FIOCRUZ | Brasília

Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário
Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario

ISSN: 2358-1824

Artigo

Direito sanitário municipal e a política pública de atenção básica para assistência pré-natal: um estudo sobre o Programa Nascer Urumajó do município de Augusto Corrêa no período de 2022 a 2024

Municipal health law and the public policy of primary care for prenatal assistance: a study of the Nascer Urumajó Program of the municipality of Augusto Corrêa from 2022 to 2024

Derecho sanitario municipal y la política pública de atención primaria para la asistencia prenatal: un estudio sobre el Programa Nascer Urumajó del municipio de Augusto Corrêa en el período de 2022 a 2024

Marcelo Cunha Vasconcelos[1]
Universidade da Amazônia, Belém, PA.
https://orcid.org/0009-0004-2332-331X
marcelocunhav@gmail.com

Eliana Maria de Souza Franco Teixeira[2]
Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
https://orcid.org/0000-0002-7979-2404
elianafranco@ufpa.br

Luma Cavaleiro de Macêdo Scaff[3]
Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
https://orcid.org/0000-0001-7146-0600
lumascaff@yahoo.com.br

Luiz Felipe da Fonseca Pereira[4]
Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
https://orcid.org/0000-0002-4005-9918
felip.fons02@gmail.com

Resumo

Objetivo: analisar o Programa Municipal Nascer Urumajó como política pública de atenção básica em saúde materno-infantil implementada na Região Norte, a partir da evolução dos indicadores do Programa Previne Brasil no período de 2022 a 2024, com vistas a verificar seus impactos na qualificação da assistência pré-natal e seu potencial de replicabilidade em outros municípios amazônicos. **Metodologia:** adota-se o método indutivo, com utilização da técnica de estudo de caso, além de pesquisa bibliográfica. A pesquisa quanti-qualitativa foi realizada no portal público virtual

[1] Mestrando em Direito, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil. Professor, Universidade da Amazônia, Belém, PA, Brasil.
[2] Doutora em Direito, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil. Professora Adjunta, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
[3] Doutora em Direito, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil. Professora Adjunta, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
[4] Doutor em Direito, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil. Professor Assistente, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

CC BY

OPEN ACCESS

Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, no período de 2022-2024, para investigar a evolução dos indicadores da política pública de saúde da família do município de Augusto Corrêa. **Resultados:** entre 2022 e 2024 houve avanço expressivo nos indicadores do Previne Brasil: consultas de pré-natal (mínimo de seis, com a 1ª até a 12ª semana) de 26% para 72%; exames de sífilis e vírus da imunodeficiência humana de 56% para 96%; e atendimento odontológico de 50% para 93%, a melhora refletiu diretamente na redução da taxa de mortalidade infantil, que saiu de 9 óbitos em 2019 para 3 em 2024, e na materna que havia registrado 3 óbitos em 2019, com queda para 1 em 2024, sendo que no ano de 2023 não houve registro de morte materna. Os dados indicam o avanço e o fortalecimento de uma gestão baseada em evidências, com impacto na alocação de recursos, programação das equipes e resposta do sistema local. Notou-se que o programa tem potencial de replicação em outros municípios, desde que consideradas as especificidades locais, sendo replicáveis as variáveis de: planejamento por indicadores, integração entre gestão e equipes, uso estratégico de incentivos federais e priorização da saúde materno-infantil como eixo da Atenção Básica. **Conclusão:** o Programa Nascer Urumajó, no município de Augusto Corrêa, Pará, destaca-se com uma política pública amazônida, estruturada conforme sua realidade e necessidade, de atenção básica para assistência pré-natal e à saúde materno-infantil implementada mediante a construção de arranjos institucionais capazes de coordenar atores, instrumentos e recursos em torno de objetivos sanitários mensuráveis.
Palavras-chave: Direito Sanitário; Políticas Públicas em Saúde; Atenção Básica à Saúde; Assistência Pré-Natal.

Abstract

Objective: to analyze the Nascer Urumajó Municipal Program as a public policy for primary maternal and child health care implemented in the Northern Region, based on the evolution of indicators from the Previne Brasil Program in the period from 2022 to 2024, in order to verify its impacts on the qualification of prenatal care and its potential for replicability in other Amazonian municipalities. **Methodology:** the inductive method is adopted, using the case study technique, in addition to bibliographic research. The quantitative-qualitative research was carried out on the public virtual portal Health Information System for Primary Care in the period 2022-2024 to investigate the evolution of the indicators of the family health public policy of the municipality of Augusto Corrêa. **Results:** between 2022 and 2024 there was significant progress in the indicators of the Previne Brasil program: prenatal consultations (minimum of six, from the 1st to the 12th week) increased from 26% to 72%; syphilis and human immunodeficiency vírus tests increased from 56% to 96%; and dental care increased from 50% to 93%, this improvement was directly reflected in the reduction of the infant mortality rate, which went from 9 deaths in 2019 to 3 in 2024, and in the maternal mortality rate, which had registered 3 deaths in 2019, falling to 1 in 2024, with no maternal deaths recorded in 2023. The data indicate the advancement and strengthening of evidence-based management, impacting resource allocation, team planning, and the response of the local system. It was noted that the program has the potential for replication in other municipalities, provided that local specificities are considered, with the following variables being replicable: planning by indicators, integration between management and teams, strategic use of federal incentives, and prioritization of maternal and child health as the axis of Primary Care. **Conclusion:** the Nascer Urumajó Program, in the municipality of Augusto Corrêa, Pará, stands out as an Amazonian public policy, structured according to its reality and needs, of primary care for prenatal assistance and maternal and child health implemented through the construction of institutional arrangements capable of coordinating actors, instruments, and resources around measurable health objectives.
Keywords: Health Law; Public Health Policies; Primary Health Care; Prenatal Care.

Resumen
Objetivo: analizar el Programa Municipal Nascer Urumajó como política pública de atención primaria de salud maternoinfantil implementada en la Región Norte, con base en la evolución de los indicadores del Programa Previne Brasil entre 2022 y 2024, para verificar sus impactos en la calidad de la atención prenatal y su potencial de replicabilidad en otros municipios amazónicos. **Metodología:** se adoptó el método inductivo, utilizando la técnica de estudio de caso, además de la investigación bibliográfica. La investigación cuantitativa-cualitativa se llevó a cabo en el portal virtual público Sistema de Información en Salud para Atención Primaria durante el período 2022-2024 para investigar la evolución de los indicadores de la política pública de salud familiar del municipio de Augusto Corrêa. **Resultados:** entre 2022 y 2024 se observó un progreso significativo en los indicadores del programa Previne Brasil: las consultas prenatales (mínimo de seis, desde la primera hasta la duodécima semana) aumentaron del 26% al 72%. Las pruebas de sífilis y virus de la inmunodeficiencia humana aumentaron del 56% al 96%, y la atención dental del 50% al 93%, la mejora se reflejó directamente en la reducción de la tasa de mortalidad infantil, que pasó de 9 muertes en 2019 a 3 en 2024, y en la tasa de mortalidad materna, que había registrado 3 muertes en 2019, descendiendo a 1 en 2024, sin que se registrara ninguna muerte materna en 2023. Los datos indican un progreso y un fortalecimiento de la gestión basada en la evidencia, lo que repercute en la asignación de recursos, la planificación de equipos y la respuesta del sistema local. Se observó que el programa tiene potencial para replicarse en otros municipios, siempre que se consideren las especificidades locales, siendo replicables las siguientes variables: planificación por indicadores, integración entre la gestión y los equipos, uso estratégico de los incentivos federales y priorización de la salud materno-infantil como eje de la Atención Primaria. **Conclusión:** el Programa Nascer Urumajó, en el municipio de Augusto Corrêa, Pará, se destaca como una política pública amazónica, estructurada según su realidad y necesidades, para la atención prenatal básica y la salud materno-infantil, implementada mediante la construcción de arreglos institucionales capaces de coordinar actores, instrumentos y recursos en torno a objetivos de salud medibles.
Palabras clave: Derecho sanitario; Políticas de salud pública; Atención primaria de salud; Atención prenatal.

Introdução

No Brasil, apesar da redução gradual dos índices de mortalidade infantil e materna desde os anos 2000, o tema permanece como questão central da agenda sanitária nacional, sobretudo em razão das desigualdades territoriais, da insuficiência estrutural de determinados sistemas locais de saúde e das vulnerabilidades sociais que afetam regiões historicamente desfavorecidas, como a Amazônia.

A mortalidade materno-infantil é compreendida como a ocorrência de óbitos relacionados à gravidez, parto e puerpério, em que as principais causas incluem hemorragias, doenças hipertensivas da gravidez e sepse, enquanto causas indiretas envolvem condições como anemia e vírus da imunodeficiência humana (HIV). O conceito compreende também os óbitos de fetos e recém-nascidos (neonatais e perinatais)[1], como a morte de bebês durante o primeiro mês de vida e a ocorrência de natimortos (fetal) e óbitos perinatais (que somam óbitos fetais e neonatais precoces, as causas principais para a morte de recém-nascidos são a prematuridade, complicações no momento do parto, sepse e anomalias congênitas)[2].

