; a negociação com as organizações sociais e colaboração financeira que viabilizarão o processo avaliativo. Para as esferas estadual e municipal, além do planejamento e acompanhamento do processo, somam-se a divulgação da proposta de avaliação e apoio técnico aos municípios, além do fornecimento dos dados que alimentarão o processo avaliativo (BRASIL, 2005).

Autores como Takeda e Talbot (2006) recomendam que ao se proceder a avaliação de programas na atenção básica deve-se levar em consideração aspectos como o primeiro contato

com o serviço, a integralidade, a cobertura e a coordenação de cuidados. Faz-se necessário também, averiguar aspectos ligados à equidade em saúde e à criação ou gestão de sistema de informação que facilite o acesso e seja eficiente para subsidiar a tomada de decisão.

Para Habicht, Victora e Vaughan (1999), a avaliação dos programas de saúde pode ser norteadada segundo dois eixos principais. O primeiro eixo é caracterizado pela escolha dos indicadores de acordo com o que se quer avaliar, ou seja, o que se pretende medir. A partir daí escolhem-se os indicadores, que, para fins de avaliação normativa podem ser indicadores de provisão, utilização de serviço, cobertura e impacto da assistência prestada. Santos e Victora (2004) exemplificam este tipo de procedimento mencionando que ao avaliar um programa como o pré-natal, o número de consultas realizadas e idade gestacional do início da inscrição ao programa devem ser vistos como indicadores de utilização.

No segundo eixo, identificam-se as inferências obtidas ao avaliar os resultados e averiguam-se os resultados efetivamente alcançados, mediante a intervenção proposta pelo programa. Os autores mencionam que, nesse eixo, as avaliações podem ser de adequação, plausibilidade e probabilidade (HABICHT, VICTORA e VAUGHAM, 1999).

As avaliações de adequação mensuram o desempenho do programa e comparam-no a critérios ou normas previamente estabelecidas por experts, ou baseadas em evidência das práticas clínicas. Os autores trazem como vantagem para esse tipo de avaliação o uso de dados secundários e como desvantagem a limitação em determinar as causas da inadequação dos resultados. Tal avaliação se torna relevante para se estudar cobertura ou qualidade de programas, como, por exemplo, o pré-natal.

As avaliações de plausibilidade analisam se os resultados esperados foram alcançados pelo programa ou se houve a contribuição de fatores externos para facilitar ou obstaculizar tal alcance. Esse tipo de avaliação demanda um grupo-controle para sua realização (SANTOS e VICTORA, 2004). Como exemplo, os autores apontam um processo avaliativo que compare gestantes que receberam as atividades preconizadas para um pré-natal eficiente em locais de alta cobertura com outro grupo atendido em locais de baixa cobertura do programa.

Por fim, a avaliação de probabilidade avalia se as ações do programa terão o efeito estimado, como por exemplo, a eficácia do monitoramento nutricional durante a gestação (HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999).

Silva e Formigli (1994) e Silva (2005) trazem à baila a discussão sobre os principais atributos que se prestam à avaliação, os quais podem agrupados, de acordo com características semelhantes e distribuídas em cinco grupos mencionados abaixo:

O primeiro grupo diz respeito à disponibilidade, cujo estudo inclui indicadores de cobertura, acesso e equidade. O segundo se volta para os efeitos das ações de saúde implementadas, os quais são demonstrados pela eficácia, efetividade e impacto da ação avaliada. No terceiro incluem-se questões ligadas ao custo das ações de saúde, entendida como um meio de caracterizar a efetividade. O quarto grupo é o da adequação, que consiste em comparar as ações realizadas com o acervo de conhecimento técnico e científico atuais e correlatos ao tema da ação avaliada. E, por fim, o quinto está relacionado à percepção dos usuários sobre determinada ação, mensurado pela aceitabilidade e satisfação dos usuários (SILVA E FORMIGLI, 1994). A crítica feita pelos autores quanto ao uso da avaliação, liga-se à insuficiente divulgação dos resultados e à baixa utilização dos mesmos para a tomada de decisão e estabelecimento de prioridades (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Para analisar os dados encontrados numa avaliação de programas de saúde, Alves et al., (2010) propõem que sejam utilizadas matrizes, cujo objetivo é apresentar, de forma lógica e sintética, os componentes de uma intervenção avaliada. A matriz de análise tanto facilita o ordenamento de critérios, padrões e indicadores que guiarão a coleta e interpretação de dados, bem como a apresentação dos resultados.

Segundo os mesmos autores existem vários tipos de matrizes, como a de monitoramento, de julgamento, a descritiva do programa, matriz de comparação ou de análise. Neste estudo optou-se pelo uso de matriz de julgamento, entendida como uma ferramenta “constituída por critérios, indicadores e padrões, diferindo da matriz de monitoramento por incluir o mérito e, por isso, é chamada também de matriz final da avaliação” (ALVES et al., 2010:25).

Os autores identificam cinco elementos estruturais da matriz que facilitem o processo avaliativo. O primeiro deles é atribuir uma pontuação máxima que o critério ou indicador avaliado poderá alcançar. O segundo é instituir um ponto de corte que defina um intervalo aceitável para enquadrar cada variável avaliada. O terceiro é o valor encontrado pelo pesquisador na observação que faz da realidade. O quarto elemento é o valor que será atribuído à variável observada, de acordo com os pontos de corte estabelecidos no desenho da pesquisa. O julgamento é o quinto elemento estrutural, que categorizará a variável estudada após comparar o valor observado com ponto de corte ou padrão normativo preestabelecido. Segundo Alves et al., (op.cit.) habitualmente essa classificação se faz mediante estratos, como por exemplo, satisfatório, parcialmente satisfatório insatisfatório, etc. Tal julgamento pode ser adotado para variáveis individualizadas ou mediante o agrupamento de diversas variáveis, formando um conjunto que expresse um objetivo ou um resultado do programa avaliado (ALVES et al., 2010).

Estudos sobre avaliação do pré-natal no Brasil

Entre os estudos de avaliação do pré-natal realizados no Brasil predominam os de tipo normativo, feitos mediante o uso de indicadores estabelecidos pelas normas ministeriais.

O estudo realizado por Viellas et al. (2014) derivado do projeto Nascer do Brasil, de abrangência nacional e desenvolvido nos anos de 2011 e 2012, teve como fonte de dados a entrevista e a revisão do cartão da gestante. Os autores utilizaram como parâmetro de avaliação os indicadores do PHPN, analisando-os segundo as características maternas, macrorregião de residência, idade, escolaridade, raça ou cor de pele, situação conjugal, gestações anteriores e desfechos negativos.

Os critérios de avaliação usados por Viellas et al.(op.cit) para avaliar a adequação do pré-natal foram o número total de consultas, início até a 16ª semana gestacional e o registro dos exames (glicemia, urina e ultrassonografia) preconizados para o pré-natal.

Os autores demonstraram que no Brasil a adequação global ainda é baixa, já que apenas 75,8% das gestantes tiveram o pré-natal iniciado antes da 16ª semana gestacional e 73,1% alcançaram as seis consultas preconizadas. Na avaliação por macrorregião evidenciaram que 97,5 % das mulheres moradoras da Região Norte realizaram o pré-natal; destas somente 64,4% tiveram o início precoce e 57,3% realizaram mais que seis consultas (VIELLAS et al., 2014).

No mesmo estudo os autores aferiram que embora a cobertura do pré-natal tenha sido de 98,7%, a adequação global foi classificada como baixa. A adequação foi avaliada mediante a realização de atividades previstas no PHPN como o início precoce (alcançado somente por 75,8% das gestantes inscritas); o número mínimo de consultas realizadas (73,1% das gestantes inscritas); a baixa realização de atividades educativas e orientações para amamentação (64%); orientações sobre práticas que favoreçam o trabalho de parto (41,1%), bem como a definição da maternidade de referência para o parto (58,7%). São dados que põem em xeque a qualidade da assistência prestada às grávidas atendidas na rede pública no Brasil (VIELLAS et al., 2014).

Estudo realizado por Domingues et al. (2015), de abrangência nacional, teve como base a população de mulheres que tiveram parto hospitalar para verificar a adequação da assistência pré-natal no Brasil, correlacionando-a com características sociodemográficas maternas. Como indicadores de avaliação o estudo utilizou as recomendações da Rede Cegonha e Caderno de Pré-natal de baixo risco para a atenção básica (início até a 12º semana de gestação, mínimo de seis consultas, registro, de pelo menos um resultado de cada exame laboratorial preconizado,

ultrassonografia, e recebimento de orientação sobre a maternidade de referência) para definir a adequação da assistência pré-natal.

De acordo com tais critérios, somente 21,6% das mulheres tiveram assistência pré-natal globalmente adequada. Dentre estes, o início precoce do pré-natal foi o indicador com menor grau de adequação, alcançando por 53,9% das gestantes (DOMINGUES et. al, 2015).

Ainda segundo Domingues et al. (2015) a região Norte foi a que alcançou a menor adequação global do pré-natal (11,4%), com baixo percentual de início precoce (39,1%) e o menor percentual de realização de exames preconizados (46,7%) em comparação às outras áreas geográficas do país.

Estudos feitos na região do Norte e Nordeste demonstram predomínio de inadequação do início do pré-natal, número de consultas e realização de exames laboratoriais, em especial entre as gestantes de baixa renda, baixa escolaridade, adolescentes e sem companheiro (Costa et al., 2010; Leal et al, 2015; Carvalho et al., 2016; Gonzaga, et al., 2016).

De modo semelhante, na região sudeste, estudos mostraram que a inadequação do pré-natal foi mais elevada para mulheres pretas e de baixa escolaridade, situação que persistiu até no momento do parto (Domingues et al., 2012; Domingues et al., 2013; Leal, Gama e Cunha, 2005).

Outro estudo de destaque é o de Leal et al. (2015) realizado na Amazônia Legal e Nordeste do Brasil. Os autores utilizaram os indicadores do PHPN e correlacionaram os resultados com as características sociodemográficas das mulheres e condições de acesso ao parto. Leal et al. (op.cit.) verificaram que para todas as regiões estudadas, apenas “3,4% das mulheres tiveram um pré-natal classificado como adequado, 88,6% como parcialmente adequado e 8,0% como pré-natal inadequado” (2015, p.94).

Os mesmos autores relatam que os menores percentuais de adequação foram encontrados entre mulheres com baixa renda, baixa escolaridade e moradoras de área rural. No mesmo estudo, apontaram que, das 1003 mulheres do Amazonas que integraram a amostra, 90,2% receberam assistência parcialmente adequada e somente 2,1% tiveram um pré-natal adequado (LEAL et al., 2015).

Resultados similares foram encontrados no plano local, como em investigações realizadas em município do Rio Grande do Sul e em João Pessoa, na Paraíba. Ambos tiveram como objetivo avaliar a adequação do pré-natal utilizando o índice de Kessner modificado (ZANCHI et al., 2013) e uso simultâneo dos índices de Kessner e de Kotelchuck modificados (SILVA et al., 2013).

No Rio Grande do Sul a adequação encontrada não ultrapassou 64,6%, segundo os parâmetros instituídos pelo índice de Kessner. Já no caso da Paraíba, a adequação encontrada foi

intermediária, não ultrapassando os 54,6%, segundo o índice de Kessner e 63,9%, segundo Kotelchuck. Neste último estado os autores ressaltam como aspecto positivo a alta cobertura para a imunização antitetânica (94,7%), boa infraestrutura e bom relacionamento entre equipes e gestantes (ZANCHI et al., 2013; SILVA et al., 2013).

Em contraste com os estudos acima, investigação feita em Goiânia (GO) teve como objetivo de analisar as características do atendimento do pré-natal na AB, utilizando o índice de Kessner modificado. O estudo concluiu que 35% das gestantes tiveram um pré-natal adequado (COSTA et. al., 2013).

Estudo de Mendoza-Sassi et al. (2011), realizado na rede de AB do Rio Grande do Sul, comparou o desempenho do modelo ESF com o da Atenção Básica Tradicional no pré-natal, constatando que ESF teve um desempenho proporcionalmente superior à AB tradicional para ações como orientação sobre amamentação (71,8% vs 39,6%); realização de seis consultas (78% vs 60,2%); uso de sulfato ferroso (82% vs 56,2%) e realização da vacinação antitetânica (80% vs 62,7%).

A pesquisa de Anversa et al. (2012) também merece destaque ao comparar os modelos de assistência ao pré-natal na cidade de Santa Maria (RS). Nessa avaliação, os autores utilizaram o índice de Kessner modificado por Takeda (1993), revelando que a ESF apresentou melhor desempenho, pois 65% das mulheres atendidas tiveram um pré-natal adequado contra 56% da unidade tradicional, em particular no que diz respeito ao início precoce e quantidade mínima de consultas.

Anversa et al (op.cit.) atribuem o melhor desempenho da ESF nessas ações a um maior envolvimento das equipes de saúde da família em realizar o pré-natal de acordo com as normas estabelecidas, na realidade estudada. Com isso, os achados desses estudos ratificam a importância da ESF como modelo de reorganização do SUS, para otimizar o pré-natal na AB (ANVERSA et al., 2012; MENDOZA-SASSI et al., 2011).

Não foram encontradas publicações sobre avaliação da adequação da atenção pré-natal em área rural no estado do Amazonas ou em Manaus. A dissertação de mestrado realizada por Guimarães (2016) avaliou a adequação do pré-natal ofertado pelas equipes de saúde da família no Brasil, com destaque para o estado do Amazonas.

Tomando como base os dados gerados pela avaliação da AB empreendida pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o autor avaliou o acesso e a qualidade da atenção pré-natal. Como indicadores para avaliação do acesso foram utilizados: a) a infraestrutura disponibilizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) e as ações

de gestão mediante as quais as equipes viabilizam o acesso das gestantes aos cuidados de pré-natal; b) a qualidade do cuidado no pré-natal, avaliada através da realização das ações preconizadas pelo PHPN e de ações de gestão, mediante as quais as ESF buscam garantir a adequação do pré-natal. Os resultados obtidos a partir desse conjunto de indicadores permitiram avaliar e classificar a adequação do pré-natal num gradiente que variava de adequado, parcialmente adequado e inadequado (GUIMARÃES, 2016).

Para o conjunto do Brasil Guimarães (2016) encontrou baixa adequação da infraestrutura (26% unidades adequadas e 31% parcialmente adequadas), e das ações clínicas para a qualidade do cuidado (36% adequados ou parcialmente adequados), além de baixa capacidade de gestão das equipes voltada para garantir o acesso e qualidade do cuidado.

No estudo de caso do Amazonas, na mesma pesquisa, o grau de adequação do pré-natal foi inferior aos achados para o país como um todo, revelando-se acentuadas desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado nas regiões de saúde do estado, com destaque para a capital do estado (Manaus), com 24% de inadequação (GUIMARÃES, 2016).

Para Manaus, encontrou-se também uma dissertação de mestrado que avaliou o pré-natal em quatro unidades no Programa Médico da Família em Manaus/AM, mediante uso do índice de Kessner modificado por Takeda (1993), tendo encontrado a adequação Intermediária (41% de adequação) nas quatro unidades avaliadas. Contudo, ao acrescentar a anotação de exames de rotina e sorologias, o percentual da adequação foi reclassificado, passando para 71% de inadequação (RIBEIRO FILHO, 2004).

Do conjunto dos estudos levantados verificaram-se como pontos comuns a persistência de desigualdades de acesso e utilização de serviços em todo o Brasil e a necessidade de novas estratégias para garantir um atendimento mais adequado e humanizado para mulheres em situação de vulnerabilidade. Igualmente, os autores consideram que as ações dirigidas ao pré-natal, parto e puerpério precisam melhorar sua integração com vistas a melhorar a qualidade, disponibilidade e resolubilidade dos cuidados com a saúde reprodutiva, a fim de que possa alcançar a almejada meta de redução das taxas de mortalidade materna no Brasil.

AS DIMENSÕES DO CUIDADO EM SAÚDE

Tal como outros conceitos em saúde coletiva, o termo cuidado é polissêmico. Neste estudo adotou-se a formulação de Cecílio (2011), que caracteriza o cuidado como:

“provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu

bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz” (CECÍLIO, 2011, p. 589).

Cecílio (2011) analisa as características do cuidado e propõe que o mesmo seja analisado mediante seis dimensões:

- **Dimensão Individual:** nesse âmbito micro o cuidado está intimamente ligado à eleição de escolhas individuais e ao modo como a pessoa organiza a vida e cuida de si mesma. Aqui o autor associa o cuidado à noção de autonomia, ou seja, a saúde seria resultante da ação autônoma dos sujeitos na busca de produzir modos saudáveis (ou insalubres) de viver e de selecionar os cuidados adequados às suas necessidades. Entretanto, o autor não nega que as escolhas individuais são agenciadas por forças e vetores decorrentes das condições concretas de vida, mas assinala que apesar de tais condicionantes persiste uma margem de escolhas acessíveis ao indivíduo.

- **Dimensão Familiar:** aqui o exercício do cuidado tem uma dimensão mais grupal e marcada por um vínculo de proximidade, uma vez que seus protagonistas são familiares e amigos que cercam a pessoa doente. O autor identifica aspectos conflituosos na prestação de cuidados nesse âmbito, em função da complexidade e contradições que cercam as relações familiares contemporâneas. Aponta também uma tendência de crescimento na importância do cuidado feito pela família, em particular devido ao progressivo envelhecimento da população. Ressalta a influência – não necessariamente positiva – das lógicas institucionais que vêm alterando as características espontâneas e afetivas do cuidado prestado em nível familiar.

- **Dimensão Profissional:** se caracteriza pelo encontro privado e singular entre o profissional de saúde e a pessoa a quem o cuidado se dirige. Como elementos estruturantes da prática clínica inscrita nesse nível, o autor aponta a qualificação técnica do profissional, sua postura ética na busca de mobilizar os melhores recursos para a prestação do cuidado e a capacidade de instituir vínculo entre o profissional e o receptor do cuidado.

- **Dimensão Organizacional:** o autor inova ao ampliar a análise do cuidado para o plano dos serviços de saúde, recusando-se a limitá-lo ao nível da clínica e o autocuidado. Assinala como elementos centrais a divisão técnica e organizativa do processo de trabalho em âmbito institucional, regulado por normas, fluxos e regras de atendimento, além das atribuições gerenciais e trabalho em equipe que determinam como o cuidado deve ser prestado. Não deixa de evidenciar que o cuidado prestado nessa dimensão é perpassado por conflitos ligados às disputas e assimetrias de poder entre os profissionais e pelas políticas que regem a atuação institucional.

- **Dimensão Sistêmica:** é uma consequência lógica da dimensão anterior, na medida em que nenhum serviço de saúde atua de forma isolada. Nessa dimensão, o autor evidencia as conexões

formais existentes entre o serviço o cuidado é prestado e o conjunto das instituições de saúde que formam o sistema ou rede de saúde capaz de proporcionar a integralidade do cuidado, mediante a atuação conjunta de diferentes níveis de resolutividade. Nesse âmbito, para além da prestação do cuidado, o autor enfatiza o tema da gestão do cuidado que institui os fluxos de referência e contrarreferência e propiciam a movimentação do usuário entre os diversos serviços e níveis de resolutividade, ou seja, o fluxo assistencial. Nesse sentido, também ganha relevância a atuação dos gestores e dirigentes de instituições e serviços, lembrando que ela abrange também a relação entre serviços públicos e privados de saúde, mobilizados para a prestação de cuidados de saúde.

