

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE PESQUISA LEÔNIDAS E MARIA DEANE-
FIOCRUZ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE
E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA.

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO
BÁSICA POR MACRORREGIÕES GEOGRÁFICAS E POR
REGIÕES DE SAÚDE

WILDERI SIDNEY GONÇALVES GUIMARÃES

MANAUS

2016

WILDERI SIDNEY GONÇALVES GUIMARÃES

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO
BÁSICA POR MACRORREGIÕES GEOGRÁFICAS E POR
REGIÕES DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias, área de concentração Determinantes Biossociais do Processo Saúde-doença.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira

MANAUS

2016

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

G963a Guimaraes, Wilderi Sidney Gonçalves
Avaliação da Atenção Pré-natal na Atenção Básica por
Macrorregiões Geográficas e por Regiões de Saúde / Wilderi
Sidney Gonçalves Guimaraes. 2016
98 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Maria Luiza Garnelo Pereira
Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na
Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Atenção Básica. 2. Pré-natal. 3. Avaliação em Saúde. 4.
Desigualdades em Saúde. I. Pereira, Maria Luiza Garnelo II.
Universidade Federal do Amazonas III. Título

FOLHA DE APROVAÇÃO

WILDERI SIDNEY GONÇALVES GUIMARÃES

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA POR MACRORREGIÕES GEOGRÁFICAS E POR REGIÕES DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias, área de concentração Determinantes Biossociais do Processo Saúde-doença.

Aprovada em: 14 de setembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

**Profa. Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira – Presidente
Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz**

**Prof. Dr. Carlos Everaldo A. Coimbra – Membro
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz**

**Profa. Dra. Rosana Cristina Pereira Parente – Membro
Universidade Federal do Amazonas**

À minha esposa Thayanne, pelo constante apoio, paciência e amor.

AGRADECIMENTOS

Ao final desta jornada gostaria de agradecer a todos aqueles que de alguma forma influenciaram para o meu aprendizado acadêmico, profissional e pessoal.

Ao meu bom e justo Deus pela dádiva da vida, pela proteção e pelo provimento da fé necessária para o enfrentamento dos desafios diários até aqui;

À minha esposa Thayanne, pelo amor, compreensão, cuidado, paciência e apoio incondicional. Aos meus pais, Maria do Socorro e José Gonçalves pelo meu maior presente: a vida. Às minhas irmãs Welma e Welza pelo incentivo, pensamentos positivos e apoio; À minha sobrinha Letícia por iluminar a minha vida com um amor puro e pleno; À minha avó Raimunda pelo exemplo de força de vontade em viver da melhor forma possível; Aos meus sogros, Aníbal e Vera e cunhados Fernando, Luciana e Rafael pelo acolhimento e apoio de sempre;

À minha orientadora, Luiza Garnelo, por compartilhar comigo um pouco do seu vasto conhecimento, pelo belo exemplo de médica, docente e cientista social, pela oportunidade dada a mim de aprender a fazer ciência e pela enorme paciência dispensada durante toda essa jornada;

À Professora Rosana Parente, pela sensibilidade e compreensão em momentos de fraqueza e, sobretudo pelo apoio e ânimo a mim doados em seguida;

Ao Professor Rodrigo Tobias, através do qual incluo os demais docentes e servidores do Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia pelo apoio, pelas orientações e aprendizados valiosos;

A toda equipe do Internato Rural da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, Moacir, Rose, Regismeire e especialmente ao Professor Antônio Levino, tanto pelo aprendizado, quanto pelo apoio e compreensão durante a realização deste trabalho;

À Universidade Federal do Amazonas, minha segunda casa, por, mais uma vez, me conceder a oportunidade de me qualificar e assim poder contribuir para a construção de uma sociedade mais saudável, justa e plena.

MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS!

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser,
mas graças a Deus, não sou o que era antes.

Marthin Luther King

RESUMO

A atenção pré-natal possui relevante papel na busca de promover a saúde das gestantes, tendo como objetivo principal a diminuição da morbimortalidade materna e infantil. O objetivo do estudo foi investigar a adequação do pré-natal, sob o enfoque das desigualdades, pelas equipes de saúde da família que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. Trata-se de uma avaliação normativa de tipo transversal, apoiada em dados secundários obtidos do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do referido programa, realizado em 2014. As informações resultantes trazem dados relativos ao pré-natal desenvolvido em 24.055 unidades de saúde da família, por 29.778 equipes de saúde da família (89% do total de equipes implantadas) que atuam na rede pública em todo território nacional. As categorias de análise que orientaram a avaliação foram Acesso e Qualidade do Cuidado. As subdimensões de estudo do Acesso foram a disponibilidade de infraestrutura e as ações gerenciais. Para avaliar a qualidade do cuidado no pré-natal as subdimensões analisadas foram as ações gerenciais e as ações clínicas. Para essas dimensões e subdimensões foram avaliadas para as seguintes características: Brasil e suas macrorregiões geopolíticas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); Amazonas e suas regiões de saúde; a média por região geográfica; do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, da cobertura populacional da atenção básica e da renda domiciliar per capita mensal. A avaliação do percentual de adequação do pré-natal, para cada dimensão, obedeceu aos seguintes parâmetros: Adequado – quando os itens avaliados alcançaram 100% de respostas positivas para os itens avaliados; Parcialmente adequado - enquadrado no intervalo de 80,1% a 99,9% de positividade; Adequação regular - quando enquadrado no intervalo de 50,1% a 80% de respostas positivas e Inadequado - alcançou o máximo de 50% de positividade para os itens avaliados. Os resultados evidenciam inadequação da infraestrutura da Atenção Básica no país (26% unidades adequadas e 31% parcialmente adequadas); baixa adequação de ações clínicas para a qualidade do cuidado (36% adequados ou parcialmente adequados) e baixa capacidade de gestão das equipes voltada para garantir o acesso e qualidade do cuidado. Na análise da adequação do pré-natal por regiões geopolíticas do Brasil, os achados de infraestrutura das unidades apontaram uma relação diretamente proporcional entre adequação da infraestrutura e contextos com renda e IDH mais elevados. Ao passo que, para as ações clínicas do cuidado, as equipes das regiões Norte e Sul obtiveram melhores resultados. No Amazonas o grau de adequação do pré-natal foi muito inferior ao observado para o Brasil como um todo, revelando-se desigualdades significativas no acesso e na qualidade do cuidado entre as nove regiões de saúde do estado. Os resultados indicam importantes dificuldades organizacionais tanto no acesso, quanto na qualidade do cuidado pré-natal ofertado pelas equipes em todo o território brasileiro. Ademais, verificou-se expressivas desigualdades regionais e socioeconômicas nas cinco regiões geopolíticas. A abordagem do processo de gestão permitiu apreender aspectos gerenciais com poder explicativo sobre diversas lacunas na qualidade e efetividade do cuidado, cuja origem não havia sido ainda explorada nos estudos sobre a atenção pré-natal.

Palavras-Chave: Atenção Básica; Pré-natal, Avaliação em Saúde; Desigualdades em Saúde.

ABSTRACT

Prenatal care has a relevant role in the search to promote the health of pregnant women, with the main objective being the reduction of maternal and infant morbidity and mortality. The objective of this study was to investigate the adequacy of prenatal care, under the inequalities approach, by the family health teams that joined the National Program for Improving Access and Quality of Basic Care in Brazil. This is a cross-sectional type of evaluation, based on secondary data, obtained from the database of the external evaluation of the second cycle of the said program, performed in 2014. The resulting information brings data on prenatal care developed in 24,055 family health units and by 29,778 family health teams (89% of the total teams) that work in the public service of Brazil. The categories of analysis that guided the evaluation were Access and Quality of Care. The study subdimensions of Access were the availability of infrastructure and management actions. To evaluate the quality of care, the subdimensions analyzed were managerial actions and clinical actions. For these dimensions and subdimensions were evaluated for the following characteristics: Brazil and its geopolitical macro-regions (North, Northeast, Midwest, Southeast and South); Amazonas and its health regions; the average by geographic region of the: Municipal Human Development Index, population coverage of the basic care and per capita monthly household income. The evaluation of the prenatal adequacy percentage, for each dimension, obeyed the following parameters: Adequate - the evaluated items reached 100% of positive responses for the evaluated items; Partially adequate - framed in the range of 80.1% to 99.9% positivity; Regular adequate - framed in the range of 50.1% to 80% of positive responses and Inadequate - reached the maximum of 50% positivity for the items evaluated. The results show inadequacy of the Basic Attention infrastructure in the country (26% adequate units and 31% partially adequate); low adequacy of clinical actions for quality of care (36% adequate or partially adequate) and low management capacity of the teams focused on ensuring access and quality of care. In the analysis of prenatal care adequacy by geopolitical regions of Brazil, the units' infrastructure findings pointed to a directly proportional relationship between infrastructure adequacy and higher income and HDI contexts. Whereas, for the clinical actions of care, the teams of the North and South regions obtained better results. In Amazonas the adequacy degree of prenatal care was much lower than that observed in Brazil as a total, revealing significant inequalities in access and quality of care among the nine health regions of the state. The results indicate important organizational difficulties both in access and in the quality of prenatal care offered by the teams throughout the Brazilian territory. In addition, there were significant regional and socioeconomic inequalities in the five geopolitical regions.. The management process approach allowed the apprehension of managerial aspects with explanatory power over several gaps in quality and effectiveness care, whose origin had not yet been explored in prenatal care studies.

Key words: Primary Care; Prenatal, Health Assessment; Health Inequalities.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Regiões de Saúde do Amazonas -----	51
Quadro 1- Divisão dos municípios do Amazonas que compõe as nove Regiões de Saúde do Estado -----	50
Quadro 2- Matriz de Julgamento com Categorias de Avaliação do Acesso e da Qualidade do Cuidado da APN -----	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da adequação da APN relativas ao acesso e qualidade do cuidado no Brasil e nas cinco macrorregiões geopolíticas, 2014 -----	58
Tabela 2- Distribuição da adequação da APN relativas ao acesso, subdimensão da disponibilidade de infraestrutura das USF no Brasil e nas cinco macrorregiões geográficas, 2014 -----	61
Tabela 3- Distribuição da adequação da APN relativa ao acesso e qualidade do cuidado no Amazonas e suas regiões de saúde, 2014 -----	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica

APN Atenção Pré-natal

APS Atenção Primária à Saúde

ACOG American College of Gynecology and Obstetrics

APNCU Adequacy of Prenatal Care Utilization

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

DAB Departamento de Atenção Básica

EqSF Equipes de Saúde da Família

ESF Estratégia Saúde da Família

HIPERDIA Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH-M Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IES Instituição de Ensino Superior

MS Ministério da Saúde

NOAS Normas operacionais de Assistência à Saúde

PAB Piso da Atenção Básica

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PDR Plano Diretor de Regionalização

PHPN Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PSF Programa Saúde da Família

PSMI Programa de Saúde Materno Infantil

PMAQ-AB Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNAB Política Nacional da Atenção Básica

PROESF Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

RAS Redes de Atenção à Saúde

RdS Regiões de Saúde

RC Rede Cegonha

SISPRENATAL Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUS Sistema Único de Saúde

SUSAM Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

USF Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 Atenção Primária à Saúde	21
2.1.1. Atenção Primária à Saúde no cenário mundial	21
2.1.1.1. Atenção Primária à Saúde no cenário brasileiro	22
2.1.1.1.1. Atenção Primária à Saúde no cenário amazônico	25
2.2. Atenção Materno Infantil	26
2.2.1. Atenção Materno Infantil e as desigualdades em saúde	26
2.2.2. Políticas de atenção ao Pré-natal no Brasil	28
2.3. Avaliação em Saúde	34
2.3.1. Estudos de avaliação em saúde	34
2.3.1.1. Estudos de avaliação da Atenção Básica	38
2.3.1.1.1. Estudos de Avaliação do Pré-natal	42
2.4. Regionalização em Saúde	47
2.4.1 Regionalização no Brasil	47
2.4.2 Regionalização no Amazonas	49
3. JUSTIFICATIVA	53
4. OBJETIVOS	54
4.1. Objetivo Geral	54
4.2. Objetivos Específicos	54
5. METODOLOGIA	55
5.1. Percurso “Pré-Métodos”	55
5.2. Tipo de Estudo	55

5.3. Fonte de Dados	56
5.4. Descrição das Variáveis e Plano de Análise	56
5.5. Limites da Pesquisa	61
5.6. Aspectos Éticos	61
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
7. CONCLUSÃO	88
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, evidências apontam avanços na melhoria dos indicadores de saúde no Brasil. Dentre esses, destacam-se alguns relativos à saúde materna e infantil, tais como diminuição da taxa de fecundidade, aumento do uso de métodos anticoncepcionais e diminuição importante da mortalidade infantil (VICTORA et al, 2011). Tais resultados estão ligados ao aumento do financiamento e da cobertura do sistema público de saúde brasileiro, associados à melhoria das condições de vida da população. A universalização da educação primária a partir da década de noventa, o aumento da cobertura do saneamento básico e o aumento da renda, principalmente nas regiões mais pobres do país, influenciaram positivamente nos indicadores de saúde maternos e infantis nas últimas décadas. Como consequência desses avanços, observou-se redução das desigualdades regionais, socioeconômicas e de saúde como um todo. (VICTORA et al, 2011).

Dentro do escopo das ações e serviços voltados à saúde materna, destaca-se a Atenção Pré-natal (APN). Esta possui relevante papel na busca de promover a saúde das gestantes; prevenir doenças passíveis de intervenção precoce; recuperar a saúde das gestantes acometidas por alguma enfermidade e promover orientações sobre parto e puerpério, tendo como objetivo principal a diminuição da morbimortalidade materna e infantil (MENDONZA-SASSI et al, 2011; SILVA et al, 2013). De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o pré-natal deve englobar uma série de ações, tais como: práticas acolhedoras para as gestantes, orientações sobre práticas preventivas e de promoção da saúde materna e infantil e viabilizar acesso fácil e oportuno aos outros serviços que complementam o pré-natal tais como locais para a realização de exames complementares de diagnóstico e para o parto (BRASIL, 2006). A execução conjunta, articulada e oportuna dessas ações pode garantir efetividade e resolutividade demandadas a um pré-natal de qualidade.

Por se tratar de uma das ações programáticas mais antigas do Brasil, várias políticas de governo foram criadas para normatizar o pré-natal. Destacam-se, inicialmente, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), em 2000. O primeiro foi pioneiro na busca da atenção integral em todos os ciclos de vida da mulher e o segundo teve como foco a humanização da atenção às gestantes. Apesar do impacto positivo dessas políticas na atenção à saúde materna, ambas não obtiveram a efetividade esperada, uma vez que as taxas de mortalidade materna e neonatal ainda se mantêm elevadas no Brasil (ANDREUTTI; CECATTI, 2011; CASSIANO et al, 2014; SANTOS NETO et al, 2008; SERRUYA et al, 2004; VIELLAS et al, 2014).

As ações do pré-natal são ofertadas predominantemente na Atenção Básica (AB). Esta, por sua vez, é operacionalizada majoritariamente pelas equipes de profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF). No Brasil, o desenvolvimento dessas atividades tem sido altamente relevante para tentar reduzir os perfis de morbimortalidade materno-infantis, tornando o pré-natal uma das principais ações programáticas da AB (VIELLAS et al, 2014). O conhecimento sobre a evolução das políticas públicas voltadas à APN, bem como sobre a sua organização é relevante para o entendimento dos principais avanços alcançados e dos desafios a serem superados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à saúde materna e infantil. Um desses desafios diz respeito à institucionalização do monitoramento e avaliação na rotina das atividades implementadas pela ESF à luz dessa ação programática.

No âmbito da avaliação na Atenção Básica, destacam-se duas iniciativas de maior envergadura e abrangência por parte do MS: o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família-PROESF e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica-PMAQ-AB. Ambas buscam institucionalizar a avaliação e o monitoramento das ações desenvolvidas pela ESF a fim de fortalecer a AB no Brasil

(ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008;; ALVES et al, 2014; FACCHINI et al, 2006; FAUSTO et al, 2014; GARNELO et al, 2014).

Estudos recentes de abrangência nacional, que utilizaram dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB, evidenciam que a rede básica tem avançado em cobertura, quantidade de exames e procedimentos para diversos tipos de atenção programática, bem como porta de entrada do sistema de saúde (ALVES et al, 2014; FAUSTO et al, 2014; GARNELO et al, 2014). No entanto, ainda persistem problemas antigos como deficiência de infraestrutura, com poucos recursos e insumos necessários para suprir as demandas e necessidades dos profissionais e usuários, resultando em baixa resolutividade do cuidado. Verificou-se igualmente baixa disponibilidade de atividades de prevenção e promoção da saúde (ALVES et al, 2014; GARNELO et al, 2014), bem como de cuidados clínicos elementares ao acompanhamento de patologias crônicas, como avaliação de pé diabético e exame de fundo de olho (GARNELO et al, 2014).

No tocante ao pré-natal, a avaliação comumente utilizada nos estudos é do tipo normativa. A maior parte dos artigos publicados tem avaliado a conformidade dos componentes da intervenção (estrutura, processos e resultados) às normas oficiais do MS. (ANVERSA et al, 2012; MENDONZA-SASSI et al, 2011; SILVA et al, 2013). Tradicionalmente, os pesquisadores têm empregado índices que medem a adequação da qualidade do pré-natal de acordo com o número de consultas realizadas pelas gestantes e da semana de início do atendimento (SILVA et al, 2013). Apesar da cobertura da APN ser quase universal no Brasil, os indicadores de morbimortalidade materna e infantil se mantêm elevados, sugerindo falhas na qualidade do cuidado e/ou no acesso aos serviços (VICTORA et al, 2011; VIELLAS et al, 2014). Somam-se a isso, as evidências que mostram que o pré-natal tem sido ofertado e realizado de maneira desigual em relação às diferentes regiões brasileiras, à cor da pele e a escolaridade das mulheres (LEAL et al, 2005; VIELLAS et al, 2014).

Nesse sentido, a política de regionalização na saúde ganha espaço e relevância, pois seu principal objetivo seria diminuir as desigualdades em saúde no território brasileiro através de políticas públicas que priorizem o aumento do acesso aos serviços de saúde. Para isso, é necessária a implantação de redes regionalizadas que ampliem a resolutividade dos problemas de saúde no plano local ou regional, aliviando a demanda para as grandes cidades. Outro ponto de interesse da regionalização em saúde é que esta permitiria superar a inadequada padronização técnica hoje vigente no SUS e abrir espaço para levar em consideração a diversidade de cenários geográficos, demográficos, políticos, econômicos e sociais existentes nas diferentes regiões do país (VIANA *et al*, 2008; SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Diante ao exposto, haja vista a relevância da avaliação em saúde para o fortalecimento da AB e, conseqüentemente do pré-natal, a escassez de estudos nacionais sobre desigualdades regionais tratando da APN e ausência de estudos locais sobre o tema, foram propostas as seguintes perguntas de pesquisa: O Pré-natal no Brasil está adequado às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde? Existem desigualdades regionais no acesso e na qualidade do cuidado ofertado às gestantes no Brasil? O Pré-natal no Amazonas está adequado às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde? Existem desigualdades no acesso e qualidade do pré-natal entre as regiões de saúde do Amazonas?

Considerando-se tais questionamentos, o presente estudo visa investigar a adequação do pré-natal, sob o prisma das desigualdades, no acesso e na qualidade do cuidado, no território nacional, em contraponto ao cenário encontrado nas cinco macrorregiões geográficas. As desigualdades também foram investigadas sob a ótica da regionalização em saúde, tomando o estado do Amazonas como estudo de caso. Ressalta-se que foram analisadas informações sobre processos de gestão da APN, realizados pelas equipes, sobre os quais não foram encontradas informações na literatura.

Nesse sentido, a avaliação da adequação do pré-natal, no âmbito da atenção básica, sob a ótica das desigualdades regionais, socioeconômicas e de saúde possui elevada relevância, ao proporcionar o conhecimento da realidade aos gestores, trabalhadores, pesquisadores, controle social e usuárias dos serviços, subsidiando-se as possíveis tomadas de decisões futuras.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Atenção Primária à Saúde

2.1.1. Atenção Primária à Saúde no cenário mundial

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido uma ferramenta importante em vários países na tentativa de reorganizar seus sistemas de saúde, diminuindo custos e melhorando a satisfação da população com os cuidados ali recebidos.

Uma das principais definições sobre APS, vigentes até hoje, foi descrita por Barbara Starfield, a qual afirma que APS “é o primeiro contato, contínuo, abrangente e de cuidados coordenados, fornecido às populações indiferenciadas por sexo, doença, ou sistema de órgãos.” (STARFIELD, 1994, p.1129).

Starfield (1994) também estabeleceu os principais atributos a serem seguidos por sistemas de saúde organizados através da APS. São eles: primeiro contato preferencial das pessoas com o sistema de saúde; a coordenação do cuidado dentro e entre os diferentes níveis de atenção; a longitudinalidade do cuidado durante todas as etapas da vida das pessoas e a integralidade entre cuidados curativos e preventivos, centralidade nas famílias e orientação comunitária. A maioria das definições sobre APS no mundo utilizam tais atributos para caracterizar a APS.

Como em outros processos sociais, a implementação de uma proposta pode sofrer importantes modificações a depender do contexto em que ocorra. Assim sendo, a implantação da APS em diversos países do mundo assumiu configurações distintas, levando alguns autores a identificar distintos modelos e práticas de APS na medida em que esta estratégia ia sendo implantada ao redor do planeta. Desse modo, autores como Gil (2006) identificam definições distintas de APS, tais como:

- (1) Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do setor saúde;
- (2) Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde e
- (3) Atenção Primária à Saúde como programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade (p.1177).

Embora ainda haja confusão no que diz respeito aos sentidos empregados para a APS, é relevante destacar sua importância em nível global. Estudos apontaram que em uma determinada população, 85% em geral necessitaram apenas de serviços de APS em um ano; 10% necessitaram de atendimento de nível secundário e apenas 5%, de nível terciário. (STARFIELD, 1994). Além disso, foi evidenciado que os países cujos sistemas de saúde são orientados para a APS, alcançaram melhores resultados, com melhores indicadores de saúde, mais satisfação dos usuários e menores custos com saúde (STARFIELD, 1994).

Contudo, são apontados alguns desafios para a APS, ainda presentes em nível global, tais como: “Dificuldades em construir relações duradouras com os usuários, dificuldades em abordar questões de saúde mental, dificuldades em consolidar uma clínica preventiva e, como decorrência, dificuldades em transformar estilos de vida dos usuários” (SOUZA; MENANDRO, 2011, p.535).

2.1.1.1. Atenção Primária à Saúde no cenário brasileiro

A necessidade de reorientação do modelo assistencial no Brasil se deu de forma semelhante aos outros países que aderiram à APS, resultado de uma resposta à precarização da situação de saúde focada em práticas meramente curativas em hospitais e a partir da proposta neoliberal de racionalizar os gastos com saúde no nível nacional. (CONIIL, 2008).

Todavia, no Brasil, a percepção de uma APS abrangente deu lugar à APS seletiva, sendo denominada de Atenção Básica. Apesar do movimento da Reforma Sanitária defender

políticas públicas baseadas em pressupostos estruturantes de um novo modelo (universal, equânime, integral e inclusivo), o que realmente prevaleceu, inicialmente, foi uma APS seletiva entendida como “focalização, pacote básico, baixo custo e excludente” (GIL, 2006, p. 1179).

A Atenção Básica no Brasil possui uma especificidade em relação aos outros modelos internacionais de APS: o processo de trabalho ocorre a partir de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar (SOUZA; MENANDRO, 2011; SOUSA; HAMANN, 2009). Com o objetivo de reorganizar e fortalecer a rede básica no escopo do SUS, o MS lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1991 e 1994, respectivamente. O PSF diferia do modelo tradicional de assistência, baseado na demanda espontânea e centrado apenas na atenção do profissional médico, principalmente devido aos seus quatro princípios fundamentais: “1) adscrição de clientela; 2) territorialização; 3) diagnóstico da situação de saúde da população e 4) planejamento baseado na realidade.” (SOUSA; HAMANN, 2009, p.1327).

O MS implantou o PSF e induziu sua expansão em território nacional mediante repasse de recursos aos municípios, gerando uma expansão numérica expressiva, indo de 55 cidades em 1997 a 5100 em 2009 (ESCOREL *et al*, 2007; SOUSA; HAMANN, 2009). Nesse sentido, o PSF teve início como um programa vertical de caráter seletivo e focado na extensão de cobertura. Em seguida, evoluiu para Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como objetivos principais reorientar o modelo de atenção hegemônico e ser o eixo estruturante do SUS nos sistemas municipais de saúde (ESCOREL *et al*, 2007; SILVA *et al*, 2010).

Entretanto, há importante desigualdade na distribuição das Equipes de Saúde da Família (EqSF) entre as regiões brasileiras e também entre as pequenas cidades e os grandes centros urbanos (SOUSA; HAMANN, 2009). Após essa enorme expansão de cobertura em

nível nacional, começaram a emergir críticas relacionadas à qualidade das ações realizadas pelas equipes e a sua integração com os outros níveis de atenção da rede assistencial (FACCHINI *et al*, 2006; GIOVANELLA *et al*, 2009; MERHY; FRANCO, 2002). Tais opiniões contribuíram para que o MS estabelecesse padrões de qualidade a serem seguidos pelas EqSF do Brasil inteiro. A confluência dessas normas culminou com o lançamento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 e a sua posterior reformulação em 2011, através da instituição da Portaria 2.488 de Outubro de 2011. A PNAB 2011 caracteriza a AB no Brasil como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a, p.19).

Como modo de aprimorar os serviços de saúde nesse nível de atenção, sugere-se uma maior transparência na aplicação de recursos dos municípios, incremento da integração entre os níveis de atendimento e o aumento das ações intersetoriais (GIOVANELLA *et al*, 2009; VIEIRA *et al*, 2010). Além disso, aponta-se a necessidade da instituição de uma política de valorização de recursos humanos, através da implementação da educação permanente (qualificação do pessoal já existente), mudanças no aparelho formador (disciplinas dos cursos de saúde voltadas para a ESF) e estratégias de fixação de pessoal (concursos públicos direcionados para a ESF). Tais medidas visam diminuir a rotatividade de profissionais e melhorar a qualidade dos serviços (ESCOREL *et al*, 2007; SILVA *et al*, 2013; SOUSA; HAMANN, 2009; VIEIRA *et al*, 2010). Portanto, a busca pela universalização do acesso e a excelência da qualidade nas práticas da AB, devem ser incentivados e fomentados pela

sociedade civil organizada, através de iniciativas criativas e disputas nos diversos espaços sociais, compreendendo esses serviços de saúde como direito constitucional (CONILL, 2008).

2.1.1.1.1. Atenção Primária à Saúde no cenário amazônico

Os resultados dos estudos de avaliação da AB, em contexto amazônico, são semelhantes aos já citados em níveis global e nacional, sendo evidenciado o incipiente grau de implantação da ESF com menos de 50% de cobertura populacional no Estado do Amazonas (OLIVEIRA *et al*, 2011), o baixo impacto nos indicadores de saúde, a precariedade das condições de trabalho e a consequente alta rotatividade de gestores e profissionais das equipes, a infraestrutura inadequada e os baixos índices de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (OLIVEIRA *et al*, 2011; SILVA *et al*, 2010; SOUZA; GARNELO, 2008; VIEIRA *et al*, 2010). Porém, cabe ressaltar a carência de estudos com esse tema em nível estadual, com predominância de estudos apenas sobre a capital, Manaus.

Em relação à universalização do acesso à saúde pela ESF, evidenciaram-se deficiências em atender a população rural no Amazonas, “onde distância, tamanho do território e população foram fatores limitantes para um bom desempenho do programa, mesmo em condições políticas favoráveis” (OLIVEIRA *et al*, 2011, p.42). Vale ressaltar que apesar dos entraves e deficiências assinaladas acima, houve diminuição dos registros de internação por doenças sensíveis à Atenção Básica (OLIVEIRA *et al*, 2011).

Em estudos dirigidos a Manaus, evidenciou-se que apesar da cobertura do PSF em Manaus ter aumentado sobremaneira na etapa inicial, 1999 a 2001, não se observou mudança do modelo de atenção tecno-assistencial. Nesse período, houve predominância de ações curativas e dificuldades das equipes em manejar a referência e contra-referência das pessoas dentro da rede assistencial (SILVA *et al*, 2010). Em outro estudo, pesquisadores apontaram

que **não houve diferença significativa** no que diz respeito à **qualidade da assistência, integralidade do cuidado** e utilização de **determinantes locais de saúde** nas unidades de saúde com e sem PSF (SOUZA; GARNELO, 2008, grifos nosso). Em relação ao cumprimento da dimensão “foco na família”, atribuído à mudança do modelo assistencial proposto pela ESF, um estudo qualitativo apontou que as ações das equipes mantêm o caráter individual e que a ESF ainda não possui uma atuação centrada nas famílias (SILVA *et al*, 2014).

As atividades desenvolvidas na rede básica são altamente relevantes para reduzir os perfis de morbimortalidade vigentes. Em particular, são espaços importantes para a realização da atenção materno infantil. É na Atenção Básica que são ofertados os principais cuidados à saúde desse segmento populacional, tendo o pré-natal como uma de suas principais atividades.

2.2. Atenção Materno Infantil

2.2.1. Atenção Materno Infantil e as desigualdades em saúde

Em importante publicação, Victora *et al* (2011) efetuaram um balanço das condições de saúde materno infantil nas últimas décadas no Brasil. Os autores defendem que as melhorias nos indicadores sanitários maternos e infantis deram-se devido à junção de ações advindas da melhoria do sistema de saúde, associadas a ações externas de outros setores como já citado anteriormente. Tais eventos tiveram impacto positivo nos indicadores de saúde materno infantil, tais como a diminuição da mortalidade infantil, diminuição da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida da população (VICTORA *et al*, 2011).

Especificamente em relação à saúde materna, a análise de estatísticas vitais relativas à este grupo apontou grandes avanços como a redução substancial da fecundidade (de 6,3 filhos

por mulher em 1960 para 1,8 em 2002-2006), devido, entre outros fatores, a um aumento expressivo do uso de anticoncepcionais pelas mulheres brasileiras, saindo de 57% em 1986 para 78,5% em 2006 (VICTORA *et al*, 2011). O acesso à atenção pré-natal e ao parto em estabelecimentos de saúde também aumentou, sendo, atualmente, quase universal (VICTORA *et al*, 2011; VIELLAS *et al*, 2014).

Por outro lado, ainda persistem vários desafios, principalmente em relação à saúde materna, tal como a persistência dos altos índices de mortalidade. Desde a década de noventa até meados dos anos dois mil haviam cerca de 50 mortes por cem mil nascidos vivos, variando de 42 na Região Sudeste para 73 no Nordeste (CAVALCANTI *et al*, 2013; VICTORA *et al*, 2011). Destaca-se que a maioria dessas mortes, ainda hoje, é causada por doenças passíveis de prevenção e controle durante o pré-natal, como a doença hipertensiva e a sepse. Esses valores de mortalidade materna são muito elevados para o nível de desenvolvimento econômico do nosso país, principalmente quando comparado com as taxas de outros países em condições similares de desenvolvimento. Acredita-se que a redução da taxa de mortalidade materna é um objetivo factível de ser alcançado, tendo em vista a elevada redução da taxa de mortalidade infantil no período equivalente, ainda que os autores ressaltem que esses eventos complexos e multifatoriais não dependem apenas da melhoria dos serviços de saúde (CASSIANO *et al*, 2014; CAVALCANTI *et al*, 2013). Ainda como desafios para melhoria da atenção a saúde materna, destacam-se as taxas elevadas de cesarianas, mortalidade neonatal por prematuridade, disparidades sociais e regionais no que diz respeito ao acesso e qualidade do pré-natal, parto e puerpério (VICTORA *et al*, 2011).

No que tange as disparidades sociais e regionais, ainda persistem barreiras de acesso e limitações na qualidade da atenção à saúde materna, apesar dos avanços assinalados anteriormente. Tais problemas são mais frequentes entre mulheres de cor preta e parda, tal como destacado por Leal *et al* (2005) e corroborado por Viellas *et al* (2014). Além disso,

residir nas regiões Norte e Nordeste e ter baixa escolaridade também são fatores limitantes para realização e o início precoce do pré-natal no Brasil (VIELLAS *et al*, 2014).

Considerando o exposto, diante de tais avanços e desafios no cenário da assistência materna e infantil no Brasil, destaca-se o relevante papel do pré-natal na busca de promover a saúde das gestantes, prevenir doenças passíveis de intervenção precoce e nas orientações sobre parto e puerpério, tendo como objetivo principal a diminuição da morbimortalidade materna e infantil (MENDONZA-SASSI *et al*, 2011; SILVA *et al*, 2013).

De acordo com o MS, esta ação programática

Deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (Brasil, 2006).

Em função do caráter complexo e multisetorial do pré-natal, as autoridades sanitárias têm se preocupado com as políticas voltadas para esse tipo de cuidado.

2.2.2. Políticas de atenção ao Pré-natal no Brasil

Santos Neto *et al* (2008) e Cassiano *et al* (2014) fizeram uma revisão documental e da literatura, respectivamente, sobre as principais políticas e programas voltados para a atenção materno-infantil desenvolvidos pelo MS nas últimas décadas. Apontaram as vantagens e desvantagens de cada programa, além de discutir sobre os impactos destes nos indicadores de saúde ao longo dos anos. Tais políticas tratam tanto de ações voltadas para mulheres quanto

para crianças, porém, neste estudo, somente serão abordados temas referentes à saúde da mulher, especificamente sobre o pré-natal.

Desde a Era Vargas, durante o Estado Novo, foram implantados programas que tinham como objetivo apenas o crescimento da população e fortalecimento da nação (SANTOS NETO *et al*, 2008), uma vez que “as mulheres eram vistas apenas como meras reprodutoras e não possuíam direitos pessoais, sociais ou econômicos” (CASSIANO *et al*, 2014, p.231). Por isso, havia uma preocupação maior com as gestantes e com a educação moral e higiênica.

Durante a ditadura militar foi criado o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), em 1975, que incentivou o uso da cesariana com a subsequente esterilização feminina como formas preferenciais de controle da natalidade. O pré-natal continuava como foco principal, em detrimento de outras ações de saúde, negligenciando-se o direito à saúde nas outras fases da vida da mulher (CASSIANO *et al*, 2014; SANTOS NETO *et al*, 2008).

Uma década mais tarde, em 1984, o MS criou o PAISM. Destaca-se que esse foi o primeiro programa desenvolvido pelo MS que possuía um espectro mais amplo de ações, como a atenção integral, o planejamento familiar e o respeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres (ANDREUTTI; CECATTI, 2011; CASSIANO *et al*, 2014; SANTOS NETO *et al*, 2008). Assim, o pré-natal deixou de ser protagonista principal, como ocorria nas políticas anteriores e passou a ser apenas uma das ações que se articulava com outras, globalmente dirigidas às mulheres.

Para Santos Neto *et al* (2008), a integração das políticas de saúde voltadas para a mulher com as outras dimensões da AB no SUS se deu através do advento do PSF em 1994. O pré-natal deveria ocorrer agora, não de maneira verticalizada e centralizada, mas de maneira articulada com as demais ações voltadas para a família no território.

Diante da dificuldade em reduzir a mortalidade materna, o MS lançou em junho de 2000 o PHPN. Este teve como objetivo principal a redução da mortalidade materna e neonatal, através do atendimento humanizado, de práticas acolhedoras, da melhora do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal e da assistência ao parto e puerpério das gestantes e do recém-nascido (BRASIL, 2000; CASSIANO *et al*, 2014; SANTOS NETO *et al*, 2008; SERRUYA *et al*, 2004).

Um dos avanços do PHPN foi a definição, pelo Governo Federal, de critérios mínimos de efetividade, pactuados com os serviços de pré-natal dos municípios em nível nacional, mediante repasse de recursos através do Piso de Atenção Básica (PAB). Dentre os mecanismos de monitoramento e avaliação da atenção prestada às gestantes e pactuados com os municípios, o MS criou o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), possibilitando o registro, e posterior análise, dos serviços prestados a elas, do pré-natal ao puerpério, pelos sistemas municipais de saúde, viabilizando o monitoramento e avaliação das ações (BRASIL, 2000; CASSIANO *et al*, 2014). O SISPRENATAL também opera como ferramenta que permite monitorar o alcance dos indicadores pactuados, garantir o repasse de recursos para os municípios prestadores de serviços e remunerar, de forma diferenciada, aqueles que consigam atingir as metas anuais (BRASIL, 2000).

Após quinze anos de implantação, a literatura disponível (CASSIANO *et al*, 2014; COSTA *et al*, 2009; SERRUYA *et al*, 2004; VIELLAS *et al*, 2014;) informa que o PHPN não teve a efetividade esperada e manteve, em todo território brasileiro, adequação insatisfatória aos critérios estabelecidos pelo programa, principalmente no que tange as atividades de educação em saúde e outras ações intersetoriais. Cavalcanti *et al* (2013) dizem que houve avanços discretos com a implantação do PHPN, mas não na velocidade esperada.

Ainda como tentativa de diminuir as altas taxas de mortalidade materna e infantil, a Presidência da República lançou, em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, tendo como objetivo reduzir estas taxas em 5% ao ano. Seus princípios estavam voltados para o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; para diminuição das desigualdades sociais e regionais, levando em consideração as questões de gênero, aspectos raciais e étnicos (CASSIANO *et al*, 2014).

Partindo-se do princípio que a taxa de mortalidade materna ainda se mantinha em patamares elevados, mesmo com cobertura quase universal dos serviços de saúde do pré-natal ao parto, e considerando o uso indiscriminado de novas tecnologias e procedimentos sem evidências científicas, defende-se a reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, majoritariamente biomédico, rumo a abordagens integrais, totalizantes e respeitosas dos direitos das parturientes (CASSIANO *et al*, 2014; CAVALCANTI *et al*, 2013; COSTA *et al*, 2009; SERRUYA *et al*, 2004; VIELLAS *et al*, 2014).

Neste cenário de dificuldades, buscou-se formular estratégias para superar a fragmentação da atenção à saúde e aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS. Dentre estas, destaca-se a portaria 4.279 de 30/12/2010 do MS, que instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS). A portaria define a RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Evidências internacionais, revisadas por Mendes (2010), mostram o impacto positivo nos indicadores de saúde da população em países que possuíam sistemas de saúde integrados e coordenados pela APS. Rodrigues *et al* (2014) realizaram uma revisão integrativa da literatura sobre os avanços e desafios das RAS no Brasil. As principais fragilidades apontadas

dizem respeito à dificuldade de coordenação da rede pela APS em virtude dos poucos recursos de apoio logístico, da carência de mecanismos de regulação e de sistemas de informação capazes de organizar o fluxo dos usuários nos vários pontos de atenção. Os principais avanços elencados foram a ampliação do acesso, a ampliação da resolubilidade, a diminuição dos custos, os avanços na integração entre os níveis de atenção, a maior utilização de protocolos clínicos e o maior investimento em sistemas de informação e regulação (RODRIGUES *et al*, 2014).

Para o pré-natal, a política das redes de atenção instituiu, através da portaria nº 1459 de 24/06/2011 do MS, um componente voltado para a atenção à saúde materno infantil, a Rede Cegonha (RC). Esta Rede foi conceituada na portaria como

Uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha tem como objetivos:

Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (BRASIL, 2011c).

Esta rede está estruturada em quatro componentes: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e Atenção integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. Cassiano *et al* (2014) apontam que este foi o programa mais completo já criado pelo MS, pois as suas diretrizes abrangem todas as etapas da vida da mulher, não se

restringindo à assistência; Suas ações envolvem também o planejamento familiar e a segurança da mulher ao preconizar a presença do companheiro em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal; Garantem o direito à vinculação antecipada à maternidade em que a gestante realizará o parto e o transporte sanitário para as consultas e parto, materializando a garantia de acesso ao cuidado.

O advento da RC representa muitos avanços na atenção ao pré-natal em relação aos programas anteriores, pois preconiza a atuação integrada entre os diversos níveis de atenção ao pré-natal e parto, sob a coordenação da AB. Além disso, aperfeiçoa a realização dos exames durante a gestação, introduz novos procedimentos não preconizados nas políticas anteriores, como ultrassonografia e práticas integrativas (BRASIL, 2011c; CASSIANO *et al*, 2014). Recomenda também a capacitação e qualificação dos profissionais da enfermagem e da obstetrícia para atuarem nos serviços públicos de forma humanizada e com qualidade antes, durante e depois do parto, considerando o direito às diferenças de gênero, étnicas, raciais e culturais (BRASIL, 2011c; CASSIANO *et al*, 2014).

Apesar de ter sido considerada a mais bem estruturada e ampla política pública do MS voltada para a saúde materna, em cotejamento com as anteriores, a RC apresenta algumas lacunas apontadas por alguns estudos recentes. (CAVALCANTI *et al*, 2013; CARNEIRO, 2013). Cavalcanti *et al* (2013) citam a ausência de ações voltadas para o planejamento familiar das mulheres e seus parceiros que não desejam ter filhos e apontam a não consideração dos “fatores de contexto” (questões políticas, situação epidemiológicas, recursos financeiros, materiais e humanos, profissionais capacitados, etc.) que podem interferir nos resultados finais. Além disso, os autores ressaltam que a RC não aborda claramente como deve ocorrer o controle e a vigilância dos óbitos de mulheres e crianças dentro do programa.

Carneiro (2013) fez um estudo de base etnográfico comparando os objetivos e princípios da RC à luz dos discursos de feministas e de pesquisadores do campo da saúde e da antropologia. A autora destaca as críticas feitas pelo movimento feminista, cujas falas se baseiam na limitação da concepção de mulher de direitos apenas após o início da gestação, como “cegonha”, corroborando Cavalcanti *et al* (2013) quando estes autores se referem à falta do tema do planejamento familiar nos documentos oficiais do MS referentes à RC. Carneiro (op. Cit), embora ressalte a importância da RC como política pública, em função do grave cenário da saúde materno-infantil, já bastante enfatizado neste texto, critica o caráter universalista da proposta da RC. A autora enfatiza que o Brasil é um país com território de extensão continental e plural do ponto de vista racial, étnico e cultural, o que dificulta enormemente a implantação e implementação de políticas de cunho generalizante como a RC. Essas diferenças entre as mulheres das diversas regiões do país, bem como entre suas crenças e costumes são denominadas por Cavalcanti *et al* (2013) como “fatores de contexto”, os quais não são descritos de forma clara nas portarias da RC.

O conhecimento sobre a evolução das políticas brasileiras, voltadas à atenção pré-natal no último século, é relevante para o entendimento dos principais avanços alcançados e dos desafios a serem superados. Um desses desafios diz respeito à institucionalização do monitoramento e avaliação na rotina das ações implementadas pelas equipes à luz dessa ação programática.

2.3. Avaliação em Saúde

2.3.1. Estudos de avaliação em saúde

A avaliação é uma atividade comum no nosso cotidiano. Refere-se a opinar ou fazer juízo de valor sobre algo ou alguém. No entanto, o conceito de avaliação é polissêmico, cujo

teor dependerá fundamentalmente do contexto ou daquilo que se pretende avaliar (BOSI; UCHIMURA, 2007; VIEIRA-DA-SILVA, 2005). No campo da saúde, a avaliação possui conceitos e tipologias peculiares. Várias definições sobre avaliação já foram postuladas mundialmente. Uma das definições mais recentes, e utilizada como referencial neste texto, foi proposta por Champagne *et al* (2011, p. 44) os quais afirmam:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Há diversos tipos de avaliação no campo da saúde, mas aqui serão enfatizadas a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A primeira aprecia a conformidade dos componentes da intervenção (estrutura, processo e resultados) de acordo com critérios e normas pré-estabelecidos. A segunda tenta analisar e compreender as relações de causa e efeito dos componentes da intervenção, através de procedimentos científicos (CHAMPAGNE *et al*, 2011). Entretanto, para Vieira-Da-Silva (2005), uma avaliação normativa pode ser convertida em pesquisa avaliativa, na medida em que aquela seja realizada através de métodos científicos e resulte em uma resposta nova para o conhecimento científico vigente. Por outro lado, Contandriopoulos (2006) diferencia a avaliação normativa da pesquisa avaliativa pelo caráter prescritivo e julgador da primeira, ao mesmo tempo em que falha em abranger todos os fatores envolvidos na intervenção.

Segundo Vieira-Da-Silva (2005), há diversas maneiras de avaliar uma intervenção ou programa no campo da saúde. Mas antes, é necessário traçar qual intervenção se deseja avaliar e quais abordagens, dimensões e atributos serão utilizados para medir determinada

intervenção. Um dos autores mais importantes desse campo é Avedis Donabedian. Ele foi um dos primeiros estudiosos que conseguiu delimitar conceitos e ao mesmo tempo ampliar concepções sobre a qualidade do cuidado em saúde. A tradicional avaliação normativa da tríade estrutura-processo-resultados foi sistematizada por Donabedian e tem sido revisitada por muitos pesquisadores até os dias atuais. Segundo Donabedian (1988), a estrutura estaria relacionada com a disponibilidade de recursos materiais, humanos e organizacionais. O processo seria tudo aquilo que diz respeito à relação do binômio profissional-usuário e os resultados estão relacionados tanto ao produto das ações (consultas, exames, visitas) quanto à modificação dos indicadores de saúde da população.

Ao continuar na delimitação do objeto e atributos, deve-se delimitar quais níveis do sistema de saúde se pretende estudar. Os principais níveis, segundo Vieira-Da-Silva (2005), do nível menos ao mais complexo são: Ações (atividades individuais das equipes voltadas à prevenção, promoção e cura), Serviços (diversos agentes atuam na organização das ações voltadas a um grupo ou problema de saúde), Estabelecimentos (unidades sanitárias de diferentes níveis de atenção) e Sistema (nível de maior complexidade de organização das práticas que envolvem todos os outros e a sua coordenação). Ao se avaliar uma política de saúde ou programa, pode-se trabalhar com um ou mais níveis e deve-se diferenciar entre a avaliação político institucional e a operacionalização de determinada política ou programa.

Na definição do foco da avaliação, Vieira-Da-Silva (2005) lista as várias características e atributos de uma intervenção, que podem ser analisadas segundo: a) a disponibilidade dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) os efeitos das ações (eficácia, efetividade e impacto); c) os custos das ações (eficiência); d) adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde (direcionalidade e consistência); f) o processo de implantação das ações (avaliação do grau de implantação e análise de implantação); g)

características relacionais entre os agentes das ações (usuário x profissional, profissional x profissional e gestor x profissional).

O conceito de acesso é polissêmico. Vários autores o utilizam de maneiras distintas. Travassos e Martins (2004) fizeram uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Concluíram que o termo acesso está mais ligado às dimensões da oferta de serviços de saúde do que às dimensões individuais e/ou coletivas da população. Por outro lado, Vieira-Da-Silva (2005, p.24) define acessibilidade como “uma relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde. Os recursos de poder podem ser de natureza econômica, social e cultural. Já os obstáculos podem ser geográficos, organizacionais e econômicos”.

Quanto à qualidade, Vieira da Silva afirma que o conceito, tal como o de avaliação, também é polissêmico. Para essa autora, a qualidade em saúde está relacionada à execução do conhecimento técnico-científico comparado ao melhor conhecimento existente. Por outro lado, Champagne *et al* (2011, p.83) conceituaram a qualidade em saúde de forma mais abrangente, ao afirmarem que qualidade se refere a “um conjunto de atributos do processo que favorecem o melhor resultado possível tendo em vista os conhecimentos, a tecnologia, as expectativas e as normas sociais”.

Atualmente, a qualidade pode ser avaliada de acordo com três dimensões: técnica, interpessoal e organizacional (CHAMPAGNE *et al*, 2011). A dimensão técnica diz respeito à execução da melhor tecnologia e do melhor conhecimento disponíveis em comparação com a melhor técnica e com o melhor conhecimento existente. A dimensão interpessoal abrange fatores como humanização, cordialidade e respeito aos valores da sociedade e do contexto em que se realiza a intervenção. (CHAMPAGNE *et al*, 2011). E por fim, a dimensão

organizacional se refere a como devem ser organizados os cuidados oferecidos nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A avaliação em saúde pode ser uma ferramenta potente para reorientar o planejamento de políticas públicas buscando a melhoria das ações em saúde (CHAMPAGNE *et al*, 2011). No Brasil, a avaliação em saúde é tema cada vez mais frequente em estudos e discussões de especialistas. Entretanto, ainda existe um distanciamento entre a institucionalização de práticas de avaliação realizadas nos países desenvolvidos em comparação com países em desenvolvimento, como o Brasil (NOVAES, 2000). Segundo o autor, apesar do aumento da cobertura dos serviços públicos de saúde e de algumas iniciativas avaliativas, a avaliação em saúde no Brasil ainda encontra-se em estágio incipiente em comparação aos Estados Unidos, por exemplo, que já possuem sistemas de avaliação em saúde totalmente integrados à rotina dos serviços de saúde. Além disso, é evidente a lacuna existente entre os estudos realizados e os publicados e entre a tomada de decisões por parte dos gestores, dificultando a institucionalização da avaliação nas práticas de saúde no Brasil (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

2.3.1.1. Estudos de avaliação da Atenção Básica

Como citado anteriormente, o PROESF e o PMAQ-AB são as duas iniciativas do MS em instituir e fortalecer a avaliação em saúde no escopo da AB.

O PROESF foi destinado principalmente às cidades que possuíam mais de 100 mil habitantes e teve três objetivos principais: apoiar a mudança do modelo de atenção, superando a atenção curativa e individual; fortalecer o desenvolvimento e a qualificação de recursos humanos; e implantar o monitoramento e a avaliação do PSF em nível nacional (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; VIEIRA *et al*, 2010).

Dentre os principais resultados encontrados nos estudos do PROESF, destacam-se avanços tanto na expansão da cobertura (SILVA *et al*, 2010) quanto na promoção da equidade, evidenciando-se incremento da presença do PSF em áreas de maior vulnerabilidade social (FACCHINI *et al*, 2006). Além disso, o PROESF foi considerado como um passo importante no caminho para institucionalizar a avaliação em saúde no Brasil, na esfera da AB (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008). Contudo, permaneceram vários desafios como a incipiente implementação político-institucional do PSF no país, o baixo grau de organização da atenção, a pouca participação social, o uso incipiente de ferramentas de gestão e avaliação na rotina das equipes, além da não conversão do modelo de atenção, persistindo práticas curativas e fragmentadas (FACCHINI *et al*, 2006; ROCHA *et al*, 2008).

O PMAQ-AB foi uma iniciativa que sucedeu o PROESF no processo de avaliação e fortalecimento da Atenção Básica no Brasil (GARNELO *et al*, 2014). É uma iniciativa do MS, instituída pela Portaria 1.654 de 19 de julho de 2011, que tem como objetivo principal:

Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011b).

O PMAQ-AB possui as seguintes diretrizes:

Construir **parâmetro de comparação** entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde; Estimular processo contínuo e progressivo de **melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade** que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; Transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o **contínuo acompanhamento** de suas ações e resultados pela sociedade; **Envolver, mobilizar e responsabilizar** os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num

processo de **mudança de cultura de gestão e qualificação** da atenção básica; Desenvolver **cultura de negociação e contratualização**, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; Estimular a efetiva **mudança do modelo de atenção**, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da **satisfação dos usuários**; e **Caráter voluntário** para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da **motivação e proatividade dos atores** envolvidos (BRASIL, 2011b, p.7-8, grifos nosso).

Dentre as diretrizes do PMAQ-AB, uma possui maior relevância para o desenvolvimento de nosso estudo: criar um parâmetro de comparabilidade local, regional e nacional entre as equipes da ESF. Tal diretriz objetiva fomentar a avaliação em saúde e fortalecer a AB no Brasil, pois favorece uma avaliação contextual, permitindo comparar determinados cenários selecionados com as demais unidades federativas, municípios e serviços de saúde locais, ofertando uma perspectiva sobre o que pode ser aprimorada em relação à disponibilidade de infraestrutura, organização da atenção e oferta do cuidado.

O PMAQ-AB é composto por 04 fases diferentes, compondo um ciclo a ser periodicamente desenvolvido: (1) Adesão e contratualização; (2) Desenvolvimento; (3) Avaliação externa; e (4) Recontratualização. O componente de interesse da pesquisa é a avaliação externa, que inclui a fase avaliativa das condições de acesso e qualidade das equipes e suas respectivas Unidades de Saúde da Família (USF) em âmbito nacional, na qual foram produzidos os dados utilizados para produzir a dissertação em tela. (BRASIL, 2011b; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

Dentro do PMAQ-AB destaca-se a avaliação externa como ponto importante da avaliação da qualidade. Esta ocorreu através da parceria entre 40 Instituições de Ensino

Superior (IES) e o MS, viabilizando a coleta de dados em todas as unidades federadas (BRASIL, 2012; PINTO, SOUSA, FLORENCIO, 2012). O instrumento utilizado pelos pesquisadores para coleta de dados durante a avaliação externa era composto por três módulos de questionários em meio eletrônico: Módulo I – Observação de variáveis na unidade de saúde relativas à infraestrutura; Módulo II – Entrevista com profissionais de nível superior das equipes e verificação de documentos relativos ao processo de trabalho; e Módulo III – Entrevistas com usuários das USF e avaliação de condições de acesso, utilização dos serviços e satisfação. (ALVES *et al*, 2014; BRASIL, 2012; PINTO, SOUSA, FLORENCIO, 2012; FAUSTO *et al*, 2014; GARNELO *et al*, 2014).

Uma das características do PMAQ-AB foi seu caráter voluntário durante a adesão e contratualização pelos gestores e equipes. Portanto, o número de equipes participantes do estudo foi obtido a partir de uma amostra de conveniência (autoadesão municipal) e representa o universo total das equipes que aderiram ao Programa em 2013. Os dados coletados geraram um banco de dados de abrangência nacional, cuja análise oferece a base deste estudo. Em alguns estudos publicados sobre o PMAQ-AB evidenciou-se que a atenção básica tem avançado em cobertura, quantidade de exames e procedimentos e como porta de entrada do sistema de saúde (ALVES *et al*, 2014; FAUSTO *et al*, 2014; GARNELO *et al*, 2014).

No entanto, ainda persistem problemas antigos como deficiência de infraestrutura, com poucos recursos e insumos necessários para suprir as demandas e necessidades dos profissionais e usuários, resultando em baixa resolutividade do cuidado nesse nível de atenção. Verificou-se também baixa disponibilidade de atividades de prevenção e promoção da saúde (ALVES *et al*, 2014; GARNELO *et al*, 2014), bem como de cuidados clínicos elementares ao acompanhamento de patologias crônicas, como avaliação de pé diabético e exame de fundo de olho (GARNELO *et al*, 2014).

Soma-se a isso a manutenção de disparidades regionais, socioeconômicas e geográficas em relação ao acesso aos serviços de saúde da rede básica (ALVES *et al*, 2014). Assim como lacunas no acompanhamento de agravos prevalentes, manutenção das desigualdades no acesso e constatação de maior possibilidade de acesso dos usuários residentes nas capitais, no sudeste e em cidades que possuem maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). Além disso, a AB ainda não dispõe dos mecanismos necessários para atuar como coordenadora do cuidado em relação à atenção especializada (FAUSTO *et al*, 2014; GARNELO *et al*, 2014), resultando no não alcance da integralidade da assistência e na conseqüente diminuição da qualidade do cuidado.

2.3..1.1.1. Estudos de Avaliação do Pré-natal

No tocante ao pré-natal, tal avaliação pode contribuir sobremaneira para diminuir a morbimortalidade materna e infantil ao apontar as falhas e sugerir as correções das práticas desenvolvidas nesse campo (ANVERSA *et al*, 2012). A revisão da literatura evidenciou que a maioria dos estudos publicados que tratam da atenção ao pré-natal empreendeu avaliação de tipo normativo, tendo-se buscado avaliar a conformidade dos componentes da intervenção (estrutura, processos e resultados) efetivamente desenvolvidos nos serviços de saúde, às normas oficiais do MS (ANVERSA *et al*, 2012; MENDONZA-SASSI *et al*, 2011; SILVA *et al*, 2013). Observou-se, ainda, maior frequência e ênfase na avaliação do processo, com particular interesse na avaliação do profissional que atua na atenção básica.

Tradicionalmente, a avaliação do pré-natal tem sido realizada através do número de consultas e da semana de início das consultas. Foram desenvolvidos alguns índices que medem a adequação da qualidade do pré-natal. O índice de Kessner, sugerido em 1973, considera a semana de início do pré-natal, a idade gestacional no parto e o número de visitas

de pré-natal para classificar o cuidado como adequado, intermediário e inadequado (SILVA *et al.*, 2013). O índice *Adequacy of Prenatal Care Utilization* (APNCU), sugerido por Kotelchuck em 1994, considera a idade gestacional no início do pré-natal e o número de visitas, e classifica o cuidado pré-natal como inadequado, intermediário, adequado e adequado superior (SILVA *et al.*, 2013). Nota-se que o índice de Kessner pode ser considerado mais completo, pois leva em conta a idade gestacional no momento do parto, diferente do APNCU que só considera a semana de início e o número de consultas realizadas.

Apesar de importante para avaliação da utilização dos serviços de pré-natal, o índice de Kotelchuck não permite que se avaliem o conteúdo e a qualidade da assistência. Ademais, utiliza o calendário de consultas do *American College of Gynecology and Obstetrics* (ACOG) (13 consultas para gestação de 40 semanas), muito diferente do brasileiro. Isso fez com que alguns pesquisadores como Leal *et al.* (2004) adaptassem-no ao calendário de consultas preconizado pelo MS (06 consultas para gestação de 40 semanas) (DOMINGUES *et al.*, 2012). Outro índice foi proposto por Takeda, em 1993, que modificou o índice proposto por Kessner, reduzindo o número de consultas e aumentando a idade gestacional do início do pré-natal para antes de vinte semanas (ANVERSA *et al.*, 2012).

Como já citado anteriormente, com a implantação do PHPN ficaram estabelecidos os critérios mínimos de efetividade do pré-natal no Brasil. O PHPN além de estabelecer a idade gestacional de início do pré-natal e o número de consultas mínimas, também estabeleceu os exames laboratoriais e as ações de educação em saúde essenciais e necessárias para qualificar e humanizar o atendimento às gestantes no Brasil (ANVERSA *et al.*, 2012).

Andreucci e Cecatti (2011) realizaram uma revisão sistemática sobre estudos de avaliação do pré-natal nas diferentes regiões do país que utilizaram os critérios previstos pelo PHPN no período de 2000 até 2010. Evidenciou-se que o SISPRENATAL registrou baixa

cobertura do PHPN quando comparado com outras fontes de dados utilizados na pesquisa (prontuários de internação, entrevistas com puérperas e dados institucionais). Os autores sugerem a possibilidade de subnotificação dos indicadores do PHPN e, conseqüentemente, o comprometimento das informações disponíveis em nível nacional. Tal fato nos faz questionar a fidelidade do acompanhamento pré-natal das gestantes brasileiras, reafirmando a importância de investir na qualificação de força de trabalho comprometida com a qualidade dos registros das informações em saúde, como passo essencial para a institucionalização do monitoramento e avaliação das ações em saúde (Contandriopoulos, 2006).

O inquérito Nacer no Brasil, de abrangência nacional, avaliou alguns itens relativos à organização dos serviços e articulação do pré-natal nos diferentes níveis de atenção das redes de atenção à saúde. Entre seus resultados, constatou-se que as consultas de pré-natal foram realizadas predominantemente por médicos, ocorrendo principalmente nas unidades públicas da rede básica (VIELLAS *et al*, 2014). Evidenciaram-se problemas na integração entre o cuidado do pré-natal ofertado na AB e o atendimento ambulatorial de unidades especializadas que atendem gestações de risco. Os principais problemas evidenciados foram demora e insucesso em conseguir as consultas, que ocorreram entre 20% das gestantes de risco encaminhadas a serviços de referência (VIELLAS *et al*, 2014). Outro problema apontado diz respeito à articulação entre os serviços do pré-natal da atenção básica e a rede de assistência hospitalar que realiza o parto. Dentre as pesquisas disponíveis, constatou-se que menos de 60% delas foi orientada sobre a maternidade de referência para a qual pudessem procurar no momento do parto (MENEZES *et al*, 2006; VICTORA *et al*, 2011; VIELLAS *et al*, 2014). Para além das orientações, a literatura também aponta a não garantia de vagas nas maternidades (MENEZES *et al*, 2006; VIELLAS *et al*, 2014).

Em outro estudo, que também tomou como base o inquérito nacional Nacer no Brasil, Lansky *et al* (2014) evidenciaram altas taxas de mortalidade neonatal em 2012 (11,2 por mil

nascidos vivos no Brasil e 22,3 na Região Norte). Apontaram que inadequações na assistência pré-natal, como dificuldade em diagnosticar precocemente problemas de saúde, e na assistência ao parto, tais como uso de procedimentos sem comprovação científica (ocitocina, manobra de Kristeler, posição de litotomia, isolamento e jejum) e sem indicação técnica (por exemplo, os altos índices de cesarianas), podem ter sido responsáveis pelas altas taxas de prematuridade e hipóxia intraútero e intraparto. Destacaram o fortalecimento das ações preventivas durante o pré-natal e o combate à prematuridade iatrogênica como dois objetivos a serem perseguidos para reduzir a mortalidade neonatal. Para isso, sugerem a consolidação de redes perinatais integradas, hierarquizadas e regionalizadas, além da qualificação da assistência, desde o pré-natal e, sobretudo no parto e nascimento (LANSKY *et al*, 2014).

Alguns estudos recentes de avaliação do pré-natal na rede básica utilizaram os indicadores do PHPN como critério para averiguar a adequação da qualidade do cuidado prestado às gestantes (ANVERSA *et al*, 2012; COSTA *et al*, 2009; MENDONZA-SASSI *et al*, 2011; SILVA *et al*, 2013). É constatação consensual a qualidade inadequada dos serviços oferecidos, resultando na redução da efetividade do pré-natal em todos os estudos supracitados, sobretudo quando juntaram todos os critérios previstos pelo PHPN, formando índices compostos (ANVERSA *et al*, 2012; COSTA *et al*, 2009; DOMINGUES *et al*, 2012; MENDONZA-SASSI *et al*, 2011; PICCINI *et al*, 2007; SILVA *et al*, 2013; VIELLAS *et al*, 2014).

Além disso, alguns estudos que compararam a efetividade do pré-natal em diferentes modelos de atenção evidenciaram uma maior adequação na atenção prestada pelos profissionais da ESF. Tais resultados reafirmam a necessidade da reorientação do modelo assistencial ainda hegemônico na AB no Brasil, o pautado pela demanda espontânea, pela prioridade dada aos sintomas de doença e pela ausência de identificação e classificação de

fatores de risco e vulnerabilidade – inclusive as gestantes – da população adscrita à unidade de saúde. (ANVERSA *et al*, 2012; MENDONZA-SASSI *et al*, 2011).

Outro ponto recorrente na literatura revisada foi a baixa oferta de atividades de educação em saúde, atividades em grupo e orientações relativas ao parto e pós-parto. Por isso, os autores sugerem maior investimento e valorização dessas ações, a fim de melhorar a qualidade do cuidado e a efetividade da assistência prestada às gestantes (ANVERSA *et al*, 2012; COSTA *et al*, 2009; MENDONZA-SASSI *et al*, 2011; PICCINI *et al*, 2007; SILVA *et al*, 2013).

Nas avaliações de APN encontradas na revisão da literatura, diversos autores apontam a necessidade de desenvolver pesquisas apoiadas em metodologias qualitativas para elucidar questões inerentes às subjetividades das gestantes e suas escolhas e receios durante a gravidez. Ressaltam que a participação das gestantes na formulação de políticas públicas voltadas para a saúde materna e infantil poderá contribuir para elevar a qualidade do cuidado e a efetividade do pré-natal e evitar desfechos desfavoráveis ao binômio mãe/bebê (ALMEIDA; TANAKA, 2009; COSTA *et al*, 2009; PICCINI *et al*, 2007; SILVA *et al*, 2013).

No contexto amazônico, foram encontrados apenas três estudos de avaliação do pré-natal na AB. O primeiro, uma dissertação de mestrado, não publicada, intitulada “Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-natal em Quatro Unidades do PSF do Município de Manaus, Amazonas”, apontou para resultados insatisfatórios, levando-se em consideração os critérios estabelecidos pelo PHPN (RIBEIRO FILHO, 2004). O segundo estudo foi desenvolvido na cidade de Tefé, interior do Amazonas, através da análise documental e revisão da literatura. Os resultados também coincidem com as conclusões apresentadas por Ribeiro Filho (2004): “[...] a **qualidade** do pré-natal oferecido às gestantes da cidade de Tefé **não é satisfatória**, por

não estar atingindo os princípios preconizados pelo Ministério da Saúde” (PEGORARO *et al*, 2011, p.52-53, grifos do autor).

E o terceiro, uma pesquisa avaliativa de cunho qualitativo (etnografia) na cidade de Manaus, mediante comparação dos cuidados ofertados pelo pré-natal, cujos resultados apontam para a persistência do modelo de atenção predominantemente curativo-assistencial, mesmo no contexto da ESF. Além disso, os autores evidenciaram a superposição e paralelismo entre os modelos de atenção ainda vigentes na AB, marcados pelas dificuldades de acesso aos serviços de APN e o cuidado fragmentado, impessoal e centrado apenas em queixas biológicas. Outros resultados importantes foram: a constatação de que a cobertura populacional não aumentou no intervalo da pesquisa (2005 a 2012) e verdadeiros flagrantes, presenciados pelos pesquisadores durante a pesquisa de campo, relacionados à censura, desumanização, culpabilização e infantilização sofridas pelas gestantes por parte de toda a equipe de profissionais da AB. Os autores levantam a possibilidade de tais atos contribuírem para os baixos índices de consultas encontrados na literatura (GARNELO e SOUZA, 2015).

Os resultados dos estudos acima elencados sobre pré-natal apontam para a necessidade da efetiva mudança no modelo assistencial, almejando uma consequente melhoria da qualidade da ação programática pré-natal, a qual é oferecida predominantemente nesse nível de atenção. No cenário da atenção à saúde materna, evidencia-se o grande arsenal de estudos voltados para a avaliação do pré-natal na AB, porém poucos são os que analisam a realidade do Estado do Amazonas (RIBEIRO FILHO, 2004; PEGORARO *et al*, 2011, GARNELO e SOUZA, 2015). E menos ainda são os artigos que abordam o tema da avaliação na perspectiva da regionalização em saúde.

2.4. Regionalização em Saúde

2.4.1 Regionalização no Brasil

A política de regionalização no Brasil se deu a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 como um dos pressupostos da descentralização. Após isso, foi impulsionada e operacionalizada, principalmente, pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), nas versões 01/2001 e 01/2002 e reformulada pelo Pacto pela Saúde, em 2006 (VIANA *et al*, 2008). Recentemente o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080 de 1990, retomou a política de regionalização como prioritária para a melhoria da qualidade e resolutividade dos serviços de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2011).

A regionalização é definida por Viana *et al* (2008, p.98) como “um processo de pactuação política no âmbito de planejamento territorial e nacional entre os entes federados – não necessariamente contíguos territorialmente, porém solidários organizacionalmente pelos usos do território”. Ou seja, não se trata apenas de delimitar um território geográfico, é necessário pactuar acordos políticos que sejam coerentes com o uso do território pelos agentes locais que o utilizam.

O Decreto 7.508 de 2011, no Artigo 2^o do Capítulo I, caracteriza a Região de Saúde como:

“espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011, p.1).

No Artigo 5^o Capítulo II, o documento define que “para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde” (BRASIL, 2011, p.2).

O objetivo principal da política de regionalização na saúde seria diminuir as desigualdades em saúde no território brasileiro através de políticas públicas que priorizem o aumento do acesso aos serviços de saúde. Para isso, é necessária a implantação de redes regionalizadas que ampliem a resolutividade dos problemas de saúde no plano local ou regional, aliviando a demanda para as grandes cidades. Outro ponto de interesse da regionalização em saúde é que esta permitiria superar a inadequada padronização técnica hoje vigente no SUS e abrir espaço para levar em consideração a diversidade de cenários geográficos, demográficos, políticos, econômicos e sociais existentes nas diferentes regiões do país (VIANA *et al*, 2008; SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Estudos sobre a política de regionalização no Brasil apontam que, apesar dos avanços alcançados com a descentralização da gestão e da execução dos serviços para o nível municipal, ainda persistem alguns desafios para que a regionalização seja, de fato, implementada, tais como: subfinanciamento da AB, baixa institucionalidade da gestão regional e baixa resolutividade das redes regionalizadas de atenção à saúde (ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011; MENDES, 2010; SANTOS; GIOVANELLA, 2014). Soma-se a isso a necessidade de incorporar a diversidade de agentes presentes no território ao processo de planejamento regional, principalmente o *mix* público/privado que formam o complexo regional nas regiões de saúde (VIANA *et al*, 2008). Além disso, cita-se a retomada da posição estratégica do gestor estadual na indução da regionalização, sobretudo no que diz respeito à responsabilização do funcionamento da rede básica (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011).

2.4.2 Regionalização no Amazonas

No cenário da Amazônia brasileira se destacam a baixa densidade demográfica, associada a enorme extensão territorial e exuberantes áreas de florestas cortadas por grandes

rios e seus afluentes (IBGE, 2010). No Amazonas, quase metade da população vive nos municípios do interior do Estado (IBGE, 2010), sendo parte considerável residente em áreas rurais, às margens dos rios. Além disso, o Amazonas possui os municípios que concentram os maiores percentuais de população indígena do Brasil (IBGE, 2010), além de altos índices de desigualdades de acesso à saúde e socioeconômicas (IBGE, 2008), principalmente ao se comparar as condições de vida e saúde na capital, Manaus, com as dos outros 61 municípios do interior do estado (IBGE, 2008, 2011). O conhecimento de tal realidade deve ser levado em conta para o devido entendimento das dificuldades em efetivar a política de regionalização, frente a barreiras de acesso, não apenas geográficas, mas também econômicas, organizacionais, culturais, sociais e étnicas aos serviços de saúde, que influenciam o acesso tanto à AB quanto à atenção especializada.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do estado do Amazonas, o modelo de regionalização propôs a organização de nove Regiões de Saúde (RdS) , com seus respectivos componentes municipais, conforme expresso no Quadro 1:

Regiões de Saúde do Amazonas	Municípios que compõem cada região de saúde
Entorno de Manaus/Alto Rio Negro	Manaus, Autazes, Barcelos, Careiro, Careiro da Várzea, Iranduba, Manaquiri, Nova Olinda, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Santa Izabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira.
Rio Negro e Solimões	Manacapuru, Anamá, Anori, Beruri, Caapiranga, Coari, Codajás e Novo Airão.
Rio Madeira	Apuí, Borba, Humaitá, Manicoré e Novo Aripuanã.

Médio Amazonas	Itacoatiara, Itapiranga, São Sebastião do Uatumã, Silves, Urucará e Urucurituba.
Baixo Amazonas	Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Maués, Nhamundá e Parintins.
Regional Purus	Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini e Tapauá.
Regional Juruá	Carauari, Eirunepé, Envira, Guajará, Ipixuna e Itamarati.
Triângulo	Alvarães, Japurá, Juruá, Maraã, Tefé e Uarini.
Alto Solimões	Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutai, Santo Antônio do Iça, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Tonantins.

Quadro 1- Divisão dos municípios que compõe as nove Regiões de Saúde do Amazonas

Fonte: Relatório Anual de Gestão SUSAM 2014

Uma melhor compreensão da divisão geográfica das RdS do Amazonas, pode ser visualizada pela Figura 1:

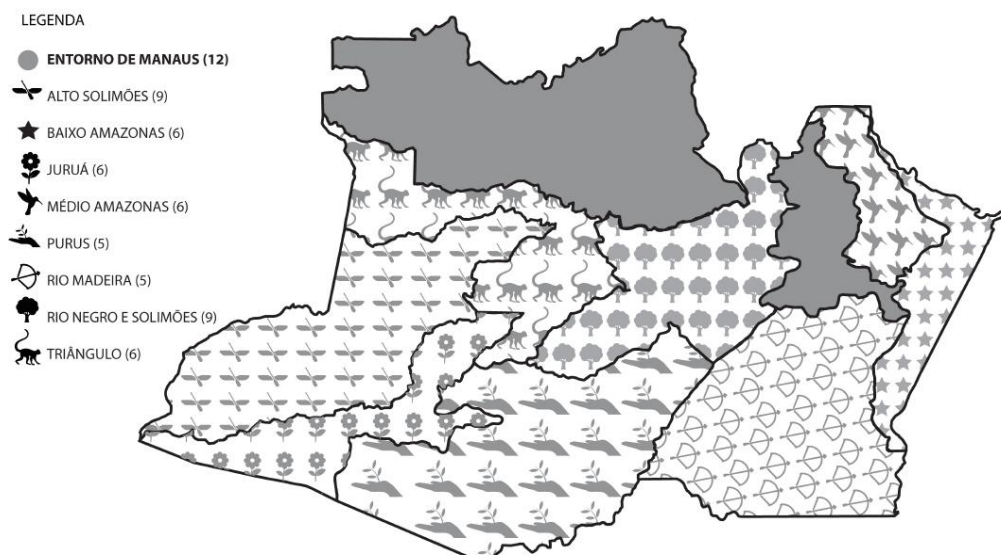


Figura 1. Regiões de Saúde do Amazonas

Fonte: Adaptado de SASS/ASTEC/DITEC/FVS-AM

Como pode ser observado, há uma inconsistência na pactuação inicial, porém atualmente ainda vigente, da Região de Saúde do Entorno de Manaus/Alto Rio Negro, uma vez que o Decreto 7.508 deixa claro que para compor uma mesma região os municípios devem ser limítrofes, além de compartilharem de infraestrutura de transporte e aspectos econômicos, sociais e culturais. Obviamente não é esse o caso de Manaus e São Gabriel da Cachoeira, por exemplo, separados por centenas de quilômetros de extensão e totalmente incompatíveis do ponto de vista econômico, social e cultural.

Por outro lado, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2003 da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SUSAM), o desenho das RdS do Amazonas foi realizado a partir de um trabalho colaborativo entre a SUSAM e secretários municipais de saúde do Amazonas. Segundo o supracitado documento, a conformação do PDR levou em conta uma série de fatores contextuais locais como malha fluvial, acessibilidade, o fluxo habitualmente percorrido pela população e bens e serviços essenciais existentes em cada município. Além disso, fatores geográficos, epidemiológicos, culturais, sanitários, ambientais e econômicos também teriam sido levados em conta neste planejamento regional (AMAZONAS, 2003).

