

CIÊNCIAS DA SAÚDE 2



**Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha
(Organizadores)**

Atena
Editora

Ano 2019

Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonaly Rocha
(Organizadores)

Ciências da Saúde 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C569 Ciências da saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizadores Nayara Araújo Cardoso, Renan Rhonalty Rocha. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Ciências da Saúde; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-127-5

DOI 10.22533/at.ed.275191802

1. Médico e paciente. 2. Pacientes – Medidas de segurança.
3. Saúde – Ciência. I. Cardoso, Nayara Araújo. II. Rocha, Renan Rhonalty. III. Série.

CDD 614.4

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*As Ciências da Saúde*” aborda uma série de livros de publicação da Atena Editora, em seus 30 capítulos do volume II, apresenta a importância de ações voltadas para segurança e o bem estar de pacientes e profissionais da saúde, buscando elevar a qualidade da saúde pública brasileira.

Os profissionais de saúde estão se reinventando em busca de melhorar a qualidade do tratamento e cuidado com pacientes. Aumentar a segurança do paciente gera benefícios não só para os mesmos, mas para todos os envolvidos. Entender os sentimentos e o que pensam as pessoas que necessitam de cuidados com a saúde, buscar perfis em epidemiologia para entender o contexto desses atores, promover e buscar melhorias no processo saúde/doença, avaliar a qualidade do cuidado recebido, são apenas algumas formas de se garantir tal segurança.

Dessa forma, a junção de pesquisas, a modernização da tecnologia e o interesse dos profissionais em promover o melhor cuidado possível compõem um contexto que eleva a qualidade de vida de pacientes.

Colaborando com esta transformação na saúde, este volume II é dedicado aos profissionais de saúde e pesquisadores que buscam crescer, melhorar seus conhecimentos acerca do cuidado com o paciente e se reinventar para melhor atendê-los. Dessa maneira, os artigos apresentados neste volume abordam espiritualidade/religiosidade no contexto de saúde/doença, violência contra a mulher e as ações do centro de referência de atendimento a mulher, desafios do diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis em idosos, perfil socioeconômico e demográfico e consumo de bebidas alcoólicas em pessoas com hanseníase, qualidade da assistência pré-natal prestada às puérperas internadas em uma maternidade pública, humanização do atendimento em unidade de atenção primária à saúde e incidência e prevalência de lesão por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva.

Portanto, esperamos que este livro possa contribuir para melhorar a qualidade do atendimento e cuidado de profissionais para com pacientes minimizando ou eliminando consequências que acarretam prejuízos nos resultados clínicos e funcionais dos pacientes, insatisfação da população usuária e custos desnecessários para os serviços de saúde e o sistema.

Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO DE SAÚDE/DOENÇA DAS PESSOAS COM PSORÍASE	
Cristyeleadjerfferssa Katariny Vasconcelos Mauricio Valéria Leite Soares	
DOI 10.22533/at.ed.2751918021	
CAPÍTULO 2	15
ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CÂNCER GÁSTRICO NOS MUNICÍPIOS DE BELÉM E ANANINDEUA NO PERÍODO DE 2010 A 2014	
Deliane Silva de Souza Jaqueline Dantas Neres Martins Samara Machado Castilho Manuela Furtado Veloso de Oliveira Luan Cardoso e Cardoso Luan Ricardo Jaques Queiroz Fernanda Carmo dos Santos Luciana Ferreira dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.2751918022	
CAPÍTULO 3	25
ASCUS ASSOCIADO AO HPV E CONDUTA CLÍNICA PRECONIZADA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
Maria Angélica de Oliveira Luciano Vilela Ana Claudia Camargo Campos Sandra Oliveira Santos	
DOI 10.22533/at.ed.2751918023	
CAPÍTULO 4	36
ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS RELACIONADOS À PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	
Sara Silva de Brito Márcia Berbert-Ferreira Miria Benincasa Gomes Adriana Navarro Romagnolo Michele Cristine Tomaz	
DOI 10.22533/at.ed.2751918024	
CAPÍTULO 5	47
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO INDICADORES DO PMAQ-AB NO MUNICÍPIO DE CAAPORÃ, PARAÍBA	
Pierre Patrick Pacheco Lira	
DOI 10.22533/at.ed.2751918025	

CAPÍTULO 6 64

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO NO BRASIL

Bárbara Lima Sousa
Maria Eli Lima Sousa
Mirella Hipólito Moreira de Anchieta
Rafael Ayres de Queiroz
Roberto Sousa

DOI 10.22533/at.ed.2751918026

CAPÍTULO 7 73

CÂNCER DE MAMA: SENTIMENTOS E RESSIGNIFICAÇÕES DA VIDA SOB O OLHAR DA MULHER EM QUIMIOTERAPIA

Hyanara Sâmea de Sousa Freire
Ana Kelly da Silva Oliveira
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