- **Dimensão Societária:** é seu nível mais amplo de análise sobre o tema. Ele remete a gestão do cuidado ao modelo societário e às estratégias adotadas pelos trabalhadores para a implementação de políticas sociais que garantam seus direitos e, em particular, o direito do cuidado com a saúde, expresso em políticas públicas de saúde produzidas no encontro entre a sociedade civil e o Estado.

Portanto, o conceito de cuidado e suas dimensões, permitem uma compreensão aprofundada de como o pré-natal deve ser organizado, a fim de que seja ofertado de maneira integral, ética e humanizado. Para este estudo elegeu-se a dimensão Organizacional, tal como proposta por Cecílio (2011), para apoiar a avaliação da atenção pré-natal.

Dimensão organizacional do cuidado pré-natal na Atenção Básica

O estudo realizado por Garcia et al. (2014), usou dados do Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de revelar aspectos da organização dos serviços da AB, demonstrou que a avaliação da organização pode ser realizada através de três aspectos: a composição da equipe multiprofissional; o processo de trabalho dos profissionais; e estrutura, ambiência e acessibilidade. Tais aspectos foram comparados às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o pré-natal de baixo risco, na atenção básica, no estado do Espírito Santo.

No que diz respeito às recomendações legais preconiza-se que a composição mínima da equipe da Estratégia Saúde da Família contemple enfermeiro, médico, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal. Na UBSF pode-se acrescentar à equipe o microscopista e o técnico de laboratório e/ou bioquímico (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013a; MALTA et al., 2016).

Na condução de processos avaliativos, diversos elementos devem ser levados em conta. A estrutura e ambiência (estrutura física da unidade, materiais, insumos e os medicamentos) se inserem tanto na dimensão organizacional quanto na qualidade da assistência. Segundo Garcia et

al. (2014) e Brasil (2013a) a unidade de saúde deve ser um local adequado para a oferta de um cuidado acolhedor e resolutivo, não apenas para a gestante e familiares, como também para os profissionais da instituição. Salientam que deve haver materiais, insumos e os medicamentos disponíveis e em quantidades suficientes para o atendimento.

Em relação ao processo de trabalho da equipe, a avaliação pode estar atrelada às normas, regras, ações clínicas e fluxos do atendimento à gestante, de acordo com o que foi proposto por Cecílio (2011). Dentre as atribuições gerais da equipe para o pré-natal estão o acolhimento, as orientações educativas, a visita domiciliar e a verificação do cadastro da gestante no Sis prenatal. Dentre as ações clínicas, elencam-se solicitação de exames básicos, prescrição de suplementação de ferro e ácido fólico, exame físico geral e específico, imunização, avaliação do risco e vinculação a maternidade. O manual do pré-natal de baixo risco na AB apresenta no fluxograma do pré-natal (ANEXO I) as principais ações que devem ser realizadas para que o mesmo alcance um desempenho adequado (BRASIL, 2013a)

As características organizacionais dos serviços de saúde também assumem caráter relevante na avaliação da qualidade da assistência, tal como nos achados de Figueiredo e Rossoni (2008), que utilizaram a abordagem qualitativa para investigar o acesso à assistência pré-natal na atenção básica em Porto Alegre (RS). Nessa pesquisa, as gestantes relataram como um obstáculo à realização da primeira consulta ao pré-natal a existência de horários e dias pré-estipulados para a marcação das consultas, os quais se mostram incongruentes com as rotinas da vida cotidiana das mulheres e tem, em termos práticos, o efeito de estreitar a porta de entrada ao pré-natal.

Conclusões similares foram encontradas em Belo Horizonte, onde Viegas, Carmo e Luz (2015) estudaram o acesso a programas de saúde, incluído o pré-natal. Nessa pesquisa, independentemente do programa de saúde buscado, 60,3% dos entrevistados consideraram ruim a marcação de consultas, sendo por vezes necessário enfrentar filas na madrugada para conseguir o agendamento. Se aplicada ao pré-natal, essa informação permite inferir que os limites no agendamento influenciam negativamente no acesso tempestivo e eficiente ao pré-natal.

Quanto à organização do trabalho, em pesquisa realizada por Silva, Andrade e Bosi (2014) sobre a assistência ao pré-natal na AB no nordeste brasileiro, as gestantes entrevistadas relataram – dentre as diversas dificuldades enfrentadas – o descumprimento dos horários e as faltas ao trabalho pelos profissionais que ali atuam, acarretando atrasos e cancelamentos de consultas e exames, com consequências negativas às rotinas do pré-natal.

O estudo realizado por Costa et al. (2009) na AB em um município de Minas Gerais, apontou fragilidades na execução de algumas atribuições da equipe de saúde. Os autores

apontaram que as consultas eram rápidas e centradas em procedimentos, impossibilitando as gestantes de expressarem suas angústias e dúvidas através do diálogo. Além disso, informaram que somente 3,5% das gestantes foram orientadas sobre os cuidados com o recém-nascido e 41,2% sobre o parto, abordando os aspectos relacionados ao tipo de parto escolhido pela gestante. Somente 14,7% das gestantes foram orientadas quanto ao aleitamento materno e 35,3% receberam informações sobre alimentação no ciclo gravídico-puerperal.

Em relação às características de estrutura, Garnelo e Souza (2015) constataram, em estudo etnográfico da assistência pré-natal na AB em Manaus, a insatisfação das gestantes quanto ao espaço físico da unidade. Houve um expressivo número de relatos sobre desconforto durante a espera de atendimento, associado à quantidade insuficiente de assentos, temperatura ambiente elevada e grande tempo de espera para utilizar os serviços, que foram apontados como motivos de desestímulo à adesão a APN. A tais problemas somaram-se localização da unidade em área de invasão, sem asfaltamento, saneamento básico e ladeiras íngremes que geraram barreiras físicas ao acesso das gestantes aos serviços de pré-natal.

Os autores relataram fatores na organização do serviço que contribuíram para o não prosseguimento ao pré-natal, tais como acolhimento, por vezes realizado com censuras grosseiras; o atendimento baseada na demanda espontânea com horários fixos e incongruentes com o cotidiano das gestantes; a burocratização do atendimento; a inexistência da busca ativa quando necessário; as dificuldades de acesso a exames laboratoriais e a tensão no relacionamento entre os membros da equipe da unidade de saúde (GARNELO E SOUZA, 2015).

No que diz respeito ao cuidado pré-natal em áreas rurais, este pode se mostrar pouco acessível, como demonstrado pelo estudo realizado em assentamentos rurais no Rio Grande do Sul. As condições de baixa renda da maior parte da população tornam a rede pública a única alternativa de acesso e utilização de serviços de saúde. As dimensões individuais, socioculturais, econômicas, geográficas, podem influenciar a busca precoce ao pré-natal. Os autores concluem haver necessidade da elaboração de políticas públicas e de aprimoramento na organização do serviço, de forma a ofertar a assistência adequada às especificidades das condições de vida na região (SOARES; LOPES, 2011).

Prosenewicz e Lippi (2012) exemplificaram em um estudo realizado junto a ribeirinhos de Ji-Paraná/RO, investigando acesso aos serviços de saúde da rede pública, que a ausência de médicos e a quantidade limitada de agentes comunitários de saúde foram as principais reclamações dos usuários.

Quanto ao processo de trabalho da equipe, que inclui conhecer o território, realizar a visita domiciliar e cadastrar as famílias, o estudo de Maeda et al. (2007), sobre o acesso das mulheres do Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST) ao pré-natal e prevenção do câncer de colo uterino, demonstrou não cumprimento das normas preconizadas na AB. Esses autores relataram que para conseguir atendimento na unidade de saúde mais próxima de onde moravam, as gestantes precisavam criar endereços fictícios a fim de lograr cadastramento no pré-natal. Mencionaram ainda, que as gestantes tiveram acesso a consultas, mas com início tardio e sem receber a vacinação recomendada pelo PHPN, evidenciando dificuldade de acesso, fragilidade no processo organizativo do atendimento, com comprometimento da qualidade do pré-natal.

No relato de experiência sobre o cuidado materno-infantil em área rural de Arambaré no Rio Grande do Sul, Behegaty e Gerhardt (2010) descrevem que para obter atendimento no pré-natal, a gestante precisava percorrer 30 km até a unidade de saúde, que se localizava no perímetro urbano. Tal traslado era realizado de forma gratuita duas vezes ao mês. Mesmo com as dificuldades mencionadas, para essas gestantes eram distribuídas fichas por ordem de chegada e com oferta limitada de vagas para consulta, evidenciando problemas organizacionais que estreitavam o acesso ao pré-natal.

Na ausência de estudos sobre atenção pré-natal em área rural no Amazonas, buscou-se literatura que analisasse o acesso tempestivo aos serviços de AB por populações rurais. Foi encontrada a publicação de Cohen-Carneiro et. al. (2009), que descreveu a oferta e utilização de serviços de saúde bucal por população ribeirinha no município de Coari (AM). O trabalho demonstra que os principais meios de acesso a atenção básica são o chamado Barco da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e o navio-hospital da Marinha.

No caso do Barco da Saúde, os autores relatam que as ações realizadas são voltadas para recuperação, tratamento e situações emergenciais, não ofertando atividades de prevenção e promoção à saúde em nível primário de atenção. A periodicidade também é um fator de preocupação, pois não permite um acompanhamento e avaliação dos resultados consequentes ao cuidado ofertado. Outra forma de se obter atenção à saúde é o deslocamento até a cidade mais próxima que possua os serviços de saúde, o que gera um custo elevado para a população rural (COHEN-CARNEIRO, 2009).

Pegoraro, Fuza e Ferreira (2011) avaliaram o pré-natal das parturientes do hospital regional da cidade de Tefé, no Amazonas. Os autores relatam dificuldades na marcação e realização de exames, pois as gestantes precisam se deslocar por via fluvial até a unidade de saúde sediada na sede municipal e retornar no mesmo dia para sua moradia. Para fazê-lo com sucesso, as gestantes

dependiam da rotina de saída dos barcos da região, dispondo de baixa (ou nenhuma) governabilidade sobre a conciliação entre os horários de atendimento e os horários do transporte fluvial.

As características e limitações apontadas na literatura demonstram a fragilidade na organização do cuidado em saúde, principalmente para a realização de um pré-natal adequado em área rural. Assim, compreende-se que há a necessidade de se repensar estratégias e políticas públicas para que essas dificuldades sejam minimizadas e a atenção pré-natal seja ofertada de forma universal, integral e equânime.

2. JUSTIFICATIVA

Para além da já demonstrada importância da atenção pré-natal para a população feminina, este estudo também se justifica no também no plano local, pois o Amazonas é um estado da federação com altas taxas de mortalidade materna por causas preveníveis, tendo apresentado a razão de mortalidade materna de 93,9 óbitos/100.000 nascidos vivos, no triênio de 2009-2011 (SZWARCWALD et al., 2014). Nesse contexto, Manaus é um dos municípios com mais alto risco de mortalidade materna em território nacional (RAMOS, 2013).

Deve-se considerar que o estado do Amazonas possui características geográficas e territoriais singulares, com grandes espaços rurais com baixa densidade demográfica, o que amplia a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e compromete a continuidade e efetividade dos processos de gestão e oferta de serviços de saúde. Este perfil associa-se a condições sociais, econômicas e políticas desfavoráveis que contribuem para a piora dos indicadores de saúde (GARNELO et al., 2014).

Nessas circunstâncias, cabe inferir a importância de entender a organização e qualidade dos serviços de APN em área rural ofertados às mulheres que são mais expostas às vicissitudes próprias do cenário amazônico.

Por outro lado, no levantamento bibliográfico sobre avaliação do pré-natal e organização, realizado nas bases de dados do PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online (Scielo), no período de 2010 a 2017, observou-se que a maioria dos estudos avaliativos eram do tipo normativo, que comparavam os dados observados às normativas do Ministério da Saúde. Em menor número, outros estudos utilizavam como parâmetro de comparação os indicadores do PHPN, e alguns os índices de Kessner e Kotelchuck. Destaca-se

ainda, a escassez de estudos publicados sobre a atenção pré-natal no cenário amazônico e em particular em área rural, reforçando a importância do estudo.

Acredita-se que este estudo avaliativo poderá ainda fornecer informações técnicas e científicas pertinentes para o conhecimento das singularidades amazônicas (fragilidades e potencialidades), possibilitar reflexões e discussões com vistas a contribuir para tomada de decisão dos gestores, aprimorar a condução do cuidado pelos profissionais envolvidos e atribuir qualidade na atenção pré-natal para as gestantes moradoras da área rural de Manaus.

Em vista do que foi apresentado questiona-se: como está sendo ofertada a APN pela Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus? A estrutura e recursos disponíveis são adequados para o atendimento do pré-natal na unidade? O pré-natal ofertado na UBSF atende aos requisitos técnicos preconizados pelas políticas nacionais de saúde da mulher grávida, mesmo com o caráter itinerante do atendimento?

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a atenção ao pré-natal realizado em uma unidade básica de saúde fluvial rural no município de Manaus.

3.2 Específicos

- Descrever a atenção ao pré-natal na unidade escolhida, de acordo com as características organizacionais da Atenção Básica;
- Avaliar a atenção ao pré-natal segundo características de estrutura do serviço e insumos disponíveis.
- Analisar a adequação do pré-natal segundo três tipos de indicadores e normas técnicas associadas, estabelecidas pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), Kessner e Kotelchuck modificados, entre mulheres que foram atendidas em Unidade Básica de Saúde Fluvial Rural.

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho do Estudo:

Descritivo, com abordagem quali-quantitativa. Este estudo é parte integrante de um projeto intitulado **Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas**, desenvolvido pelo Laboratório de Pesquisa Situações de Saúde e Gestão do Cuidado à Populações em Situação de vulnerabilidade (SAGESC) vinculado ao Instituto de Pesquisa Leônidas & Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). O supracitado projeto visa desenvolver estudo exploratório sobre as condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde por populações ribeirinhas de Manaus e Novo Airão (GARNELO et al., 2015).

4.2 Local do Estudo:

O local de estudo foi a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) rural, denominada Catuiara, que provê cobertura aos 25 assentamentos rurais ribeirinhos da calha do baixo rio Negro, localizados nas proximidades da cidade de Manaus (Anexo II). Na microrregião atendida pela unidade vive uma população estimada em 3.800 pessoas que se distribuem ao longo da calha do rio.

Os assentamentos são: Apuaú, Nova Aliança do Pajé, Santa Izabel, Nova Canaã Rio Aruaú, Costa do Ubim (Paraná do Acariquara), Igarapé do Mulato, Nova Jerusalém Mipindiaú, Lindo Amanhecer, Monte Sinal Igarapé-Açú, São Sebastião de Cuieiras, Comunidade Maravilha, Comunidade Santa Maria, Igarapé Solimõeszinho, Costa do Pagodão, Comunidade do Chita, Igarapé de Santa Maria, Igarapé do Mucura, Comunidade Terra Preta Igarapé do Tucumã, Bela Vista do Jaraqui, Costa do Arara, Comunidade do Tatu, Comunidade Caió, Comunidade do Baixote e Tupé.

O atendimento da UBSF é itinerante, compreendendo uma viagem mensal de duas semanas de duração, com uma permanência de aproximadamente seis horas em cada localidade atendida, sendo que a unidade aporta regularmente apenas em onze assentamentos. Assim, os moradores das localidades onde o barco não ataca têm que se deslocar até ele para receberem os cuidados à saúde.

A organização dos serviços de saúde para esses assentamentos fica no âmbito do Distrito de Saúde Rural (DISAR) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Manaus. Existem cinco

unidades de saúde fixas que recebem apoio da UBSF rural. Essas unidades fixas (Anexo III) contam com a atuação de uma equipe reduzida, composta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Microscopistas, o que limita o leque de serviços de saúde ali ofertados.

Aponta-se que a área atendida pela UBSF rural é de grande extensão territorial, entretanto, com baixa densidade demográfica.

Diante deste cenário, destaca-se que as extensas distâncias percorridas pela unidade e pela população somadas a uma disponibilidade intermitente de cuidados, tornam desafiadora a oferta de cuidados de pré-natal. Além da necessidade de deslocamento, quando necessário, para buscar atendimento nos serviços de saúde da atenção especializada na área urbana de Manaus.

Vale ressaltar, que consta nos relatórios do Distrito de Saúde Rural (DISAR) da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, a quem a UBSF Catuiara está vinculada, que em 2014, esta unidade realizou 11.473 consultas médicas e 23.567 procedimentos no referido ano. Merece destaque ainda, que não foram encontradas informações mais recentes, nem sobre a produção de cuidados de saúde, nem sobre o perfil epidemiológico da população de estudo.

4.3 Seleção dos Participantes

No momento da avaliação da adequação do pré-natal para mulheres selecionaram-se aquelas que haviam sido cadastradas no programa de pré-natal (SISPRENATAL), no período compreendido entre janeiro de 2015 a dezembro de 2016 e que foram atendidas na Unidade Básica de Saúde Fluvial Catuiara.

Critérios de Inclusão:

- Ter realizado o pré-natal na UBSF Catuiara;
- Residir no território adscrito à UBSF no período da coleta dos dados de modo a ter a caderneta de gestante revisada.

Critérios de Exclusão:

- Ter iniciado o pré-natal na unidade e após a primeira consulta não ter dado continuidade.
- Aquelas cujo encerramento da gestação tenha sido por abortamento.
- Ter realizado o pré-natal exclusivamente no serviço particular ou em outras unidades de atenção básica, que não a Unidade Básica de Saúde Fluvial.

- Ter a caderneta de gestante e/ou prontuário extraviado e/ou não ter as informações necessárias para a revisão dos dados de acompanhamento do pré-natal.

Para averiguar o número de gestantes que foram atendidas na UBSF, revisou-se a planilha de controle cadastral do SISPRENATAL, verificando-se 142 mulheres inscritas nos anos 2015-2016, das quais 103 preenchiam os critérios de inclusão do estudo. Das 103 elegíveis, 4 se recusaram a participar e 6 não foram encontradas, apesar das tentativas de contato. Dada a impossibilidade de proceder a revisão dos cartões das 10, foram excluídas. Ao final dos procedimentos restaram 93 mulheres (90,3% do total) que foram incluídas na pesquisa.

4.4 Plano de Coleta e de Análise dos Dados

A coleta de dados⁴ foi realizada no período de Maio a Julho 2017, tendo sido considerado como população de estudo o total de 103 mulheres inscritas no pré-natal realizado entre 2015 e 2016. Inicialmente planejava-se efetuar a coleta de dados exclusivamente através de dados secundários disponíveis na unidade (fichas perinatais, relatórios do SISPRENATAL e outros). Entretanto, verificaram-se muitas lacunas de informação se tomadas apenas essas fontes de dados. Em função disso, a coleta de dados foi ampliada para compreender a revisão das cadernetas de gestante e outros registros como prontuários e prescrições em receituários.