No caso do Amazonas é importante salientar a presença de um único polo centralizador, a capital do estado, que congrega os serviços de maior densidade tecnológica, a média e alta complexidade. Dessa forma, uma única região de saúde (Entorno de Manaus/Alto Rio Negro), concentra a maior parte dos serviços públicos e privados, o que dificulta a efetivação de outras regionais, pois a busca de serviços especializados, tanto ambulatoriais, quanto hospitalares, implica, necessariamente, no deslocamento para Manaus.

Não foram encontrados estudos publicados sobre o tema da regionalização no estado do Amazonas. Os poucos estudos encontrados sobre avaliação da atenção básica e/ou pré-natal não abordaram a regionalização como objeto de pesquisa.

3. JUSTIFICATIVA

O pré-natal ocupa um espaço relevante no escopo da atenção materno infantil, pois deve atuar predominantemente através de ações preventivas e de promoção da saúde, assim como ações curativas, visando diminuir os índices de mortalidade materna e infantil. No campo da organização dos serviços de saúde, a APN é ofertada predominantemente na atenção básica. Apesar da cobertura quase universal do pré-natal no Brasil e da enorme expansão de cobertura da ESF, as altas taxas de mortalidade materna e neonatal se mantêm elevadas, o que pode indicar falhas no cuidado às gestantes durante o pré-natal e puerpério, tornando a implementação da avaliação e monitoramento dessas ações, uma importante e urgente atividade na rotina das equipes de saúde, de pesquisadores e gestores do SUS. Somase a isso, a manutenção das desigualdades regionais, socioeconômicas e de saúde relacionadas ao acesso e qualidade dos serviços de saúde no Brasil. A política de regionalização possui relevante papel nesse cenário, atuando como forte indutora do aumento do acesso aos serviços de saúde, planejados e executados a partir das realidades locais. Além disso, não foram encontrados estudos na literatura que cruzassem a avaliação da qualidade do pré-natal na atenção básica com aspectos ligados à gestão do cuidado e a regionalização em saúde.

Portanto, a avaliação da adequação da APN na atenção básica contribui para o fortalecimento da ESF no Brasil e contribui para o fomento da avaliação em saúde como forma de auxiliar à tomada de decisão pelos gestores e formuladores de políticas públicas de saúde no campo da atenção materno infantil no escopo do SUS.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Investigar a adequação do pré-natal na Atenção Básica, sob o enfoque das desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado ofertado pelas equipes de saúde da família que aderiram ao PMAQ-AB em 2014, segundo as diretrizes propostas pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, operacionalizadas pelo Manual Técnico sobre pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde de 2006.

4.2. Objetivos Específicos

Avaliar a adequação do Pré-natal no Brasil, através do acesso e da qualidade do cuidado ofertado às gestantes, tendo como referências a disponibilidade de infraestrutura das Unidades de Saúde da Família, ações gerenciais para garantia do acesso, ações gerenciais e ações clínicas para o cuidado, de acordo com Manual Técnico sobre pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde de 2006;

Analisar a adequação do Pré-natal relativo ao acesso, sob a ótica das desigualdades regionais e socioeconômicas, nas cinco regiões geopolíticas do Brasil;

Analisar a adequação do Pré-natal, no estado do Amazonas, em comparação aos resultados obtidos no estudo à luz da política de Regionalização em Saúde adotada no estado.

5. METODOLOGIA

5.1. Percurso “Pré-Métodos”

Antes de adentrar no percurso metodológico do estudo em si, vale ressaltar que foi realizada exaustiva revisão da literatura para sustentação teórica e melhor delimitação do objeto de estudo. A revisão da literatura tem como objetivo mapear a área do conhecimento do tema de estudo, elencar as lacunas na literatura e/ou metodologia e conhecer os principais autores do assunto (SILVA; MENEZES, 2005). Procedeu-se uma pesquisa bibliográfica em fontes de dados na internet (LILACS, SCIELO, PUBMED, GOOGLE ACADÊMICO) e em livros dos três principais temas que perpassam o objeto de estudo: Atenção Primária à Saúde, Atenção Materno-Infantil (com ênfase no pré-natal) e Avaliação em Saúde. Dentre os vários textos encontrados, foram selecionados pela leitura dos títulos e resumos apenas aqueles que poderiam responder ao questionamento central da pesquisa. Após compilação dos textos e separação em pastas específicas por assunto, foi realizado o fichamento dos mesmos para posterior interpretação e análise crítica dos posicionamentos dos autores. Somente a partir deste ponto foi realizada a redação da fundamentação teórica que dá suporte a esta dissertação (SILVA; MENEZES, 2005).

5.2. Tipo de Estudo

Trata-se de uma avaliação normativa de tipo transversal dos dados obtidos do banco de dados coletados na avaliação externa do PMAQ-AB, segundo ciclo, entre 2013-2014. De acordo com Donabedian (1988), a avaliação normativa aprecia a conformidade dos componentes da intervenção (estrutura, processo e resultados) de acordo com critérios e normas pré-estabelecidos. Possui, portanto um caráter prescritivo e julgador. Segundo pressupostos de Vieira da Silva (2005), o PMAQ-AB pode ser considerado como um tipo de avaliação operacional dos serviços da AB em nível nacional, regional e local.

5.3. Fonte de Dados

Foram utilizadas informações obtidas no Banco de Dados Nacional da Avaliação Externa do PMAQ-AB referentes ao Pré-natal. Foram utilizadas as informações constantes no banco, relativas a 24.055 USF brasileiras, aí incluídas as 368 do Amazonas. Além disso, foram analisadas entrevistas com profissional de nível superior de 29.778 EqSF do Brasil, incluídas as 469 do Amazonas. De acordo com o histórico de cobertura do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS o número de equipes analisadas nesta pesquisa e que aderiram ao processo avaliativo corresponde a 86% das equipes implantadas, à época, em 5.211 municípios (93,5% dos municípios) de todo o Brasil. Ao passo que para o Amazonas, essa correspondência foi de 88% das equipes implantadas, à época, nos 62 municípios (100% dos municípios) do estado. Foram incluídas na pesquisa todas as equipes que aderiram ao PMAQ-AB, durante o segundo ciclo, que realizaram a avaliação externa.

5.4. Descrição das Variáveis e Plano de Análise

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB possui três módulos: **Módulo I - Observação na USF**, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS; **Módulo II - Entrevista com o profissional de nível superior da equipe de atenção básica e verificação de documentos na UBS**; objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário e **Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde**, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização (BRASIL, 2012; PINTO, SOUSA, FLORENCIO, 2012). Para fins desta análise, foram selecionadas variáveis relativas ao Pré-natal contidas somente nos módulos I e II do instrumento, baseados nas recomendações dispostas no Manual Técnico sobre pré-natal e puerpério do MS de 2006.

Para a definição das categorias de análise, foram seguidas as orientações de Travassos e Martins (2004) e Champagne *et al* (2011), que orientaram a escolha de questões no banco de dados do PMAQ-AB, priorizando-se duas categorias de análise de maior interesse para a pesquisa: acesso e qualidade do cuidado pré-natal.

Para avaliação do acesso, considerando o conceito de Travassos e Martins (2004), o mesmo foi avaliado na perspectiva dos serviços, através das variáveis disponíveis nos bancos de dados do PMAQ-AB do Módulo I e II, através das perguntas contidas nas seguintes dimensões: disponibilidade de infraestrutura da USF e ações gerenciais para o acesso ao cuidado (Quadro 2).

Para avaliar a qualidade, o atributo escolhido foi o organizacional, conforme descrito por Champagne *et al* (2011). Este atributo foi avaliado através da organização dos serviços do pré-natal realizados pelas equipes, considerando as ações gerenciais e cuidados clínicos, constantes no banco do PMAQ-AB, Módulo II.

Portanto, foi elaborada uma matriz de julgamento contendo as dimensões, subdimensões, indicadores de desempenho e as variáveis selecionadas para o estudo. Segundo Samico *et al* (2010, p. 93) as matrizes expressam “a lógica causal de uma intervenção em parte e no todo, traduzindo como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízos de valor”. Utiliza-se as matrizes de julgamento, no campo da avaliação em saúde, para auxiliar na análise e interpretação das informações estudadas. As matrizes de julgamento geralmente são compostas por dimensões/categorias/critérios a serem avaliadas, dos respectivos indicadores de desempenho e dos padrões/parâmetros que devem servir de referência para mensurar o objeto ou fenômeno de interesse da pesquisa (SAMICO *et al*, 2010). As dimensões e subdimensões de análise estão sistematizadas no Quadro 2.

Quadro 2- Matriz de Julgamento com Categorias de Avaliação do Acesso e da Qualidade do Cuidado da APN na ESF.

Dimensão (categoria)	Subdimensão (critério)	Indicador de Desempenho	Questões selecionadas para estudo, extraídas do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, 2013-2014.
Acesso	Disponibilidade de Infraestrutura da USF (19 questões)	a) de 0 a 50% quando era positiva para até 9 itens. b) 50,1% a 80% quando era positiva para 10 a 15 itens; c) 80,1% a 99,9% quando era positiva para 16 a 18 itens; d) 100% quando a resposta era positiva todos os itens avaliados;	Imunização para Tétano Imunização para Hepatite B Médicos nas equipes Aparelho para medida da PA adulto Balança antropométrica de 150 kg Régua antropométrica Estetoscópio adulto Glicosímetro Mesa ginecológica com perneira, Sonar Termômetro clínico Fita métrica Espéculo descartável Tiras reagentes de glicemia capilar Caderneta da gestante impressa na UBS Teste rápido para Sífilis Teste rápido gravidez Teste rápido para HIV Oferta regular de vacinação
	Ações gerenciais para garantia do acesso (11 questões)	a) de 0 a 50% quando era positiva para até 5 itens. b) 50,1% a 80% quando era positiva para 6 a 7 itens; c) 80,1% a 99,9% quando era positiva para 8 a 9 itens; d) 100% quando a resposta era positiva para todos os itens avaliados	Registro de todas as gestantes do território* Programação de oferta de consultas * Uso de protocolos para estratificação de risco * Realização de busca ativa * Agendamento por fila para pegar senhas Realização de acolhimento à demanda espontânea Existência de protocolos para atendimento a demanda espontânea Registro de gestantes de risco encaminhadas para outros pontos de atenção da rede * Programação da agenda de acordo com o risco classificado * Agendamento presencial Agendamento por telefone Agendamento pela Internet
Qualidade do cuidado	Ações gerenciais para garantia da qualidade do cuidado (09 questões)	a) de 0 a 50% quando era positiva para até 4 itens. b) 50,1% a 80% quando era positiva para 5 a 6 itens; c) 80,1% a 99,9% quando era positiva para 7 itens; d) 100% quando a resposta era positiva a todos os itens;	Uso da caderneta ou cartão para o acompanhamento Registro sobre consulta odontológica Registro sobre atualização vacinal Registro sobre a coleta de colpocitologia oncótica Registro de peso e altura em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros; Alimentação mensal do sistema de informação Monitoramento pós-parto através de contra referência da maternidade Monitoramento pós-parto por ações inespecíficas

	<p>Ações clínicas (17 questões)</p>	<p>a) de) a 50% quando era positiva para até 5 itens. b) 50,1% a 80% quando era positiva para 8 a 11 itens; c) 80,1% a 99,9% quando era positiva para 12 a 14 itens; d) 100% quando a resposta era positiva a todos os itens;</p>	<p>Solicitação e realização dos seguintes exames pela rede de atenção: Hematócrito, glicemia de jejum, VDRL, sorologias para HIV, Hepatite B, Toxoplasmose, testes rápidos para Gravidez, Sífilis, HIV e Urina tipo I; Recepção, pela equipe, de todos os exames em tempo oportuno; Realização de aplicação da Penicilina G Benzatina na própria USF; Realização de consulta de puerpério até 10 dias após o parto; Consulta puerperal, em domicílio, pelo Agente Comunitário de Saúde; Consulta puerperal, em domicílio, por outros membros da equipe; Oferta de ações educativas e de promoção da saúde Realização/Coleta de exames de Colpocitologia na própria USF</p>
--	---	---	--

Fonte: Elaborado pelos autores, com base no instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB, Manual Técnico sobre pré-natal e puerpério do MS de 2006, Travassos e Martins (2004) e Champagne *et al* (2011). * = Questões conjugadas

Para a análise de cada uma das subdimensões definidas na matriz de julgamento foram considerados, para a avaliação do acesso, a disponibilidade de infraestrutura nas USF (dados obtidos no módulo I do instrumento de avaliação externa) e a realização de ações gerenciais voltadas para garantir o acesso ao pré-natal (dados obtidos no módulo II do instrumento da avaliação externa). A qualidade foi avaliada através das ações gerenciais voltadas para garantir a qualidade do cuidado e das ações clínicas realizadas pelas equipes (dados obtidos no módulo II do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB).

A atribuição de percentual de adequação do pré-natal, segundo cada dimensão partiu do princípio que, se todos os itens dentro de determina subdimensão, fossem respondidos positivamente, a subdimensão seria considerada “adequada”, sendo escalonada até o intervalo cujo limite mínimo foi de 0 a 50% de itens com respostas positivas, o que foi considerado como um pré-natal inadequado. O escalonamento também está apresentado no quadro 2, tendo sido considerado um pré-natal **Adequado** quando os itens avaliados alcançaram 100% de respostas positivas para os itens avaliados; **Parcialmente adequado** o pré-natal

enquadrado no intervalo de 80,1% a 99,9% de positividade para os itens avaliados; **Adequação regular** o pré-natal enquadrado no intervalo de 50,1% a 80% de respostas positivas e **Inadequado** o pré-natal que alcançou o máximo de 50% de positividade para os itens avaliados.

O procedimento tomou como base os procedimentos metodológicos desenvolvidos por Tomasi et al (2015), para avaliação de ação programática em ESF, utilizando igualmente o banco de dados do componente de avaliação externa do PMAQ-AB.

Deve ser observado que nas questões onde a avaliação externa requeria que o entrevistado apresentasse comprovação da ação (questões conjugadas, marcadas com * no Quadro 2), só foi avaliada como positiva a resposta que comprovasse, com documentação, a afirmação feita pelo entrevistado. As questões que não requeriam comprovação documental receberam a pontuação apenas com a resposta afirmativa do entrevistado.

Procedeu-se em seguida a associação da adequação encontrada para as subdimensões analisadas (Disponibilidade de Infraestrutura, Ações Gerenciais para garantia do Acesso, Ações Gerenciais para a Qualidade do Cuidado e Ações Clínicas) e as seguintes características: Brasil e suas macrorregiões geopolíticas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); Amazonas; as regiões de saúde do estado do Amazonas; a média, por região geográfica, do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), da cobertura populacional da ESF e da renda per capita mensal, retirados do banco de indicadores do sítio Região e Redes, disponível em <<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/>>.

A justificativa do agrupamento em estratos, por contexto geográfico e por regiões de saúde no caso do Amazonas, baseia-se na diretriz do próprio PMAQ-AB, que propõe a construção de parâmetros de comparação para analisar o acesso e a qualidade dos serviços de AB em nível local, regional e nacional, aferindo as possíveis desigualdades em saúde nos

diferentes contextos brasileiros (ALVES et al, 2014; BRASIL, 2012; PINTO, SOUSA, FLORENCIO, 2012; FAUSTO et al, 2014; GARNELO et al, 2014).

A análise por regiões de saúde para o Estado do Amazonas buscou também avaliar as desigualdades em saúde à luz da política de regionalização, como estudo de caso dentro do maior estado brasileiro em extensão. Para as nove regiões de saúde realizou-se a desvinculação dos dados relativos à Manaus, analisados em separado da região de saúde a que a rede de serviços da capital se vincula (Entorno de Manaus/Alto Rio Negro) devido à diferença de magnitude dos dados de Manaus, em comparação aos dos outros municípios do estado. Os dados foram calculados no software Excel®.

5.5. Limites da Pesquisa

Alguns limites da presente pesquisa podem ser descritos: a adesão voluntária das equipes poderia gerar algum comprometimento da validade do estudo, pela falta de aleatoriedade da amostra, porém uma amostra que alcançou quase 90% das equipes atuantes à época em todo o território brasileiro diminui esse viés de seleção. Outro limite diz respeito ao tipo de estudo, pois a avaliação normativa não é capaz de compreender as causas e efeitos da relação entre a intervenção avaliada e seus resultados (CONTANDRIOPOULOS, 2006; VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Ademais, os dados analisados dizem respeito apenas às equipes da ESF e não abordam outros tipos de conformações de equipes que existem na atenção básica. Por fim, as questões disponíveis no banco de dados não contém todos os itens habitualmente utilizados na literatura para avaliar o pré-natal, impossibilitando a aferição mediante índices tradicionais como Kessner e Kotelchuck, por exemplo.

5.6. Aspectos Éticos

O presente estudo atende as exigências referentes à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas para se desenvolver pesquisas com seres

humanos. Dessa forma, o referido projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas, tendo sido aprovado através do parecer número 1.385.179 de 07 de janeiro de 2016.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão da presente dissertação serão apresentados na forma do artigo intitulado “Avaliação do Acesso e da Qualidade da Atenção Pré-natal na Estratégia Saúde da Família”. Os autores do mesmo são Wilderi Sidney Gonçalves Guimarães, Rosana Cristina Pereira Parente e Luiza Garnelo.

Avaliação do Acesso e da Qualidade da Atenção Pré-natal na Estratégia Saúde da Família

Wilderi Sidney Gonçalves Guimarães

Rosana Cristina Pereira Parente

Luiza Garnelo

Resumo

Este estudo investigou o acesso e a qualidade do cuidado pré-natal na estratégia saúde da família do Brasil, mediante avaliação de aspectos de infraestrutura nas unidades de saúde, da gestão e oferta do cuidado prestado pelas equipes, sob o prisma das desigualdades regionais. Foi realizado um estudo transversal, avaliativo de tipo normativo, integrante do componente de avaliação externa do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, entre 2013-2014. Os resultados evidenciam inadequação da infraestrutura da Atenção Básica no país; baixa adequação de ações clínicas para a qualidade do cuidado e baixa capacidade de gestão das equipes voltada para garantir o acesso e qualidade do cuidado. Quanto às regiões geopolíticas, os achados de infraestrutura das unidades apontam uma relação diretamente proporcional entre adequação da infraestrutura e contextos com renda e IDH mais elevados. Enquanto que para as ações clínicas do cuidado, as equipes das regiões Norte e Sul obtiveram melhores resultados. No Amazonas, de forma geral, o grau de adequação do pré-natal foi muito inferior ao observado para o Brasil, revelando-se desigualdades significativas no acesso e na qualidade do cuidado entre as nove regiões de saúde do estado. Os resultados indicam importantes dificuldades organizacionais tanto no acesso, quanto na qualidade do cuidado ofertado pelas equipes de saúde, além de uma evidente insuficiência das ações de gestão voltadas ao aprimoramento do acesso e da qualidade do cuidado pré-natal. A originalidade da abordagem, ao abranger dimensões gerenciais não exploradas anteriormente pela literatura, permitiu apreender lacunas na dinâmica do pré-natal que, em grande medida, podem explicar as limitações na qualidade do cuidado, apontada na literatura como um todo.