DOI 10.22533/at.ed.2751918027

CAPÍTULO 8 83

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE MEDIDA DE FORÇA E PROFUNDIDADE NA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) POR INSTRUMENTO MANEQUIM EM CADETES BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA

Vinicius de Gusmão Rocha
Janyeliton Alencar de Oliveira
Robson Fernandes de Sena
Michelle Salles Barros de Aguiar

DOI 10.22533/at.ed.2751918028

CAPÍTULO 9 104

COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: AÇÕES DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO A MULHER

Patricia Pereira Tavares de Alcantara
Zuleide Fernandes de Queiroz
Verônica Salgueiro do Nascimento
Antonio Germane Alves Pinto
Maria Rosilene Candido Moreira

DOI 10.22533/at.ed.2751918029

CAPÍTULO 10 115

CONSTRUINDO O APRENDIZADO EM ENFERMAGEM: A EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Kelly da Silva Oliveira
Hyanara Sâmea de Sousa Freire
Mônica Kallyne Portela Soares
Francisca Fátima dos Santos Freire

DOI 10.22533/at.ed.27519180210

CAPÍTULO 11 126

CORRELAÇÃO DA EPISIOTOMIA COM O GRAU DE PERDA URINÁRIA FEMININA

Bianca Carvalho dos Santos
Adilson Mendes
Agda Ramyli da Silva Sousa

DOI 10.22533/at.ed.27519180211

CAPÍTULO 12 134

DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS

Maria Mileny Alves da Silva
Francisco João de Carvalho Neto
Fellipe Batista de Oliveira
Gabriela Araújo Rocha
David de Sousa Carvalho
Raissy Alves Bernardes
Renata Kelly dos Santos e Silva
Jéssica Anjos Ramos de Carvalho
Laryssa Lyssia Matildes Rodrigues
Vicente Rubens Reges Brito
Camila Karennine Leal Nascimento
Jéssica Denise Vieira Leal

DOI 10.22533/at.ed.27519180212

CAPÍTULO 13 144

DOENÇA RENAL CRÔNICA: ANÁLISE DAS CAUSAS DA PERDA DA FUNÇÃO RENAL E IDENTIFICAÇÃO DE AGRAVOS DA DOENÇA E DO TRATAMENTO SUBSTITUTIVO

Elisangela Giachini
Camila Zanesco
Francielli Gomes
Bianca Devens Oliveira
Bruna Laís Hardt
Maiara Vanusa Guedes Ribeiro
Cristina Berger Fadel
Débora Tavares Resende e Silva

DOI 10.22533/at.ed.27519180213

CAPÍTULO 14 154

O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE: UMA ABORDAGEM SOBRE O TEMA E RELATO DE SUA UTILIZAÇÃO NAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

William Volino

DOI 10.22533/at.ed.27519180214

CAPÍTULO 15 169

PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO E CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM PESSOAS COM HANSENÍASE

Manoel Borges da Silva Júnior
Giovanna de Oliveira Libório Dourado
Maurilo de Sousa Franco
Francimar Sousa Marques
Lidya Tolstenko Nogueira

DOI 10.22533/at.ed.27519180215

CAPÍTULO 16 182

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PRESTADA ÀS PUÉRPERAS INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA-GO

Ana Paula Felix Arantes
Dionilson Mendes Gomes Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.27519180216

CAPÍTULO 17 189

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A ROTINA DE UM BANCO DE LEITE NO INTERIOR DO CEARÁ

Joanderson Nunes Cardoso
Joice Fabrício de Souza
Luciene Gomes de Santana Lima
Maria Jeanne de Alencar Tavares

DOI 10.22533/at.ed.27519180217

CAPÍTULO 18 196

RELATO DE EXPERIÊNCIA: XXIX SEMANA DE PREVENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

Sarah Feitosa Nunes

DOI 10.22533/at.ed.27519180218

CAPÍTULO 19 199

USO DA EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO ACERCA DA HANSENIASE NO TERRITÓRIO BRASILEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Lívia Maria Mendes de Lima
Ruy Formiga Barros Neto
Anne Karoline Mendes
Saulo Nascimento Eulálio Filho
Igor de Melo Oliveira
Felipe Xavier Camargo
Paulo Roberto da Silva Lima

DOI 10.22533/at.ed.27519180219

CAPÍTULO 20 208

USO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Francisco João de Carvalho Neto
Renata Kelly dos Santos e Silva
Maria Mileny Alves da Silva
Gabriela Araújo Rocha
David de Sousa Carvalho
Denival Nascimento Vieira Júnior
João Matheus Ferreira do Nascimento
Zeila Ribeiro Braz
Camila Karenine Leal Nascimento
Maria da Glória Sobreiro Ramos
Ana Karoline Lima de Oliveira
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.27519180220