Complementaram a coleta de dados a observação da rotina do atendimento e entrevistas estruturadas com profissionais (enfermeira, médico, odontólogo, farmacêutico, bioquímico, técnicos de enfermagem) que atuam no pré-natal na unidade, visando compreender o fluxo de atendimento e a dimensão organizacional do cuidado, aqui entendido como um conjunto de elementos da divisão técnica e organizativa do processo de trabalho em âmbito institucional, regulado por normas, fluxos e regras de atendimento (CECÍLIO, 2011).

Os procedimentos avaliativos compreenderam três eixos: 1 caracterização da estrutura física, equipamentos e insumos necessários à realização do pré-natal; 2. Caracterização da organização e fluxo de atendimento ao pré-natal (dimensão organizacional do cuidado) na unidade fluvial; 3. Avaliação da adequação do pré-natal empreendida mediante o uso de indicadores selecionados (índices de Kessner e Kotelchuck modificados) e atividades preconizadas no PHPN e Caderno de Atenção ao Pré-natal de baixo risco na Atenção Básica (Caderno 32).

Para conduzir a avaliação no eixo 1 foram utilizados parâmetros obtidos nos Módulos I e

⁴ Os instrumentos utilizados para a coleta de dados desse estudo, estão dispostos nos Apêndices I, II, III

II do Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB (BRASIL, 2012b), sendo selecionados apenas os itens necessários à realização de atenção ao pré-natal e puerpério. Para avaliar a disponibilidade de medicamentos, foi utilizada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME de 2014), subitem Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2015). Do conjunto da lista foram avaliados somente os medicamentos preconizados para uso no pré-natal.

Os parâmetros que orientaram a avaliação dos eixos 2 e 3 foram extraídos do manual do Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento – PHPN (BRASIL, 2002), no Caderno nº 32 da AB – Atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013a) e na literatura avaliativa do pré-natal utilizada neste artigo e estão apresentados nos quadros 1 e 2.

Quadro 1. Atributos Avaliados no Pré-natal da Unidade Básica de Saúde Rural Catuiara, para Estrutura e Organização do Cuidado.

Atributos avaliados	Itens Avaliados	Norma de Referência e Parâmetros para Avaliar	Fonte do Dado
EIXO 1			
Estrutura física da unidade (valor máximo possível de ser obtido = 10 pontos)	Espaço para atividades educativas, sala de recepção e espera, sala de vacina, sala para farmácia, consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, sala de inalação, sala de procedimentos e banheiros para usuários e funcionários.	(BRASIL, 2012b) Módulos I do PMAQ-AB Estar disponível e em condições de uso (no caso de equipamentos)	Observação e preenchimento do checklist
Impressos (valor máximo possível de ser obtido = 10 pontos)	Ficha de cadastramento do pré-natal, ficha de acompanhamento do pré-natal, ficha de conclusão/encerramento do pré-natal, caderneta da Gestante, ficha perinatal.	(BRASIL, 2012b) Módulos I do PMAQ-AB (BRASIL, 2013a) Caderno 32 – AB Estar disponível e não ter faltado nos últimos 6 meses	Observação e preenchimento do checklist
Medicamentos	Acido Fólico, sulfato ferroso, metoclopramida, clorpromazina, dipirona, paracetamol, metildopa, ácido acetilsalicílico, hidralazina, glibencamida, cloridrato de metformina, insulina NPH, insulina regular, cefalexina 500mg,	RENAME-2014 (BRASIL, 2015) Estar disponível e não ter faltado nos últimos 6 meses. Parâmetro estabelecido em função do tempo de assistência	Observação e preenchimento do checklist

(valor máximo possível de ser obtido = 10 pontos)	cefadroxil 500 mg, amoxicilina 500mg, nitrofurantoína 100 mg, miconazol a 2%, nistatina 100.000 UI, artemeter + lumefantrina (Coartem), cloroquina, clindamicina, metronidazol, sulfato de sabutamol, budesonida, fenobarbital.	ao pré-natal, que preconiza o ingresso no primeiro trimestre gestacional, o que define um tempo desejável de cobertura medicamentosa de pelo menos 6 meses.	
Insumos e equipamentos para realização exames (valor máximo possível de ser obtido = 10 pontos)	Teste rápido de gravidez, teste rápido de triagem para sífilis, sorologia para sífilis (VDRL/RPR), teste rápido para diagnóstico de HIV, sorologia para HIV I e II, glicemia em jejum, exame sumário de urina (tipo I), dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht), grupo sanguíneo e fator Rh.	(BRASIL, 2012b) Módulos I do PMAQ-AB (BRASIL, 2013a) Caderno 32 – AB Estar disponível, em condições de uso e não ter faltado nos últimos 6 meses.	Observação e preenchimento do checklist
Imunobiológicos (valor máximo possível de ser obtido = 10 pontos)	Dupla tipo adulto – DT (difteria e tétano), Hepatite B.	(BRASIL, 2012b) Módulos I do PMAQ-AB (BRASIL, 2013a) Caderno 32 – AB Estar disponível e não ter faltado nos últimos 6 meses e haver necessidade de completar esquema vacinal da gestante	Observação e preenchimento do checklist
Outros Equipamentos usados no pré-natal (valor máximo possível de ser obtido = 10 pontos)	Mesa e Cadeira para acolhimento, mesa de exame ginecológico, escada de dois degraus, foco de luz, balança para adultos (peso/altura) com capacidade até 300 kg, esfigmomanômetro, estetoscópio Clínico, estetoscópio de Pinard ou sonar Doppler, fita métrica flexível e inelástica, espéculos, pinças de Cheron, material para coleta de exame citopatológico, gestograma ou Disco obstétrico, disco para IMC, lâmina para malária, corantes para malária (azul de metileno e Giemsa, abaixador de língua, agulhas descartáveis de diversos tamanhos, atadura, caixa térmica para vacina, equipo para soro, esparadrapo, gaze, seringas descartáveis de diversos tamanhos, recipientes duros para	(BRASIL, 2012b) Módulos I do PMAQ-AB (BRASIL, 2013a) Caderno 32 – AB Estar disponível e em condições de uso nos últimos 6 meses	Observação e preenchimento do checklist

	descarte de perfurocortantes, preservativo masculino, preservativo feminino, suporte para soro,		
EIXO 2			
Organização do Cuidado	Ações Necessárias para Organizar e Executar o Fluxo de Atendimento: (Acolhimento e escuta qualificada; Anamnese Exame físico geral e específico; Solicitação de exames na primeira consulta e 3º trimestre; Avaliação nutricional Prescrição de ácido fólico e ferro; Imunização se necessário; Avaliação de risco gestacional; Orientações educativas; Referenciamento à maternidade; Visita domiciliar. Consulta de puerpério)	(BRASIL, 2002; 2013a) PHPN e Caderno 32 – AB com Fluxograma do pré-natal de baixo risco na AB. Realizar de acordo com o período gestacional	Observação para checagem do fluxo de atendimento à primeira consulta e subsequentes

Para avaliar os atributos do eixo 1 foi utilizada a alternativa de Matriz de Julgamento (ALVES et al., 2010), na qual foi disposta a lista de itens avaliados no Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) para atributos como estrutura física, impressos, insumos de laboratório e equipamentos, imunobiológicos e medicamentos, priorizando-se aqueles utilizados no pré-natal.

A definição dos gradientes de pontuação e os pontos de corte que permitem classificar a adequação do atributo avaliado na Matriz de Julgamento baseou-se em Arantes et al. (2014), que avaliaram a estrutura de unidades de saúde prestadoras de assistência ao pré-natal em Cuiabá. O modelo adotado por estes autores aloca, para cada atributo avaliado, um gradiente de pontuação que varia de 0 a 10, fazendo 10 pontos equivaler a 100% de alcance; 5 pontos equivalerem a existente, mas inadequado; e 0 pontos equivalerem a ausência do item, independentemente do número de itens contidos em cada atributo. Os mesmos autores subsidiaram o procedimento seguinte, que foi a definição de critérios de enquadramento, segundo os pontos de corte adotados

por Arantes, que permitem classificar a adequação do atributo avaliado em adequado, parcialmente adequado e inadequado, tal como expresso no Quadro 2.

Quadro 2: Parâmetros de avaliação da adequação da infraestrutura da UBSF Catuiara, Amazonas, Brasil, 2017.

Atributos Avaliados	Critérios para Enquadramento	Condições requeridas para classificar	Classificação possível de ser obtida
Estrutura, impressos, medicamentos, insumos e equipamentos para realização de exames, imunobiológicos, outros equipamentos usados no pré-natal.	Estar disponível na unidade, em condições de uso e não ter faltado nos últimos 6 meses.	100% dos itens disponíveis, em condições de uso e suprimento regular nos últimos 6 meses.	Adequada
		70% a 99,9% dos itens disponíveis, em condições de uso e suprimento regular nos últimos 6 meses.	Parcialmente adequada
		Abaixo de 70% dos itens disponíveis, em condições de uso e suprimento regular nos últimos 6 meses.	Inadequada

Fonte: Adaptado de Arantes et al., 2014.

O eixo 2, relativo às características da organização do cuidado na UBSF foi avaliado de forma analítico-descritiva, sem recurso à matriz de julgamento, nem a parâmetros quantificáveis de avaliação. A observação não participante foi utilizada para descrever a rotina de atendimento, as principais ações desenvolvidas pela equipe e o modo como organizam o fluxo percorrido pela gestante ao longo do pré-natal. Esta fase também contou com o auxílio de instrumento tipo “checklist” que permitiu comparar o atendimento feito com as normas preconizadas para APN. Os dados obtidos foram sistematizados através de descrição cursiva e fluxograma descritor da trajetória da gestante na unidade de saúde, além da identificação e descrição das interrelações entre os procedimentos realizados em diversos setores e por diversos membros da equipe. Estes dados foram contrapostos às normas ministeriais para averiguar semelhanças e diferenças entre elas e as ações desenvolvidas na UBSF.

A adequação do pré-natal (Eixo 3) foi avaliada através dos índices de Kessner, Kotelchuck modificados e de atividades preconizadas no PHPN, complementadas por ações previstas no Caderno 32 da Atenção Básica (AB), que são de interesse epidemiológico na Amazônia, como a vacinação contra Hepatite B. A cobertura não foi estimada por falta de informações disponíveis no sistema municipal de saúde, para o conjunto de mulheres em idade fértil e de grávidas no território de abrangência da UBSF Catuiara.

As variáveis utilizadas para avaliar a adequação estão dispostas no Quadro 3.

A avaliação dos índices de adequação da atenção pré-natal (Eixo 3) foi apoiada por matriz de julgamento com 5 níveis de avaliação, cujos itens e parâmetros avaliativos constam no Quadro 04. Os critérios de enquadramento, as condições requeridas para classificar e agrupar as variáveis segundo níveis de avaliação foram adaptados de Anversa et al, (2012). Foi adicionado à proposta desses autores mais um nível, que foi intitulado como nível 4, que congrega um conjunto de atividades relevantes à realização pré-natal, mas que não constavam na publicação original de Anversa et al. (op.cit.).

Os passos adotados para avaliar a adequação das ações de pré-natal seguiram o modelo adotado por Anversa et al (2012), iniciando pelo cálculo da frequência relativa e absoluta de cada item. Em seguida, passou-se a avaliar a adequação nível a nível. Para avaliar o nível 01, as variáveis utilizadas foram as que integram o índice de Kessner adaptado (TAKEDA, 1993), ou seja, o pré-natal foi considerado adequado quando iniciado até a 20ª semana gestacional e tiver realizado 6 consultas; inadequado quando o início do pré-natal ocorria após 28 semanas e teve menos de três consultas realizadas; e intermediário nas demais situações.

A avaliação do Nível 02 incluiu os resultados obtidos no nível 01 adicionados aos resultados aferidos para a realização de cuidados clínico-obstétricos. Para tal fim, foi considerado adequado o pré-natal que teve registro de 5 ou mais aferições de pressão arterial, peso, idade gestacional, mensuração da altura uterina; 4 ou mais registros de batimentos cardíofetais e movimentos fetais. Quando o início do pré-natal ocorreu com mais de 28 semanas de gestação ou houve menos de 3 consultas, associado a 2 ou menos registros de pressão arterial, peso, idade gestacional, mensuração da altura uterina, batimentos cardíofetais e movimentos fetais, este foi classificado como inadequado e intermediário nas demais situações.

A avaliação do nível 03 foi formada pelos resultados obtidos no nível 01 com a análise dos registros de realização de exames laboratoriais (Glicemia, Hematócrito, Hemoglobina, ABO, Rh, VDRL, HIV, Sumário de Urina) na primeira consulta e repetição dos exames a partir da 28ª semana (hematócrito e hemoglobina, glicose, VDRL, HIV e urina tipo I). O resultado foi considerado adequado quando o pré-natal iniciou-se até a 20ª semana gestacional somado a realização de 6 ou mais consultas e teve o mínimo de 2 registros de realização de cada um dos exames recomendados. Nos casos de pré-natal com início após 28 semanas ou menos de 3 consultas e sem registro de realização de exames, foi julgado como inadequado e intermediário nas demais situações.

Para o nível 04, os procedimentos avaliativos foram similares, considerando os resultados obtidos no nível 01 adicionados a aferição de realização de outros cuidados preconizados pelo PHPN e o Caderno nº 32 da AB, tais como o registro da distribuição das 6 ou mais consultas por trimestre gestacional (1 no 1º trimestre, 2 no 2º trimestre e 3 no 3º trimestres); 1 classificação de risco gestacional; 1 consulta puerpério; 1 consulta odontológica; vacinação Antitetânica e Anti-Hepatite B (quando necessário); 1 atividade educativa; 1 prescrição de sulfato ferroso a cada trimestre. Foi considerado adequado o pré-natal que atendessem os requisitos do nível 01 somado a realização de 7 ou 8 das atividades do PHPN; inadequado quando o início ocorreu após 28 semanas ou teve menos de três consultas e apenas 4 ou menos atividades do PHPN; intermediário nas demais situações. A avaliação dessas atividades não constava no desenho original da pesquisa de Anversa et al. (2012), tendo sido introduzida pelos autores desta pesquisa.

A avaliação do nível 05 foi composta pela somatória dos resultados encontrados nos níveis 01, 02, 03 e 04. O pré-natal adequado consistia em ter o início até a 20ª semana gestacional e realização de seis consultas, além de 5 ou mais registros de pressão arterial, peso, idade gestacional, mensuração da altura uterina; 4 ou mais registros de batimentos cardíacos e movimentos fetais, mais a realização dos exames básicos e de repetição e a realização de 7 ou 8 das atividades do PHPN (classificação de risco gestacional; distribuição de consultas por período gestacional, consulta de puerpério; consulta odontológica; vacinação Antitetânica e Anti-Hepatite B, atividade educativa, prescrição de sulfato ferroso). Quando o início do pré-natal se deu com mais de 28 semanas ou teve menos de 3 consultas e 2 ou menos registros de pressão arterial, peso, idade gestacional, mensuração da altura uterina, batimentos cardíacos e movimentos fetais, além da ausência de registro dos exames laboratoriais e realização de 4 ou menos das atividades do PHPN (classificação de risco gestacional; distribuição de consultas por período gestacional, consulta puerpério; consulta odontológica; vacinação Antitetânica e Anti-Hepatite B, atividade educativa, prescrição de sulfato ferroso), foi considerado inadequado. O pré-natal foi considerado intermediário nas demais situações.

A partir do nível 2 (Tabela 3) o cálculo da adequação global foi obtido através do somatório da adequação obtida no nível 1 com os critérios atendidos nas variáveis que formaram o nível de avaliação, exceto para o nível 5 que foi calculado através da somatória do desempenho obtido em todos. Portanto, para a adequação global foram somadas as frequências absolutas de mulheres que obtiveram um pré-natal classificado respectivamente em adequado, intermediário e inadequado.

Após o enquadramento, foram calculadas as frequências relativas e absolutas para se obter o valor obtido para cada nível e proceder a classificação de adequação do pré-natal.

Quadro 4. Matriz de julgamento da Adequação do pré-natal, de acordo com índice de Kessner e PHPN.

Níveis de Avaliação	Crítérios para Enquadramento	Condições requeridas para classificar	Classificação possível de ser obtida
Nível 1	(índice de Kessner adaptado) Início até a 20ª semana gestacional e realização de seis consultas	Todos os requisitos cumpridos Início do pré-natal após 28 semanas ou menos de 3 consultas Para todas as demais condições	Adequado Inadequado Intermediário
Nível 2	Nível 1 + ≥ 5 ou mais registros de pressão arterial, peso, idade gestacional, mensuração da altura uterina; ≥ 4 ou mais registros de batimentos cardíofetais e movimentos fetais	Todos os requisitos cumpridos Início pré-natal com mais de 28 semanas ou menos de 3 consultas; ≤ 2 registros de pressão arterial, peso, idade gestacional, mensuração da altura uterina, batimentos cardíofetais e movimentos fetais. Para todas as demais condições	Adequado Inadequado Intermediário
Nível 3	Nível 1 + registros de realização de exames laboratoriais (Glicemia, Hematócrito, Hemoglobina, ABO, Rh, VDRL, HIV, Sumário de Urina) na primeira consulta e repetição dos exames a partir da 28ª semana (hematócrito e hemoglobina, glicose, VDRL, HIV e urina tipo I)	Início até a 20ª semana gestacional + realização de 6 consultas + 2 registros de realização de cada um dos exames recomendados Pré-natal com início após 28 semanas ou menos de 3 consultas e sem registro de realização de exames. Todas as demais condições	Adequado Inadequado Intermediário
Nível 4	Nível 1 + ≤ 6 consultas (1 no 1º trimestre de gestação, 2 no 2º trimestre e 3 no 3º); 1 classificação de risco gestacional; 1 consulta puerpério; 1 consulta odontológica; vacinação Antitetânica e Anti-Hepatite B; 1 atividade educativa; 1 prescrição de sulfato ferroso a cada trimestre	Início até a 20ª semana gestacional e realização de 6 consultas + realização de 7 ou 8 das atividades do PHPN Pré-natal com início após 28 semanas ou menos de três consultas e ≤ 4 atividades do PHPN Nas demais condições	Adequado Inadequado Intermediário
Nível 5		Início até a 20ª semana gestacional e realização de seis consultas + ≥ 5 ou mais registros de pressão arterial, peso, idade gestacional, mensuração da altura uterina; ≥ 4 ou mais registros de batimentos cardíofetais e movimentos fetais + realização dos exames básicos de repetição+ realização de 7 ou 8 das atividades do PHPN (classificação de risco gestacional; distribuição de consultas por período gestacional, consulta de puerpério; consulta odontológica; vacinação Antitetânica e	Adequado

	Somatório de resultados obtidos nos níveis 1, 2, 3 e 4	<p>Anti-Hepatite B, atividade educativa, prescrição de sulfato ferroso</p> <p>Início pré-natal com mais de 28 semanas ou menos de 3 consultas + ≤ 2 registros de pressão arterial, peso, idade gestacional, mensuração da altura uterina, batimentos cardíacos e movimentos fetais+ ausência de registro dos exames laboratoriais + realização ≤ 4 das atividades do PHPN (classificação de risco gestacional; distribuição de consultas por período gestacional, consulta puerpério; consulta odontológica; vacinação Antitetânica e Anti-Hepatite B, atividade educativa, prescrição de sulfato ferroso)</p> <p>Nas demais condições</p>	<p>Inadequado</p> <p>Intermediário</p>
--	--	--	--

Fonte: adaptado de Anversa et al., (2012); Brasil (2002; 2012); Leal et al. (2004).

O índice de Kotelchuck adaptado por Leal et al., (2004) foi também calculado, para fins de comparação. Esse índice difere dos outros por adicionar a variável Mais que Adequado, às três (Adequado, Intermediário e Inadequado) já utilizadas por outros índices como Kessner. Kotelchuck estabelece os seguintes critérios de enquadramento para avaliar a adequação do pré-natal, segundo os resultados alcançados: **Mais que Adequado:** Início até o 4º mês e realizar mais de 110% das consultas esperadas; **Adequado:** Início até o 4º mês gestacional e realizar entre 80-100% das consultas esperadas; **Intermediário:** Início até o 4º mês gestacional e realizar entre 50-79% das consultas esperadas; **Inadequado:** Início após o 4º mês ou tiver menos que 50% de consultas esperadas.

Quadro 05. Parâmetros de avaliação da distribuição de consultas segundo índice de Kotelchuck modificado

- Distribuição de consultas de acordo com o período	Mais que adequado	Adequada	Intermediária	Inadequada
13-21 semanas	+ de 2 consultas	2 consultas	1 consulta	Sem consulta
22-27 semanas (3 consultas)	+ de 4 consultas	3 consultas	2 consultas	1 consulta
28-33 semanas (4 consultas)	+ de 4 consultas	3-4 consultas	2 consultas	- de 2 consultas
34-37 semanas (5 consultas)	+ de 5 consultas	4 -5 consultas	3 consultas	- de 2 consultas
Acima de 37 semanas (6 consultas)	+ de 6 consultas	5-6 consultas	3-4 consultas	- de 3 consultas

Fonte: adaptado de Leal et al. (2004).

A ausência de registro em qualquer uma das variáveis avaliadas foi considerada como não realização.

Os dados foram codificados e duplamente digitados em planilha eletrônica do Excel for Windows versão 2010 e posteriormente analisados de forma descritiva utilizando o software SPSS Statistics versão 23, da IBPM.

4.5 Considerações Éticas

O artigo se vincula a um projeto mais amplo (Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde por populações ribeirinhas de Manaus), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 1.742.086/2016 tendo atendido à Resolução 466/12 - CNS.

A participação dos sujeitos foi realizada mediante a aquiescência, a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado em duas vias, em que uma via ficou sob a posse da pesquisadora e outra do participante. Foi mantido total sigilo das falas e anonimato na identificação dos mesmos.

5. RESULTADOS

Os resultados e discussão foram apresentados em forma de artigo, conforme a metodologia sugerida pelo Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia. O artigo intitula-se **Avaliação da adequação do Pré-natal em Unidade Básica de Saúde Fluvial Rural no Amazonas**, o qual será submetido à revista da área de Saúde Coletiva.

Avaliação da adequação do Pré-natal em Unidade Básica de Saúde Fluvial Rural no Amazonas

Evaluation of Prenatal adaptation in Rural Fluvial Health Basic Unit in Amazon

RESUMO

Objetivos: Analisar potencialidades e limites do modelo itinerante de atenção à saúde de populações rurais da Amazônia, mediante avaliação da adequação do pré-natal, realizado em Unidade Básica de Saúde Fluvial Rural (UBSF) instituída pela PNAB 2011.

Métodos: Estudo quali-quantitativo que avaliou a organização do cuidado, fluxo do atendimento e principais atividades da equipe multiprofissional; infraestrutura, abrangendo espaço físico, equipamentos e insumos usados no pré-natal; e adequação do pré-natal ofertado às gestantes inscritas na UBSF entre 2015-2016. A coleta dos dados envolveu múltiplas fontes, compreendendo revisão documental, observação e entrevistas. A avaliação de adequação foi empreendida através de matriz de julgamento, orientada pelos indicadores de Kessner e Kotelchuck modificados e por parâmetros instituídos pelo PHPN.

Resultados: O fluxograma descritor da trajetória da gestante na unidade evidenciou adaptações ao preconizado, resultando em oferta mensal, concomitante de consultas médicas, e de enfermagem, mesmo para gestantes saudáveis; na realização e pronta entrega de exames básicos preconizados; oferta de consulta odontológica na gestação e no puerpério; e oferta de assistência farmacêutica que ampliou o acesso a medicamentos básicos e especializados. A estrutura física contou com 96,3% dos itens recomendados, e a unidade dispôs de 92,6% dos medicamentos preconizados para o pré-natal. A adequação dos cuidados alcançou 62,4% para o índice de Kessner e 57% para o de Kotelchuck modificados. A adequação global das atividades preconizadas pelo PHPN foi intermediária (12,9%), mas superior aos resultados obtidos para a região amazônica, cujo percentual de adequação global do pré-natal foi de 3,4%.

Conclusões: Mesmo em regime intermitente de atendimento e limitação do tempo de permanência nas localidades assistidas, o cuidado pré-natal realizado na UBSF estudada dispõe das condições físicas e organizacionais necessárias para ofertar um pré-natal capaz de atender às normas técnicas preconizadas no país.

Palavras-Chaves: Saúde Rural, Cuidado pré-natal, Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the potentialities and limits of the itinerant model of health care for rural populations in the Amazon, by evaluating the adequacy of prenatal care, performed at a Rural Fluvial Health Basic Unit in Amazon (UBSF) instituted by PNAB 2011.

Methods: The quali-quantitative study that evaluated the care organization, care flow and main activities of the multiprofessional team; infrastructure, covering physical space, equipment and supplies used in prenatal care; and adequacy of prenatal care offered to pregnant women enrolled in the UBSF between 2015-2016. Data collection involved multiple sources, including document review, observation, and interviews. The adequacy assessment was carried out through a judgment matrix, guided by modified Kessner and Kotelchuck indicators and by parameters established by PHPN.

Results: The descriptive flowchart of the trajectory of the pregnant woman in the unit evidenced adaptations to the recommended one, resulting in monthly supply, concomitant of medical consultations, and nursing, even for healthy pregnant women; in the accomplishment and prompt delivery of recommended basic exams; offer of dental consultation in pregnancy and in the puerperium; and offering pharmaceutical assistance that has expanded access to basic and specialized medicines. The physical structure had 96.3% of the recommended items, and the unit disposed of 92.6% of the medicines recommended for prenatal care. The adequacy of care reached 62.4% for the Kessner index and 57% for the modified Kotelchuck index. The overall adequacy of the activities advocated by PHPN was intermediate (12.9%), but higher than the results obtained for the Amazon region, whose overall prenatal adequacy ratio was 3.4%.

Conclusions: Even in an intermittent care regime and limited length of stay in the assisted areas, the prenatal care performed at the UBSF studied has the physical and organizational conditions necessary to offer a prenatal care capable of meeting the technical standards recommended in the country.

Keywords: Rural Health, Prenatal Care, Evaluation of health services

INTRODUÇÃO

A Amazônia possui características geográficas e territoriais singulares, tendo grandes espaços rurais com baixa densidade demográfica que dificultam a continuidade e efetividade dos processos de oferta e de gestão de serviços de saúde. Além disso, condições sociais, econômicas e políticas desfavoráveis contribuem para a piora dos indicadores de saúde. Somam-se a esses fatores a persistência de disputas territoriais e alteração do regime de secas e cheias dos rios que interferem negativamente na subsistência e no acesso aos serviços de saúde (GARNELO et al., 2014; SCHUTZ et al, 2014; OLIVEIRA; NINA, 2014).

Em resposta às iniquidades sanitárias na região, a Portaria nº 2448/2011-MS buscou ampliar a rede de serviços de atenção básica em regiões interioranas com acesso estritamente fluvial, mediante oferta de incentivo financeiro à implantação de equipes de saúde da família que devem executar suas atividades em Unidades Básicas de Saúde Fluviais – UBSF (BRASIL, 2011). As UBSF são caracterizadas como embarcações em que podem atuar uma ou mais Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), dispondo de ambiente, equipamentos, insumos e mobiliários necessários para atender à população-alvo, mediante deslocamento periódico às localidades remotas (BRASIL, 2012a). Em que pese à relevância da política de implantação das UBSF, a iniciativa ainda carece de análises consistentes que avaliem as potencialidades e limitações do modelo assistencial itinerante.

A atenção pré-natal, largamente disponível na rede de atenção primária à saúde, compreende um conjunto de ações preventivas, curativas e de promoção à saúde que demandam padronização no fluxo organizador da assistência, estrutura física, insumos e pessoal qualificado capazes de garantir o acesso precoce e o cuidado contínuo, integral, humanizado e resolutivo ao longo da gestação e no parto (VIELLAS et al., 2014; BRASIL, 2013). Além disso ela dispõe de um conjunto de normas técnicas que definem com clareza as atividades e a sequência de passos para realização dos procedimentos considerados tecnicamente adequados para conferir-lhe efetividade. Tais características, ao lado de sua relevância sanitária, qualificam o pré-natal como uma condição traçadora, aqui entendida como um meio de “sinalizar, monitorar ou evidenciar aspectos substantivos da qualidade de serviços de saúde” (p. 536) e de subsidiar o monitoramento e avaliação regulares das ações de saúde (RIBEIRO et al., 2004).

São muitos os estudos avaliativos da atenção pré-natal, predominando os de teor normativo (VIELLAS et al., 2014, DOMINGUES et al., 2015, GUIMARÃES et al., 2018, TOMASI et al., 2017). Já para as áreas rurais e em particular na região amazônica o cenário é inverso, destacando-se estudo de Leal et al. (2015) que avaliou a adequação da atenção pré-natal na Amazônia Legal. Os autores verificaram que embora 75,4% das grávidas tenham recebido 6 ou mais consultas, apenas 3,4% teve pré-natal adequado. Tal valor sendo aferido através de um conjunto de variáveis que incluíam cuidados rotineiros, como por exemplo, a realização de exame das mamas (com 50,2% de realização) e a orientação sobre o local de parto, com 44% (LEAL et al, 2015).

Considerando a recente extensão de cobertura efetivada através de unidades móveis fluviais, estimuladas pela PNAB através da Portaria n° 2448/2011, o artigo avalia a adequação do pré-natal realizado em Unidade Básica de Saúde Fluvial que atende em regime de itinerância, a população rural que vive às margens do Rio Negro e afluentes, no trecho compreendido entre Manaus e Novo Airão, Amazonas.

MÉTODOS

Estudo descritivo quali-quantitativo realizado na Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), denominada Catuiara, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, que atende a uma população estimada em 3.800 pessoas residentes em 25 localidades rurais distribuídas ao longo da calha do Rio Negro, na fronteira dos municípios de Manaus e Novo Airão.

Foram pesquisados os dados de pré-natal das mulheres grávidas que realizaram pré-natal na UBSF Catuiara no período de 2015 a 2016 e residiam no território de adscrição da unidade. Os

critérios de exclusão foram abandono do pré-natal na unidade após a primeira consulta; ter realizado pré-natal fora do território atendido pela UBSF; encerramento do pré-natal por abortamento; não dispor de documentação (caderneta, prontuário ou outro) passível de revisão para fins da pesquisa. Das 142 mulheres inscritas no SISPRENATAL, 103 preenchiam os critérios de inclusão para o período selecionado para a pesquisa. Das 103 elegíveis, 4 se recusaram a participar e 6 não foram encontradas, apesar das tentativas de contato. Dada a impossibilidade de proceder a revisão dos cartões essas 10, foram excluídas restando 93 mulheres (90,3%) que aceitaram participar do estudo.

Os dados são oriundos de múltiplas fontes, abrangendo a revisão documental de fichas perinatais, relatórios do SISPRENATAL, prontuários e prescrições em receituários, além da busca domiciliar das usuárias para revisão de cadernetas das gestantes participantes da pesquisa. Também foram realizadas observação da rotina de cuidados e entrevistas estruturadas com profissionais (enfermeira, médico, odontólogo, farmacêutico, bioquímico, técnicos de enfermagem), visando apreender as principais ações desenvolvidas pela equipe e o fluxo percorrido pela gestante em todas as fases do atendimento. A coleta de dados também contou com o auxílio de “checklist” que permitiu comparar o atendimento ali ofertado, com as normas preconizadas para a atenção pré-natal.

Os procedimentos avaliativos compreenderam três eixos: 1) Dimensão Organizacional do Cuidado (CECÍLIO, 2011), abrangendo a caracterização da organização e fluxo de atendimento ao pré-natal na unidade fluvial; 2) Caracterização dos meios materiais, como estrutura física, equipamentos e insumos necessários à realização do pré-natal; 3) Avaliação da adequação do pré-natal, através de indicadores selecionados.

A análise do eixo 1, relativo às características da organização do cuidado, foi sistematizada através de descrição cursiva e elaboração de fluxograma descritor da trajetória da gestante na unidade de saúde (Figura1), procedendo-se também a análise das interrelações, semelhanças e diferenças entre os procedimentos realizados na UBSF e as normas técnicas que regem a atenção pré-natal.

A avaliação do eixo 2 utilizou parâmetros obtidos nos Módulos I e II do Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB (BRASIL, 2012b), sendo selecionados apenas os itens necessários à realização de atenção ao pré-natal e puerpério. Os atributos avaliados foram estrutura física da unidade, impressos, medicamentos, insumos e equipamentos para a realização de exames, imunobiológicos e outros equipamentos usados no pré-natal. A disponibilidade de medicamentos teve como base a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(RENAME de 2014), subitem Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, avaliando-se somente os medicamentos preconizados para uso no pré-natal (BRASIL, 2015). Foi investigada a disponibilidade dos itens mencionados no momento da coleta dos dados e nos seis meses anteriores. A relação completa dos itens avaliados e o resultado da adequação alcançada nesse eixo estão dispostos nas Tabelas 1 e 2.

Ainda no eixo 2, a avaliação da adequação da disponibilidade de recursos materiais adotou os pontos de corte propostos por Arantes et al. (2014), que consideram disponibilidade **adequada** quando todos itens estão disponíveis, em condições de uso e suprimento regular nos últimos seis meses; **parcialmente adequada** quando 70% a 99,9% dos itens estão disponíveis, em condições de uso e suprimento regular nos últimos seis meses e **inadequada** quando o percentual de disponibilidade for menor do que 70%. O período de 6 meses equivale à cobertura mínima desejável do pré-natal, já que o ingresso deve ocorrer no primeiro trimestre gestacional.

Os parâmetros que orientaram a avaliação dos eixos 1 e 3 foram obtidos no manual do Programa de Humanização ao Pré-natal Nascimento – PHPN (BRASIL, 2002) e no Caderno n° 32 da AB – Atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013).

A avaliação de adequação do pré-natal (eixo 3) se apoiou em matriz de julgamento, entendida como uma ferramenta “constituída por critérios, indicadores e padrões, diferindo da matriz de monitoramento por incluir o mérito e, por isso, é chamada também de matriz final da avaliação (ALVES et al. 2010: p.25), com o intuito de analisar os índices de Kessner (TAKEDA, 1993) e Kotelchuck (LEAL et al., 2004) modificados, além das atividades preconizadas no PHPN, complementadas por ações previstas no Caderno 32 da Atenção Básica (AB), que são de interesse epidemiológico na Amazônia, como a vacinação contra Hepatite B.

A matriz de julgamento (Quadro 1) contou com 5 níveis de avaliação. Os critérios de enquadramento, as condições requeridas para classificar e agrupar as variáveis segundo níveis de avaliação foram adaptados de Anversa et al. (2012), adicionando-se mais um nível à matriz de julgamento, formado por um conjunto de atividades relevantes à realização pré-natal, mas que não constavam na publicação original desses autores (ANVERSA et al., 2012). Os pontos de corte para aferir a adequação dos resultados consideraram as condições apontadas na literatura (BRASIL, 2013, BRASIL, 2002, ANVERSA et al., 2012), em particular a supracitada publicação de Anversa et al. (2012), que orientou a classificação do resultado do pré-natal como adequado, intermediário ou inadequado. A partir do nível 2 (Tabela 3) o cálculo da adequação global foi obtido através do somatório da adequação obtida no nível 1 com os critérios atendidos nas variáveis que formaram o nível de avaliação, exceto para o nível 5 que foi calculado através da somatória do desempenho

obtido em todos. Portanto, para a adequação global foram somadas as frequências absolutas de mulheres que obtiveram um pré-natal classificado respectivamente em adequado, intermediário e inadequado.

Quadro 1. Matriz de julgamento da Adequação do pré-natal, de acordo com índice de Kessner e PHPN.

Níveis de Avaliação	Crítérios para Enquadramento	Condições requeridas para classificar	Classificação possível de ser obtida
Nível 1	(índice de Kessner adaptado) Início até a 20ª semana gestacional e realização de seis consultas	Todos os requisitos cumpridos Início do pré-natal após 28 semanas ou menos de 3 consultas Para todas as demais condições	Adequado Inadequado Intermediário
Nível 2	Classificação do Nível 1 + ≥ 5 ou mais registros de pressão arterial, peso, idade gestacional, mensuração da altura uterina; ≥ 4 ou mais registros de batimentos cardíofetais e movimentos fetais	Todos os requisitos cumpridos Início pré-natal com mais de 28 semanas ou menos de 3 consultas; ≤ 2 registros de pressão arterial, peso, idade gestacional, mensuração da altura uterina, batimentos cardíofetais e movimentos fetais. Para todas as demais condições	Adequado Inadequado Intermediário
Nível 3	Classificação do Nível 1 + registros de realização de exames laboratoriais (Glicemia, Hematócrito, Hemoglobina, ABO, Rh, VDRL, HIV, Sumário de Urina) na primeira consulta e repetição dos exames a partir da 28ª semana (hematócrito e hemoglobina, glicose, VDRL, HIV e urina tipo I)	Início até a 20ª semana gestacional + realização de 6 consultas + 2 registros de realização de cada um dos exames recomendados Pré-natal com início após 28 semanas ou menos de 3 consultas e sem registro de realização de exames. Todas as demais condições	Adequado Inadequado Intermediário
Nível 4	Classificação do Nível 1 + ≤ 6 consultas (1 no 1º trimestre de gestação, 2 no 2º trimestre e 3 no 3º); 1 classificação de risco gestacional; 1 consulta puerpério; 1 consulta odontológica; vacinação Antitetânica e Anti-Hepatite B; 1 atividade educativa; 1 prescrição de sulfato ferroso a cada trimestre	Início até a 20ª semana gestacional e realização de 6 consultas + realização de 7 ou 8 das atividades do PHPN Pré-natal com início após 28 semanas ou menos de três consultas e ≤ 4 atividades do PHPN Nas demais condições	Adequado Inadequado Intermediário
		Início até a 20ª semana gestacional e realização de seis consultas + ≥ 5 ou mais registros de pressão arterial, peso, idade gestacional, mensuração da altura uterina; ≥ 4 ou mais registros de batimentos cardíofetais e movimentos fetais + realização dos exames básicos e de repetição+ realização de 7 ou 8 das atividades do PHPN (classificação de risco gestacional; distribuição de	Adequado

Nível 5	Somatório de resultados obtidos nos níveis 1, 2, 3 e 4	<p>consultas por período gestacional, consulta de puerpério; consulta odontológica; vacinação Antitetânica e Anti-Hepatite B, atividade educativa, prescrição de sulfato ferroso</p> <p>Início pré-natal com mais de 28 semanas ou menos de 3 consultas + ≤ 2 registros de pressão arterial, peso, idade gestacional, mensuração da altura uterina, batimentos cardíacos e movimentos fetais+ ausência de registro dos exames laboratoriais + realização ≤ 4 das atividades do PHPN (classificação de risco gestacional; distribuição de consultas por período gestacional, consulta puerpério; consulta odontológica; vacinação Antitetânica e Anti-Hepatite B, atividade educativa, prescrição de sulfato ferroso)</p> <p>Nas demais condições</p>	<p>Inadequado</p> <p>Intermediário</p>
---------	--	--	--

Fonte: Adaptado de Anversa et al., (2012); Brasil (2002; 2013)

A ausência de registro em qualquer uma das variáveis avaliadas foi considerada como não realização. Os dados foram analisados de forma descritiva utilizando o software SPSS Statistics versão 23, da IBPM.

O artigo se vincula a um projeto mais amplo (Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde por populações ribeirinhas de Manaus), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 1.742.086/2016 tendo atendido a resolução 466/12 – CNS.

RESULTADOS

A UBSF Catuiara atende a uma população rural dispersa em ampla área geográfica que dista das sedes municipais mais próximas em várias horas de navegação fluvial (cerca de 13 horas para chegar a Manaus e 4 a 6 horas para alcançar a cidade de Novo Airão), implicando em dispêndio financeiro e esforço físico para os usuários.

O atendimento feito é itinerante, obedecendo a um calendário de viagem mensal com duas semanas de duração, que permite a permanência de aproximadamente 6 horas em cada localidade atendida. Entretanto, o número de localidades é maior que o número de dias de permanência da unidade fluvial em campo. Assim, muitos usuários têm que se deslocar por seus próprios meios até um lugar onde a UBSF atraque, e ali buscar atendimento. Ainda que a UBSF realize um amplo

leque de ações típicas de atenção primária, serão analisadas apenas as atividades relativas ao pré-natal.

A UBSF Catuiara dispõe de 2 equipes da estratégia saúde da família (ESF) formadas por médico, enfermeira e odontólogo e 21 agentes comunitários de saúde (ACS), os quais além de atuar no momento do atendimento, permanecem no território no intervalo entre as viagens da unidade fluvial. Além da composição habitual de uma ESFF, a unidade também dispõe de 1 médico e 1 enfermeira adicionais, 4 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares de saúde bucal, 1 técnica em dermatologia sanitária, 1 farmacêutico, 1 assistente social, 1 bioquímico, 1 técnico em patologia clínica e 5 tripulantes.

A Figura 1 ilustra o fluxograma de atendimento à gestante na UBSF. Embora se baseie nas normas técnicas da atenção ao pré-natal (BRASIL, 2013), ele mostra um conjunto de arranjos organizativos criados pela equipe da unidade, para fazer frente às limitações impostas pelo atendimento intermitente.

A pré-consulta com aferição da pressão arterial, peso e altura, é realizada antecipadamente pelo ACS; em algumas circunstâncias ela é feita com até três dias de antecedência, visando, agilizar o atendimento no período de permanência da UBSF na localidade. Ao chegar à unidade a mulher com suspeita de gravidez é encaminhada diretamente ao laboratório para realização do teste rápido. Caso o resultado seja positivo, procede-se de imediato a coleta dos exames de rotina do pré-natal. Resultados de testes rápidos e da bioquímica clínica são entregues cerca de uma hora após a coleta. As sorologias (HIV, Hepatite e Toxoplasmose) são coletadas para exames em Manaus, sendo os resultados entregues na viagem subsequente. Em caso febril, a pesquisa de *Plasmodium* pode ser feita de imediato, por se tratar de área endêmica de malária.

No regime de atendimento adotado, o acompanhamento odontológico é realizado mais de uma vez ao longo da gestação, tendo-se acrescida consulta odontológica também no puerpério, em que mãe e recém-nascido são avaliados; cadastra-se a criança no programa *dente de Kurumi*, criado pela equipe odontológica da UBSF Catuiara, para acompanhamento de crianças com até 3 anos e agenda-se a data de retorno para o acompanhamento da saúde bucal da mãe, se necessário.

Tanto a avaliação de enfermagem quanto a consulta médica são ofertadas mensalmente, inclusive para as gestantes saudáveis. A enfermagem assume a maioria dos cuidados de rotina, além de se responsabilizar pelos registros na caderneta e SISPRENATAL. Embora os profissionais médicos ofertem consultas mensais, observou-se que não realizam rotineiramente exames das mamas, ginecológico e obstétrico. Tais procedimentos são eventualmente supridos pelas enfermeiras. Profissionais entrevistados justificaram tal conduta pela ausência de consultório

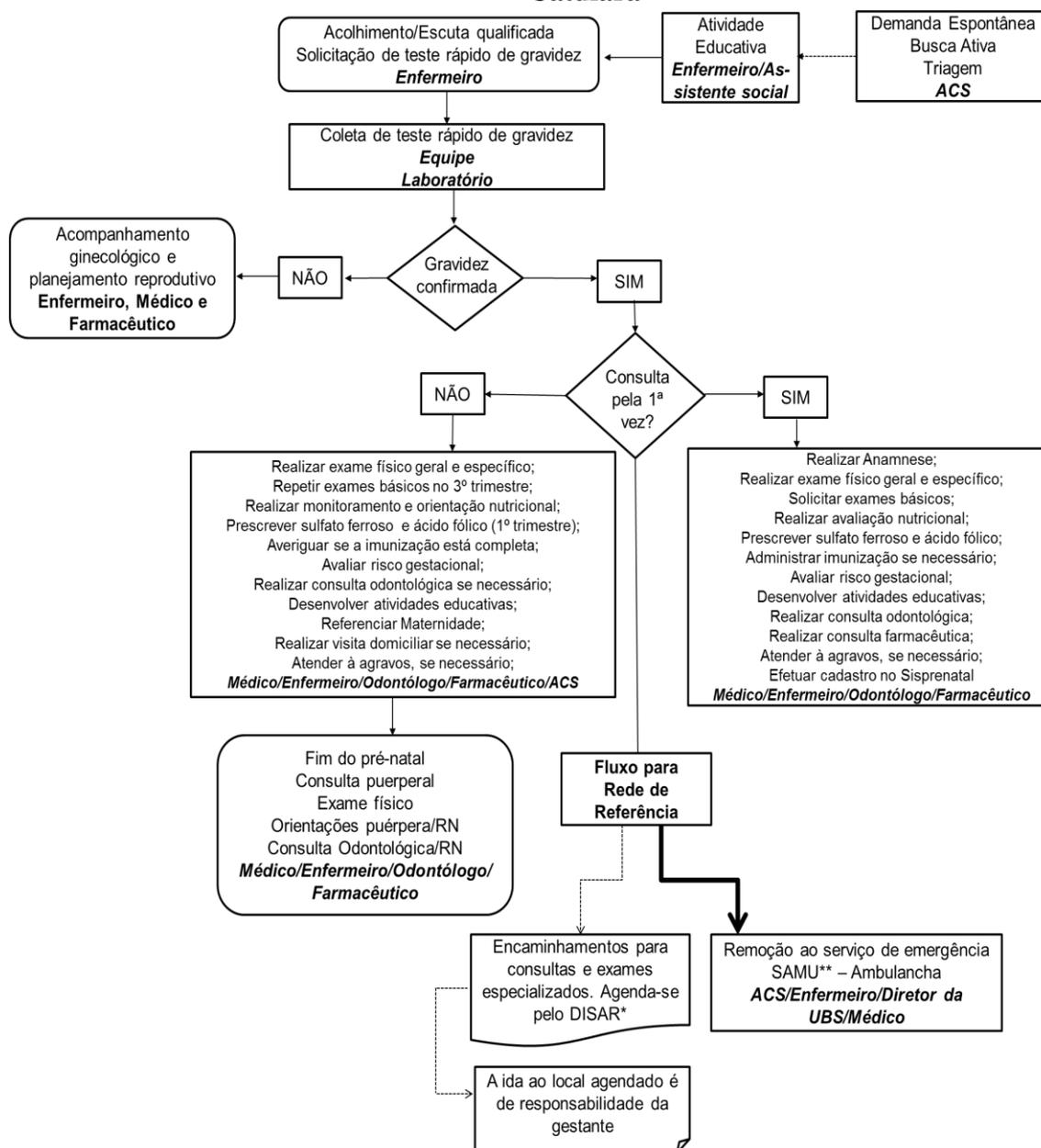
médico na UBSF, pois as consultas médicas são realizadas em espaço comunitário, o que limita a privacidade do cuidado.

Na ocorrência de situações de urgência e emergência, a equipe pode acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (*SAMU Fluvial*) para remover a gestante para unidades especializadas em Manaus. Tal solicitação pode ser feita por qualquer membro da equipe, mesmo que a UBSF não esteja presente no território.

Outra peculiaridade na unidade é atuação do farmacêutico que avalia a prescrição e dispensa o medicamento certificando-se da segurança de uso pela gestante. Orienta sobre dosagens, possibilidade de reações adversas e forma de utilização. Também efetua a gestão dos estoques de medicações utilizadas na atenção pré-natal e auxilia no programa de planejamento familiar para puérperas e mulheres não grávidas. A presença desse profissional na unidade propicia acesso a medicamentos que só estariam disponíveis em unidades de referência secundárias em Manaus.

Dentre as ações não realizadas destaca-se a ausência vinculação à maternidade, conforme preconizado na norma técnica para o pré-natal de baixo risco. Durante as consultas as gestantes são orientadas a procurar a maternidade mais próxima de seu local de moradia ou hospedagem na cidade.

Figura 1 - Fluxograma do atendimento do pré-natal na Unidade Básica de Saúde Fluvial Catuiara



LEGENDA:

————> ações realizadas no dia da consulta

- - - - -> ações realizadas em data anterior ou posterior ao dia da consulta

————> ações realizadas independentemente da presença da UBSF no território

Fonte: Elaboração das Autoras baseado em Brasil (2013), com as adaptações realizadas pela equipe da UBFS rural Catuiara

* DISAR: Distrito de Saúde Rural

** SAMU: Serviço de atendimento móvel de urgência

Os resultados relativos à estrutura da UBSF (Eixo 2), sistematizados na Tabela 1, mostram uma adequação parcial, porém próxima às condições ideais para oferta de pré-natal, já que o menor percentual obtido no item estrutura física, alcançou 80%, sendo que os demais itens variaram entre 92,3% a 100% de alcance. A observação destacou como item mais problemático da estrutura física o uso da área externa da embarcação como sala de espera. Embora seja coberta para amenizar a exposição ao sol e possua cadeiras, estas são insuficientes e o calor excessivo, não atendendo às diretrizes da política de humanização.

Tabela 1. Avaliação da adequação da estrutura da UBSF Catuiara, Amazonas, Brasil, 2017.

Atributos Avaliados	Itens a serem avaliados	Resultados Encontrados	
	N	N	%
Estrutura física	10	8	80
		Parcialmente adequada	
Impressos	10	10	100
		Adequada	
Medicamentos	26	24	92,3
		Parcialmente adequada	
Insumos e equipamentos para exames	9	9	100
		Adequada	
Imunobiológicos	2	2	100
		Adequada	
Outros equipamentos para o pré natal	28	27	96,4
		Parcialmente adequada	
Adequação Global Alcançada		Parcialmente adequada	

Fonte: Adaptado de Arantes et al., 2014.

Pontos de Corte: adequada quando 100% dos itens estavam disponíveis, em condições de uso e suprimento regular nos últimos seis meses; parcialmente adequada quando 70% a 99,9% dos itens estavam disponíveis, em condições de

uso e suprimento regular nos últimos seis meses e inadequada quando o percentual de disponibilidade for menor do que 70% (Arantes et al., 2014).

A disponibilidade global de medicamentos na UBSF Catuiara foi elevada (92,3%), contando também com 100% de disponibilidade regular de medicações de uso prioritário no pré-natal, como sulfato ferroso e ácido fólico. Os medicamentos faltantes que impediram o alcance de 100% de adequação (Tabela 2), têm pouco uso no pré-natal (Budenosida), são substituíveis por outros (Cefadroxil) ou são contraindicados devido às recentes epidemias de Dengue e Chikungunha (caso do AAS).

Tabela 2. Atributos avaliados para estrutura, equipamentos e insumos da UBSF Catuiara, Amazonas, Brasil, 2017.

Itens avaliados	Disponível na UBSF	
	N	%
Equipamentos e outros materiais		
-Mesa e Cadeira para acolhimento	Sim	
-Mesa de exame ginecológico	Sim	
-Escada de dois degraus	Sim	
-Foco de Luz	Sim	
-Balança para adultos (peso/altura) com capacidade até 300 kg	Sim	
-Esfigmomanômetro	Sim	
-Estetoscópio Clínico	Sim	
-Estetoscópio de Pinard ou Sonar Doppler	Sim	
-Fita métrica flexível e inelástica	Sim	
-Espéculos	Sim	
-Pinças de Cheron	Não	
-Material para coleta de exame citopatológico	Sim	
-Gestograma ou Disco obstétrico	Sim	
-Disco para IMC	Sim	
-Lâmina para malária	Sim	
-Corantes para malária (azul de metileno e Giemsa)	Sim	
-Abaixador de língua	Sim	
-Agulhas descartáveis de diversos tamanhos	Sim	
-Atadura	Sim	
-Caixa térmica para vacina	Sim	
-Equipo para soro	Sim	
-Esparradrapo	Sim	

-Gaze	Sim	
-Seringas descartáveis de diversos tamanhos	Sim	
-Recipientes duros para descarte de perfurocortantes	Sim	
-Preservativo masculino	Sim	
-Preservativo feminino	Sim	
-Suporte para soro	Sim	
Total	27	96,4

Medicamentos

Medicamentos antianêmicos e vitaminas

-Acido Fólico	Sim
-Sulfato Ferroso	Sim

Medicamentos antieméticos/ antiácidos/ outros

-Metoclopramida	Sim
-Clorpromazina	Sim

Medicamentos analgésicos/ antitérmicos/ antiespasmódico

-Dipirona	Sim
-Paracetamol	Sim

Medicamentos anti-hipertensivos ou de ação cardiovascular

-Metildopa	Sim
- Hidralazina	Sim
-Ácido acetilsalicílico	Não

Medicamentos antidiabéticos

-Glibencamida	Sim
-Cloridrato de Metformina	Sim
-Insulina NPH	Sim
-Insulina Regular	Sim

Medicamentos antibióticos

-Cefalexina 500mg	Sim
-Cefadroxil 500 mg	Não
-Amoxicilina 500mg	Sim
-Nitrofurantoína 100 mg	Sim

Medicamentos antifúngicos (creme vaginal)

-Miconazol a 2%	Sim
-Nistatina 100.000 UI	Sim

Medicamentos para malária

-Artemeter + lumefantrina (Coartem)	Sim
-Cloroquina	Sim
-Clindamicina	Sim
-Quinina	Sim

Medicamentos antiparasitários

-Metronidazol	Sim
---------------	-----

Medicamento antiasmático

-Sulfato de Sabutamol	Sim	
-Budenosida	Não	
Medicamentos Anticonvulsivantes		
-Fenobarbital	Sim	
Total	25	92,6

A avaliação da adequação do pré-natal (eixo 3), é apresentada na Tabela 3 com seus 5 níveis. Os resultados obtidos para o nível 1 (medidos pelo índice de Kessner) são muito favoráveis para o início do pré-natal (92,5% com início até 20 semanas de gestão), caindo para pouco mais da metade (62,4%) de adequação aquelas com ≥ 6 consultas. Os menores percentuais de adequação foram encontrados para os cuidados clínicos, chamando atenção o baixo percentual de registro de medida de altura uterina (somente 6,5% de adequação). Para esses itens foi impossível distinguir entre falta de registro ou não realização, pois se trata de dado disponível somente em prontuário, cuja revisão evidenciou baixo grau de completude.

Na mesma tabela, a realização e devolução tempestiva de exames preconizados pelo PHPN mostraram-se um dos pontos positivos na atuação da UBSF tendo alcançado 98,9% de adequação na primeira bateria de exames do pré-natal (Tabela 3). Tal percentual cai drasticamente para os exames de repetição (34,4%). A observação sugere que a origem da lacuna foi mais de registro do que de realização, principalmente porque as Cadernetas de Gestante de modelo antigo – e ainda em uso na unidade – não dispõem de local para registrar os exames de repetição.

O pior desempenho constante na Tabela 3 ocorreu no Nível 4 (com 2,1% de Adequação Global), decorrente da falta de registro da classificação de risco (4,3%) da gestação; de prescrição de Sulfato Ferroso (11,8%) e de atividades educativas (21,5%). Considerando a oferta regular do Sulfato Ferroso na unidade e a realização rotineira de atividades educativas observadas no componente qualitativo da pesquisa, prevalece a hipótese de falta de registro dessas atividades. O desempenho relativo às consultas de puerpério foi comprometido pelo baixo percentual alcançado (40,9% das gestantes acompanhadas), mas a vacinação obteve mais sucesso (94,6% antitetânica e 68,8% da anti-hepatite B, quando indicadas) que outras variáveis.

No conjunto, tais lacunas comprometeram a adequação global de desempenho obtida no nível 5 da Tabela 3 (12% de adequação intermediária e 0% de desempenho adequado). Porém, cabe lembrar que este nível da matriz expressa um julgamento muito exigente, por abranger no processo avaliativo praticamente todas as ações preconizadas no manual do pré-natal.