Palavras-Chave: Atenção Básica; Pré-natal, Avaliação em Saúde; Desigualdades em Saúde.

Abstract

This study investigated the access and quality of prenatal care in the family health strategy in Brazil, by evaluating aspects of infrastructure in health units, the management and care supply provided by the teams, under the prism of inequalities regional authorities. A cross-sectional, normative evaluation study was conducted as part of the external evaluation component of the second cycle of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care, between 2013-2014. The results show inadequacy of the Basic Attention infrastructure in the country; low adequacy of clinical actions for quality of care and low management capacity of the teams focused on ensuring access and quality of care. As the geopolitical regions, the units' infrastructure findings point to a directly proportional relationship between infrastructure adequacy and higher income and HDI contexts. With regards to the clinical actions of care, the teams of the North and South regions obtained better results. In Amazonas, in general, the adequacy degree of prenatal care was much lower than that observed in Brazil, revealing significant inequalities in access and quality of care among the nine health regions of the state. The results indicate important organizational difficulties both in access and in the quality of care offered by the health teams, as well as an evident insufficiency of management actions aimed at improving access and quality of prenatal care. The originality of the approach, encompassing managerial dimensions not previously explored in the literature, allowed us to capture gaps in the dynamics of prenatal care that, to a great extent, may explain the limitations in the quality of care, pointed out in the literature as a whole.

Key words: Primary Care; Prenatal care, Health Assessment; Health Inequalities.

Introdução

A Atenção Pré-natal (APN) tem como objetivo principal contribuir para a diminuição da morbimortalidade materna e infantil (MENDONZA-SASSI *et al*, 2011; SILVA *et al*, 2013). Para tal fim, um pré-natal de qualidade deve desenvolver ações resolutivas e acolhedoras para as gestantes na própria rede de atenção básica (AB), bem como coordenar e facilitar o acesso oportuno à própria rede básica e a outros serviços das redes de atenção à saúde, para a realização de exames e do parto (BRASIL, 2006).

O conhecimento sobre as políticas públicas voltadas ao pré-natal é relevante para o entendimento dos principais avanços alcançados e dos obstáculos a serem superados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para obter a melhoria dos indicadores de saúde materno e infantil. A atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), como principal modelo de atenção para a efetivação do pré-natal na rede básica no SUS, tem sido foco prioritário das investigações sobre o desenvolvimento do pré-natal no sistema de saúde (COSTA *et al*, 2009;

MENDONZA-SASSI et al, 2011; PICCINI et al, 2007; SILVA et al, 2013). Dentre os desafios à melhoria da qualidade desta atenção programática aponta-se a necessidade de institucionalizar o monitoramento e avaliação da rotina de suas ações, implementadas pelas equipes de saúde da família (EqSF).

Dentre os esforços para fortalecer a avaliação no sistema de saúde destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica-PMAQ-AB que, além da preocupação em avaliar globalmente o desempenho da AB, também coletou um amplo conjunto de informações sobre pré-natal (BRASIL, 2011).

O pré-natal tem sido objeto de grande número de estudos (COSTA et al, 2009; SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004; VIELLAS et al, 2014) com destaque para avaliação da adequação dos serviços, guiada pelos critérios de qualidade e efetividade estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento – PHPN (BRASIL, 2006). Boa parte da literatura disponível aponta baixa qualidade do cuidado ofertado pelo pré-natal na atenção básica (COSTA et al, 2009; MENDONZA-SASSI et al, 2011; SILVA et al, 2013) e a persistência de desigualdades regionais e sociodemográficas no acesso, resolutividade e desfecho na APN (COSTA, GUILHEM, WALTER, 2005; DOMINGUES et al, 2015; NEUMANN et al, 2003; PARADA, 2008; VIELLAS et al, 2014).

No que diz respeito às regiões geográficas, há bastante tempo a literatura constata que a menor adequação, a menor cobertura e o pior desempenho, no diz respeito à qualidade do pré-natal, ocorrem na região Norte (DOMINGUES et al, 2015; VIELLAS et al, 2014; SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004). No Norte também são elevados os níveis de pobreza, há carência de pessoal de saúde e limitada cobertura assistencial. São características que atestam a persistência de acentuadas desigualdades sociais e sanitárias no território nacional, cuja redução vem sendo perseguida através de estratégias como a regionalização em saúde, aqui caracterizada como uma integração entre os diversos níveis do cuidado à saúde,

consoada às políticas econômicas e sociais voltadas para a inclusão social e para um modelo de desenvolvimento comprometido com a redução das desigualdades regionais (DOURADO e ELIAS, 2011; GADELHA et al, 2009).

O artigo investiga o acesso e a qualidade do cuidado do pré-natal, mediante avaliação de aspectos de infraestrutura nas USF, da gestão e oferta do cuidado prestado pelas EqSF, no Brasil, sob o prisma das desigualdades regionais. As desigualdades também foram investigadas sob a ótica da regionalização em saúde, tomando o estado do Amazonas como estudo de caso.

Metodologia

Estudo transversal, avaliativo de tipo normativo, integrante do componente de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ, realizado entre 2013-2014.

O banco resultante da avaliação externa traz informações coletadas em 2014 junto às equipes que aderiram voluntariamente ao programa. Ele disponibilizou dados relativos à 24.055 USF brasileiras, aí incluídas as 368 do Amazonas, e às entrevistas com profissionais de 29.778 EqSF do Brasil, o equivalente a 89% das equipes atuantes em território nacional à época da coleta, incluídas 469 do Amazonas (88% das equipes implantadas no estado, na época da coleta de dados), de acordo com dados do histórico de cobertura do Departamento de Atenção Básica do MS.

O instrumento de avaliação externa dispunha de três módulos que orientaram a coleta de dados (Módulo I – Observação na Unidade de Saúde (UBS); Módulo II – Entrevista com um profissional sobre o processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na UBS; Módulo III – Entrevista com usuário na unidade de Saúde). O módulo I diz respeito à avaliação “in loco” da infraestrutura, equipamentos e insumos das USF, enquanto o módulo II visa analisar o processo de trabalho das equipes através de entrevistas

com profissionais de nível superior e comprovação documental (BRASIL, 2012; PINTO, SOUSA, FLORENCIO, 2012).

Para a construção do modelo de avaliação foram seguidas as orientações de Travassos e Martins (2004) e de Champagne *et al* (2011) que orientaram a escolha de questões no banco de dados do PMAQ-AB, priorizando-se as que permitiam avaliar o acesso e a qualidade do cuidado pré-natal.

A avaliação do acesso, considerando o conceito de Travassos e Martins (2004), foi empreendida através da disponibilidade de infraestrutura das USF e das ações gerenciais das EqSF, voltadas para garantir o acesso ao cuidado.

A avaliação da qualidade se apoiou em Champagne *et al* (2011), para quem a qualidade em saúde deve ser vista como um conjunto de atributos do processo de trabalho, levando-se em conta o conhecimento, as tecnologias e as normas sociais vigentes, visando os melhores resultados (CHAMPAGNE *et al*, 2011). Para os autores a qualidade pode ser avaliada de acordo com três aspectos: Técnico, Interpessoal e Organizacional. De acordo com essas premissas, a avaliação da qualidade do cuidado da APN priorizou, neste artigo, a análise organizacional dos serviços do pré-natal realizados pelas equipes de saúde, considerando as variáveis disponíveis no banco do PMAQ-AB, Módulo II, expressas pelas subdimensões: ações gerenciais e cuidados clínicos para garantir a qualidade do cuidado.

Foi construída uma matriz de julgamento, seguindo orientações de Samico *et al* (2010), para auxiliar na análise e interpretação das informações relativas às categorias (dimensões), critérios (subdimensões), indicadores de desempenho e parâmetros de referência (questões do PMAQ-AB relativas ao pré-natal). As Dimensões e subdimensões de análise estão sistematizadas no Quadro 2.

Para a análise de cada uma das subdimensões definidas na matriz de julgamento foram considerados, para a avaliação do acesso, a disponibilidade de infraestrutura nas unidades de

saúde da família (dados obtidos no módulo I do instrumento de avaliação externa) e a realização de ações gerenciais voltadas para garantir o acesso ao pré-natal (dados obtidos no módulo II do instrumento da avaliação externa). A qualidade foi avaliada através das ações gerenciais voltadas para garantir a qualidade do cuidado e das ações clínicas realizadas pelas equipes nas unidades de saúde da família (dados obtidos no módulo II do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB).

Quadro 2- Matriz de Julgamento com Categorias de Avaliação do Acesso e da Qualidade do Cuidado da APN na ESF.

Dimensão	Subdimensão	Indicador de Desempenho	Questões selecionadas para estudo, extraídas do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, 2013-2014.
Acesso	Disponibilidade de Infraestrutura (19 questões)	a) de 0 a 50% quando era positiva para até 9 itens. b) 50,1% a 80% quando era positiva para 10 a 15 itens; c) 80,1% a 99,9% quando era positiva para 16 a 18 itens; d) 100% quando a resposta era positiva todos os itens avaliados;	Imunização para Tétano Imunização para Hepatite B Médicos nas equipes Aparelho para medida da PA adulto Balança antropométrica de 150 kg Régua antropométrica Estetoscópio adulto Glicosímetro Mesa ginecológica com perneira Sonar Termômetro clínico Fita métrica Espéculo descartável Tiras reagentes de glicemia capilar Caderneta da gestante impressa na UBS Teste rápido para Sífilis Teste rápido gravidez Teste rápido para HIV Oferta regular de vacinação
	Ações gerenciais para garantia do acesso (11 questões)	a) de 0 a 50% quando era positiva para até 5 itens. b) 50,1% a 80% quando era positiva para 6 a 7 itens; c) 80,1% a 99,9% quando era positiva para 8 a 9 itens; d) 100% quando a resposta era positiva para todos os itens avaliados	Registro de todas as gestantes do território* Programação de oferta de consultas * Uso de protocolos para estratificação de risco * Realização de busca ativa * Agendamento por fila para pegar senhas Realização de acolhimento à demanda espontânea Existência de protocolos para atendimento a demanda espontânea Registro de gestantes de risco encaminhadas para outros pontos de atenção da rede * Programação da agenda de acordo com o risco classificado * Agendamento presencial Agendamento por telefone Agendamento pela Internet

Qualidade do cuidado	Ações gerenciais para garantia da qualidade do cuidado (09 questões)	<p>a) de 0 a 50% quando era positiva para até 4 itens.</p> <p>b) 50,1% a 80% quando era positiva para 5 a 6 itens;</p> <p>c) 80,1% a 99,9% quando era positiva para 7 itens;</p> <p>d) 100% quando a resposta era positiva a todos os itens;</p>	<p>Uso da caderneta ou cartão para o acompanhamento</p> <p>Registro sobre consulta odontológica</p> <p>Registro sobre atualização vacinal</p> <p>Registro sobre a coleta de colpocitologia oncótica</p> <p>Registro de peso e altura em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros;</p> <p>Alimentação mensal do sistema de informação</p> <p>Monitoramento pós-parto através de contra referência da maternidade</p> <p>Monitoramento pós-parto por ações inespecíficas</p>
	Ações clínicas (17 questões)	<p>a) de) a 50% quando era positiva para até 5 itens.</p> <p>b) 50,1% a 80% quando era positiva para 8 a 11 itens;</p> <p>c) 80,1% a 99,9% quando era positiva para 12 a 14 itens;</p> <p>d) 100% quando a resposta era positiva a todos os itens;</p>	<p>Solicitação e realização dos seguintes exames pela rede de atenção: Hematócrito, glicemia de jejum, VDRL, sorologias para HIV, Hepatite B, Toxoplasmose, testes rápidos para Gravidez, Sífilis, HIV e Urina tipo I;</p> <p>Recepção, pela equipe, de todos os exames em tempo oportuno;</p> <p>Realização de aplicação da Penicilina G Benzatina na própria USF;</p> <p>Realização de consulta de puerpério até 10 dias após o parto;</p> <p>Consulta puerperal, em domicílio, pelo Agente Comunitário de Saúde;</p> <p>Consulta puerperal, em domicílio, por outros membros da equipe;</p> <p>Oferta de ações educativas e de promoção da saúde</p> <p>Realização/Coleta de exames de Colpocitologia na própria USF</p>

Fonte: Elaborado pelos autores, com base no instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB, Manual Técnico sobre pré-natal e puerpério do MS de 2006, Travassos e Martins (2004) e Champagne *et al* (2011). * = Questões conjugadas

A atribuição de percentual de adequação do pré-natal, segundo cada dimensão partiu do princípio que, se todos os itens dentro de determina subdimensão, fossem respondidos positivamente, a subdimensão seria considerada “adequada”, sendo escalonada até o intervalo cujo limite mínimo foi de 0 a 50% de itens com respostas positivas, o que foi considerado como um pré-natal inadequado. O escalonamento também está apresentado no quadro 2, tendo sido considerado um pré-natal **Adequado** quando os itens avaliados alcançaram 100% de respostas positivas para os itens avaliados; **Parcialmente adequado** o pré-natal enquadrado no intervalo de 80,1% a 99,9% de positividade para os itens avaliados; **Adequação regular** o pré-natal enquadrado no intervalo de 50,1% a 80% de respostas

positivas e **Inadequado** o pré-natal que alcançou o máximo de 50% de positividade para os itens avaliados.

O procedimento tomou como base os procedimentos metodológicos desenvolvidos por Tomasi et al (2015), para avaliação de ação programática em ESF, utilizando igualmente o banco de dados do componente de avaliação externa do PMAQ-AB.

Deve ser observado que nas questões onde a avaliação externa requeria que o entrevistado apresentasse comprovação da ação (questões conjugadas, marcadas com * no Quadro 2), só foi avaliada como positiva a resposta que comprovasse, com documentação, a afirmação feita pelo entrevistado. As questões que não requeriam comprovação documental receberam a pontuação apenas com a resposta afirmativa do entrevistado.

Procedeu-se em seguida a associação da adequação encontrada para as subdimensões analisadas (Disponibilidade de Infraestrutura, Ações Gerenciais para garantia do Acesso, Ações Gerenciais para a Qualidade do Cuidado e Ações Clínicas) e as seguintes características: Brasil e suas macrorregiões geopolíticas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); Amazonas; as regiões de saúde do estado do Amazonas; a média, por região geográfica, do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), da cobertura populacional da ESF e da renda per capita mensal, retirados do banco de indicadores do sítio Região e Redes, disponível em <<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/>>.

A justificativa do agrupamento em estratos, por contexto geográfico e por regiões de saúde no caso do Amazonas, baseia-se na diretriz do próprio PMAQ-AB, que propõe a construção de parâmetros de comparação para analisar o acesso e a qualidade dos serviços de AB em nível local, regional e nacional, aferindo as possíveis desigualdades em saúde nos diferentes contextos brasileiros (ALVES et al, 2014; BRASIL, 2012; PINTO, SOUSA, FLORENCIO, 2012; FAUSTO et al, 2014; GARNELO et al, 2014).

A análise por regiões de saúde para o Estado do Amazonas buscou também avaliar as desigualdades em saúde à luz da política de regionalização, como estudo de caso dentro do maior estado brasileiro em extensão. Para as nove regiões de saúde foram realizadas a desvinculação dos dados relativos à Manaus, analisados em separado da região de saúde a que a rede de serviços da capital se vincula (Entorno de Manaus/Alto Rio Negro) devido à diferença de magnitude dos dados de Manaus, em comparação aos dos outros municípios do estado.

Alguns limites deste estudo podem ser descritos: a adesão voluntária das equipes poderia gerar algum comprometimento da validade da pesquisa, pela falta de aleatoriedade da amostra, porém uma amostra que alcançou quase 90% das equipes atuantes à época em todo o território brasileiro diminui esse viés de seleção. Outro limite diz respeito ao tipo de estudo, pois a avaliação normativa não é capaz de compreender as causas e efeitos da relação entre a intervenção avaliada e seus resultados (CONTANDRIOPOULOS, 2006; VIEIRA-DASILVA, 2005). Ademais, os dados analisados dizem respeito apenas às equipes da ESF e não abordam outros tipos de conformações de equipes que existem na atenção básica. Por fim, as questões disponíveis no banco de dados do PMAQ-AB não continha todos os itens habitualmente utilizados na literatura para avaliar o pré-natal, impossibilitando a aferição mediante índices tradicionais como Kessner e Kotelchuck, por exemplo.

Os dados foram calculados e tabulados no software Excel® para produção das tabelas. A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (processo No. 1.385.179/2016).

Resultados

A Tabela 1 apresenta os resultados da adequação do pré-natal relativos ao acesso e qualidade do cuidado encontrado para o Brasil e para as cinco macrorregiões geopolíticas brasileiras. Para a dimensão acesso ao pré-natal no Brasil, a adequação foi baixa, tanto para a subdimensão da disponibilidade de infraestrutura das USF (26% adequada e 31% parcialmente adequada), quanto para a subdimensão das ações gerenciais para garantia do acesso (11% adequada e 27% parcialmente adequada). Destaca-se o elevado percentual de inadequação (16%) das ações gerenciais para garantia do acesso ao pré-natal no país.

Para as regiões geopolíticas foram encontradas variações, para a subdimensão da disponibilidade de infraestrutura os piores resultados foram verificados na APN do Norte (18% de adequação e 31% de adequação parcial) e Centro-Oeste (22% de adequação e 30% de adequação parcial). Enquanto as unidades de saúde do Nordeste (29% de adequação e 26% de adequação parcial) e Sul (26% de adequação e 43% de adequação parcial) alcançaram os melhores índices de adequação para esta subdimensão do acesso.

Sobre a subdimensão das ações gerenciais para garantia do acesso, os destaques negativos do pré-natal foram da região Nordeste (4% de adequação e 28% de adequação parcial) e do Norte (com 5% de adequação e 21% de adequação parcial), novamente. Por outro lado, as regiões Sudeste (21% de adequação e 30% de adequação parcial) e Sul (14% de adequação e 27% de adequação parcial) galgaram melhores índices nesse atributo. Assinale-se a elevada inadequação do pré-natal pela região Norte (23%) e Centro-Oeste (25%).