CAPÍTULO 21 221

VALOR PROGNÓSTICO DE DIFERENTES PARÂMETROS CLÍNICOS EM TUMORES DE MAMA TRIPLO-NEGATIVOS

Thamara Gonçalves Reis
Fabrícia De Matos Oliveira
Victor Piana de Andrade
Fernando Augusto Soares
Luiz Ricardo Goulart Filho
Thaise Gonçalves de Araújo

DOI 10.22533/at.ed.27519180221

CAPÍTULO 22 238

WHOQOL-100: ABORDAGENS NAS PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS NACIONAIS

Beatriz Ferreira de Carvalho
Carla Caroline Inocêncio
Carolina Faraco Calheiros Milani
Maria Silva Gomes
Paula Vilhena Carnevale Vianna

DOI 10.22533/at.ed.27519180222

CAPÍTULO 23 247

ZIKA VÍRUS: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Cristiane Alves da Fonseca do Espírito Santo
Carlos Filipe Camilo Cotrim
Thiago Henrique Silva
Fernanda Patrícia Araújo Silva
Flávio Monteiro Ayres
Andreia Juliana Rodrigues Caldeira

DOI 10.22533/at.ed.27519180223

CAPÍTULO 24 263

ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE PESSOAL EM CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

Laura Maria de Almeida dos Reis

DOI 10.22533/at.ed.27519180224

CAPÍTULO 25 274

ESTUDO DO PERFIL MATERNO NA MORTALIDADE NEONATAL NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB

Mácio Augusto de Albuquerque
Tarsyla Medeiros de Albuquerque
Alfredo Victor de Albuquerque Araújo
Bruno Leão Caminha
Marta Lúcia de Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.27519180225

CAPÍTULO 26 289

FATORES ASSOCIADOS À VARIAÇÃO DO PICO DE FLUXO GERADO DURANTE A TÉCNICA DE HIPERINSUFLAÇÃO MANUAL BRUSCA

Luan Rodrigues da Silva
Ana Paula Felix Arantes
Fernando Guimarães Cruvinel
Giulliano Gardenghi
Renato Canevari Dutra da Silva

DOI 10.22533/at.ed.27519180226

CAPÍTULO 27 296

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Richel Bruno Oliveira Castelo Branco
Rita Luana Castro Lima
José Musse Costa Lima Jereissati
Ana Cláudia Fortes Ferreira
Viviane Bezerra de Souza
Yara de Oliveira Sampaio
Eurenir da Silva Souza

DOI 10.22533/at.ed.27519180227

CAPÍTULO 28 306

IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES PREDITIVOS DE AUMENTO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR NO INTRA E PÓS- OPERATÓRIO DE CANDIDATOS A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Camila Sales Andrade
Zailton Bezerra de Lima Junior
Felipe Siqueira Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.27519180228

CAPÍTULO 29 316

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Amelina de Brito Belchior
Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues
Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque
Fabianne Ferreira Costa Róseo
Lidiane do Nascimento Rodrigues
Janaina dos Santos Mendes

DOI 10.22533/at.ed.27519180229

CAPÍTULO 30 323

MORTALIDADE INFANTIL NA MICRO REGIÃO DE CAMPINA GRANDE, PB NO PERÍODO DE 2013 E 2014

Mácio Augusto de Albuquerque
Tarsyla Medeiros de Albuquerque
Alfredo Victor de Albuquerque Araújo
Bruno Leão Caminha
Marta Lúcia de Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.27519180230

SOBRE OS ORGANIZADORES..... 335

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO EM UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO INDICADORES DO PMAQ-AB NO MUNICÍPIO DE CAAPORÃ, PARAÍBA

Pierre Patrick Pacheco Lira

Universidade Federal da Paraíba

RESUMO: Criado em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) visa à ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de atenção básica (AB), assegurando um desempenho mínimo que possa ser avaliado e comparado a partir de determinados indicadores. O objetivo geral deste trabalho foi analisar a viabilidade do uso desses indicadores na avaliação do acesso e da qualidade da atenção ao pré-natal de baixo risco em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), tomando-se como base o caso de Caaporã, Paraíba, no ano de 2013. Os objetivos secundários do trabalho consistiram na realização do cálculo dos indicadores do PMAQ-AB para cada uma das unidades da ESF no município, bem como na comparação de seus desempenhos, quando possível, entre os tipos de unidade (urbana ou rural) e entre todas as unidades, individualmente. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o desempenho das unidades ao compará-las uma a uma, além de uma ligeira superioridade dos resultados das unidades urbanas em relação às rurais. Após análise crítica dos resultados, concluiu-

se que os indicadores foram capazes de avaliar o acesso aos serviços, revelando uma ampla cobertura da assistência ao pré-natal de baixo risco no município. Apesar disso, considerou-se que os indicadores foram insuficientes para a avaliação adequada da qualidade dos serviços, por possuírem um caráter predominantemente quantitativo, em detrimento dos indicadores de conteúdo.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado