



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Locatelli de Almeida, Cristiane Andréa; Yoshimi Tanaka, Oswaldo
Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e
Nascimento
Revista de Saúde Pública, vol. 43, núm. 1, febrero, 2009, pp. 98-104
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240174013>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Cristiane Andréa Locatelli de Almeida^I

Oswaldo Yoshimi Tanaka^{II}

Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

Women's perspective in the evaluation of the Program for the Humanization of Antenatal Care and Childbirth

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a importância da inclusão da perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo qualitativo realizado em base a dados primários coletados para a avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, do Ministério da Saúde, em 2003, em sete municípios das cinco regiões do Brasil, selecionados a partir de dados extraídos de sistemas de bancos de dados oficiais já existentes. Um dos atores considerado fundamental para a coleta de informações foi a mulher atendida pelo Programa, abordada por meio de dezesseis grupos focais realizados em unidades de saúde. Para o tratamento dos dados empíricos foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo. A análise e discussão foram realizadas com o apoio dos conceitos em saúde pública de acessibilidade e Saúde Paidéia.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: O Programa estudado normatiza para todos os serviços de saúde do país os procedimentos para a atenção ao pré-natal e o parto e os fluxos a serem observados. A análise do discurso das gestantes, nos grupos focais realizados, trouxe clareza quanto à dissonância existente entre muitas dessas recomendações e os desejos e necessidades da mulher, o que faz com que ela procure traçar para si um outro fluxo de atendimentos. Esta ocorrência traz prejuízos ao vínculo que estabelece com o serviço de saúde, além de dificuldades de controle pelo serviço do seguimento real que está sendo oferecido.

CONCLUSÕES: A reflexão realizada do Programa, tomando por base a perspectiva das mulheres atendidas, identificou aspectos cuja consideração no momento da avaliação poderia resultar em maior efetividade e humanização do controle pré-natal oferecido.

DESCRITORES: Gestantes, psicologia. Cuidado Pré-Natal. Parto Humanizado. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Pesquisa Qualitativa.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Prática em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Oswaldo Yoshimi Tanaka
Faculdade de Saúde Pública da USP
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: oytanaka@usp.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the importance of inclusion, from women's perspective, in the evaluation of the Program for the Humanization of Antenatal Care and Childbirth, carried out by the Brazilian Ministry of Health.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: This qualitative study was based on primary data collected in 2003 in an evaluation of the Program conducted in seven towns spread out among Brazil's five geographic regions. These sites were selected from a Federal Government data base utilized for quantitative analysis. Women attended by the Program were considered key informants when primary data was collected. Sixteen focal groups were performed in the primary care units. The Collective Subject Speech (CSS) method was used for qualitative analysis. The theoretical concepts of accessibility and Paideia Health within the framework of public health were used to interpret the findings.

ANALYSIS OF RESULTS: The Program standardizes procedures to be taken in antenatal care and childbirth for all health services in the country, including the flow among these services. However, analysis of women's discourse in the focal groups elucidated the existence of dissonances between their needs and desires and many of the program's recommendations. Pregnant women thus choose among available services and professionals and try to set up their own schedules which, in turn, do not correspond to those set up by the program. This discrepancy damages the bond women establish with the health services and creates obstacles for the control of the activities actually provided by the health services to the women.

CONCLUSIONS: Analysis of the Program based on women's perspective identified aspects that might result in more humanized and effective antenatal care, if they are taken into account in the redefinition or correction of the Program schedule Miolo abstract Miolo abstract.

DESCRIPTORS: Pregnant Women, psychology. Prenatal Care. Humanizing Delivery. Program Evaluation. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

Na avaliação de programas de saúde pública, paralelamente às avaliações externas, executadas exclusivamente por especialistas, tem sido observada uma forte tendência a considerar os beneficiários como atores-chave dos processos.^{12,14,15} As avaliações participativas^{1,7} pressupõem a presença de todos os envolvidos desde o planejamento do desenho avaliativo até a discussão de suas conclusões, de modo que a avaliação se constitua também em uma oportunidade de aprendizagem.^{2,13}

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN (Ministério da Saúde do Brasil)^a foi criado para aprimorar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM, embora tendo como base a integralidade nas ações na área da saúde

da mulher, era ainda questionado quanto à qualidade da assistência prestada e ao impacto na mortalidade materna.¹⁴ Instituído em 2000, o PHPN enfatizou a afirmação dos direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção. Suas principais ações para a redução da mortalidade materna, conforme definida no Pacto pela Vida (2006),^b visam garantir o direito da gestante ao acesso a atendimento digno e de qualidade na gestação/parto e puerpério.

Os objetivos do presente estudo foram: 1 – descrever a avaliação de mulheres usuárias/beneficiárias do PHPN; 2 – analisar a importância da inclusão da perspectiva das mulheres usuárias na avaliação de programa de humanização do pré-natal e nascimento.

^a Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília; 2000.

^b Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais do pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília; 2006

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foram analisados dados coletados em 2003, referentes à avaliação em nível nacional do PHPN promovida pelo Ministério da Saúde^a e realizada por equipe da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.^b

O desenho metodológico do projeto previa abordagens quantitativa e qualitativa. Na análise quantitativa foram utilizados bancos de dados (DATASUS, SINASC, SIM e SISPRENATAL). Na análise qualitativa, objeto deste estudo, foram avaliados os municípios brasileiros. Estes foram agrupados por região geográfica, porte populacional, população SUS-dependente, presença de Programa de Saúde da Família (PSF) e de agentes comunitários de saúde, recursos hospitalares e ambulatoriais, tempo de adesão ao PHPN e serviços prestados.

Esta análise permitiu identificar indicadores de oferta e produção de serviços, tais como aumento/diminuição expressivo da produtividade do PHPN, presença do PSF, carência de leitos hospitalares, ou seja, variáveis que poderiam estar relacionadas a alterações significativas na atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Tais indicadores foram considerados “sinalizadores” para a escolha de sete municípios para os estudos de caso: Cascavel e Morada Nova (CE), Goiânia e Abadiânia (GO), Porto Velho (RO), Paissandu (PR) e Monte Azul (SP).

O método utilizado para a abordagem qualitativa foi o estudo de caso e cada município correspondeu a um caso.¹⁶ Para cada município foram selecionadas duas ou três unidades de saúde, com base em sua localização geográfica e produtividade no PHPN, totalizando 18 unidades de saúde.

Para coleta dos dados, foram realizados 16 grupos focais, composto por seis a 11 usuárias dos serviços, que haviam utilizado os serviços de saúde nos últimos 12 meses, nos quais foi proposta descrição livre e detalhada da atenção recebida.

Os grupos foram heterogêneos com relação à idade, nível socioeconômico e escolaridade.

Os dados primários foram analisados pela metodologia do “Discurso do Sujeito Coletivo”¹⁸ e agrupados em seis eixos de ideias centrais: captação da gestante pelo serviço de saúde; escolha do local para acompanhamento pré-natal; realização de exames; escolha do local para o parto; momento do parto; e consulta de puerpério.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, conforme Resolução Nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados nos eixos definidos. Em cada um deles foi analisado o conjunto dos discursos das mulheres, visando aprofundar a compreensão de sua visão em relação ao atendimento recebido no programa.

Captação da gestante pelo serviço de saúde

A captação correspondeu à primeira aproximação da mulher usuária com o serviço de saúde e sua possibilidade de assimilação da notícia da gravidez, suas expectativas e necessidades, bem como o modo de estruturação da oferta.

Foram identificadas cinco experiências de mulheres:

1. ao suspeitar da gravidez procuraram imediatamente o serviço público e foram atendidas de acordo com suas expectativas;
2. buscaram o serviço público, mas suas expectativas não foram atendidas;
3. utilizaram um serviço particular para o exame de confirmação da gestação supondo que o serviço não as atenderia com prontidão;
4. tinham certeza da gravidez e não sentiam urgência em confirmá-la por exame ou iniciar o acompanhamento pré-natal;
5. não sentiam urgência pela confirmação por terem dificuldade de assimilar a possibilidade de uma gravidez – adolescentes ou mulheres que julgavam não ter possibilidade de engravidar.