Para a dimensão da qualidade do cuidado ofertado pela APN no Brasil, a análise da subdimensão das ações gerenciais realizadas pelas equipes, evidencia nível de adequação muito baixo (5% adequada e 29% parcialmente adequada). Destaca-se o alto grau de inadequação (15%) das equipes para as variáveis dessa subdimensão.

Tabela 1- Distribuição da adequação da APN relativas ao acesso e qualidade do cuidado no Brasil e nas cinco macrorregiões geopolíticas, 2014.

Distribuição Geográfica	Dimensão Acesso								Dimensão Qualidade							
	Adequação da APN								Adequação da APN							
	Subdimensão Disponibilidade de Infraestrutura				Subdimensão Ações gerenciais para garantia do acesso				Subdimensão Ações gerenciais para qualidade do cuidado				Subdimensão Ações clínicas para a qualidade do cuidado			
	0% a 50%	50,1% a 80%	80,1% a 99,9%	80,1% a 100%	0% a 50%	50,1% a 80%	80,1% a 99,9%	80,1% a 100%	0% a 50%	50,1% a 80%	80,1% a 99,9%	80,1% a 100%	0% a 50%	50,1% a 80%	80,1% a 99,9%	80,1% a 100%
Brasil	Nº 433	9858	7459	6305	4677	13510	8196	3395	4556	14856	8768	1598	674	18232	10868	4
	% 1,8%	41%	31%	26%	16%	45%	27%	11%	15%	50%	29%	5%	2%	61%	36%	0%
Norte	Nº 84	786	520	300	489	1111	450	110	474	1145	507	34	71	1222	863	4
	% 5%	46%	31%	18%	23%	51%	21%	5%	22%	53%	23%	2%	3%	57%	40%	0%
Nordeste	Nº 185	4111	2558	2850	1479	5876	3009	404	1594	5947	3023	204	244	6875	3649	0
	% 2%	42%	26%	29%	14%	55%	28%	4%	15%	55%	28%	2%	2%	64%	34%	0%
Centro-oeste	Nº 22	878	573	416	563	1037	517	124	327	1294	540	80	45	1402	794	0
	% 1%	46%	30%	22%	25%	46%	23%	5%	15%	58%	24%	4%	2%	63%	35%	0%
Sudeste	Nº 111	2978	2262	1814	1309	3660	2995	2136	1625	4372	3165	938	208	6190	3702	0
	% 1%	42%	32%	25%	13%	36%	30%	21%	16%	43%	31%	9%	2%	61%	37%	0%
Sul	Nº 31	1105	1546	925	837	1826	1225	621	536	2098	1533	342	106	2543	1860	0
	% 1%	31%	43%	26%	19%	40%	27%	14%	12%	46%	34%	8%	2%	56%	41%	0%

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB, 2014.

No tocante as diferenças regionais, os resultados negativos para as equipes do Norte (2% adequada e 23% parcialmente adequada) e Nordeste (2% adequada e 28% parcialmente adequada) persistiram. Da mesma forma, equipes do Sudeste (9% de adequação e 31% de adequação parcial) e Sul (8% de adequação e 34% de adequação parcial) repetiram os melhores índices de adequação, ainda que todos os resultados alcançados sejam baixos. As equipes da região Norte se destacaram pelos índices mais elevados de inadequação (22%).

Para o conjunto das ações clínicas, incluídas na dimensão da qualidade do cuidado, apenas 4 equipes, do total de 29.778 investigadas, informaram realizar 100% dos itens incluídos nessa subdimensão. Na distribuição por regiões, as equipes do Sul (com 41% de adequação parcial) e Norte (40%) alcançaram os melhores resultados. Em contrapartida, equipes do Nordeste (34% com adequação parcial) e Centro-Oeste (35%) alcançaram os menores níveis de adequação da APN.

Ao cruzar a adequação do pré-natal, em relação à subdimensão disponibilidade de infraestrutura (dimensão do acesso), por regiões geográficas, com indicadores socioeconômicos e de saúde (Tabela 2), verifica-se que os baixos índices de adequação para as USF da região Norte correlacionam-se com piores indicadores de Renda e IDH-M. Para a região Sul também se verificou associação positiva entre elevada adequação do pré-natal e melhor condição de renda e IDH-M. Em contrapartida, para a região Centro-Oeste, em que pese a maior renda e IDH-M encontrados, não se observou maior adequação da APN. Além disso, não se observou correlação positiva entre melhores índices de adequação das USF com melhores coberturas populacionais pela rede básica.

Tabela 2- Distribuição da adequação da APN relativas ao acesso, subdimensão da disponibilidade de infraestrutura das USF no Brasil e nas cinco macrorregiões geográficas, 2014.

Áreas de estudo	Adequação da APN				Cobertura populacional pela AB (2014)	Renda mensal total domiciliar per capita (R\$) – 2010	IDH-M - (2010)
	Subdimensão						
	Disponibilidade de Infraestrutura para o acesso						
0% a 50%	50,1% a 80%	80,1% a 99,9%	100%				
Brasil	433 1,8%	9858 41%	7459 31%	6305 26%	70,75	668	0,75
Norte	84 5%	786 46%	520 31%	300 18%	77,43	495,71	0,68
Nordeste	185 2%	4111 42%	2558 26%	2850 29%	83,71	407,11	0,66
Centro-oeste	22 1%	878 46%	573 30%	416 22%	68,61	854,25	0,76
Sudeste	111 1%	2978 42%	2262 32%	1814 25%	69,81	770	0,75
Sul	31 1%	1105 31%	1546 43%	925 26%	78,65	800	0,76

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB, 2014; Retirado de <<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/>> Acesso em: 19 agosto 2016.

ESTUDO DE CASO DO AMAZONAS

Após analisar a adequação do pré-natal no escopo da atenção básica para o Brasil e suas macrorregiões geográficas e evidenciar os piores resultados na região Norte do país, procedeu-se ao estudo de caso do Estado do Amazonas à luz da política de regionalização em saúde vigente. A Tabela 3 apresenta os resultados relativos à adequação do acesso e qualidade do cuidado da APN encontrado para as nove regiões de saúde (RdS) bem como para a capital, Manaus e o Amazonas como um todo.

Para a subdimensão disponibilidade de infraestrutura (dimensão acesso) verifica-se adequação muito baixa para as USF do Amazonas (14% adequadas e 22% adequada parcialmente). Entre as USF das diferentes regiões de saúde, os destaques positivos foram: Alto Solimões (15% de adequação e 65% de adequação parcial), Rio Madeira (13% de adequação e 56% de adequação parcial) e Baixo Amazonas (16% de adequação e 40% de adequação parcial).

Por outro lado, Entorno de Manaus/Alto Rio Negro (9% de adequação e 19% de adequação parcial), Juruá (8% de adequação e 25% de adequação parcial %) e Purus (0% de adequação e 29% de adequação parcial) foram os negativos. Destaca-se, ainda, a alta taxa de inadequação obtida pelas USF da Capital do estado, Manaus (10%).

Quanto a ações gerenciais (dimensão acesso) desenvolvidas pelas equipes, percebe-se resultados muito baixos para o Amazonas (4% adequada e 10% adequada parcialmente). Quanto as RdS, Rio Madeira (11% de adequação e 22% de adequação parcial), Médio Amazonas (8% de adequação e 8% de adequação parcial) e Baixo Amazonas (5% de adequação e 20% de adequação parcial) tiveram as melhores percentagens de adequação de suas ações. Já os piores resultados foram nas regionais do Alto Solimões (69% de inadequação), Purus (68% de inadequação) e Juruá (70% de inadequação).

Tabela 3- Distribuição da adequação da APN relativa ao acesso e qualidade do cuidado no Amazonas e suas regiões de saúde, 2014.

Distribuição Geográfica	Dimensão Acesso								Dimensão Qualidade							
	Adequação da APN								Adequação da APN							
	Subdimensão				Subdimensão				Subdimensão				Subdimensão			
	Disponibilidade de Infraestrutura				Ações gerenciais para garantia do acesso				Ações gerenciais para qualidade do cuidado				Ações clínicas para qualidade do cuidado			
Regiões de saúde do Amazonas	0% a 50%	50,1% a 80%	80,1% a 99,9%	100%	0% a 50%	50,1% a 80%	80,1% a 99,9%	100%	0% a 50%	50,1% a 80%	80,1% a 99,9%	100%	0% a 50%	50,1% a 80%	80,1% a 99,9%	100%
Alto Solimões	n ^a 0	4	13	3	20	8	1	0	19	10	0	0	1	21	7	0
	% 0%	20%	65%	15%	69%	28%	3%	0%	65%	34%	0%	0%	3%	72%	24%	0%
Baixo Amazonas	n ^a 1	10	10	4	19	10	8	2	16	15	8	0	0	10	28	1
	% 4%	40%	40%	16%	49%	26%	20%	5%	41%	38%	20%	0%	0%	26%	72%	3%
EMAO Sem Manaus	n ^a 7	32	11	5	38	31	3	0	30	33	9	0	3	38	30	1
	% 12%	60%	19%	9%	53%	43%	4%	0%	42%	46%	12%	0%	4%	53%	42%	1%
Juruá	n ^a 1	7	3	1	14	6	0	0	18	2	0	0	5	13	2	0
	% 8%	58%	25%	8%	70%	30%	0%	0%	90%	10%	0%	0%	25%	65%	10%	0%
Médio Amazonas	n ^a 1	12	9	5	22	17	4	4	20	13	14	0	1	29	17	0
	% 4%	44%	33%	18%	47%	36%	8%	8%	43%	28%	30%	0%	2%	62%	36%	0%
Purus	n ^a 1	11	5	0	15	6	1	0	10	11	1	0	0	17	5	0
	% 6%	65%	29%	0%	68%	27%	4%	0%	45%	50%	4%	0%	0%	77%	23%	0%
Rio Madeira	n ^a 0	7	13	3	2	16	6	3	1	16	7	3	0	10	15	2
	% 0%	30%	56%	13%	7%	59%	22%	11%	4%	59%	26%	11%	0%	37%	56%	7%
Rio Negro e Solimões	n ^a 2	16	6	7	18	23	1	1	16	27	0	0	0	12	31	0
	% 6%	52%	19%	23%	42%	53%	2%	2%	37%	63%	0%	0%	0%	28%	72%	0%
Triângulo	n ^a 0	7	5	2	6	11	1	0	7	11	0	0	1	11	6	0
	% 0%	50%	36%	14%	33%	61%	6%	0%	39%	61%	0%	0%	6%	61%	33%	0%
Capital (Manaus)	n ^a 14	99	7	22	32	89	22	9	37	92	22	1	0	92	60	0
	% 10%	70%	5%	15%	21%	58%	14%	6%	24%	60%	14%	1%	0%	60%	39%	0%
Amazonas	n ^a 27	207	82	52	186	217	47	19	174	230	61	4	11	253	201	4
	% 7%	56%	22%	14%	40%	46%	10%	4%	37%	49%	13%	1%	2%	54%	43%	1%

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB, 2014. EMAO: Entorno de Manaus/Alto Rio Negro.

Ao se analisar os resultados da RdS Entorno de Manaus, observa-se que ocorre uma piora significativa da inadequação da APN ao retirarmos os dados relativos às equipes da capital. A inadequação do pré-natal no Entorno de Manaus gira em torno de 31% se incluirmos as equipes da capital, mas alcança 53% para o restante da regional, quando retiramos do cálculo as equipes de Manaus. Ressalta-se, ainda, a maior adequação da capital (6% de adequação) frente a qualquer cenário do Entorno.

Em relação à dimensão da qualidade do cuidado, avaliada pela subdimensão das ações gerenciais, evidencia-se o mesmo padrão anterior: adequação muito baixa para a APN do Amazonas (1% de adequação e 13% de adequação parcial). Entre as nove RdS, apenas a região do Rio Madeira (11% de adequação e 26% de adequação parcial) obteve resultado positivo. De outra forma, destacaram-se pela elevada inadequação nas RdS do Juruá (90% de inadequação), Alto Solimões (65%), Purus (45%). A capital obteve 24% de inadequação.

Na subdimensão das ações clínicas (dimensão qualidade) verifica-se, novamente, baixa adequação do pré-natal para o Amazonas (apenas 1% de adequação e 43% de adequação parcial). Em relação às RdS, a adequação foi positiva apenas no Rio Madeira (7% de adequação, 56% de adequação parcial) e Baixo Amazonas (3% de adequação e 72% de adequação parcial). Dentre os piores resultados cita-se as RdS de Juruá (0% de adequação e 10% de adequação parcial), Purus (0% de adequação e 23% de adequação parcial) e Alto Solimões (0% de adequação e 24% de adequação parcial). Ressalta-se a maior adequação do pré-natal no Entorno de Manaus após a desvinculação das equipes de Manaus, situação oposta à avaliada nas subdimensões já citadas. Ao avaliar os resultados de adequação para essa dimensão entre o Amazonas (1% de adequação e 43% de adequação parcial) e o Brasil (0% de adequação e 43% de adequação parcial), percebeu-se que o Amazonas obteve melhores resultados em comparação com resultados encontrados para o país.

Discussão

A maioria das pesquisas sobre atenção pré-natal no Brasil tem investigado a conformidade das dimensões organizativas do cuidado clínico e laboratorial ofertado às gestantes, que é entendido como elemento chave na avaliação dos processos técnicos que levam ao alcance de resultados favoráveis (SILVA et al, 2013; COSTA et al, 2005; COSTA et al, 2009). Nessas abordagens o uso dos parâmetros instituídos no PHPN se destaca em função do grau de detalhamento das tarefas a serem desenvolvidas pelas equipes, o que não foi

invalidado pelas normativas que o sucederam (MENDONZA-SASSI et al, 2011; PICCHINI et al, 2007). Em menor escala encontramos publicações, que associam a avaliação da infraestrutura disponível nas unidades de saúde, voltadas para o pré-natal (SILVEIRA et al, 2001).

As características e finalidades do PMAQ-AB permitiram empreender um recorte mais amplo do que é habitualmente encontrado na literatura sobre a APN, pois os dados disponíveis jogam luz sobre condições de gestão que oferecem suporte para a melhoria do acesso e da qualidade ao pré-natal. Se tal singularidade é positiva por ampliar o escopo da investigação, entretanto gera alguma dificuldade para empreender comparação com a literatura, dada a inexistência de trabalhos de teor similar. Em função disso, a discussão será iniciada pelas subdimensões que guardam alguma equivalência com os temas já tratados na literatura, como a de infraestrutura e de ações clínicas desenvolvidas no pré-natal.

Autores como Silveira et al (2001), Moura et al (2010), Giovanella et al (2015) têm caracterizado a magnitude da inadequação da infraestrutura da rede básica no país, o que é corroborado pelos baixos percentuais da adequação da estrutura física das USF, encontrados neste artigo, para o Brasil como um todo (26% unidades adequadas e 31% parcialmente adequadas). Ou seja, num cenário de cobertura nacional do pré-natal de mais de 90%, quase a metade (42,8%) das unidades de saúde da família pesquisadas não dispõe de infraestrutura adequada para oferta de APN na rede básica.

Também tem sido consenso na literatura que a região Norte tem tido o pior desempenho encontrado para o pré-natal, quando avaliada (VIELLAS et al, 2014; DOMINGUES, 2015). Resultados similares foram encontrados na avaliação aqui empreendida, na qual 51% das USF pesquisadas tem condição de funcionamento que varia entre inadequada e regular, ainda que tais percentuais fiquem muito próximos aos achados para o Centro Oeste (47%), Nordeste e Sudeste (44% para cada uma dessas regiões),

indicando que o país precisa ampliar seus investimentos na AB para garantir condições adequadas para a atenção pré-natal. São resultados congruentes com o perfil socioeconômico de cada região, havendo uma relação diretamente proporcional entre adequação da infraestrutura e contextos com renda e IDH mais elevados.

Além disso, não se observou uma relação direta entre maior disponibilidade de infraestrutura e melhores índices de cobertura populacional pela ESF. A região Sudeste que tem o segundo melhor desempenho nesse item, tem uma das menores coberturas populacionais encontradas no estudo (menos de 70%), em contraponto com o Nordeste, em que as equipes alcançaram limitados percentuais de infraestrutura adequada em presença da maior cobertura populacional pela AB do Brasil (cerca de 84%). Já o Norte tem baixo desempenho em ambos os itens e a região Centro Oeste tem um perfil singular que conjuga baixa disponibilidade de infraestrutura, com baixa cobertura da rede básica, face a mais elevada renda per capita e IDH do grupo.

São achados que sugerem interveniência de dimensões intersetoriais, cuja origem e repercussões não podem ser explicadas exclusivamente por características inerentes ao setor saúde. São variáveis como a alta concentração populacional em municípios polo, reduzindo as coberturas, ao lado do maior acesso a serviços privados de saúde (mais elevado na região sul) nas regiões mais favorecidas economicamente, em contraponto à maior dependência da população da rede pública de AB, como ocorre com o norte e o nordeste, em que os níveis de pobreza são os mais elevados no país (DUARTE et al, 2015).

Estudos recentes de abrangência nacional (VICTORA et al, 2011; VIELLAS et al, 2014), ou local (COSTA et al, 2009; MENDONZA-SASSI et al, 2011; SILVA et al, 2013), informam que, embora a cobertura do pré-natal esteja universalizada no país, ainda existem barreiras de acesso às gestantes de cor preta, de baixa renda e que residam no norte e/ou nordeste. Além disso, as condições físicas de realização das atividades são precárias e a

qualidade do cuidado recebido nas unidades tem sido reconhecida como de baixa qualidade e efetividade. Tal desempenho se mostra particularmente frágil quando os autores avaliam, no conjunto, as ações clínicas e laboratoriais necessárias à realização de uma APN adequada (DOMINGUES et al, 2015; COSTA et al, 2009; MARTINELLI et al, 2014).

Nos resultados obtidos a partir do banco do PMAQ-AB observa-se que os 36% de cuidados ofertados pelas equipes em APN podem ser considerados adequados ou parcialmente adequados para o conjunto do país, tendo sido encontrado, no universo pesquisado, apenas 4 equipes que informaram – e comprovaram – realizar todas as ações previstas no manual técnico do pré-natal do MS. Porém, os achados mostram um percentual de 40% de respostas que indicam uma qualidade do cuidado (compreendendo a oferta de ações clínicas e laboratoriais) parcialmente adequada para a região norte. É um achado não desprezível – ainda que insuficiente, se lembrarmos de que a cobertura do pré-natal é alta, mas a adequação técnica da mesma é baixa – quando relembremos que a região Norte obteve desempenho muito insatisfatório em outras dimensões do pré-natal, mas empata, neste item, com a região Sul que alcança 41% de ações clínicas parcialmente adequadas na dimensão qualidade do cuidado.