Os óbitos maternos e perinatais compartilham das mesmas raízes: estão em estreita associação com as condições de vida e com a falta de acesso ou de qualidade na assistência ao pré-natal e ao parto[2]. Portanto, esse indicador expressa as condições socioeconômicas e a qualidade do sistema de saúde.

A redução da mortalidade materna-infantil no Brasil revela um avanço notável na saúde pública e nas condições socioeconômicas do país. Entre 1996 e 2022 a taxa de mortalidade infantil (TMI), determinada pela relação entre o número de óbitos em menores de um ano de idade por mil nascidos vivos (NV), caiu de 25,47 para 12,59 óbitos/1000/NV, com maior redução entre 2010 e 2016[3].

Os dados condensados (1996 a 2022), confirmaram que a mortalidade infantil foi maior entre meninos, no período neonatal precoce (até sete dias de vida), em especial nas regiões Norte e Nordeste. A região Nordeste foi a região com a taxa mais elevada, de 18,88 óbitos/1000 NV, e a região Sul com a menor taxa com 13,28 óbitos/1000/NV. A região Norte teve a TMI similar à do Nordeste, com 18,41 óbitos/1000/NV, a região Centro-Oeste teve taxa de 15,09 óbitos/1000/NV e a região Sudeste 14,91 óbitos/1000/NV[3].

Por outro lado, a razão de mortalidade materna (RMM) no Brasil expõe um panorama substancialmente mais complexo e eivado de desafios estruturais. Embora o indicador tenha registrado uma redução de cerca de 49% entre os anos de 1990 e 2019, caindo de 111,4 para 62,1 óbitos por 100 mil/NV[4], os progressos históricos sofreram um severo retrocesso com a pandemia de Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). No ano de 2020 o índice saltou para 74,7 óbitos por 100 mil/NV e atingiu o ápice crítico de 100,9 óbitos por 100 mil/NV em 2021[5].

Apesar de o país ter iniciado uma trajetória de recuperação assistencial em 2022[5], com a taxa recuando para 57,7 óbitos por 100mil/NV[5], os avanços ainda se mostram insuficientes para o cumprimento integral das metas ideais pactuadas com os organismos internacionais de saúde, a meta 3.1 do 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas estipulada ao Brasil era de até 30 óbitos por 100mil/NV até 2030[5].

A análise temporal da RMM (1990-2022)[4,5], demonstrou que o indicador não apresentou redução homogênea nas regiões brasileiras, tendo as regiões Norte e Nordeste os menores índices de redução[5]. O aumento do indicador da RMM marcou-se por uma transição nas causas de morte, em que as complicações obstétricas indiretas (doenças crônicas agravadas pelo ciclo gravídico) e os quadros hipertensivos da gestação apontam como os principais focos de letalidade, reforçando a urgência em qualificar de forma equânime a assistência pré-natal e o cuidado puerperal[4,5].

Iniciativas voltadas à qualificação da assistência obstétrica e neonatal ganharam maior relevância institucional, destacando-se o projeto "Nascer no Brasil", desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que consolidou base científica sobre a assistência à saúde da mulher e do recém-nascido no país[6]. A iniciativa contribuiu para a produção de evidências sobre acesso, qualidade do cuidado e desigualdades regionais, fortalecendo a formulação de políticas públicas direcionadas à saúde materno-infantil.

No plano internacional, organismos vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU), especialmente a World Health Organization (WHO), o United Nations Children's Fund (UNICEF) e o grupo Interinstitucional das Nações Unidas para Estimativa da Mortalidade Infantil (UN IGME)[7], têm apontado avanços significativos nas últimas décadas, embora persistam profundas desigualdades regionais e socioeconômicas. Em 2022, a mortalidade de crianças menores de cinco anos alcançou o menor índice histórico global, estimado em aproximadamente 4,9 milhões de óbitos, resultado associado à ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente ao acompanhamento pré-natal, à assistência obstétrica e neonatal e às políticas de imunização e atenção primária à saúde[8].

A proteção à saúde materna e infantil encontra fundamento jurídico no art. 196 da Constituição Federal[9], que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Atenção Primária à Saúde

(APS) desempenha função estratégica na prevenção de agravos, no acompanhamento pré-natal e puerperal, na assistência à criança e na promoção do cuidado integral à gestante e ao recém-nascido. Todavia, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) represente um dos maiores sistemas públicos universais do mundo, persistem assimetrias regionais relacionadas à capacidade administrativa municipal, à disponibilidade de serviços especializados e à implementação de políticas sanitárias localizadas, especialmente nos municípios amazônicos[10].

A partir de 2019, o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria GM/MS nº 2.979[11], de 12 de novembro de 2019, passou a reestruturar o modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde, instituindo critérios baseados em capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas. Entre os indicadores de desempenho estabelecidos pelo programa, destacam-se aqueles relacionados à saúde materno-infantil, especialmente o acompanhamento pré-natal, a realização de exames essenciais durante a gestação e a cobertura de atendimento à mulher e à criança[12]. O Previne Brasil passou a funcionar, não apenas como mecanismo de financiamento, mas também como instrumento indutor de políticas públicas municipais voltadas à qualificação da assistência básica e ao fortalecimento dos indicadores sanitários[12].

O Programa Previne Brasil foi descontinuado pela Portaria GM/MS nº 3.493[13], de 10 de abril de 2024, que instituiu o Programa Saúde Brasil e alterou a metodologia de financiamento da saúde pública brasileira, entretanto, as regras de financiamento das políticas públicas voltadas ao pré-natal só foram regulamentadas em 29 de abril de 2025 pela Portaria GM/MS nº 6.907[14]. O programa Saúde Brasil não será abordado neste estudo, uma vez que os dados do Programa Nascer Urumajó analisados (2023-2024) utilizaram os indicadores do Programa Previne Brasil.

O município de Augusto Corrêa, localizado na região de integração do Caeté, no Estado do Pará, insere-se nesse contexto. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possuía população estimada em 47.912 habitantes em 2025[15], apresentando Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,520[15] e Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM) de 0,3515[16], considerado de desenvolvimento crítico pela metodologia da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN).

Os indicadores sociais e econômicos locais refletem diretamente na organização das políticas públicas de saúde. Os dados do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT/SVSA)[17], indicou que o município de Augusto Corrêa registrou um total de 40 óbitos[18], por residência, de perfil infantil, por causas evitáveis entre 2019 e 2024[17]. A distribuição anual dos casos revela uma tendência de queda no período, registrando 9 óbitos em 2019[17], 9 em 2020[17], 7 em 2021[17], 8 em 2022[17], 4 em 2023[17] e 3 em 2024[17]. Essa série histórica foi levantada a partir da categoria de notificação de óbitos infantis e fetais, considerando o parâmetro "Todos" para as variáveis de local de ocorrência e óbito atestado por raça/cor e sexo[17]. Os riscos mais elevados de perda gestacional ou morte neonatal estão associados a: desigualdade racial (filhos de gestantes pretas, pardas e indígenas possuem maior risco), vulnerabilidade e segregação urbana (áreas com menor investimento em saúde e infraestrutura) e baixa escolaridade e pobreza[2].

Os dados do Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, também do DAENT/VISA[18], registrou que no município houve 6 óbitos maternos entre os anos de 2019 e 2024[18]. A evolução cronológica do período aponta a ocorrência de 3 óbitos em 2019[18], nenhum em 2020[18], 1 em 2021[18], 1 em 2022[18], nenhum em 2023[18] e 1 óbito em 2024[18], o número de óbitos foi filtrado pelo indicador

'materno declarado' dentro da categoria de notificação de óbitos de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, com o parâmetro “Todos” selecionado para as variáveis de local de ocorrência e óbito atestado por e raça/cor[18].

Tal cenário evidencia as dificuldades enfrentadas pela gestão municipal na consolidação de políticas sanitárias estruturadas voltadas à saúde materno-infantil, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades sociais, limitações institucionais e baixa capacidade operacional da rede pública de saúde. Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde de Augusto Corrêa desenvolveu, em 2022, o Programa Municipal Nascer Urumajó, posteriormente institucionalizado pela Lei Municipal nº 1.994/2023[19]. O programa foi concebido como política pública permanente voltada à qualificação da assistência pré-natal e ao fortalecimento da saúde materno-infantil no âmbito da Atenção Primária à Saúde, observando as especificidades territoriais e sociais da região amazônica. A iniciativa buscou ampliar o acesso aos serviços básicos, qualificar o acompanhamento gestacional e contribuir para a melhoria dos indicadores sanitários vinculados à saúde da mulher e da criança.

Este artigo tem como objetivo analisar o Programa Municipal Nascer Urumajó como política pública de atenção básica em saúde materno-infantil implementada na região Norte, a partir da evolução dos indicadores do Programa Previne Brasil no período de 2022 a 2024, com vistas a verificar seus impactos na qualificação da assistência pré-natal e seu potencial de replicabilidade em outros municípios amazônicos.

Metodologia

Trata-se de pesquisa aplicada que adota o método indutivo com abordagem quanti-qualitativa com estratégia de estudo de caso. Adota-se o método indutivo, na medida em que a pesquisa parte da análise empírica de um caso concreto — o Programa Nascer Urumajó — e da evolução de indicadores de desempenho em saúde no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), para, a partir desses achados, lançar a hipótese de replicabilidade da política pública em contextos similares[20,21].

A revisão bibliográfica foi estruturada a partir de levantamento sistemático da literatura em bases de dados científicas e jurídicas amplamente reconhecidas, incluindo *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Google Scholar* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A estratégia de busca foi orientada por palavras-chave previamente definidas, em português e inglês, relacionadas aos eixos centrais da investigação, tais como “direito sanitário”, “políticas públicas de saúde”, “atenção básica”, “saúde materno-infantil”, “capacidade estatal” e “arranjos jurídico-institucionais”.

Na etapa de identificação, foram localizados quatro registros na SciELO e 30 registros no *Google Scholar*, não tendo sido identificados resultados na BVS. Na fase de triagem, procedeu-se à análise de títulos e resumos, seguida, quando necessário, de leitura exploratória dos textos completos. Como critérios de exclusão, adotaram-se: (i) ausência de aderência temática ao objeto da pesquisa; (ii) abordagem parcial dos eixos analíticos sem articulação entre direito sanitário, políticas públicas e saúde materno-infantil; e (iii) duplicidade de registros.

Ao final dessa etapa, os registros identificados foram excluídos, evidenciando a baixa incidência, nas bases generalistas, de estudos que articulem de modo integrado os recortes teóricos propostos, o que indica um estudo inovador.

Na etapa de elegibilidade, optou-se pela seleção dirigida de periódicos científicos com reconhecida inserção nas áreas do direito, saúde coletiva e políticas públicas, considerando critérios

como: (i) classificação em estratos de periódicos Qualis/CAPES “A” e “B”, no quadriênio de 2021-2024, além do fator de impacto; (ii) indexação em bases consolidadas; (iii) existência de corpo editorial e avaliação por pares; e (iv) afinidade temática com os eixos da investigação.

Ao final deste processo, o resultado indicou a necessidade de refinamento da estratégia metodológica, com redirecionamento da busca para fontes especializadas e teoricamente qualificadas. Com base nesses parâmetros, foram selecionados os periódicos: Cadernos de Saúde Pública (A1), Revista de Saúde Pública (A1), Revista de Direito da Cidade (A2), Revista de Informação Legislativa (A2), Revista Estudos Institucionais (A2), Saúde e Sociedade (A2), Revista Estado y Políticas Públicas (A3), Revista de Direito Público (A4), Caderno Ibero-americano de Direito Sanitário (B1), Revista Enfermagem Contemporânea (B1), Revista Campo de Pública: conexões e experiências (B4).

A partir da busca finalizada nos periódicos, foram selecionados os artigos cujos teóricos fundamentaram os eixos desta pesquisa. Para o estudo do direito sanitário municipal e da teoria geral do direito sanitário, a base teórica apoiou-se em Lenir Santos[22] e Fernando Mussa Aith[23]. No tocante ao direito fundamental à saúde, mobilizaram-se as contribuições de Sueli Dallari[24] e Krishina Day Ribeiro[25]. Quanto à saúde materno-infantil, com enfoque na parentalidade e nos laços afetivos, adotaram-se os estudos de Brazelton[26] e Bowlby[27]. Por fim, o eixo sobre arranjos jurídico-institucionais foi fundamentado por Márcio Iorio Aranha[28], Isabela Ruiz e Maria Paula Dallari Bucci[29].

A unidade de análise empírica**,** enquanto estudo de caso, foi delimitado pela política pública de saúde básica denominada Programa Nascer Urumajó, no município de Augusto Corrêa, estado do Pará, no período compreendido entre 2022 e 2024. A coleta dos dados empíricos foi realizada a partir do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, base oficial, do Ministério da Saúde (https://sisab.saude.gov.br/) que disponibiliza informações públicas e secundárias relativas ao desempenho das equipes de Atenção Primária.

Foram localizados 1843 registros de gestantes participantes do Programa Nascer Urumajó e consultadas informações sobre desempenho do pré-natal definidos no âmbito do financiamento federal da atenção primária, notadamente aqueles instituídos pelo Programa Previne Brasil e posteriormente incorporados à metodologia do Programa Saúde Brasil. Os indicadores utilizados na política pública são: (I) a proporção de gestantes com, no mínimo, seis consultas de pré-natal realizadas, com início até a 12ª semana de gestação; (II) a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV e; (III) a proporção de gestantes com atendimento odontológico durante a gestação. Esses indicadores foram examinados de forma comparativa e evolutiva, considerando os quadrimestres do período analisado.

A unidade de análise adotada abrangeu, em nível agregado, o município, e, em nível desagregado, as 21 Estratégias Saúde da Família (ESF), permitindo captar tanto a evolução global dos indicadores quanto as variações internas entre as unidades responsáveis pela execução da política pública, distribuídas de forma a cobrir tanto a sede quanto as áreas interioranas. O Cadastrado Nacional de Estabelecimentos em Saúde estabelece que na área urbana, o atendimento à população é garantido por seis unidades, sendo elas: ESF Sede, ESF São João, ESF Cidade Nova, ESF Pratiaçú, ESF Lírios e ESF São Benedito[30].

Por sua vez, a zona rural apresenta uma capilaridade maior para atender às especificidades do território, subdividindo-se em unidades de terra firme e áreas de rios. O atendimento voltado às populações ribeirinhas concomitante às populações rurais é realizado por quatro estratégias: ESF Nova

Olinda I, ESF Zé Castor, ESF Arai e ESF Perimirim. Já as demais localidades rurais são assistidas pelas ESF Nova Olinda II, ESF Santa Maria, ESF Itapixuna, ESF Vila Verde, ESF Aturiaí I, ESF Patal, ESF Aturiaí II e ESF Trevinho. Vale destacar que algumas destas unidades rurais contam com estruturas de apoio integradas, como é o caso da ESF Vila Nova, da ESF Buçu e da ESF Travessa do Dez[30].

A pesquisa observou os princípios éticos aplicáveis, uma vez que utilizou exclusivamente dados secundários, de acesso público ou fornecidos institucionalmente pelo município, sem identificação individualizada das participantes da política pública, em conformidade com as normas de transparência e proteção de dados vigentes.

O tratamento dos dados seguiu abordagem quantitativa de natureza descritiva, com ênfase na análise comparativa. A construção de séries evolutivas permitiu examinar a trajetória dos indicadores de saúde materno-infantil, viabilizando a leitura dinâmica dos resultados e subsidiando a posterior interpretação qualitativa à luz das categorias analíticas adotadas, em consonância com a estratégia metodológica de caráter indutivo.

As categorias analíticas foram construídas a partir da interação entre o referencial teórico e os achados empíricos, destacando-se: (i) capacidade estatal municipal; (ii) arranjos jurídico-institucionais; (iii) desempenho em indicadores de saúde; e (iv) replicabilidade de políticas públicas em contextos de vulnerabilidade territorial.

Resultados e discussão

Evolução dos indicadores da política pública municipal Programa Nascer Urumajó nos anos de 2023 a 2024

O Programa Nascer Urumajó foi projetado a fim de cumprir com os indicadores instituídos pelo Previne Brasil até dezembro de 2024, o qual contém três indicadores de avaliação em saúde para o pré-natal. O primeiro indicador mede a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação[31]; o segundo, verifica a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV[31] e o terceiro indicador atesta a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado[31].

Os três indicadores federais foram a base para a formulação da Lei Municipal nº 1.994/2023[19], a criação de uma política organizada propiciou as ESF um direcionamento qualificado que estabeleceu um vínculo entre as equipes multiprofissionais e as gestantes que impactou diretamente nos indicadores do município.

O avanço da política municipal é mensurado através da evolução histórica dos indicadores do Previne Brasil, atualmente, transicionando para metodologia Saúde Brasil. Abaixo, apresenta-se a análise comparativa entre o período pré-implementação/início em 2022 e o cenário atual consolidado em 2024, comprovando a melhora substancial dos índices, com os dados dos quadrimestres extraídos do Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)[31].

Tabela 1. Quantitativo em % do 1º indicador do Previne Brasil: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação

	ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA	2022			2023			2024		
		Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)
1	ESF BUÇU	**70**	**33**	**60**	**70**	**67**	**90**	**67**	**38**	**93**
2	ESF NOVA OLINDA II	**13**	**25**	**44**	**100**	**80**	**75**	**60**	**57**	**92**
3	ESF ARAI	**0**	**14**	**45**	**71**	**55**	**100**	**82**	**90**	**91**
4	ESF ZÉ CASTOR	**0**	**23**	**21**	**58**	**38**	**67**	**36**	**35**	**81**
5	ESF PATAL	**5**	**24**	**39**	**56**	**67**	**55**	**60**	**40**	**79**
6	ESF CIDADE NOVA	**71**	**65**	**67**	**82**	**50**	**62**	**86**	**71**	**78**
7	ESF PRATIAÇU	**17**	**33**	**64**	**82**	**25**	**55**	**69**	**100**	**76**
8	ESF VILA VERDE	**75**	**80**	**63**	**50**	**67**	**60**	**75**	**40**	**75**
9	ESF VILA NOVA	**0**	**0**	**0**	**67**	**40**	**50**	**31**	**38**	**75**
10	ESF LÍRIOS	**41**	**23**	**63**	**54**	**40**	**83**	**87**	**79**	**74**
11	ESF SÃO JOÃO	**36**	**55**	**44**	**85**	**93**	**64**	**58**	**80**	**73**
12	ESF ITAPIXUNA	**24**	**12**	**48**	**58**	**71**	**35**	**50**	**60**	**71**
13	ESF SEDE	**43**	**62**	**64**	**65**	**62**	**70**	**67**	**75**	**69**
14	ESF SANTA MARIA	**11**	**0**	**67**	**100**	**89**	**78**	**57**	**75**	**67**
15	ESF PERIMIRIM	**25**	**33**	**33**	**75**	**71**	**80**	**50**	**25**	**67**
16	ESF ATURIAÍ II	**40**	**36**	**54**	**50**	**50**	**69**	**86**	**80**	**64**
17	ESF ATURIAÍ I	**0**	**9**	**40**	**50**	**47**	**50**	**53**	**50**	**64**
18	ESF NOVA OLINDA I	**29**	**33**	**22**	**0**	**25**	**71**	**50**	**75**	**50**
19	ESF TREVINHO	**0**	**0**	**0**	**75**	**57**	**75**	**78**	**60**	**50**
20	ESF SÃO BENEDITO	**73**	**75**	**50**	**69**	**82**	**87**	**50**	**75**	**45**
21	ESF TRAVESSA DO DEZ	**38**	**0**	**33**	**56**	**36**	**60**	**78**	**57**	**44**
NOTA GERAL DO MUNICÍPIO DE AUGUSTO CORRÊA (0-100)		**26**	**33**	**48**	**66**	**56**	**66**	**53**	**45**	**72**

Fonte: Adaptado do painel de indicadores do SISAB[31].

O primeiro indicador analisa a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas, 1ª até a 12ª semana[31], com a medição da captação precoce e a longitudinalidade do cuidado, observado na Tabela 1, o município apresentava índices críticos. No 1º quadrimestre (Q1) de 2022, a média municipal era de apenas 26%[31], sendo que as ESF Vila Nova, ESF Araí e ESF Zé Castor detinham nota zero. Após a implementação do Programa Nascer Urumajó houve um aumento no cumprimento do indicador, no Q3 de 2024 a média municipal atingiu 72%, unidades que antes tinham desempenho nulo, como a ESF Vila Nova, alcançaram 75%[31], outras, como ESF Buçu e ESF Nova Olinda II, atingiram picos acima de 90%[31].

Tabela 2. Quantitativo em % do 2º indicador do Previne Brasil: proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

	ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA	2022			2023			2024		
		Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)
1	ESF VILA VERDE	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
2	ESF SÃO BENEDITO	**91**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
3	ESF SEDE	**86**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
4	ESF PERIMIRIM	**88**	**93**	**89**	**100**	**100**	**93**	**100**	**100**	**100**
5	ESF BUÇU	**80**	**89**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
6	ESF ITAPIXUNA	**82**	**82**	**100**	**100**	**100**	**94**	**100**	**100**	**100**
7	ESF PRATIAÇU	**67**	**100**	**82**	**100**	**95**	**91**	**92**	**100**	**100**
8	ESF SÃO JOÃO	**36**	**91**	**100**	**92**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
9	ESF ARAI	**83**	**43**	**91**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
10	ESF NOVA OLINDA I	**47**	**58**	**89**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
11	ESF ATURIAÍ I	**82**	**45**	**80**	**80**	**94**	**100**	**94**	**100**	**100**
12	ESF ZÉ CASTOR	**50**	**38**	**89**	**92**	**90**	**100**	**100**	**100**	**100**
13	ESF NOVA OLINDA II	**29**	**56**	**78**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
14	ESF CIDADE NOVA	**90**	**100**	**95**	**100**	**100**	**97**	**100**	**94**	**100**
15	ESF PATAL	**70**	**94**	**100**	**100**	**89**	**100**	**100**	**93**	**100**
16	ESF LÍRIOS DO VALE	**100**	**77**	**94**	**92**	**100**	**100**	**100**	**93**	**95**
17	ESF VILA NOVA	**0**	**0**	**100**	**100**	**100**	**100**	**92**	**100**	**94**
18	ESF ATURIAÍ II	**80**	**79**	**85**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**86**
19	ESF TRAVESSA DO DEZ	**88**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**81**
20	ESF SANTA MARIA	**33**	**50**	**100**	**100**	**100**	**89**	**100**	**100**	**78**
21	ESF TREVINHO	**0**	**0**	**0**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**50**
NOTA GERAL DO MUNICÍPIO DE AUGUSTO CORRÊA (0-100)		**56**	**79**	**94**	**98**	**97**	**98**	**83**	**74**	**96**

Fonte: Adaptado do painel de indicadores do SISAB[31].

O segundo indicador verifica a proporção de gestantes com exames para Sífilis e HIV[31], mede a eficácia no rastreamento de infecções verticalmente transmissíveis. Em 2022, a média municipal no Q1 era de 56%[31], ESFs como Trevinho e Vila Nova não registravam dados, em 2024 houve a universalização da testagem e a média municipal no Q3 de 2024 alcançou 96%[31]. A grande maioria das unidades, incluindo as de zona rural como ESF Vila Verde e ESF Buçu, mantiveram 100%[31] de cobertura em diversos quadrimestres de 2024.

Tabela 3. Quantitativo em % do 3º indicador do Previne Brasil: proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado

	ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA	2022			2023			2024		
		Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)
1	ESF NOVA OLINDA I	**7**	**42**	**67**	**90**	**88**	**86**	**100**	**100**	**100**
2	ESF NOVA OLINDA II	**29**	**56**	**100**	**83**	**87**	**75**	**100**	**100**	**100**
3	ESF VILA NOVA	**0**	**0**	**100**	**67**	**80**	**83**	**100**	**100**	**100**
4	ESF SEDE	**100**	**100**	**100**	**95**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
5	ESF SANTA MARIA	**89**	**100**	**100**	**100**	**89**	**100**	**100**	**88**	**100**
6	ESF SÃO JOÃO	**71**	**82**	**89**	**77**	**100**	**100**	**95**	**87**	**100**
7	ESF ITAPIXUNA	**65**	**82**	**95**	**100**	**94**	**82**	**100**	**80**	**100**
8	ESF CIDADE NOVA	**90**	**100**	**95**	**59**	**71**	**94**	**90**	**76**	**100**
9	ESF VILA VERDE	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**80**	**100**	**60**	**100**
10	ESF PRATIAÇU	**8**	**25**	**36**	**36**	**40**	**77**	**69**	**100**	**94**
11	ESF ZÉ CASTOR	**25**	**62**	**95**	**100**	**71**	**60**	**100**	**85**	**94**
12	ESF ATURIAÍ I	**18**	**55**	**93**	**80**	**95**	**90**	**88**	**100**	**93**
13	ESF BUÇU	**80**	**78**	**87**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**93**
14	ESF PATAL	**60**	**65**	**94**	**81**	**100**	**91**	**93**	**93**	**93**
15	ESF ARAI	**50**	**71**	**100**	**100**	**100**	**100**	**91**	**100**	**91**
16	ESF LÍRIOS	**88**	**77**	**94**	**92**	**93**	**100**	**93**	**93**	**89**
17	ESF PERIMIRIM	**75**	**87**	**89**	**75**	**88**	**93**	**93**	**75**	**89**
18	ESF ATURIAÍ II	**20**	**43**	**69**	**50**	**64**	**69**	**100**	**100**	**86**
19	ESF SÃO BENEDITO	**91**	**92**	**88**	**100**	**100**	**93**	**75**	**92**	**82**
20	ESF TRAVESSA DO DEZ	**88**	**100**	**100**	**100**	**93**	**87**	**100**	**71**	**81**
21	ESF TREVINHO	**0**	**0**	**0**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**50**
NOTA GERAL DO MUNICÍPIO DE AUGUSTO CORRÊA (0-100)		**50**	**75**	**89**	**88**	**86**	**88**	**79**	**66**	**93**

Fonte: Adaptado do painel de indicadores do SISAB[31].

O terceiro indicador retrata a proporção de gestantes com atendimento odontológico[31], com a medida da integralidade do cuidado da saúde bucal na gestação. Em 2022, a cobertura era somente de 50% no Q1, com ESF Trevinho e Vila Nova sem pontuar nenhum quantitativo no indicador[31]. Em 2024, a média municipal passou para 93% no Q3[31]. O incentivo do Programa Nascer Urumajó o qual determinou a consulta odontológica como requisito obrigatório para o enxoval, foi fundamental para fortalecimento no cumprimento do indicador, a ESF Sede e a ESF Santa Maria cumpriram com 100% de suas obrigações[31].

Os resultados observados no período analisado, 2022-2024[31], apontam evolução expressiva: o 1º indicador do Previne Brasil: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação passou de 26% para 72%; o 2º indicador do Previne Brasil: proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV foi de 56% para 96% e o 3º indicador do Previne Brasil: proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado foi de 50% para 93%, sinalizando não apenas melhora quantitativa, mas a consolidação de uma lógica de

gestão orientada por evidências, com potencial de otimizar a alocação de recursos, qualificar a programação das equipes e elevar a capacidade de resposta do sistema local.

O aumento no cumprimento dos indicadores do Previne Brasil e do pré-natal municipal consagra a força que a construção de uma política pública em saúde estruturada impacta na vida dos usuários do SUS. A execução do Programa com arranjos de fluxos, uma rede multiprofissional integrada[19] proporcionou aumento do repasse federal à Secretaria Municipal de Saúde e do município de Augusto Corrêa. As boas práticas aplicadas na esfera da saúde pública municipal fomentaram, de 2022 a 2024, um aumento na transferência do fundo nacional de saúde ao fundo municipal de saúde de R$ 15.190.000,00 para R$ 30.110.000,00, conforme painel do InvestSUS[31].

A análise dos dados extraídos do SISAB[33] evidencia a eficácia da política Nascer Urumajó na reversão de vazios assistenciais e na qualificação do cuidado materno-infantil.

Direito sanitário e Sistema Único de Saúde: Política de Atenção Básica para Assistência Pré-Natal e à Saúde Materno-Infantil e a capacidade estatal municipal

As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada sob a forma de um Sistema Único, orientado por três diretrizes estruturantes conforme o art. 7º e seg. da Lei nº 8.080/90: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo das assistenciais; e III. Participação da comunidade.

Essas diretrizes conformam um modelo de direito sanitário que pretende combinar coordenação federativa, racionalidade administrativa e controle social, constituindo o núcleo normativo do SUS. As responsabilidades para a aplicação dessas ações e serviços estão divididas entre os vários níveis de governo e seus órgãos, seguindo o referencial de Krishina Ribeiro e Taissa Damasceno[34], além de Campos[35].

Já nos primeiros anos de consolidação constitucional do direito à saúde, Sueli Gandolfi Dallari[24] advertia que sua efetividade não poderia ser reduzida à mera criação de serviços ou à expansão quantitativa da oferta assistencial. Ao contrário, exigiria a construção de uma arquitetura jurídica própria, capaz de amparar, proteger e promover a saúde coletiva de forma contínua e estruturada. Tamanha advertência da autora permanece atual à medida em que essa construção institucional segue marcada por assimetrias federativas territoriais, especialmente evidentes em contextos periféricos e vulneráveis do país como ocorre nos municípios amazônicos.

No âmbito federativo, as políticas públicas de saúde revelam uma tensão estrutural entre a repartição constitucional de competências e a efetiva materialização das ações diante das restrições fiscais[24]. Na dimensão estatal, o município, ente constitucionalmente competente para a execução direta das ações de saúde básica, sendo o espaço institucional em que se manifesta, de forma mais aguda, a contraposição entre a vulnerabilidade das populações atendidas e a capacidade estatal disponível para responder a essas demandas.

A Política de Atenção Básica para Assistência Pré-Natal à Saúde Materno-Infantil[36] atua sobre a vulnerabilidade porque consiste em oferecer cuidado para grávidas, puérperas e crianças em seus primeiros meses de vida[36]. Por isso que um dos principais objetivos do Ministério da Saúde é qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil[36].

Portanto, a ordenação em termos de segurança jurídica deve estar alinhada ao fluxo interno de procedimentos estatal. Esta combinação é importante para a disseminação de hábitos que contribuam para saúde do bebê; para a identificação de fatores de risco e formulação de estratégias de prevenção baseadas em evidências epidemiológicas e tratamentos de morbidades[36].

Como o pré-natal é uma fase essencial no cuidado com a saúde durante a gravidez, o acompanhamento contínuo por profissionais de saúde, possibilita a identificação precoce de fatores de risco que possam comprometer a saúde da gestante e do bebê. Além de proporcionar orientações fundamentais sobre os cuidados necessários e os possíveis riscos desse período, garantindo maior segurança para a mãe e o recém-nascido[36].

No Brasil, aproximadamente metade das gestantes realiza mais de seis consultas pré-natais, enquanto, nas regiões Norte e Nordeste, esse percentual é de cerca de 40%[37]. O Ministério da Saúde recomenda um mínimo de seis consultas durante a gestação, com a primeira ocorrendo no primeiro trimestre e consultas mensais até a 34ª semana[36]. Apesar dos desafios, estudos apontam que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil supera 90%[37], com mais de 75%[36] das gestantes iniciando o acompanhamento antes da 16ª semana, evidenciando o impacto positivo dessa política na promoção da saúde materno-infantil[37].

Na região Norte, a dispersão geográfica, as dificuldades de transporte e comunicação, além da carência de profissionais especializados, ampliam os obstáculos para o monitoramento e a execução dos indicadores na implementação da saúde – como ocorre nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais[38].

A consolidação do direito sanitário como campo jurídico autônomo no Brasil deve-se, em grande medida, à contribuição de juristas como Lenir Santos[22] e Fernando Aith[23], que há décadas sustentam a necessidade de solidificar os estudos sobre o direito específico voltado à saúde coletiva. Essa vertente teórica compreende o direito sanitário como um ramo transversal do direito público, responsável por estruturar juridicamente as políticas de saúde, disciplinar competências, definir responsabilidades interfederativas e assegurar a realização dos princípios constitucionais do SUS[22, 23].

As contribuições de Ohlweiler[39], ao se preocupar com a história social do poder de polícia, o autor argumenta que a atuação estatal em saúde não pode limitar-se a uma lógica meramente normativa ou de controle, devendo incorporar uma dimensão sociojurídica capaz de reconhecer os diferentes contextos de vulnerabilidade e os efeitos desiguais das medidas sanitárias sobre determinados grupos populacionais.

Na perspectiva de Ohlweiler[39], o poder de polícia sanitário se apresenta como instrumento de proteção da saúde coletiva, especialmente em contextos de vulnerabilidade e emergência, sob o enfoque dos direitos humanos. Assim, o poder de polícia em saúde passa a ser compreendido não apenas como limite às liberdades individuais, mas como instrumento de promoção da justiça social, de redução de desigualdades e de qualificação das respostas institucionais em cenários de crise sanitária.

Ao se perceber o protagonismo do município na realização do direito sanitário municipal, a capacidade estatal, também conhecida como *governig capacities*, se refere às habilidades dos entes federativos no que tange as escolhas e a definição de estratégias para alocação e gestão eficiente dos recursos, mobilização e contribuição da população para com a gestão[40]. Definida como *policy capacity*, um conjunto de competências e recursos imprescindíveis para a implantação de políticas públicas pelo governo[40].

Para Menicucci[41], a implementação de política pública envolve um processo de adaptação diante das modificações constantes decorrentes da própria autonomia do poder público no processo

decisório. Betranou[42] alinha-se ao referencial ao afirmar que a capacidade estatal não implica somente nos fins produzidos, está também associada às condições necessárias e satisfatórias que possibilitem atingir os resultados esperados.

A APS é a principal porta de entrada do SUS e exerce papel estratégico na garantia do acesso universal e da integralidade do cuidado. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.436/2017[43], constitui o principal marco normativo da Atenção Básica, ao revisar suas diretrizes e reafirmar sua função como ordenadora das redes de atenção à saúde e porta de entrada preferencial do SUS.

O SISAB, sistema oficial de informação da Atenção Básica para fins de financiamento, monitoramento e adesão aos programas e estratégias da PNAB, mostra um avanço na padronização, na confiabilidade e na utilização estratégica dos dados em saúde no âmbito da atenção primária. O sistema objetiva qualificar a gestão da informação em saúde, por meio da automação de processos, da melhoria da infraestrutura tecnológica e do aperfeiçoamento dos processos de trabalho das equipes de Atenção Básica, fortalecendo a capacidade de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas nos territórios[44].

A instituição do Programa Previne Brasil, por meio da Portaria nº 2.979/2019, modificou o modelo de financiamento da APS, ao substituir o critério estritamente *per capita* por um modelo baseado no cadastro da população, no desempenho em indicadores específicos e no incentivo a ações estratégicas. Posteriormente atualizada de 2024 e 2025, passou a vincular parte significativa dos repasses federais ao cumprimento de metas relacionadas ao acesso, à qualidade e à resolutividade da atenção primária, fortalecendo a transparência e a responsabilização na gestão da saúde[45].

Ao estabelecer sete indicadores nacionais de desempenho, o Previne Brasil reforça a centralidade da capacidade estatal municipal e dos arranjos institucionais locais para a efetivação do direito à saúde, evidenciando que a sustentabilidade do SUS depende, em larga medida, da articulação entre financiamento, governança e institucionalidade no nível local[28].

Política Pública de Atenção Básica para Assistência Pré-Natal e à Saúde Materno-Infantil: o Programa Nascer Urumajó e a Lei Municipal nº 1.994/2023 no município de Augusto Corrêa

O Programa Nascer Urumajó é uma política pública sanitária do município de Augusto Corrêa/PA que realiza ações para acesso a um pré-natal de qualidade que garanta uma gravidez saudável e um parto seguro. O programa teve iniciou em 2022, quando o município registrou 14 óbitos evitáveis em menores de cinco anos[46] e constatou-se a ausência de uma política estruturada de acompanhamento do pré-natal resultava em monitoramento inadequado das gestantes e na não identificação de casos de mortalidade evitável.

Com o avanço dessa política pública, a iniciativa foi institucionalizada pela Lei Municipal nº 1.994/2023[19]. Esta legislação municipal, alinhada aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável[7], instituiu no município, o incentivo ao pré-natal seguro, através do programa "Nascer Urumajó", que se constitui em uma ação de política pública para a consolidação do direito a uma gravidez saudável e a um parto seguro.

O Programa Nascer Urumajó tem como objetivo definido, no do art. 4º da Lei Municipal, garantir a promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional no decorrer da gestação através da assistência humanizada e de qualidade. O objetivo é fundamental para a saúde materna e neonatal, através da execução de ações de monitoramento da gestação e estimular a realização de todos os

exames, a fim de diminuir as intercorrências evitáveis durante o pré-natal e garantir o cumprimento dos requisitos básicos para assistência pré-natal, conforme preconização do Ministério da Saúde e atingir as metas estabelecidas pelo Programa Previne Brasil[45].

Estas unidades possibilitam atendimento à saúde da mulher no pré-natal e puerpério de forma qualificada e contínua, atuando de forma a prevenir mortes maternas, aborto, natimortalidades, óbitos neonatais e sequelas de intercorrências ocorridas no ciclo grávido-puerperal.

O Programa também conta com um protocolo integrado[47] que dispõe sobre a forma que toda Estratégia da Saúde da Família (ESF) deve seguir para garantir que a política do pré-natal seja atendida. A operacionalização estrutura-se através de uma rede multiprofissional integrada, cujas competências são definidas legalmente e normatizadas por protocolos clínicos municipais[20,49], cabendo a Gestão Municipal a garantia da dotação orçamentária e articulação intersetorial necessária para a sustentabilidade da política[30,48], à Coordenação da Atenção Básica incube o monitoramento contínuo dos indicadores e a organização dos fluxos regulatórios, especialmente para o manejo do alto risco obstétrico[30,48].

Na ponta assistencial, médicos e enfermeiros são responsáveis pela execução longitudinal do cuidado, garantindo o mínimo de sete consultas intercaladas, a estratificação de risco gestacional e a prescrição de profilaxias mandatórias[19]. A integralidade do cuidado é reforçada pela atuação dos cirurgiões-dentistas, com a exigência de três consultas trimestrais focadas na prevenção de focos infecciosos, e pela equipe multiprofissional (nutricionistas e psicólogos), acionada conforme critérios de vulnerabilidade clínica ou social[19].

O suporte operacional é garantido pelos técnicos de enfermagem na triagem e vacinação, e pelos agentes comunitários de saúde (ACS), fundamentais na captação precoce e busca ativa[19]. Por fim, a intersetorialidade concretiza-se na parceria com a Assistência Social (SEMAS) para a logística de incentivos do programa[19,47].

O Programa traz uma novidade para a política do pré-natal, a possibilidade de a grávida ganhar um enxoval enquanto uma estratégia de incentivo para que a grávida cumpra como todos os requisitos que dispõe a política do pré-natal municipal como determina o art. 6º da Lei[19]. A título de incentivo, são concedidas uma bolsa padrão bebê como brinde, ao final da gestação às gestantes que, salvos casos excepcionais e que sejam devidamente comprovados, de forma documental, junto ao requerimento que justifiquem seu descumprimento[19].

A arquitetura deste Programa atende às exigências do modelo de financiamento federal Saúde Brasil de 2025, antecipando o cumprimento de metas críticas de desempenho[32,47]. O requisito de captação precoce (Meta A) é atendido pela exigência legal de início do pré-natal até a 12ª semana para elegibilidade ao benefício do enxoval, a longitudinalidade do cuidado (Meta B) é assegurada pela obrigatoriedade de, no mínimo, sete consultas intercaladas entre médico e enfermeiro[31,32,47], os monitoramentos clínicos de pressão arterial e antropometria (Metas C e D) estão integrados aos protocolos de triagem e consulta clínica em todas as visitas[32,42].

No âmbito da vigilância laboratorial e imunológica (Metas F, G e H), a política impõe a realização de testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites nos trimestres preconizados e a vacinação da tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa) como condicionalidades para a permanência no programa[32,47]. Além disso, o programa supera as metas nacionais de saúde bucal (Meta K), exigindo três consultas odontológicas ao invés de apenas uma atividade educativa. A continuidade do cuidado no puerpério (Metas I e J) é garantida por protocolos de retorno precoce e visitas domiciliares de apoio

à amamentação[32,47].

Políticas públicas como arranjos jurídico-institucionais: da modelagem à importância de flexibilidade adaptativa no Programa Nascer Urumajó

A replicação de políticas públicas em diferentes contextos territoriais, ainda que de uma mesma região, configura-se desafio complexo da gestão governamental. A transferência de modelos de intervenção estatal entre localidades distintas exige não apenas a simples reprodução de ações, mas a necessidade de compreender vários aspectos, como elementos jurídicos, institucionais e de modelagem da política pública[28].

Quanto às possibilidades de replicação de política pública, a modelagem regulatória que se apresenta deve ser instrumento de estruturação da ação estatal; e o arranjo jurídico-institucional, o *locus* de sustentação das relações públicas e público-privadas na política pública. Para a perspectiva jurídica, as políticas públicas representam programas de ação estatal resultando em processos regulados, que coordenam os meios disponíveis ao Estado e as atividades privadas para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados[48].

A modelagem regulatória representa o conjunto de normas, procedimentos e instituições que disciplinam a atividade estatal. A regulação é em verdade a administração conjuntural de normas legais e infralegais, implica a escolha de modelos institucionais que definem a distribuição de competências, a articulação entre diferentes esferas de governo e os instrumentos de coordenação estatal[49].

A escolha da modelagem influencia decisivamente as possibilidades de replicação de políticas públicas[27]. Modelos centralizados, com forte coordenação central e definição de padrões mínimos, tendem a facilitar a replicação vertical de políticas, mas podem dificultar a adaptação a contextos locais específicos. Por outro lado, modelos descentralizados, que conferem autonomia significativa das realidades locais, permitem maior flexibilidade adaptativa, porém essencialmente exigirão capacidades institucionais locais com maior robustez e mecanismos eficazes de cooperação em muitos casos[50].

O elemento material de sustentação das políticas públicas, o *locus* das relações, é o arranjo jurídico-institucional, compreendendo o agregado de disposições, medidas e iniciativas em torno da ação governamental, bem como as instituições envolvidas e a forma como se relacionam, e se expressam juridicamente por feixes de normas produzidas em momentos diferentes, em diferentes níveis de governo e com diferentes naturezas jurídicas[51].

As políticas públicas, enquanto arranjos institucionais, envolvem processos dinâmicos com mecanismos de coordenação e articulação disciplinados ou reconhecidos pelo direito, capazes de garantir a permanência do arranjo à produção dos efeitos buscados[49]. Devem observar três planos analíticos para sua efetividade e alcance de seus resultados pretendidos, bem como nos casos de replicação, para que seja bem-sucedida: a) o plano macro-institucional, que versa sobre a estrutura normativa geral e a distribuição de competências; b) o plano meso-institucional, com enfoque nos arranjos jurídico-institucionais propriamente ditos e; c) o plano micro-institucional, que analisa a ação atomizada e as relações intersubjetivas[51].

Os achados do estudo indicam que o desempenho observado está associado, em primeiro lugar, a uma política de natureza transversal, estruturada a partir da atuação coordenada de múltiplos órgãos municipais, notadamente setores responsáveis por assistência social, políticas para as mulheres, administração e finanças, educação e assessoria jurídico-institucional. Tal intersetorialidade operou como mecanismo de eficiência, ao reduzir fragmentações decisórias, conferir maior previsibilidade

administrativa e fortalecer a segurança jurídico-institucional necessária à continuidade do programa, inclusive com sua institucionalização normativa.

Em segundo lugar, o programa se consolidou como um novo arranjo de atenção materno-infantil, baseado na conformação de uma rede multiprofissional e em fluxos/protocolos de atendimento orientados à prevenção e ao acompanhamento sistemático da gestação. A integração entre profissionais e serviços (médicos, enfermeiros e demais categorias de apoio à saúde) favoreceu um padrão de acolhimento e monitoramento mais consistente, contribuindo para reordenar a prática assistencial e reduzir a variabilidade no acesso e na qualidade do cuidado ofertado.

Esta investigação qualifica a experiência sob a dupla chave interpretativa da capacidade estatal e da capacidade de arranjos. De um lado, a capacidade estatal se revelou na aptidão do município para idealizar, coordenar, institucionalizar e gerir uma política pública sanitária com desenho próprio, compatível com o território e com as limitações locais[48]. De outro, a capacidade de arranjos se expressou na habilidade de combinar instrumentos e incentivos, organizar fluxos e mobilizar atores intersetoriais, produzindo desempenho verificável e, por consequência, melhores condições de sustentabilidade, especialmente em um ambiente federativo no qual a captação e a manutenção de recursos dependem, em parte, do alcance de resultados[50].

Trata-se de experiência bem-sucedida em razão da modelagem escolhida e das definições do seu arranjo jurídico-institucional, bem como dos três planos analíticos. Em verdade, sua possibilidade de replicação exigirá adequação de seus elementos – atores, normas, canais de comunicação relacional etc. – considerando a especificidades e contextos locais, aliada a robustez institucional dos mecanismos de coordenação e flexibilidade adaptativas dos arranjos jurídico-institucionais, para que tenham sustentabilidade política e operacional.

Esta experiência apresenta potencial de replicabilidade para outros municípios amazônicos, desde que respeitadas as especificidades locais. O que se mostra replicável não é um modelo rígido, mas os elementos estruturantes da política**:** planejamento orientado por indicadores, integração entre gestão e equipes de saúde, uso estratégico dos incentivos do financiamento federal e enfoque prioritário na saúde materno-infantil como eixo estruturante da atenção básica. Esses elementos configuram um aprendizado institucional relevante para contextos marcados por limitações administrativas e desafios logísticos semelhantes.

Considerações Finais

O Programa Nascer Urumajó, no município de Augusto Corrêa/PA, é uma política pública de atenção básica para assistência pré-natal e à saúde materno-Infantil implementada mediante a construção de arranjos institucionais capazes de coordenar atores, instrumentos e recursos em torno de objetivos sanitários mensuráveis.

Os dados analisados evidenciam melhora progressiva nos indicadores estratégicos vinculados ao acompanhamento pré-natal, à atenção à gestante e ao cuidado integral na primeira infância, demonstrando que a política pública municipal foi capaz de converter diretrizes nacionais abstratas em práticas administrativas territorialmente ajustadas. Tal resultado não decorre apenas do cumprimento formal de metas federais, mas de um desenho institucional próprio, orientado pela identificação de vulnerabilidades locais, pela reorganização dos fluxos de atenção básica e pela centralidade da gestante e da criança como sujeitos de direitos.

As ações indutoras no Programa Previne Brasil podem mitigar desigualdades estruturais, notadamente àquelas verificadas em municípios de pequeno porte da região Norte do Brasil, marcados por limitações socioeconômicas e dificuldades históricas de acesso aos serviços públicos essenciais.

A pesquisa preenche lacunas analíticas ao articular normatividade constitucional, políticas públicas e desempenho institucional, oferecendo subsídios relevantes tanto para o debate acadêmico sobre o aprimoramento de políticas públicas de saúde em município amazônico, fortalecendo o protagonismo local. Com a evolução dos indicadores do Previne Brasil nos anos de 2022-2024, observa-se a redução da mortalidade infantil, alinhando os arranjos institucionais e o fluxo de gestão para gerar atendimentos de promoção, proteção e recuperação articulados na capacidade estatal.

Considerando a investigação sobre a replicabilidade deste modelo de política pública municipal, a análise evolutiva indica a viabilidade, porém, não de forma automática porque depende da presença de condições estruturais, normativas e administrativas específicas, de modo que a simples importação do modelo, sem adaptações contextuais locais, pode comprometer sua efetividade e sua aderência aos princípios da universalidade e à regionalização, inerentes ao SUS.

Trata-se de um processo dinâmico de adaptação, permeado por escolhas discricionárias, negociações institucionais e reconfigurações contínuas, no qual a formulação e a implementação frequentemente se sobrepõem. No campo da saúde, a implementação das políticas públicas não pode ser compreendida como mera execução mecânica de decisões previamente tomadas, devendo ser analisada também à luz de sua capacidade de replicação em diferentes contextos territoriais, o que exige flexibilidade institucional, adequação normativa e compatibilidade com as capacidades estatais locais.

Reforça o protagonismo dos municípios amazônicos como espaços de inovação e concretização de direitos sociais, demonstrando que, mesmo diante de restrições estruturais e escassez de recursos humanos e financeiros, é possível construir políticas públicas de saúde mais eficientes, coordenadas e dignas, desde que sustentadas por governança intersetorial, rede multiprofissional e monitoramento sistemático de resultados.

Referências

1. Moraes LP. Grupo técnico de mortalidade materno infantil e fetal: instrumento norteador para a manutenção de vidas [Internet]. Rio de Janeiro: IdeiaSUS Fiocruz; 2024 [citado em 16 maio 2026]. Disponível em: https://ideiasus.fiocruz.br/praticas/grupo-tenico-de-mortalidade-materno-infantil-e-fetal-instrumento-norteador-para-a-manutencao-de-vidas/

2. Oliveira L. Gestantes em áreas vulneráveis têm até 68% mais risco de perder o bebê. Cidacs/Fiocruz Bahia [Internet]. 12 nov. 2025 [citado em 16 maio 2026]. Disponível em: https://cidacs.bahia.fiocruz.br/2025/11/gestantes-em-areas-vulneraveis-tem-ate-68-mais-risco-de-perder-o-bebe/

3. Gontijo Silva LR, Mata Martins F, Araújo TA, Barros JRC. Evolução da mortalidade infantil no Brasil ao longo de 27 anos. Braz. J. Implantol. Health Sci. [Internet]. 2025 [citado em 16 maio 2026];7(7):632-43. Disponível em: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n7p632-643 doi:10.36557/2674-8169.2025v7n7p632-643

4. Leal LF, Malta DC, Souza MFM, Vasconcelos AMN, Teixeira RA, Veloso GA, et al. Maternal Mortality in Brazil, 1990 to 2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [Internet]. 2022 [citado em 16 maio 2026];55(Suppl 1):e0279. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0037-8682-0279-2021 doi:10.1590/0037-8682-0279-2021

5. Pecoraro LM, Alencar IFPS, Rique ITA, Sousa MNA, Bezerra ALD, Silva LI. Retrato da mortalidade materna nas regiões do Brasil. Revista Tópicos [Internet]. 2026 [citado em 16 maio 2026];4(31):1-17. Disponível em: https://doi.org/10.70773/revistatopicos/774236467 doi:10.70773/revistatopicos/774236467

6. Fiocruz. Nascer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; [s.d.] [citado em 10 abr. 2026]. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/

7. United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and trends in child mortality: report 2024 [Internet]. New York: UNICEF; 2025 [citado em 10 abr. 2026]. Disponível em: https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/

8. Nações Unidas. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais; UNICEF; Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre mortalidade infantil 2023 [Internet]. Brasília: ONU Brasil; 2024 [citado em 10 abr. 2026]. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/263674-relat%C3%B3rio-sobre-mortalidade-infantil-20

9. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1988 [citado em 10 abr. 2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

10. Brasil. Ministério da Saúde. Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde (IVIS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [s.d.]. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal [citado em 10 abr. 2026]. Disponível em: http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/infantil-e-fetal/

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 30 maio 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/malaria/legislacao/portaria-no-2979-2019/view

12. Arato CVB, Guerra LM, Probst LF, Pereira AC. Association of Previne Brasil Program with prenatal care and maternal-child mortality [Internet]. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 59, e28, 2025 [citado em 18 maio 2026]. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059006735 doi:10.11606/s1518-8787.2025059006735

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024 [Internet]. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde - APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo de fortalecer e valorizar a Estratégia Saúde da Família - ESF. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 30 maio 2026]. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.907, de 29 de abril de 2025 [Internet]. Altera dispositivos da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, da Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, e revoga dispositivos da Portaria Saps/MS nº 161, de 10 de dezembro de 2024, e da Portaria GM/MS nº 5.668, de 1º de novembro de 2024. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 30 maio 2026]. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.907-de-29-de-abril-de-2025-627965139

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Augusto Corrêa [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [s.d.] [citado em 10 jan. 2026]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/augusto-correa.html

16. Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN). Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM) [Internet]. Rio de Janeiro: FIRJAN; 2025 [citado em 10 jan. 2026]. Disponível em: https://www.firjan.com.br/ifdm/

17. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal [Internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; [s.d.] [citado em 31 maio 2026]. Disponível em: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/

18. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna [Internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; 2026 [citado em 31 maio 2026]. Disponível em: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/

19. Prefeitura Municipal de Augusto Corrêa (PA). Lei Municipal nº 1.994, de 8 de dezembro de 2023 [Internet]. Dispõe sobre a implementação de incentivo à assistência e acompanhamento de pré-natal seguro através do programa "Nascer Urumajó" do Município de Augusto Corrêa, Estado do Pará. Augusto Corrêa (PA): Prefeitura Municipal; 2023 [citado em 10 jan. 2026]. Disponível em: https://augustocorrea.pa.gov.br/lei-municipal-no-1994-2023/

20. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2019.

21. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2017.

22. Santos L. Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes; 2013. 270 p.

23. Aith FMA. Teoria geral do direito sanitário brasileiro [Tese na Internet]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Serviços de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006 [citado em 10 jan. 2026]. 458 f. Disponível em: https://repositorio.usp.br/item/001553950 doi:10.11606/T.6.2006.tde-23102006-144712

24. Dallari SG. Uma nova disciplina: o direito sanitário. Revista de Saúde Pública [Internet]. 1988 [citado em 10 jan. 2026];22(4):327-34. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000400008 doi:10.1590/S0034-89101988000400008

25. Ribeiro KD, Lima LC, Souza SMC, Pimentel KE. O caos sanitário da crise por COVID-19 no Brasil e o direito à saúde na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]. 2021 [citado em 14 jan. 2026];10(Suplemento):116-33. Disponível em: https://doi.org/10.17566/ciads.v10iSuplemento.852 doi:10.17566/ciads.v10iSuplemento.852

26. Brazelton TB. Competência comportamental do recém-nascido. In: Avery GB, editor. Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica; 1984.