“Eu paguei onze reais para fazer (exame confirmação) num laboratório particular... não fiz exame no posto não, nem pensei. Queria saber na hora e tudo no posto demora....” (DSC 1C)

“Estava atrasada três meses. Não tinha dor, nada, nenhum sinal de que estava grávida. Não acreditei que estava esperando quando atrasou. Vim com cinco meses.” (DSC 1E)

O PHPN estabelece que a captação pelo serviço deve ocorrer em até 120 dias de gestação. A grande variação no tempo transcorrido até a chegada ao serviço público de saúde está associada à disponibilidade de acesso aberto pelo serviço – oferta de exame confirmatório e do primeiro atendimento –, mas é também influenciada pela percepção da mulher quanto à necessidade de acompanhamento pré-natal da qualidade do serviço prestado.

^a Publicação dos dados da avaliação, autorizada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) do Ministério da Saúde (ofício 46 de 14/8/2007).

^b Informe publicado pelo Decit/MS. Rev Saude Publica. 2008;42(2):383-7

Observou-se que fatores psicológicos interferem na demora ou prontidão com que a gestante busca o serviço de saúde para o início do pré-natal, retratando o poder de utilização do usuário para alcançar a acessibilidade (Frenk 1985).⁶

Escolha do local para acompanhamento pré-natal

Os principais motivos de escolha do local do acompanhamento pré-natal foram:

1. experiência relatada por um familiar já atendido naquele local;
2. possibilidade de que o acompanhamento assegure o parto no mesmo equipamento de saúde;
3. proximidade geográfica com a residência;
4. falta de opções por haver somente um local de atendimento em seu município;
5. empatia com profissionais da equipe;
6. perda de um convênio de saúde suplementar.

Os relatos a seguir ilustram a experiência:

“Como queria ganhar o nenê nesse hospital, com sete meses fui fazer pré-natal lá.” (DSC 2B)

“... não dá pra confiar no posto... Eu não quis mais passar com esse doutor não. Ele atende muito mal. Aí resolvi mudar de posto.” (DSC 2E)

O PHPN recomenda a proximidade geográfica com a residência da gestante como único critério de referência para o local de realização do controle pré-natal. Os resultados mostram que fatores subjetivos, como a necessidade de segurança no momento do parto, foram mais importantes.

Ao visualizar esse eixo pelo modelo “Saúde Paideia”,³ enfatiza-se a criação do vínculo entre as necessidades do usuário e a possibilidade de acolhimento e direcionamento dessa demanda pela equipe de saúde. Quando essa variável subjetiva não é levada em consideração, a possibilidade de criação do vínculo fica diminuída e os fluxos estabelecidos podem se tornar simplesmente burocráticos e pouco funcionais.

Realização de exames

As idéias centrais/vivências identificadas retrataram principalmente a forma de organização da oferta dos procedimentos, a partir da qual as mulheres:

1. conseguiram realizar todos os exames solicitados por seus médicos, de acordo com suas expectativas, em função da organização do serviço;

2. com grande esforço pessoal, conseguiram realizar todos os exames solicitados;
3. não conseguiram fazer exames em geral porque não eram oferecidos pelos serviços;
4. não conseguiram ultra-sonografias porque não foram oferecidas pelos serviços;
5. só conseguiram ultra-sonografias porque possuíam recursos financeiros e pagaram por elas.

“Eu fiz muito exame por aqui. Antigamente ninguém fazia teste de Aids, VDRL. Se fizesse, tinha que pagar. Os exames eram muito caros e demorava muito para chegar o resultado. Conseguir fazer tudo o que ele (médico) pediu.” (DSC 3A)

“Tinha o chequinho para o ultra-som, mas não consegui marcar. A gente não consegue mesmo. Tem que chegar de madrugada. Fica como um formigueiro. A gente passa mal, sufocado. Eu não fiz ultra-som, não consegui não.” (DSC 3D)

A limitação foi colocada prioritariamente pelo serviço, uma vez que as mulheres se dispuseram a fazer todos os exames solicitados. Houve momentos na organização da atenção em que a oferta diminuiu pelo esgotamento da quota de exames disponibilizada para os serviços de atenção básica. Observou-se então um esforço maior das usuárias – aumentando seu “poder de utilização” – para realizar os exames, recorrendo a diversos laboratórios ou mesmo se dispondo a pagar.

As gestantes usuárias do serviço público querem contar com recursos que possam diminuir seu desconhecimento em relação às condições de saúde de seu bebê e propiciar-lhes uma gestação mais tranquila. As ultra-sonografias trazem esta possibilidade e são por isso extremamente valorizadas por elas. No entanto, esse exame não é previsto pelo PHPN.

O modelo “Saúde Paideia” propõe que a organização da atenção à saúde não se ocupe apenas de questões que representem elevado risco de mortalidade, mas também de aspectos que as pessoas desejem ver atendidos no cuidado à sua saúde, apontando a importância da criação de um vínculo com o usuário.⁵

Escolha do local para o parto

As idéias centrais revelaram formas alternativas que as mulheres utilizaram para viabilizar suas escolhas pessoais em relação ao local do parto:

1. acertos com seu médico para conseguir uma vaga na maternidade onde atende;
2. escolha de determinado hospital tendo em vista a experiência de um familiar;

3. não havia escolha – um único hospital na cidade.

“Eu combinei com o doutor de, na última semana, fazer três consultas no hospital em que ele trabalha (que também atende pelo SUS), e daí ele conseguiu a vaga pra mim. Se for cesárea não tem vaga e as pessoas ficam lá passando dor. Eu não queria ir de jeito nenhum para o hospital X, rezava toda noite.” (DSC 4A)

“Conheço o hospital porque minha mãe teve filho lá e é perto da casa dela. Prefiro ter lá mesmo.” (DSC 4B)

Foram observados desvios no fluxo referência/contrareferência estabelecido pelo PHPN, que prevê critérios que se limitam à disponibilidade de vagas nos hospitais indicados pelas unidades básicas. Dada a importância da continuidade da atenção pré-natal/parto, o programa precisa considerar esses desvios como evidências para tomada de decisão. Ainda, mesmo quando a gestante busca os hospitais que lhe são indicados, o binômio pré-natal/parto não é, em sua maioria, contemplado pelos serviços, uma vez que as unidades básicas realizam encaminhamentos formais aos hospitais ditos de referência, que não se concretizam.

Permanece o desafio do sistema de não mais tomar a prática de atenção ao parto como um procedimento isolado, desvinculado da atenção pré-natal, e criar estratégias de articulação dos diferentes níveis de complexidade da atenção.

Momento do parto

As mulheres enfatizaram a experiência do atendimento recebido nas maternidades, em especial a qualidade dos procedimentos:

1. satisfação por haverem tido suas necessidades atendidas no acompanhamento pré-parto;
2. dificuldade para encontrar vagas nos hospitais e consequências negativas para mãe e bebê;
3. dor antes do parto prolongada por falta de remédios ou demora para a decisão pela cesárea na maternidade;
4. falta de atenção dos profissionais no pré-parto.