Tabela 3. Adequação do pré-natal realizado na UBSF Catuiara, segundo Matriz de Julgamento, para Índice de Kessner modificado e atividades preconizadas pelo PHPN e Caderno 32 da AB, Amazonas, Brasil, 2015 - 2016. (n=93)

Atividades do PHPN	Adequada		Intermediária		Inadequada	
	N	%	n	%	n	%
Nível 1 (índice de Kessner):						
- Início até 20 semanas gestacionais	86	92,5	-	-	7	7,5
- Quantidade total de consultas	58	62,4	29	31,2	6	6,4
Adequação Global	58	62,4	27	29,0	8	8,6
Nível 2 (Nível 1 + Cuidados clínicos obstétricos)						
Cuidados clínicos obstétricos:						
- Verificação Pressão Arterial	52	55,9	38	40,9	3	3,2
- Verificação de peso	52	55,9	38	40,8	3	3,2
- Registro da idade gestacional	80	86,0	7	7,5	6	6,5
- Mensuração de altura uterina	6	6,5	67	72,0	20	21,5
- Ausculta do batimento cardíaco fetal	35	37,6	41	44,1	17	18,3
- Verificação de movimentos fetais	35	37,6	41	44,1	17	18,3
Adequação Global	03	3,2	57	61,2	33	35,5
Nível 3 (Nível 1 + exames laboratoriais - glicemia, Hematócrito, hemoglobina, VDRL, ABO Rh, HIV, urina)						
- Exames laboratoriais	92	98,9	-	-	1	1,1
- Exames laboratoriais de repetição	32	34,4	-	-	61	65,6
Adequação Global	14	15,1	71	76,3	8	8,6
Nível 4 (Nível 1 + outras variáveis do cuidado, segundo o PHPN e Caderno 32)						
- Distribuição de consultas por período gestacional	20	21,5	-	-	73	78,5
- Consulta de puerpério	38	40,9	-	-	55	59,1
- Consulta odontológica	47	50,5	-	-	46	49,5
- Vacinação Antitetânica	88	94,6	-	-	5	5,4
- Anti-Hepatite B	64	68,8	-	-	29	31,2
- Realização de atividades educativas	20	21,5	-	-	73	78,5
- Classificação de risco	04	4,3	-	-	89	95,7
- Prescrição de sulfato ferroso	11	11,8	-	-	82	88,2

Adequação Global	2	2,1	14	15,1	77	82,8
Nível 5 (Nível 1 + Nível 2 + Nível 3 + Nível 4)						
Adequação Global	0	0	12	12,9	81	87,1

Fonte: Elaboração dos autores, baseado nas adaptações de Anversa et al. (2012), Takeda (1993), Brasil (2002) e Brasil (2013).

A adequação global para o índice de Kotelchuck modificado (Tabela 4) totalizou 20,4% de resultados adequados e 36,6% de resultados mais que adequados, evidenciando que 47,3% das gestantes tiveram um número maior de consultas que o preconizado. Considerando a inexistência de gravidez de risco cadastrada no serviço no período pesquisado, tal resultado pode ser atribuído a adoção do regime de consultas mensais, ofertadas concomitantemente por médicos e de enfermeiros, ao invés do regime de alternância preconizado no manual do pré-natal

Tabela 4. Avaliação da Adequação do pré-natal realizado na UBSF Catuiara, segundo índices de Kotelchuck modificado, período 2015 a 2016, Amazonas, 2017 (n=93).

Indicadores	Classificação							
	Mais que adequado		Adequada		Intermediária		Inadequada	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Índice de Kotelchuck								
Indicadores para adequação global:								
- Início até o 4º mês gestacional	-	-	61	65,6	-	-	32	34,4
- Quantidade total de consultas esperadas	44	47,3	33	35,5	12	12,9	4	4,3
Adequação Global Alcançada	34	36,6	19	20,4	2	2,1	38	40,9
Outros indicadores:								
- Distribuição de consultas de acordo com o período								
13-21 semanas (2 consultas)	25	26,9	49	52,7	13	14,0	6	6,4
22-27 semanas (3 consultas)	40	43,0	38	40,9	11	11,8	4	4,3
28-33 semanas (4 consultas)	47	50,5	35	37,6	11	11,9	-	-
34-37 semanas (5 consultas)	44	47,3	34	36,6	11	11,8	4	4,3
Acima de 37 semanas (6 consultas)	9	40,9	7	31,8	6	27,3	-	-

Fonte: Elaboração dos autores, baseado nas adaptações de Leal et al., (2004).

DISCUSSÃO

A organização do cuidado na UBSF atende aos parâmetros estabelecidos pelas normas técnicas que orientam o pré-natal de baixo risco na atenção básica (BRASIL, 2013). A eles são acrescentados novos elementos criados pela equipe multiprofissional na busca de aprimorar a qualidade do atendimento feito, e de contornar os limites gerados pela curta permanência em cada localidade, caracterizando uma forma de “trabalho vivo”, que reinterpreta e recria os processos de trabalho prescritos, congelados nas normas técnicas e dispositivos governamentais (MEHRY, 2002).

Dentre as adaptações produzidas pela equipe da UBSF Catuiara, destaca-se a oferta mensal e concomitante de consultas médicas e de enfermagem, ao invés de alternadas como preconizado no protocolo do pré-natal na atenção básica (PEIXOTO et al., 2011).

Também se destaca o ritmo de rápida realização e retorno de resultados de exames do pré-natal que contrastam com os achados sobre o pré-natal realizado no município de Tefé, no Amazonas (PERGORARO, FUZA e FERREIRA, 2011). Ali os exames eram realizados exclusivamente na sede municipal, obrigando as mulheres de áreas rurais a enfrentarem longos, dispendiosos e estressantes deslocamentos por via fluvial para obtê-los. Também na área urbana de Manaus, a realização dos exames rotineiros do pré-natal implicava em 3 a 6 deslocamentos das gestantes para agendar, coletar o material biológico e finalmente receber os resultados (GARNELO; SOUZA, 2015). Em Fortaleza, avaliação do pré-natal constatou que 21,3% das gestantes atendidas tiveram diagnóstico de sífilis confirmado apenas no momento do parto (ROCHA; SILVA, 2012).

Ao se comparar com estudo de abrangência nacional, Viellas et al. (2014) verificaram que 80% das gestantes realizaram pelo menos um exame de glicemia e urina, o que contrasta com o resultado obtido de 98,9% de realização da rotina de exames preconizados para o pré-natal de baixo risco na UBSF Catuiara. Os resultados foram menos favoráveis para a repetição de exames a partir da 28ª semana, (34,4%) que se assemelha aos dados obtidos para o Brasil que apontou 39,2% para segunda rotina de exames (VIELLAS et al., 2014). Em que pese a alegação dos entrevistados de que tais exames são rotineiramente feitos, mas há falha de registros, ao lado da persistência do modelo mais antigo de cartões/caderneta de gestante que não dispõe de campo para registrar os exames de repetição. Independentemente das causas, tais lacunas contribuíram para reduzir o desempenho global da adequação do pré-natal.

A ausência de vinculação à maternidade foi uma das lacunas evidenciadas na organização do cuidado na UBSF. Contudo, no caso das gestantes residentes em área rural a busca de vínculo prévio com a maternidade implicaria em uma longa viagem, com dispêndio financeiro, esforço físico considerável no final da gestação e sem a garantia de obtenção de leito disponível na maternidade. Portanto, a inadequação nesse componente da atenção deve ser relativizada.

Os atributos estrutura física, equipamentos e insumos mostraram-se muito próximos ao preconizado como adequado, diferindo da tipologia de Unidades Básicas de Saúde produzida a partir dos dados do PMAQ-AB, que evidenciou, para o Amazonas, que 21% delas não apresentavam condição de funcionamento e deveria ser fechada (GIOVANELLA et al, 2015). Entretanto, as poucas lacunas existentes, como a falta de consultório médico, repercutiram negativamente na oferta de cuidados clínicos. Outras publicações que analisaram dados do PMAQ também encontraram deficiência de insumos, equipamentos e de outros elementos de infraestrutura, implicada em baixa frequência de realização de exames físicos preconizados no pré-natal (GUIMARÃES et al., 2018; TOMASI et al., 2017).

A avaliação de adequação do pré-natal, baseada no índice de Kessner modificado (62,4% de adequação na UBSF Catuiara) foi superior aos achados relativos a realidades locais como Santa Maria (RS), com 59% de adequação global (ANVERSA et al., 2012) e Goiás, com 35% para a mesma classificação (COUTINHO et al., 2010). É também muito superior aos 21,6% de adequação global do pré-natal ofertado às mulheres no Brasil (DOMINGUES et al., 2015), aos 3,4% de adequação global ofertado às mulheres da Amazônia legal e aos 2,1% de adequação global encontrados no estado do Amazonas (LEAL et al., 2015), embora devam ser ressaltadas algumas diferenças nos modelos avaliativos adotados nas investigações dirigidas ao Brasil (DOMINGUES et al., 2015) e a Amazônia (LEAL et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As características do atendimento na UBSF geram problemas de continuidade do cuidado, em função do regime intermitente de atendimento, do reduzido tempo de permanência em cada localidade e da dificuldade de acesso. Porém, os resultados da avaliação mostram que a atenção pré-natal ali realizada propicia às gestantes um atendimento regular e seguro, cujo desempenho é similar ao encontrado no pré-natal realizado em espaços urbanos na região amazônica – e mesmo em outras regiões do país com melhores níveis de desenvolvimento e de infraestrutura - que contam com a vantagem do atendimento diário em dois turnos.

Na unidade Catuiara, os esforços desenvolvidos pela equipe de profissionais que ali atuam, conseguem contornar e superar as limitações inerentes de uma presença assistencial periódica, que é característica do modelo organizativo baseado em unidades móveis, tal como proposto pela PNAB 2012 (BRASIL, 2012).

Os indicadores aferidos na avaliação mostraram boa adequação, estrutura física, disponibilidade de insumos. Os indicadores que aferem a adequação do cuidado tiveram resultados próximos ou superiores aos alcançados para Amazônia como um todo, para outros estados da federação ou para cidades como Goiânia. Tal desempenho cai quando novas variáveis são adicionadas aos procedimentos avaliativos, observando-se o predomínio da adequação intermediária, em função das falhas de realização – ou de registro – para o conjunto de ações preconizadas. Entretanto, os resultados obtidos para a UBSF Catuiara superam os achados para outras pesquisas, como os de Leal et al. (2015) para o conjunto da região amazônica. Nesse sentido, os problemas localmente encontrados na UBSF Catuiara não se distinguem daqueles enfrentados pelo conjunto da rede básica, cujos profissionais enfrentam dificuldade para cumprir todos os procedimentos preconizados para o atendimento ao pré-natal.

Paradoxalmente os menores percentuais de adequação do pré-natal ocorreram em atividades que dependem mais diretamente da atuação da equipe. Foram unânimes as alegações de insuficiência de registro de atividades realizadas, o que comprometeu o resultado da avaliação do pré-natal na UBSF Catuiara e forçou os pesquisadores a buscar múltiplas fontes de dados para resgatar informações dispersas em cadernetas, prontuários, receituários e outros meios de registro. Dentre as razões para tal, identifica-se a falta de um formulário que integre o registro de todos os procedimentos efetuados ao longo da gravidez para cada gestante, já que o SISPRENATAL não se presta a auxiliar os processos de gestão no plano local. A adoção de tal instrumento facilitaria a o monitoramento contínuo de indicadores de processo e de resultados da atenção pré-natal no território.

Dentre os limites do estudo aponta-se sua abrangência local, ainda que neste caso o enfoque local seja relevante para o aprimoramento de recomendações relativamente recentes como as contidas na PNAB 2012, para as populações rurais, pois sua operacionalização demanda um melhor entendimento das condições de acesso, de vida e de saúde dos segmentos populacionais que ela se propõe a atender. Outra limitação desse estudo é seu foco no trabalho da equipe que atua embarcada na unidade móvel, deixando de fora a perspectiva das usuárias e dos agentes comunitários de saúde que residem nas localidades e cuja atuação não compartilha o caráter

itinerante dos outros membros da equipe. Tais limites serão superados em outras investigações em curso na realidade aqui estudada.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Cinthia Kaline de Almeida et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, Isabella et al. (Org.). Avaliação em Saúde. Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.
- ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, Abr. 2012.
- ARANTES, Rayssa Basílio et al. Assistência pré-natal na estratégia saúde da família: uma avaliação de estrutura. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n.2, p. 245-254, Abr/Jun, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 10/02/16
- _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014** – 9. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, Jun. 2011.

COUTINHO, Tadeu et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, Nov. 2010.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et. al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 37, n. 3, p. 140-147, Mar. 2015.

GARNELO, Luiza; SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. Fica tudo por conta delas: etnografia da atenção pré-natal na atenção Básica no município de Manaus. In: Freitas, C.M.de; GIATTI, L.L. (Orgs). **Sustentabilidade, ambiente e saúde na cidade de Manaus**. Manaus: Editora Fiocruz, 2015.

GARNELO, Luiza et al. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiência e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: FAUSTO, MCR; FONSECA, HMS (Orgs). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: Experiências do Trabalho de Campo PMAQ-AB**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Saberes Editora; 2014. v. 1, p. 60-87.

GIOVANELLA Lígia et al. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras. Nota Técnica 5/2015, 62pp. Disponível em:

http://www.resbr.net.br/wpcontent/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf

GUIMARÃES, Wildery Sidney Gonçalves et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.3, n.5, 2018.

LEAL, Maria do Carmo et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S63-S72, Jan. 2004.

LEAL, Maria do Carmo et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, Mar. 2015.

MERHY Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, José Aldemir de; NINA, Socorro de Fátima Moraes. Ambiente e saúde da mulher trabalhadora: transformações numa comunidade da Amazônia brasileira. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1162-1172, Dez. 2014.

PEGORARO, Vanessa Alvarenga; FUZA, Raquel Lins; FERREIRA, Márcio Antônio Couto Avaliação do pré-natal das parturientes do hospital regional da cidade de Tefé-Am. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**: Brasília, v.2, n. 2, p. 226-242, 2011.

PEIXOTO, C.R., et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 286-291, abr/jun. 2011.

RIBEIRO, José Mendes et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 534-545, 2004

ROCHA, Rebeca Silveira; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Assistência pré-natal na rede básica de fortaleza-ce: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, 344-355, jul./set., 2012.

SCHUTZ, Gabriel Eduardo et al. Sobredeterminação socioecológica da saúde da ruralidade em Humaitá, AM, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4051-4060, Out. 2014 .

TAKEDA, Sílvia Passa. **Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualificação da atenção** [dissertação]. Pelotas (RG): Universidade Federal de Pelotas; 1993.

TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.3, Jan. 2017.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S85-S100, 2014.

AGRADECIMENTOS

Pesquisa apoiada pelo CNPq, (Processo nº. 407944/2016-8) e FAPEAM/PPSUS-01/2017 – EFP_00014168.

Nesse estudo não houve conflito de interesses

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Eidie do Vale Souza: participou do delineamento da pesquisa, coleta de dados e elaboração do manuscrito. Adenilda Teixeira Arruda participou da análise estatística e elaboração do manuscrito. Bernardo Lessa Horta participou da redação e análise crítica do manuscrito. Luiza Garnelo responsável participou do planejamento e execução da pesquisa redação e análise crítica do manuscrito

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

A avaliação dos programas de saúde é elemento importante para identificar potencialidades e fragilidades da organização e funcionamento das atividades de atenção primária no Brasil. No que diz respeito às estratégias de atendimento à população rural, a realização de estudos numa unidade básica de saúde fluvial rural como a unidade Catuiara, permitem aclarar avanços criativos nas estratégias assistenciais dirigidas aos residentes em áreas de difícil acesso. Propiciam também o entendimento de necessidades de adaptação de normas técnicas, de elementos de gestão e de informação necessários à programação e reprogramação de prioridades em saúde.

Este estudo avaliou a atenção ao pré-natal em uma unidade básica de saúde fluvial rural no município de Manaus, mediante critérios da organização, estrutura, insumos disponíveis e adequação do pré-natal às normas técnicas preconizadas pelas autoridades sanitárias brasileiras, permitindo concluir que a organização do pré-natal na unidade fluvial Catuiara demonstra conformidade entre o que está estabelecido pelas normas ministeriais e o que é ofertado na unidade.

Há que se levar em conta que embora as características do atendimento gerem dificuldades de continuidade em função da intermitência do regime de atendimento, do reduzido tempo de permanência em cada localidade e da dificuldade de acesso, os resultados da avaliação mostram que a atenção pré-natal ali realizada propicia às gestantes um atendimento regular e seguro, cujo desempenho é similar ao encontrado em atendimento feito em espaços urbanos na região amazônica – e mesmo em outras regiões do país com melhores níveis de desenvolvimento e de infraestrutura - que contam com a vantagem do atendimento diário em dois turnos. Ou seja, no que diz respeito ao pré-natal, o trabalho desenvolvido pela equipe de profissionais que atua na unidade Catuiara consegue contornar e superar as limitações inerentes de uma presença assistencial periódica, que é característica do modelo organizativo baseado em unidades móveis, tal como proposto pela PNAB 2011.

A avaliação também encontrou adaptações criativas desenvolvidas pela equipe multiprofissional visando aprimorar a qualidade da assistência. Dentre estas, podem ser destacados o acompanhamento mensal realizado por médico e enfermeiro; a introdução da consulta farmacêutica; a criação de programa especial de consulta e orientação odontológica para a gestante e o neonato; a presteza da assistência laboratorial que permite a avaliação dos resultados da maioria dos exames solicitados no mesmo turno em que a gestante foi atendida, além da realização de um acolhimento, que propicia atendimento a cada vinda da gestante, evitando a perda de janela de oportunidade que poderia comprometer o acompanhamento regular do ciclo gravídico-puerperal.

No que diz respeito à estrutura do serviço e insumos disponíveis, a unidade foi avaliada como parcialmente adequada, tendo alcançado 80% dos requisitos exigidos para estrutura física e 100% para a disponibilidade de impressos, segundo as normas ministeriais. Além disso, uma análise detalhada dos itens faltantes que levaram a tal resultado (Apêndice II), mostra que os elementos mais importantes para garantir um pré-natal resolutivo e de qualidade se fizeram presentes na unidade. Trata-se de resultado que supera, em larga medida, a adequação de 26% para infraestrutura da rede de AB no Brasil como um todo, aferida pelo PMAQ-AB. A disponibilidade 92,3% dos medicamentos específicos utilizados no pré-natal também deve ser valorizada, como elemento capaz de propiciar continuidade e regularidade ao acompanhamento gestacional.

A avaliação do pré-natal pelos índices de Kessner e Kotelchuck modificados, mostrou que a maioria das gestantes teve um pré-natal adequado (mais de 60% para o índice de Kessner e 57% para o índice de Kotelchuck). Para esses indicadores os achados na unidade Catuiara foram próximos ou superiores aos alcançados para Amazônia como um todo (65%), em outros estados como Rio Grande do Sul (64,6% de adequação), Paraíba (54,6%), ou cidades como Goiânia (35%) para o índice de Kessner modificado.

Tal desempenho cai quando novas variáveis são adicionadas aos procedimentos avaliativos, observando-se o predomínio da adequação intermediária, em função das falhas de realização – ou de registro – para o conjunto de ações preconizadas. Entretanto, os resultados obtidos para a UBSF Catuiara não divergem muito dos achados para outras pesquisas, como os de Leal et al. (2015) para a Amazônia, que encontrou 3,4% de adequação global do pré-natal para o conjunto da região. Em suma, os elevados percentuais de cobertura da atenção pré-natal coexistem com percentuais muito baixos de adequação global do pré-natal, seja na região amazônica, seja no país como um todo. Nesse sentido, a realidade local expressa pela UBSF Catuiara não se distingue

do conjunto da rede básica, cujos profissionais enfrentam dificuldade para cumprir todos os procedimentos preconizados para o atendimento ao pré-natal.