Ainda que o Norte seja o espaço geográfico com as piores condições de oferta de infraestrutura, alcançou comparativamente a outras regiões um nível mais adequado de qualidade do cuidado, perdendo apenas – por muito pouco – para a região sul, que alcançou desempenhos mais adequados em avaliações anteriores (VIELLAS, et al, 2016; SERRUYA, 2004; DOMINGUES et al, 2016). Ainda assim, não se deve perder de vista que tais achados significam que 60% das grávidas não vêm recebendo um padrão satisfatório de cuidados.

A distribuição dos resultados por região não evidenciou uma correspondência direta entre melhor renda e IDH e a qualidade do cuidado ofertado pelas equipes. Porém, resultado

similar, aparentemente contraditório, já havia sido apontado por Pichinni et al (2007), numa comparação entre equipes que atuavam no nordeste com as que atuavam no sul do país.

Foi encontrado apenas um estudo que analisou a gestão do cuidado na AB (SARTI et al, 2012), mas não trata do pré-natal. Tais circunstâncias dificultam o cotejamento dos resultados gerados a partir do PMAQ-AB com a literatura. Porém, os achados desta pesquisa evidenciam uma baixa capacidade de gestão voltada para garantir o acesso, sem diferenças expressivas no conjunto de regiões do país, mas com percentuais ligeiramente mais elevados no Sudeste (cerca de 51% de respostas enquadradas entre adequado e parcialmente adequado).

A gestão do cuidado nas USF padece de fragilidade ainda maior, evidenciando-se percentuais muito baixos de sucesso no apoio às atividades fim, já que nenhuma região alcançou nem 50% de adequação e adequação parcial para esta subdimensão. Se lembrarmos as variáveis descritas no quadro 2, observar-se-á que tais ações seriam justamente as que possibilitariam o registro, monitoramento e avaliação do pré-natal em cada USF, conforme as normas nacionais que orientam a realização do pré-natal. Os baixos percentuais aferidos podem responder, em grande medida, pelos insatisfatórios resultados obtidos na avaliação da qualidade do cuidado para todas as regiões.

O conjunto de dados relativos à avaliação do acesso e qualidade do pré-natal para o Amazonas, segundo regiões de saúde, também não contou com apoio de publicações que pudessem enriquecer sua análise.

A análise da disponibilidade de infraestrutura evidenciou três regiões de saúde que tiveram mais da metade de sua disponibilidade de infraestrutura avaliada entre adequado e parcialmente adequado (80% para a região de saúde Alto Solimões, 69% para Rio Madeira e 56% para o Baixo Amazonas), o que supera os achados para o conjunto da região norte neste mesmo item. Já as regiões de saúde com maiores índices de pobreza e pior IDH (Juruá e

Purus) alcançaram percentuais muito baixos para disponibilidade de infraestrutura, reafirmando um perfil de baixo investimento e precariedade na rede de atenção básica.

Chama atenção a singularidade da região de saúde do Entorno de Manaus/Alto Rio Negro, que inclui a rede de AB da capital do estado. A análise da disponibilidade de infraestrutura nesta região, incluindo Manaus, evidencia apenas 23% de infraestrutura adequada e parcialmente adequada. Este percentual eleva-se para 28% quando as informações relativas a Manaus são retiradas, já que a disponibilidade de infraestrutura para a rede de USF em Manaus, adequada e parcialmente adequada, não ultrapassa os 20% . É um perfil que reafirma os problemas das grandes cidades em prover atenção adequada aos municípios no âmbito da atenção básica (CAMPOS et al, 2002; NEY & RODRIGUES, 2012).

Os resultados relativos à qualidade do cuidado repetem boa parte do perfil encontrado para a infraestrutura, despontando a região de saúde do Baixo Amazonas com 75% das respostas que indicam uma qualidade do cuidado entre adequada e parcialmente adequada, apesar dos limites de disponibilidade da infraestrutura na mesma região. Também na região de saúde do Madeira o achado de 63% na mesma subdimensão é congruente com a disponibilidade de infraestrutura adequada, embora se mostre aquém das necessidades das gestantes. Ainda assim, supera expressivamente os resultados obtidos nas regiões de saúde Purus e Juruá, onde se concentram os piores indicadores sociais do Amazonas. Já a região do Alto Solimões, que dispõe dos melhores percentuais na disponibilidade de infraestrutura, não obteve resultado similar para a qualidade do cuidado do pré-natal, que não ultrapassou os 24% de adequação parcial e não conta com unidades com cuidados adequados.

As ações de gestão, tanto para garantia do acesso quanto para a garantia da qualidade do cuidado, obtiveram resultados insatisfatórios, para ambas as subdimensões, destacando-se apenas a região de saúde do Rio Madeira, com achados que ultrapassaram os 30% de sucesso para as duas subdimensões, em contraponto com os altos percentuais de desempenho

inadequado ou regular de outras regiões de saúde. Reitera-se que o sucesso comparativo de algumas regionais não quer dizer que seu desempenho esteja à altura das necessidades da população, concluindo-se que, para as dimensões e subdimensões avaliadas, o pré-natal necessita melhorar sua adequação, pois não atende aos requisitos técnicos mínimos para a oferta de serviços acessíveis e resolutivos.

Considerações finais

A avaliação do acesso e da qualidade do pré-natal no âmbito da ESF é uma iniciativa relevante, pois a má estruturação e operacionalização dessa ação programática podem redundar em resultados indesejados para as gestantes e recém-nascidos, favorecendo o aumento da morbimortalidade materna e infantil.

Os resultados aferidos na pesquisa revelaram importantes dificuldades organizacionais tanto no acesso, quanto na qualidade do cuidado ofertado pelas equipes de saúde da família no país inteiro, somados a uma evidente insuficiência das ações de gestão voltadas ao aprimoramento do cuidado pré-natal. Além disso, as desigualdades regionais, sobretudo no acesso, foram expressivas, ratificando a necessidade do fortalecimento de políticas públicas que visem diminuí-las como, por exemplo, a regionalização em saúde.

A originalidade da abordagem, ao abranger dimensões gerenciais não exploradas anteriormente pela literatura, permitiu apreender lacunas na dinâmica do pré-natal que, em grande medida, podem explicar as limitações na qualidade do cuidado, apontada na literatura como um todo.

Referências

ALVES, Márcia Guimarães de Mello et al . **Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil**. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 34-51, Oct. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico – **Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF: o Ministério, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011d. Seção I, p. 79.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf>. Acesso em: 04 de Março de 2015.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A.; OLIVEIRA, V. B. **O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.47-58, 2002.

CHAMPAGNE, François et al. **A Apreciação Normativa**. In: BROUSSELLE, Astrid et al. Avaliação: conceitos e métodos. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 77-94.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. **Avaliando a institucionalização da avaliação**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, Sept. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2016.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; WALTER, Maria Inêz Machado Telles. **Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, Oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Set. 2016.

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, Oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Set 2016.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. **Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil**. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 37, n. 3, p. 140-147, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Sept. 2016.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, Feb. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Sept. 2016.

DUARTE CMR, Pedroso MM, Bellido JG, Moreira RS. **Regionalização e desenvolvimento humano: Uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil.** Cad. Saude Publica 2015; 31(6):1163-1174.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al . **A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB.** Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 13-33, Oct. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Sept. 2016.

GADELHA C.A.G. et al. **Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial.** In: Viana ALd'Á. Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-123.

GARNELO, Luiza; SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. **“Fica Tudo por Conta Delas” etnografia da atenção pré-natal na Atenção Básica do município de Manaus.** In: FREITAS, Carlos Machado; GIATTI, Leandro Luiz. Sustentabilidade, Ambiente e Saúde na Cidade de Manaus. Manaus: Edua, Editora Fiocruz, 2015. p. 297-325.

GARNELO, Luiza et al . **Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia.** Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 158-172, Oct. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600158&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Set. 2016.

GIOVANELLA, Lígia et al. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras. Nota Técnica 5/2015. Disponível em: <www.regiaoeredes.com.br>. Acesso em: 06 set. 2016.

MARTINELLI KG 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. 2014; 36(2):56-64

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, p. 787-796, Apr. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2016.

NEUMANN, Nelson A. et al . **Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 6, n. 4, p. 307-318, dez. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2003000400005>.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. **Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. **Avaliação da assistência pré-natal e puerperal**

desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 8, n. 1, p. 113-124, Mar. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Sept. 2016.

PICCINI, Roberto Xavier et al . **Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 7, n. 1, p. 75-82, Mar. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2016.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan.; FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação.** RECIIS, [S.l.], v. 6, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/artigo_pmaq_revista.pdf>. Acesso em 06 Set 2016.

SARTI, Thiago Dias et al . **Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, p. 537-548, Mar. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Sept. 2016.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia de Giácomo do; CECATTI, José Guilherme. **Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 26, n. 7, p. 517-525, Aug. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000700003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2016.

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 Mater. Infant., Recife , v. 13, n. 1, p. 29-37, Mar. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2016.

SILVEIRA, Denise Silva; SANTOS, Iná Silva; COSTA, Juvenal Soares D. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1):131-139, jan-fev, 2001

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Set. 2016.

VICTORA, C.G. et at. **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges.** Lancet, v. 377, n. 9780, p. 1863–1876, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60138-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/abstract)>. Acesso em: 06 set 2016

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador:EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-40.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al . **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2016.

7. CONCLUSÃO

A partir dos achados neste estudo, afirma-se que o pré-natal no Brasil tem sido desenvolvido de maneira inadequada. As barreiras de acesso encontradas perpassam aspectos relacionados à baixa adequação de infraestrutura das USF e a inadequações na organização do processo de trabalho das equipes. Em relação à qualidade do cuidado, observa-se adequações ainda piores, tanto relacionadas à organização do processo de trabalho (ações gerenciais), quanto aos cuidados clínicos. Esses resultados pressupõem medidas que visem à melhoria do acesso, através de investimentos financeiros em infraestrutura, equipamentos, materiais e insumos essenciais para o cuidado na APN.

O estudo aponta desigualdades regionais e socioeconômicas expressivas nas cinco regiões geopolíticas do Brasil. Os resultados de adequação do pré-natal acompanham os indicadores de renda e desenvolvimento de cada região. A região Norte teve os piores índices de adequação e o Sul os melhores. O desenvolvimento de políticas públicas, como a regionalização em saúde, pode contribuir para a diminuição das desigualdades verificadas.

No estudo de caso do Amazonas, à luz da regionalização em saúde, constata-se, de uma forma geral, grau de adequação da APN muito inferior aquele observado para o Brasil como um todo. Nota-se, ainda, desigualdades significativas no acesso e na qualidade do cuidado entre as nove regiões de saúde do estado. Estudos futuros podem ajudar a elucidar alguns resultados encontrados na pesquisa, tais como analisar que fatores influenciam nos melhores resultados retratados nas RdS do Rio Madeira e do Baixo Amazonas – maiores, inclusive, que os resultados verificados para o pré-natal da capital e do estado como um todo – e nos piores índices de adequação da APN observados nas regionais de Juruá, Purus e Alto Solimões.

Destaca-se a importância do estudo para o campo da saúde coletiva, dada a relevância da APN no escopo da atenção materno-infantil no Brasil. Além disso, o estudo é pioneiro quanto a avaliação do pré-natal na AB, através de dados do PMAQ-AB, voltados a gestão do cuidado pelas equipes de saúde da família. Soma-se a isso, a possibilidade do estudo poder contribuir para o fortalecimento da avaliação em saúde como mola propulsora para o aprimoramento das ações e programas de saúde. Por fim, esta pesquisa pode subsidiar a tomada de decisões pelos gestores e formuladores das políticas públicas no Amazonas e no Brasil como um todo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (da dissertação)

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia. **Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016.

ALMEIDA, Cristiane Andréa Locatelli de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, Feb. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2016.

ALVES, Márcia Guimarães de Mello et al. **Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 34-51, Oct. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set 2016.

ANDRADE, Marta Campagnoni; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. **Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo**. Saude soc., São Paulo, v. 20, n. 4, p. 980-990, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016.

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, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016.

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, Apr. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2016

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. **Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, Feb. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 04 Mar 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 06 Set 2016.

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico – Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: o Ministério, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2000. Seção 1, p. 4.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011b. Seção I, p. 79.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf>. Acesso em: 04 de Março de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011c. Seção 1.

_____. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2010; 30 dez.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 04 de Março de 2015.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 44, p. 49-59, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016.

CASSIANO, *Angélica Capellari Menezes* et al. **Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde**. Rev. saúde pública de Brasília, v. 65, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581>>. Acesso em 08 Set 2016.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al . **Um modelo lógico da Rede Cegonha.** *Physis*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, p. 1297-1316, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2016

CHAMPAGNE, François et al. **A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos.** In: BROUSSELLE, Astrid et al. *Avaliação: conceitos e métodos.* Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011a. p. 41-60.

CHAMPAGNE, François et al. **A Apreciação Normativa.** In: BROUSSELLE, Astrid et al. *Avaliação: conceitos e métodos.* Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011b. p. 77-94.

CONILL, E M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil.** *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24,sup 1, p. S7-S27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>> Acesso em 08 set 2016

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, p. 705-711, Sept. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2016.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; WALTER, Maria Inêz Machado Telles. **Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 39, n. 5, p. 768-774, Oct. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2016.

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, Oct. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Set 2016.

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 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2016.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al . **Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil.** *Rev Panam Salud Publica*, Washington , v. 37, n. 3, p. 140-147, Mar. 2015 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Sept. 2016.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 204-211, Feb. 2011 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Sept. 2016.

DONABEDIAN, A. **The quality of care. How can it be assessed?** JAMA 1988;260:1743-8.

ESCOREL, Sarah et al . **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Rev Panam Salud Publica, Washington , v. 21, n. 2-3, p. 164-176, Mar. 2007 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2016.

FACCHINI, Luiz Augusto et al . **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, p. 669-681, Sept. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2016.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al . **A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB.** Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 13-33, Oct. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Sept. 2016.

GADELHA C.A.G. et al. **Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial.** In: Viana ALd'Á. Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-123.

GARNELO, Luiza et al . **Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia.** Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 158-172, Oct. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600158&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Set. 2016.

GARNELO, Luiza; SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. **“Fica Tudo por Conta Delas” etnografia da atenção pré-natal na Atenção Básica do município de Manaus.** In: FREITAS, Carlos Machado; GIATTI, Leandro Luiz. Sustentabilidade, Ambiente e Saúde na Cidade de Manaus. Manaus: Edua, Editora Fiocruz, 2015. p. 297-325.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1171-1181, June 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 09 Set. 2016.

GIOVANELLA, Ligia et al . **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 783-794, June 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=am>> . Acesso em: 12 Mar 15.

_____. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2>>. Acesso em: 12 Mar 15.

_____. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores Sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/default_indicadores_sociais_municipais.shtm>. Acesso em: 12/03/15.

_____. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf>. Acesso em 12 Mar 15.

LANSKY, Sônia et al . **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2016.

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 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016.

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, p. 787-796, Apr. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2016.

MENEZES, Daniela Contage Siccardi et al . **Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 553-559, Mar. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor?** Saúde Debate; v.26, p.118-122, 2002. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-09.pdf>. Acesso em: 10 Nov 2014

NEUMANN, Nelson A. et al . **Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 6, n. 4, p. 307-318, dez. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000400005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 set. 2016.

NOVAES, Hillegonda Maria D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 34, n. 5, p. 547-549, Oct. 2000 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONCALVES, Maria Jacirema Ferreira; PIRES, Rodrigo Otávio Moretti. **Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 27, n. 1, p. 35-45, Jan. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. **Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 8, n. 1, p. 113-124, Mar. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Sept. 2016.

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, v. 02, n. 2, p. 438-454, 2011. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/109>> . Acesso em 10 Ago 2016

PICCINI, Roberto Xavier et al . **Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 7, n. 1, p. 75-82, Mar. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2016.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan.; FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação.** RECIIS, [S.l.], v. 6, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/artigo_pmaq_revista.pdf>. Acesso em 06 Set 2016.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.** 2010 Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/Default.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasMunicipios>. Acesso em 06 set 2016.

Proposta de Consenso Preliminar de Regionalização DAB/DEPRLAN/Regulação/FVS- AM [Online]. 2011. Disponível em: <http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/Regionais%20%20AM%2018-05-20111.pdf>. Acesso em 06 set 2016.

RIBEIRO FILHO, B. **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, Paulo de Medeiros et al . **Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s69-s78, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al . **A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 343-352, Feb. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016.

SAMICO, Isabella et al. **Interpretação e Análise das Informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões.** In: SAMICO, Isabella [et al]. Avaliação em Saúde – Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, p.89-107

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al . **Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil.** Saude soc., São Paulo , v. 17, n. 2, p. 107-119, June 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2016.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. **Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde.** Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 48, n. 4, p. 622-631, Aug. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400622&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016.

SARTI, Thiago Dias et al . **Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, p. 537-548, Mar. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300014&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Sept. 2016.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia de Giacomdo do; CECATTI, José Guilherme. **Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 26, n. 7, p. 517-525, Aug. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000700003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2016.

SILVA, Nair Chase da; GARNELO, Luiza; GIOVANELLA, Ligia. **Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de**

Manaus-AM. Saude soc., São Paulo , v. 19, n. 3, p. 592-604, Sept. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016.

SILVA, Edna Lúcia; MENEZES, Estera Muszkat. **As Etapas da Pesquisa.** In: SILVA, Edna Lúcia; MENEZES, Estera Muszkat. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. Florianópolis, UFSC, 2005. p. 29-36.

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 Mater. Infant., Recife , v. 13, n. 1, p. 29-37, Mar. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000100004>.

SILVA, Nair Chase da; GIOVANELLA, Ligia; MAINBOURG, Evelyne Marie Therese. **A família nas práticas das equipes de Saúde da Família.** Rev. bras. enferm., Brasília , v. 67, n. 2, p. 274-281, Apr. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200274&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2016

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, Oct. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2016

SOUZA, Luiz Gustavo Silva; MENANDRO, Maria Cristina Smith. **Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional.** Physis, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 517-539, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2016.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; GARNELO, Luíza. **"É muito difícil!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s91-s99, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300014&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2016.

STARFIELD, B. **Is Primary Care Essential?** Lancet. [v. 344, n. 8930](#), p.1129–1133, 1994. Disponível em: < [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(94\)90634-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(94)90634-3/abstract)>. Acesso em: 08 set 2016.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Sept. 2016.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila et al. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde.** São Paulo perspect., v. 22, n.1, p. 92-106, 2008. Disponível em:

<http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf>. Acesso em 09 Ago 2016.

VICTORA, C.G. et al. **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges.** Lancet, v. 377, n. 9780, p. 1863–1876, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60138-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/abstract)>. Acesso em: 06 set 2016

VIEIRA, Janete Maria Rebelo; GARNELO, Luíza; HORTALE, Virginia Alonso. **Análise da atenção básica em cinco municípios da amazônia ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família.** Saude soc., São Paulo , v. 19, n. 4, p. 852-865, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Sept. 2016

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde.** In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-40.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al . **Assistência pré-natal no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2016.