“Pra mim foi bom. A enfermeira disse todos os passos do trabalho de parto, qualquer dúvida tirava com ela ou com a agente. Na hora do parto não teve problema de vaga. O atendimento foi bom, sofri um bocadinho. Fiquei num quarto com mais seis mulheres e a enfermeira ia toda hora no quarto pra ver, pra ouvir o bebê. Agora o atendimento do hospital melhorou muito, as enfermeiras dão mais atenção, até absorvente elas dão para a mulher.” (DSC 5A)

“Não tinha vaga na maternidade. Eles mandam procurar o hospital X, o Y ou o Z. Eu fui primeiro no X, mas

como ia ser cesárea, mandaram pro hospital escola. Lá não tinha vaga e me mandaram de ambulância pro W. No parto eu tive muito problema.” (DSC 5B)

“O parto não foi bom não. O médico não tinha paciência, o hospital era ruim... Não deu orientação, não falou nada. Demoraram pra atender. Não gostei do hospital, faltou revisão. As enfermeiras só aparecem quando a criança já está nascendo. Aí ela fala pra fechar as pernas pra chegar até a sala do parto.” (DSC 5D)

É possível identificar em muitos dos relatos sobre o pré-parto o atendimento precário às expectativas das parturientes, seja pela relação interpessoal com os profissionais, seja pela demora para adoção de procedimentos técnicos que minimizem o desconforto ou sofrimento.

Mesmo antes da chegada à maternidade, a gestante já vive a insegurança pela possibilidade de falta de vagas, que é somada à incerteza em relação à qualidade do atendimento.

Notícias acerca das experiências de outras gestantes circulam na comunidade. Quando negativas, fazem com que as futuras parturientes fiquem receosas diante de alguns hospitais, tendendo a evitá-los se dispuserem de meios para tanto. Quando positivas, provocam todo um movimento de busca por alguma garantia de vaga naquele local determinado. Essas comunicações assumem também papel de organizadores do sistema local de saúde.

Consulta de puerpério

As idéias centrais revelaram a importância atribuída à consulta de puerpério e a perda pelo serviço de oportunidades para sua realização em momento não programado:

1. a mãe não precisava passar em consulta após o parto: apenas a criança deve ser levada ao médico e acompanhada;
2. a consulta não era prioritária para a puérpera e se não pudesse comparecer, não haveria remarcação;
3. é importante a realização da consulta pós-parto pela mãe;
4. retorno foi imprescindível porque a puérpera necessitou de tratamento médico após o parto.

“Na consulta ela (médica) viu o nenê, explicou o aleitamento, que tinha que amamentar... Voltei pra trazer ele pra tomar vacina... Eu não passei mais não.” (DSC 6A)

“O médico pede pra vir pra saber como estão a mãe e o bebê. Voltei pra consulta do bebê depois de dezessete dias. Também passei.” (DSC 6C)

No momento do puerpério, a mulher fica colocada na interface entre o programa de atenção ao ciclo gravídico-puerperal e o programa de atenção à criança. A consulta de puerpério, que deveria se realizar 40 dias após o parto segundo o PHPN, arrisca-se a perder espaço para a primeira consulta do bebê, como também descrito por Serruya et al¹¹ (2004). Isso decorre tanto de uma não-valorização das puérperas em relação a este atendimento, quanto do fato de a dinâmica programática de atenção à criança estar mais estruturada que a da atenção pré-natal/parto/puerpério.

Se a usuária volta ao serviço de saúde para uma consulta pessoal, ela geralmente percebeu algum problema de saúde ou teve interesse pelo planejamento familiar.¹¹ Importantes oportunidades de realização do controle puerperal são desperdiçadas com a falta de articulação entre programas de saúde. Outros momentos em que as mulheres buscam o serviço poderiam propiciar a realização da consulta de puerpério, em período distinto do preconizado pelo PHPN, mas com possibilidade de cumprir o adequado acompanhamento do processo de recomposição das condições biológicas da mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inclusão da perspectiva da mulher usuária pode permitir que determinadas normatizações do programa sejam flexibilizadas, adequando-se às particularidades dos diferentes grupos de gestantes em diferentes comunidades. As mulheres respondem às ofertas de atenção de acordo com o que pensam sobre suas necessidades de saúde. Potencializar a emergência dessas informações nos processos avaliativos aponta a inclusão de diferentes atores de um programa como “sujeitos de auto-avaliação” e não apenas como “alvo analítico” (Minayo et al⁹ 1999), resultando tanto em uma aproximação mais realista das necessidades de saúde da população como em uma oportunidade de reflexão e fortalecimento desse ator.