Um dos problemas enfrentados em campo, e que influenciou negativamente nos resultados da avaliação, foi a insuficiência de registro das atividades realizadas. Considerando o critério de que na ausência de registro deve-se considerar como procedimento não executado, a falta de um formulário integrado de registro de todos os procedimentos efetuados ao longo da gravidez para cada gestante, comprometeu o resultado da avaliação do pré-natal na UBSF Catuiara, forçando o uso de múltiplas fontes de dados na busca de resgatar informações dispersas em cadernetas, prontuários, receituários e outros meios de registro.

Devido às características especiais de atendimento na unidade e a necessidade de aperfeiçoar as estratégias de gestão local, em nível de unidade de saúde, dos instrumentos de informação e avaliação das ações e programas de saúde, sugere-se a criação ou implantação de uma ficha unificada de registro – capaz de desempenhar as mesmas funções do cartão espelho, mas que seja capaz de conter o registro de todas as atividades ofertadas no pré-natal, algo que o cartão não permite – capaz de propiciar registro rápido e eficiente e fácil visualização. Tal medida pode minimizar a insuficiência de registro de todas as ações realizadas no pré-natal e subsidiar a equipe multiprofissional, apoiadores e gestores para fazer o monitoramento contínuo das ações desenvolvidas na unidade.

Em que pese o limitado alcance dos estudos sobre realidades locais, estes se mostram relevantes para aprimorar políticas relativamente recentes como é o caso das recomendações contidas na PNAB 2011, cuja operacionalização demanda um melhor entendimento das condições de acesso, de vida e de saúde das populações rurais que ela se propõe a atender.

Como limitação desse estudo aponta-se também seu foco no trabalho da equipe que atua embarcada na unidade móvel, o que deixou de fora a perspectiva das usuárias e dos agentes comunitários de saúde que residem na localidade e cuja atuação não compartilha o caráter itinerante dos outros membros da equipe. Outras investigações futuras poderão dar conta desses aspectos da realidade aqui estudada.

Por fim, deve-se observar que a existência de aspectos da atenção pré-natal que demandam melhorias, não deve obscurecer o fato de que, na UBSF estudada as gestantes vêm sendo assistidas de modo respeitoso, humanizado e tecnicamente correto.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO

ALEXANDER, Greg R.; KOTELCHUCK, Milton. Quantifying the adequacy of prenatal care: a comparison of indices. **Public Health, Rep.**; v. 111, p. 408-18, 1996.

ALVES, Cinthia Kaline de Almeida et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, Isabella et al. (Org.). Avaliação em Saúde. Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p.1053-1064, Jun. 2011.

ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzeti et al. Qualidade do processo de assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde de família em município no sul do Brasil. **Cad saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 789-800, Abr. 2012.

ARANTES, Rayssa Basílio et al. Assistência pré-natal na estratégia saúde da família: uma avaliação de estrutura. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n.2, p. 245-254, Abr/Jun, 2014.

BAPTISTINI, Renan A; FIGUEIREDO, Túlio AM. Agente Comunitário de Saúde: Desafios do Trabalho na Zona Rural. **Ambiente & Sociedade n São Paulo** v. XVII, n. 2 n p. 53-70, abr.-jun. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho De 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011b.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011c**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 10/02/16.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Estabelece os critérios para habilitação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). **Portaria nº 1.591, de 23 de julho de 2012c**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1591_23_07_2012.html. Acesso em: 20/01/18.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

_____. **Ministério da Saúde. Institui o Componente Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) aos Estados e aos Municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense. Portaria nº 290, de 28 de fevereiro de 2013b**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0290_28_02_2013.html. Acesso em: 20/01/18.

_____. Ministério da Saúde. Define os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Portaria nº 1.229, de 6 de junho de 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1229_06_06_2014.html. Acesso em: 20/01/18

_____. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014**. 9 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BEHEREGARAY, Livia Rocha; GERHARDT, Tatiana Engel. A Integralidade no Cuidado à Saúde Materno-infantil em um Contexto Rural: um relato de Experiência. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.1, p.201-212, Març. 2010.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p. 135-149, Jun. 1991.

CARDOSO, Laís Santos de Magalhães; MENDES, Larissa Loures Mendes; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, v.17, n.1, p. 85-9, jan/mar. 2013.

CARVALHO, Renata Alves da Silva et al. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 271-280, Jun. 2016.

CASSIANO, Angélica Capelari Menezes. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev. Saúde Pública**, Brasília, v.65, n. 2, p.227-244, 2014.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva. et. al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, Out/Dez. 2013.

CHAMPAGNE, Francois et al. Apreciação normativa. In: BROUSELLE, Astrid et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, Jun. 2011.

COHEN-CARNEIRO, Flávia et al. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p.1827-1838, Ago. 2009.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA (Org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, Set. 2006.

COSTA, Ana Maria. Serviços de saúde Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil In: GIFFIN, K.; COSTA, SH. (Orgs). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p.

COSTA, Geny Rose Cardoso et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1005-1009, Dez. 2010

COSTA, Glauce Dias da et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1347-1357, Out. 2009.

COSTA, Christina Souto Cavalcante et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 15, n.2, p. 516-22, abr/jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>.

COUTINHO, Tadeu et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, Nov. 2010.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, Mar. 2012.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et. al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 953-965; Dez. 2013.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et. al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 37, n. 3, p. 140-147, Mar. 2015.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, vol. 83, n. 4, p.691-722, 2005.

DUBOIS, Carl-Ardy; CHAMPAGNE, Francois; BILODEAU, Henriette. Histórico da Avaliação. In: BROUSELLE, Astrid et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, Set. 2006.

FIGUEIREDO, Paula Pereira de; ROSSONI, Eloá. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n.2, p. 238-45, Jun. 2008.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 221-236, Out. 2014.

GARNELO, Luiza; SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. Fica tudo por conta delas: etnografia da atenção pré-natal na atenção Básica no município de Manaus. In: Freitas, C.M.de; GIATTI, L.L. (Orgs). **Sustentabilidade, ambiente e saúde na cidade de Manaus**. Manaus: Editora Fiocruz, 2015.

GARNELO, Luiza et al. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiência e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: FAUSTO, MCR; FONSECA, HMS (Orgs). **Rotas da Atenção Básica no Brasil: Experiências do Trabalho de Campo PMAQ-AB**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Saberes Editora; 2014. v. 1, p. 60-87.

GARNELO, Luiza et al. (Org). **Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas**. Projeto de Pesquisa do Laboratório de Pesquisa Situação de Saúde e Gestão do Cuidado às Populações em Situação de Vulnerabilidade. Manaus: Fiocruz/ILMD, 2015.

GIOVANELLA Lígia et al. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras. Nota Técnica 5/2015, 62pp. Disponível em:

http://www.resbr.net.br/wpcontent/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf.

GOMES, Rita de Cássia Maciazeki; NOGUEIRA, Conceição; TONELI, Maria Juracy Filgueiras. Mulheres em contextos rurais: um mapeamento sobre gênero e ruralidade. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p. 115-124, Abr. 2016.

GONZAGA, Isabel Clarisse Albuquerque et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1965-1974, Jun. 2016.

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves. **Avaliação da atenção pré-natal na atenção básica por macrorregiões geográficas e por regiões de saúde**. Dissertação de Mestrado em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas, 2016.

GUIMARÃES, Wildery Sidney Gonçalves et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.3, n.5, 2018.

HABICHT, J.P.; VICTORA, C.G.; VAUGHAN, J.P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. Int J Epidemiol. v.28, n.1, p.10-8, Fev. 1999.

HANDELL, Ingrid Botelho Saldanha; CRUZ, Marly Marques da; SANTOS, Marina Atanaka dos. Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 101-110, Mar. 2014.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. **RER**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 29-44, jan/mar. 2005.

LEAL, Maria do Carmo et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S63-S72, Jan. 2004.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, Jan. 2005

LEAL, Maria do Carmo et. al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 91-104, Mar. 2015.

MAEDA, Sayuri Tanaka et al. Access to pre-natal care and cervical cancer prevention action among women from Brazilian Landless Workers Movement. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 433-438, Set. 2007.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, Fev. 2016.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Distrito Sanitário Rural. Relatório Técnico, 2017.

MARTINELLI, Katrini Guidolini et. al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, Fev. 2014.

MERHY Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MENDOZA-SASSI, Raul A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, 787-796, 2011.

NICOLAIDES, Kypros H. A model for a new pyramid of prenatal care based on the 11 to 13 weeks' assessment. **Prenat Diagn.** v. 31, p. 3-6, 2011. Disponível em <http://wileyonlinelibrary.com>. Acesso em: 03/10/16.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 01, p. 25-32, 1998.

OLIVEIRA, Renata Leite Alves de et al. Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 546-553, Abr. 2013.

OLIVEIRA, José Aldemir de; NINA, Socorro de Fátima Moraes. Ambiente e saúde da mulher trabalhadora: transformações numa comunidade da Amazônia brasileira. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1162-1172, Dez. 2014.

OMS. **Health programme evaluation:guiding principles for it application for in the managerial process for national health development**. Geneva: World Health Organization, 1981.

PEIXOTO, Catharina Rocha et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 286-291, abr.-jun. 2011.

PEGORARO, Vanessa Alvarenga; FUZA, Raquel Lins; FERREIRA, Márcio Antônio Couto. Avaliação do pré-natal das parturientes do hospital regional da cidade de Tefé-Am. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**: Brasília, v.02, n. 02, p. 226-242, 2011.

POLGLIANE, Rúbia Bastos Soares et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, Jul. 2014.

PROSENEWICZ, Ivania; LIPPI, Umberto Gazi. Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 219-231, Mar. 2012.

RAMOS, Semírames Cartoniho de Souza. Análise de casos de mortes maternas em Manaus nos anos de 2001 a 2010 Manaus: UFAM, 2013. 131f., il. color. Tese (Doutorado) — Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

RIBEIRO, José Mendes et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 534-545, 2004

RIBEIRO FILHO, Benedito. Avaliação de qualidade da atenção pré-natal em quatro unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM. 2004. 93f. [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

ROCHA, Rebeca Silveira; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Assistência pré-natal na rede básica de fortaleza-ce: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, 344-355, jul./set., 2012.

SANTOS, Iná S. dos; VICTORA, Cesar G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S337-S341, 2004.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3057-3068, Nov. 2012.

SCHUTZ, Gabriel Eduardo et al. Sobredeterminação socioecológica da saúde da ruralidade em Humaitá, AM, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4051-4060, Out. 2014.

SCHERER, Elenise Faria. Mosaico: Terra e Água: as vulnerabilidades sociais ribeirinhas na Amazônia – Brasil. In: VIII CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, Coimbra, set. 2004. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/EliseScherer.pdf>. Acesso em 23/12/2016.

SERRUYA, Suzanne Jacob.; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: Resultados Iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1281-1289, Set./Out.2004.

SEGONE, Marco. Evidence-based policy making and the role of monitoring and evaluation within the new aid environment. IN: SEGONE, Marco (Org.). **Bridging the gap: The role of monitoring and evaluation in evidence-based policy making**. Nova Iorque - EUA: Unicef, 2010, p. 210.

SILVA, Esther Pereira da et al. Pré-natal na Atenção Primária do Município de João Pessoa-PB: Caracterização de Serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saude Materno Infantil**, Recife, v. 13, n.1, Mar. 2013.

SILVA, Hilton. A saúde humana e a Amazônia no século XXI: reflexões sobre os objetivos do milênio. **Novos Cadernos NAEA**, v. 9, n. 1, p. 77-94, jun. 2006, ISSN 1516-6481.

SILVA, Ligia Maria Vieira da; FORMIGLI, Vera Lúcia Almeida. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, Mar. 1994.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. (Orgs.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos á prática na avaliação de programas e sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SILVA, Lígia Maria Vieira da. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. In: COSTA, EA. (Org). **Vigilância Sanitária: temas para debate [online]**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 219-237.

SILVA, Maria Zeneide Nunes da; ANDRADE, Andréa Batista de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, Dez. 2014.

SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro; PINHEIRO, Roseni. Entendendo a Necessidade de Médicos no Interior da Amazônia – Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 451-459, Dez. 2014.

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli; LOPES, Marta Julia Marques. Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamentos rurais no Rio Grande do Sul. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 45, n.4, 802-810, Ago. 2011.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SZWARCWALD, Celia Landmann et. al. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 30, p.71-83, 2014.

TAKEDA, Silvia Pasa. **Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualificação da atenção** [dissertação]. Pelotas (RG): Universidade Federal de Pelotas; 1993.

TAKEDA, Silvia; TALBOT, Yves. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 569-571, Set. 2006.

TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.3, Jan. 2017.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco Viacava. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2490-2502, Out. 2007.

VICTORA, Cesar G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 32–46, 9 Maio de 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>

VIEGAS, Anna Paula; CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, Mar. 2015.

VIELLAS, Elaine Fernandes. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S85-S100, 2014.

ZANCHI, Marisa et. al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p. 1019-1028, Mai. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE I– Roteiro de observação da ORGANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL

Para estabelecer o fluxo de atendimento

- Ao chegar a unidade com suspeita de gravidez, quem faz o acolhimento?
- Depois do acolhimento a gestante passa por quais setores? Quem a atende?
- Qual profissional é o responsável pelos encaminhamentos dentro da unidade?
- Existe algum tipo de dispositivo (além do prontuário) utilizado por toda equipe durante o acompanhamento do pré-natal?
- Quais são as regras internas para o atendimento do pré-natal?

Ações preconizadas pelo Ministério da Saúde	
Captação precoce até a 12ª semana gestacional	() SIM () NÃO Profissional que executa:
Atenção puerperal e ao recém-nascido	() SIM () NÃO Profissional que executa:
Realização dos exames básicos, PCCU e sorologias.	() SIM () NÃO Profissional que executa:
Acolhimento imediato à gestante e prioridade de atendimento	() SIM () NÃO Profissional que executa:
Anamnese e exame físico geral e específico	() SIM () NÃO Profissional que executa:
Imunização específica da gravidez	() SIM () NÃO Profissional que executa:
Oferta de medicamentos (sulfato ferroso e ácido fólico)	() SIM () NÃO Profissional que executa:
Consulta de enfermagem	() SIM () NÃO OBSERVAÇÃO
Consulta médica	() SIM () NÃO OBSERVAÇÃO
Consulta odontológica	() SIM () NÃO OBSERVAÇÃO
Visita domiciliar realizada pelo ACS	() SIM () NÃO OBSERVAÇÃO
Visita Domiciliar realizada pela equipe multiprofissional	() SIM () NÃO OBSERVAÇÃO
Sistema eficiente de referência e contrarreferência	() SIM

	() NÃO COMO FUNCIONA?
Vinculação à maternidades ou casas de parto	() SIM () NÃO OBSERVAÇÃO
Transferência em transporte adequado (ambulância - Samu), quando necessário	() SIM () NÃO OBSERVAÇÃO
Orientações individuais e coletivas sobre questões vinculadas ao pré-natal, parto e puerpério	() SIM () NÃO OBSERVAÇÃO
Pré-natal do homem	() SIM () NÃO Profissional que executa
Cadastro no Sis prenatal	() SIM () NÃO Profissional que executa
Preenchimento do cartão da gestante	() SIM () NÃO Profissional que executa
Acrescentar outros itens, se necessário	

APÊNDICE II- Roteiro de observação da infraestrutura de acordo com o manual de pré-natal de baixo risco na AB (BRASIL, 2013).

1 - Materiais/equipamentos/insumos

(SE RESPONDER NÃO, ENTÃO COLOCAR 99 NA 2ª PERGUNTA*)

ITEM	MATERIAS/ EQUIPAMENTOS/INSUMOS	NÃO (2)	SIM (1)	Em condições de uso?*	
				SIM (1)	NÃO (2)
1.1	Mesa e Cadeira para acolhimento				
1.2	Mesa de exame ginecológico				
1.3	Escada de dois degraus				
1.4	Foco de Luz				
1.5	Balança para adultos (peso/altura) com capacidade até 300 kg				
1.6	Esfigmomanômetro				
1.7	Estetoscópio Clínico				
1.8	Estetoscópio de Pinard ou sonar doppler				
1.9	Fita métrica flexível e inelástica				
1.10	Espéculos				
1.11	Pinças de Cheron				
1.12	Material para coleta de exame citopatológico				
1.13	Gestograma ou Disco obstétrico				
1.14	Disco para IMC				

1.15	Lámina para malária				
1.16	Corantes para malária (azul de metileno e Giemsa				
1.17	Abaixador de língua				
1.18	Agulhas descartáveis de diversos tamanhos				
1.19	Atadura				
1.20	Caixa térmica para vacina				
1.21	Equipo para soro				
1.22	Esparadrapo				
1.23	Gaze				
1.24	Seringas descartáveis de diversos tamanhos				
1.25	Recipientes duros para descarte de perfurocortantes				
1.26	Preservativo masculino				
1.27	Preservativo feminino				
1.28	Suporte para soro				

2- Infraestrutura

(SE RESPONDER NÃO, ENTÃO COLOCAR 99 NA 2ª PERGUNTA*)

ITEM	INFRAESTRUTURA	NÃO (2)	*Em condições de funcionamento?	
			SIM (1)	NÃO (2)
2.1	Área física adequada para o atendimento da gestante e dos familiares nos serviços de saúde. (higiene e ventilação)			
2.2	Espaço para atividades educativas			
2.3	Sala de recepção e espera			
2.4	Sala de vacina			
2.5	Sala para farmácia			
2.6	Consultório médico			
2.7	Consultório de enfermagem			
2.8	Consultório Odontológico			
2.9	Sala de inalação			
2.10	Sala de procedimentos			
2.11	Banheiros para usuários e funcionários			

3- Disponibilidade de material impresso

(SE RESPONDER NÃO, ENTÃO COLOCAR 99 NA 2ª PERGUNTA*)

ITEM	IMPRESSOS	Disponibilidade		Se sim, houve falta nos últimos 6 meses	
		NÃO (2)	SIM (1)	NÃO (2)	SIM (1)
3.1	Ficha de cadastramento do pré-natal				
3.2	Ficha de acompanhamento do pré-natal				
3.3	Ficha de conclusão/encerramento do pré-natal				

3.4	Caderneta da Gestante				
3.5	Ficha Perinatal				
3.6	Requisição de exames laboratoriais e de imagem				
3.7	Requisição de exame citopatológico				
3.8	Formulário de Encaminhamento				
3.9	Receituário				
3.10	Declaração de Nascido Vivo				

4- Disponibilidade de medicamentos básicos

(SE RESPONDER NÃO, ENTÃO COLOCAR 99 NA 2ª PERGUNTA*)