27. Bowlby J. Apego e perda: apego – a natureza do vínculo. Cabral A, tradutor. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

28. Aranha MI. Teoria jurídica da regulação: entre escolha pública e captura. Direito Público [Internet]. 2019 [citado em 2 jan. 2026];16:11-37. Disponível em: https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/3314

29. Ruiz I, Bucci MPD. Quadro de Problemas de Políticas Públicas: uma ferramenta para análise jurídico-institucional. Revista Estudos Institucionais [Internet]. 2019 [citado em 2 jan. 2026];5(3):1142-67. Disponível em: https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/443

30. Brasil. Ministério da Saúde. CNESnet [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2026 [citado em 10 abr. 2026]. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome_Mantenedoras_Com_Mantidos.asp

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS). Indicadores de Desempenho [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 10 jan. 2026]. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml

32. Brasil. Ministério da Saúde. InvestSUS Painéis. Painel FAF [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 10 jan. 2026]. Disponível em: https://investsuspaineis.saude.gov.br/extensions/CGIN_Painel_FAF/CGIN_Painel_FAF.html#GUIA_01

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Metodológica C3 – Cuidado na Gestação e Puerpério [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado em 14 jan. 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/nota-metodologica-c3-cuidado-na-gestacao-e-puerperio/@@download/file

34. Damasceno TV, Ribeiro KCB. Judicialização da saúde nos municípios da região metropolitana de Belém-PA. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]. 2019 [citado em 2 jan. 2026];8(2):100-15. Disponível em: http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v8i2.516 doi:10.17566/ciads.v8i2.516

35. Campos GWS. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Fleury S, organizadora. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 417-42.

36. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 10 abr. 2026]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-ao-pre-natal-de-baixo-risco/

37. Freitas JCSS, Rossi B, Gerdes MO, Pessoa BVS, Barros RA, Martins NS. A importância do acompanhamento pré-natal no contexto da atenção básica: revisão integrativa. Revista Enfermagem Contemporânea [Internet]. 2023 [citado em 10 abr. 2026];12:e5205. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5205 doi:10.17267/2317-3378rec.2023.e5205

38. Kadri MR, Santos BS, Lima RTS, Schweickardt JC, Martins FM. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. Interface (Botucatu) [Internet]. 2019 [citado em 12 jan. 2026];23:e180613. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.180613 doi:10.1590/Interface.180613

39. Ohlweiler LP. Perspectivas sociojurídicas do poder de polícia sanitário e emergência de saúde pública: vulnerabilidades e o enfoque dos direitos humanos. Revista de Informação Legislativa: RIL [Internet]. Brasília, DF. 2021 [citado em 2 jan. 2026];58(230):195-218. Disponível em: https://doi.org/10.70015/ril_v58_n230_p195 doi:10.70015/ril_v58_n230_p195

40. Wu X, Ramesh M, Howlett M. Policy capacity: a conceptual framework for understanding policy competences and capabilities. Policy and Society [Internet]. 2015 [citado em 12 jan. 2026];34:165-71. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1449403515000272

41. Menicucci TMG. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. Saúde e Sociedade [Internet]. 2006 [citado em 12 jan. 2026];15(2):72-87. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200008 doi:10.1590/S0104-12902006000200008

42. Bertranou J. Capacidad estatal: revisión del concepto y algunos ejes de análisis y debate. Revista Estado y Políticas Públicas [Internet]. 2015 [citado em 15 jan. 2026];3(4):37-59. Disponível em: https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1433485077dossier-2.pdf

43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF; 2017 [citado em 10 abr. 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

44. Brasil. Ministério da Saúde. SISAB – Acesso Público [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2026 [citado em 10 abr. 2026]. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/

45. Costa NR, Silva PRF, Jatobá A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. Saúde em Debate [Internet]. 2022 [citado em 10 jan. 2026];46(spe8):8-20. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E801 doi:10.1590/0103-11042022E801

46. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS – TabNet: óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos – Pará - óbitos por residência segundo município de Augusto Corrêa. Período: 2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [s.d.] [citado em 10 jan. 2026]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evita10pa.def

47. Prefeitura Municipal de Augusto Corrêa (PA). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo integrado de assistência ao pré-natal, parto e puerpério na atenção básica – Nascer Urumajó. Augusto Corrêa: SEMSA; 2024.

48. Bucci MPD. A abordagem de direito e políticas públicas no Brasil: quadros analíticos. Revista Campo de Públicas: conexões e experiências [Internet]. 2023 [citado em 2 jan. 2026];2(1):91-125. Disponível em: https://revista.fjp.mg.gov.br/index.php/campo-de-publicas/article/view/24/19

49. Lopes OA. Fundamentos da regulação. Rio de Janeiro: Editora Processo; 2018.

50. Fontes MLP. Arranjos jurídico-institucionais da política urbana e o plano diretor. Revista de Direito da Cidade [Internet]. 2023 [citado em 2 jan. 2026];15(3):1070-1106. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/rdc/article/view/63191 doi:10.12957/rdc.2023.63191

51. Bucci MPD, Coutinho DR. Arranjos jurídico-institucionais da política de inovação tecnológica: uma análise baseada na abordagem de direito e políticas públicas [Internet]. In: Coutinho DR, Foss MC, Moualem PSB, organizadores. Inovação no Brasil: avanços e desafios jurídicos e institucionais. São Paulo: Blucher; 2017 [citado em 16 set. 2026]. 313-40. Disponível em: https://openaccess.blucher.com.br/article-details/12-20820

Informações editoriais

Histórico

Recebido: 23/02/2026
Revisado: 03/06/2026
Aprovado: 18/08/2026

Processo de Avaliação

Avaliação por pares duplo-cego.

Avaliação por pares aberta

Dois avaliadores ad hoc avaliaram este manuscrito. Os autores concordaram com a interação, se necessário, mas não concordaram com a publicação do parecer. Ambos os avaliadores concordaram com a interação e ambos autorizaram a publicação do parecer, se indicado pela revista.

Preprint

O manuscrito não é um *preprint*.

Verificação de similaridade

Este artigo foi submetido à verificação de similaridade textual com o software *CopySpider*.

Contribuição dos autores

M.C. Vasconcelos: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo e aprovação da versão final do artigo.
E.M.S.F. Teixeira: concepção/desenho do artigo, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final do artigo.
L.C.M. Scaff: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo e aprovação da versão final do artigo.
L.F.F. Pereira: concepção/desenho do artigo, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final do artigo.

Conflito de interesses

Um dos autores exerce a função de editora convidada da revista e integra a autoria deste artigo. Declarou conflito de interesse e, em conformidade com as boas práticas editoriais, não participou de nenhuma etapa do processo editorial, o qual foi conduzido de forma independente por outro editor. Os demais autores declaram não haver conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política ou financeira relacionado a este artigo.

Financiamento

Não se aplica.

Origem da pesquisa

Pesquisa independente, não derivada de tese, dissertação ou projeto institucional.

Aprovação ética da pesquisa

Não se aplica.

Disponibilidade dos dados de pesquisa

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Declaração de uso de ferramentas de Inteligência Artificial (IA)

Os autores declaram que nenhuma ferramenta de inteligência artificial foi utilizada na elaboração deste manuscrito ou na pesquisa nele relatada.

Equipe editorial

Editora-chefe: Sandra Mara Campos Alves
Editoras convidadas (dossiê): Eliana Franco, Krishina Day Ribeiro
Editora assistente: Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos
Assistentes editoriais: Danilo Silva Santos Rocha, Daphne Sarah Gomes Jacob Mendes, Maria Ester Simões Nogueira
Revisora de texto: Mirna Barcelos

Publisher

Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Programa de Direito Sanitário, Brasília, DF, Brasil

Direitos Autorais

Os autores mantêm os direitos autorais sobre suas obras e concedem aos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (CIADS) o direito de primeira publicação.

Open Access

Este artigo é publicado em Acesso Aberto (*Open Access*), com acesso imediato, gratuito e permanente ao seu conteúdo, sem cobrança de taxas para leitura, download ou compartilhamento.

Licença de Uso

Copyright © 2026 Marcelo Cunha Vasconcelos, Eliana Maria de Souza Franco Teixeira, Luma Cavaleiro de Macêdo Scaff, Luiz Felipe da Fonseca Pereira. Este artigo é licenciado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a autoria original e a fonte de publicação sejam devidamente citadas.



Como citar (Vancouver)

Vasconcelos MC, Teixeira EMSF, Scaff LCM, Pereira LFF. Direito sanitário municipal e a política pública de atenção básica para assistência pré-natal: um estudo sobre o Programa Nascer Urumajó do Município de Augusto Corrêa no período de 2022 a 2024. Cad. Ibero-Am. Direito Sanit. 2026;15:e2026039. doi: 10.17566/ciads.e2026039