Assim, quando uma equipe de saúde não está sensibilizada para a importância da criação de vínculo com a gestante, aumenta-se o risco de desistência ou de menor freqüência no acompanhamento. Observou-se que, mesmo que o sistema lhe oferece poucas opções de locais de atendimento, a gestante se esforça por buscar aquelas que lhe transmitam maior segurança, em um movimento natural de obter as melhores condições possíveis para

o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho.

Desafios como captação precoce e evasão do acompanhamento também foram detectados em estudo semelhante realizado por Carvalho & Novaes⁴ (2004), que utilizou a abordagem quanti-qualitativa em avaliação de atenção ao pré-natal. Se o gerenciamento local do sistema de saúde pudesse captar informações sobre os motivos pelos quais determinados fluxos não são observados, conforme realizado na presente pesquisa, talvez fosse possível flexibilizar exigências de acesso em favor do acolhimento. Dessa forma, os fluxos entre serviços que a gestante determina poderiam ser acompanhados e o necessário ajuste no planejamento promovido.

Deve-se considerar esta usuária como um sujeito integral em suas necessidades, desejos e interesses; não apenas em sua satisfação/insatisfação com relação ao atendimento recebido, mas também em sua possibilidade de desencadear uma reflexão crítica acerca dos objetivos e formato desse atendimento; não apenas como objeto da ação, mas como detentor de um potencial de proatividade no que diz respeito ao controle das variáveis determinantes do processo saúde-doença para si próprio e em sua comunidade.

Quanto à realização dos processos de avaliação, é fundamental registrar e processar a fala das usuárias e informantes-chave para o processo de decisão, visando à flexibilização do planejado.¹⁰ Valorizar a escuta de grupos focais pode ser um instrumento de gestão tão efetivo como a análise de indicadores epidemiológicos de resultado ou então de produção/produtividade do processo de atenção.

No atual estágio do desenvolvimento científico, não é mais possível evitar o uso da abordagem qualitativa em função da limitação de métodos: a necessidade de uma compreensão mais profunda acerca do objeto de estudo faz com que os pesquisadores os façam evoluir continuamente. Uma das alternativas encontradas vem sendo a integração sistemática entre abordagens qualitativas e quantitativas. Creswell⁵ (2003) apresenta o método do “desenho seqüencial explicativo”, reforçando a possibilidade de aprofundamento da compreensão das relações encontradas na análise de dados quantitativos por meio da utilização de dados primários qualitativos. O presente trabalho pretende haver contribuído com uma alternativa de desenvolvimento dessa abordagem, no caso, visando o processo de ajuste de programas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Barreira MCRN. Avaliação participativa de programas sociais. São Paulo: Veras/CPIHTS; 2000.
2. Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
3. Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.
4. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Sup 2):S220-30.
5. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed; 2007.
6. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Rev Salud Publica Mexico*. 1985;27(5):438-53.
7. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2001;6(1):165-81. DOI: 10.1590/S1413-81232001000100014
8. Lefévre F, Lefévre AMC. O discurso do sujeito coletivo. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
9. Minayo MCS, Souza ER, Assis SG, Cruz Neto O, Deslandes SF, Silva CMFP. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/ CTA/ COAS da Região Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 1999;15(2):355-67. DOI: 10.1590/S0102-311X1999000200020
10. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
11. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O programa de humanização do pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde do Brasil: resultados iniciais. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1281-9.
12. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação dos programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.15-40.
13. Tanaka OU, Melo CM. Avaliação de Programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001.
14. Tanaka OU, Melo CM. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas. In: Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. São Paulo: Vozes; 2004. p.121-36.
15. Worhern BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas. São Paulo: Gente; 2004.
16. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2001.

Artigo baseado em dissertação de mestrado de Almeida CAL, apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em 2006.