ITEM	MEDICAMENTOS	Disponibilidade		*Se sim, houve falta nos últimos 6 meses	
		NÃO(2)	SIM(1)	NÃO(2)	SIM(1)
Medicamentos antianêmicos e vitaminas					
4.1	Acido Fólico				
4.2	Sulfato Ferroso				
Medicamentos antieméticos/antiácidos/outros					
4.3	Metoclopramida				
4.4	Clorpromazina,				
Medicamentos analgésicos/antitérmicos/antiespasmódico					
4.5	Dipirona				
4.6	Paracetamol				
Medicamento anti-hipertensivo ou de ação cardiovascular					
4.7	Metildopa				
4.8	Ácido acetilsalicílico				
4.9	Hidralazina				
Medicamentos antidiabéticos					
4.10	Glibencamida				
4.11	Cloridrato de Metformina				
4.12	Insulina NPH				
4.13	Insulina Regular				
Medicamentos antibióticos					
4.14	Cefalexina 500mg				
4.15	Cefadroxil 500 mg				
4.16	Amoxicilina 500mg				
4.17	Nitrofurantoína 100 mg				
Medicamentos antifúngicos (creme vaginal)					
4.18	Miconazol a 2%				
4.19	Nistatina 100.000 UI				
Medicamentos para malária					
4.20	Artemeter + lumefantrina (Coartem)				
4.21	Cloroquina				
4.22	Clindamicina				
Medicamentos antiparasitários					
4.23	Metronidazol				
Medicamento antiasmático					
4.24	Sulfato de Sabutamol				
4.25	Budenosida				
Medicamentos Anticonvulsivantes					
4.26	Fenobarbital				

5 - Exames complementares (Assinalar para cada um dos exames)

(ESCREVER 99 SE NÃO HOVER A INFORMAÇÃO)

ITEM	EXAME	5.1 A coleta e a realização são feitas no laboratório da unidade móvel		5.1.1 Se sim, houve falta do exame nos últimos 6 meses		5.2 A coleta é no laboratório da unidade móvel e a amostra é enviada para laboratório de apoio		5.3 A unidade móvel não realiza o exame e a gestante é encaminhada à Rede de Referência	
		SIM (1)	NÃO (2)	SIM (1)	NÃO (2)	SIM (1)	NÃO (2)	SIM (1)	NÃO (2)
A	Teste rápido de gravidez								
B	Teste rápido de triagem para sífilis								
C	Sorologia para sífilis (VDRL/RPR)								
D	Teste rápido diagnóstico para HIV								
E	Sorologia para HIV I e II								
G	Dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht);								
H	Grupo sanguíneo e fator Rh;								
J	Glicemia em jejum								
L	Exame sumário de urina (tipo I)								
U	Malária (Gota Espessa) em área endêmica								

6- Imunobiológicos

(SE RESPONDER NÃO, ENTÃO COLOCAR 99 NA 2ª PERGUNTA*)

ITEM	IMUNOBIOLOGICOS	Disponibilidade		*Se sim, houve falta nos últimos 6 meses	
		NÃO (2)	SIM (1)	NÃO (2)	SIM (1)
6.1	Dupla tipo adulto – DT (difteria e tétano)				
6.2	Hepatite B				

09.1- Primeiro trimestre. Qual semana? _____

09.2 - Segundo trimestre. Qual semana? _____

09.3 - Terceiro trimestre. Qual semana? _____

12 - Dados sobre Vacinação:

12.1 Esquema Vacinal realizado na Unidade?

1- SIM

2- NÃO

3- REALIZOU EM OUTRO LOCAL

12.2 As vacinas

Colocar o número entre parênteses se encontrar a informação. Sem informação colocar 99

Vacinas	A -TOMOU 1ª Dose (1)	B -TOMOU 2ª Dose (2)	C -TOMOU 3ª Dose (3)	D -NÃO TOMOU VACINA (4)	E -REFORÇO		F - JÁ IMUNIZADA (7)
					SIM (5)	NÃO (6)	
12.2.1 Antitetânica							
12.2.2 Anti- Hepatite B							

12.3 Influenza

1- SIM 2- NÃO

12.4 DTpa

1- SIM 2- NÃO 3 - Imunizada anteriormente

13. Exames laboratoriais realizados

ITENS	EXAME	1º trimestre		2º trimestre		3º trimestre	
		DATA	RESULTA DO	DATA	RESULTA DO	DATA	RESULTA DO
13.1	Hemograma / Hematócrito						
13.2	Glicemia em Jejum						
13.3	ABO / RH						
13.4	VDRL						
13.5	HIV/Anti- HIV						
13.6	Urina (EAS)						
	OUTROS						
13.7	HBsAg						

13.8	Toxoplasmo se						
13.9	Hepatite B e C						
13.10	Rubeola						
13.11	Malaria						

14. Prescrição de Suplementação (sim = 1 não = 2 sem informação = 99)

Itens	Medicamento	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre		
		SIM	NÃO	DOSE	SIM	NAO	DOSE	SIM	NÃO	DOSE
14.1	ÁCIDO FÓLICO									
14.2	SULFATO FERROSO									

15. Realização de consultas sim = 1 não = 2 sem informação = 99)

Itens	Profissional	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre			Puerpério	
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	Sim	Não
15.1	Médico											
15.2	Enfermeiro											
15.3	Dentista											

16. Realizado Consulta do Puerpério?

1- SIM

16.1 Quanto tempo após o parto? _____ (DIAS)

2- NÃO

17. Registro dos procedimentos técnicos realizados:

Se não houver registro colocar 99

ITENS	PROCEDIMENTO	1º trim (a)		2º trim (b)		3º trim (c)	
		Sim(1)	Não(2)	Sim(1)	Não(2)	Sim(1)	Não(2)
17.1	Aferição de Pressão Arterial						
17.2	Aferição de alt. uterina						
17.3	Aferição de peso (kg)						
17.4	Cálculo do IMC (kg/m2)						
17.5	Ausulta do BCF a partir da 12ª semana gestacional, se por sonar; 20ª se por Pinard						
17.6	Avaliação da apresentação fetal						
17.7	Realização de exame ginecológico						
17.8	Realização de exame das mamas						
17.9	Realização de exame físico geral						
17.10	Realização de toque vaginal, se necessário						

18- Participou de alguma atividade educativa/orientação listada abaixo?

Atividades	Sim (1)	Não (2)	Unidade não desenvolve (3)
18.1 Anemia gestacional			
18.2 Alimentação saudável			
18.3 Amamentação			
18.4 Introdução alimentar do bebê			
18.5 Boas práticas para o parto			
18.6 Importância do pré-natal			
18.7 Cuidados de higiene (mãe e bebê)			
18.8 Sinais de alerta para a procura de serviço de urgência e emergência. Sinais e sintomas do parto			
18.9 Direitos trabalhistas e sociais da mulher grávida e no pós-nascimento			
18.10 Referenciamento da maternidade			

19 - Realizou USG?

- 1- SIM
2- NÃO

19.1 Quantas? _____

20. Local do Parto:

- 1() Casa
2() Maternidade
3() Hospital
4() Ambulatório
5() Outros

20.5 Onde? _____

ATENÇÃO:

Se assinalar 20.2/20.3/20.4 Onde? _____

21 - Via do Parto:

- 1 () Normal
2 () Cesárea

22- Quantas gestações? _____

23 – Quantos filhos vivos? _____

*Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

APÊNDICE IV - Fotos da estrutura física da UBSF Catuiara, Amazonas, Brasil, 2017.

Figura 2. Área Externa da UBSF Catuiara, Amazonas, Brasil, 2017.



Fonte: Eidle Souza, 2017.

Figura 3- Área de espera para atendimento na UBSF, Catuiara, Amazonas, Brasil, 2017.



Fonte: Eidle Souza, 2017.

Figura 4. Local de atendimento médico e de enfermagem na Comunidade Bela Vista do Jaraqui, Amazonas, Brasil, 2017.



Fonte: Eidie Souza, 2017.

Figura 5. Unidade Básica de Saúde de Santa Maria, Amazonas, Brasil, 2017.



Fonte: Eidie Souza, 2017. Foto autorizada pelos usuários.

ANEXOS

Anexo 01- Fluxograma de pré-natal (BRASIL, 2013)

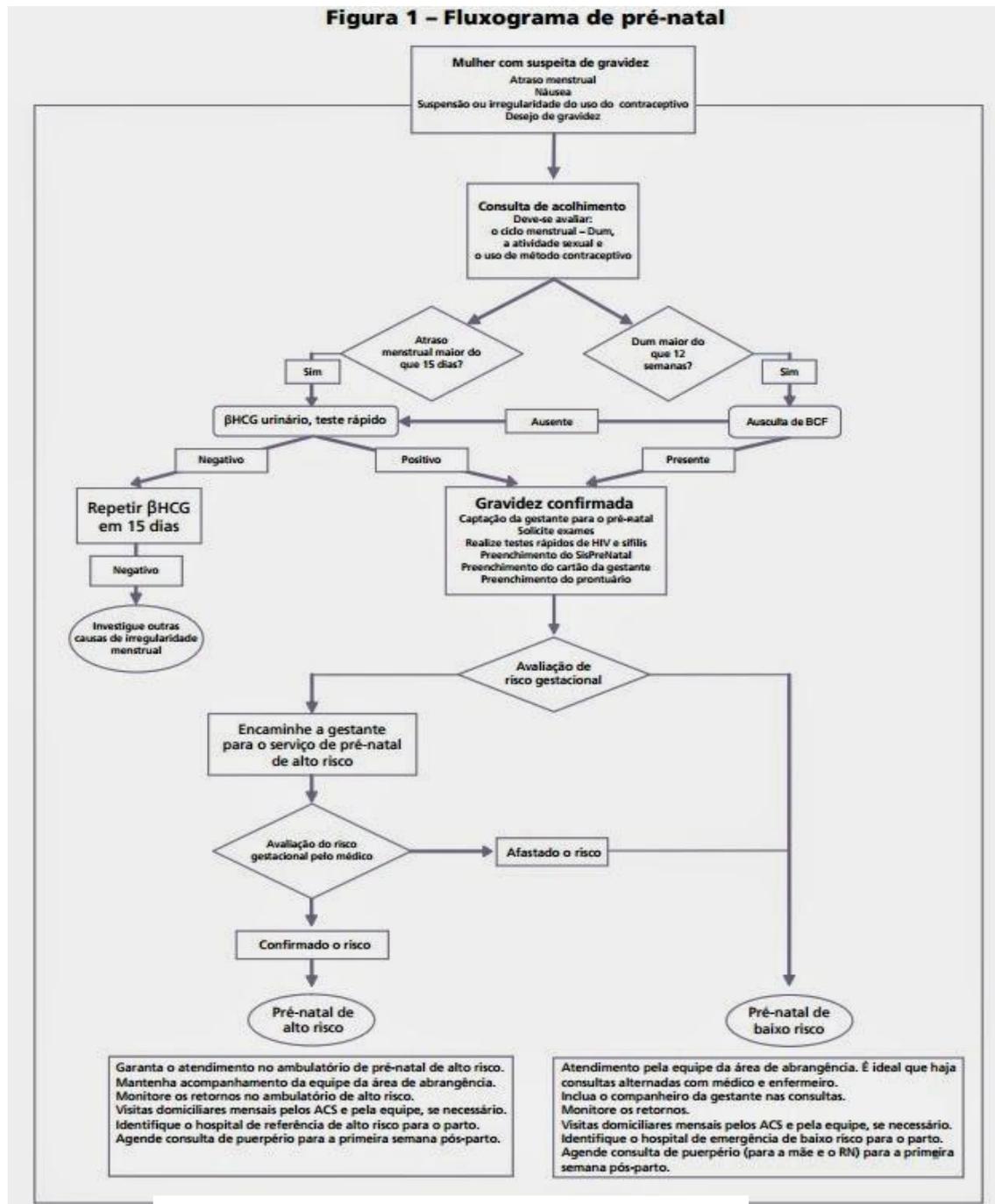
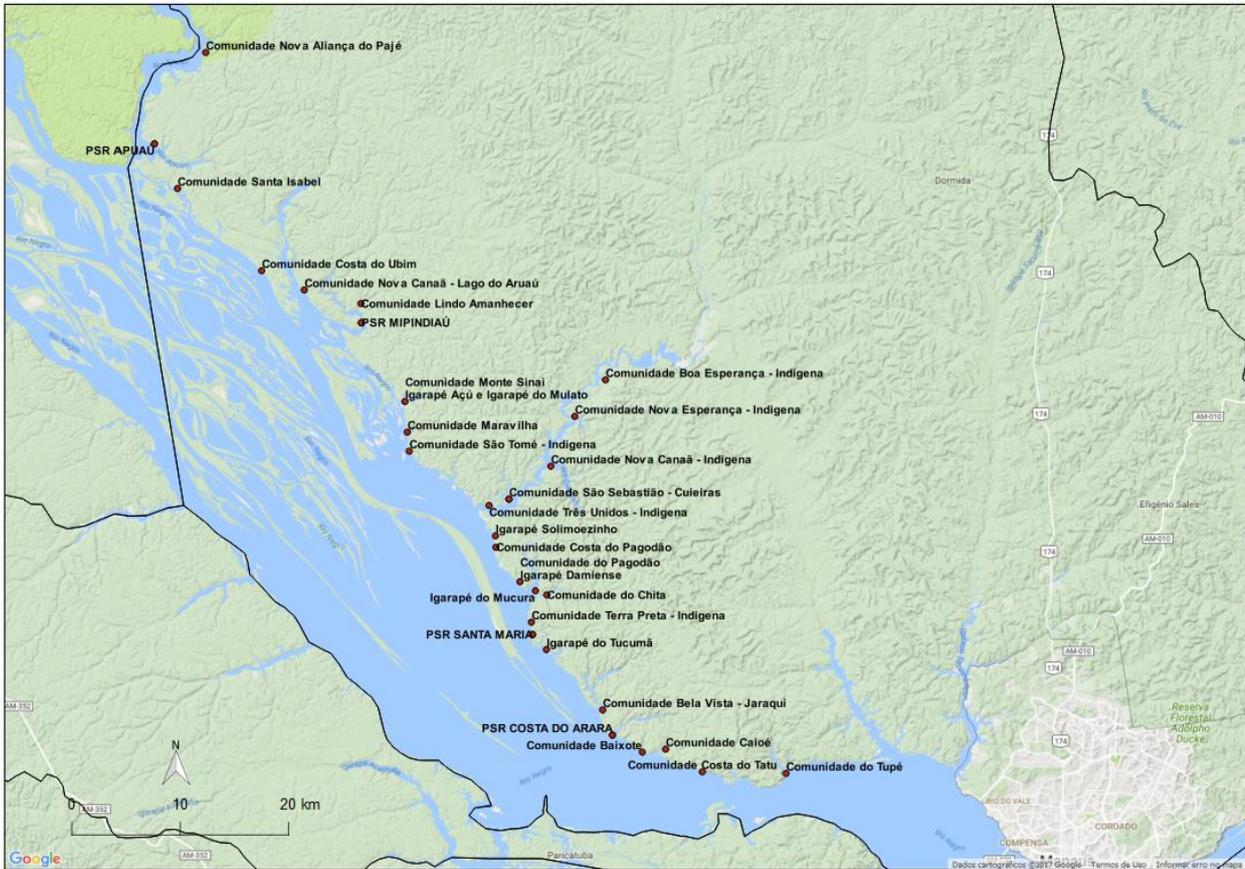


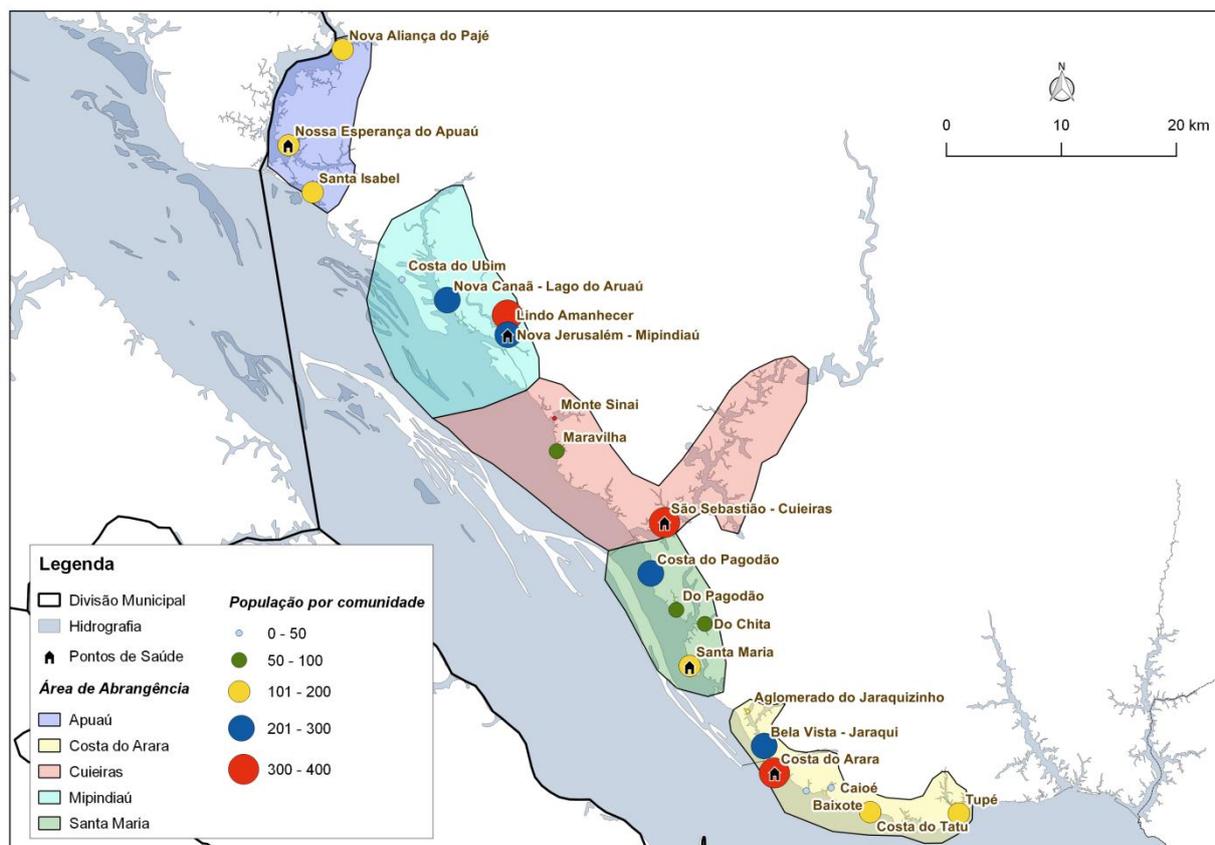
Fig. 01- Fluxograma de pré-natal (BRASIL, 2013)

Anexo II – Comunidades da Calha Rio Negro Atendidas pela Unidade Básica Fluvial Rural Catuiara



Fonte: DISAR/SEMSA-Manaus. Elaborado por Fernanda Rodrigues Fonseca (ILMD/FIOCRUZ)

Anexo III – Comunidades que possuem Unidade Básica de Saúde



Fonte: DISAR/SEMSA-Manaus.

Elaborado por Fernanda Rodrigues Fonseca (ILMD/FIOCRUZ)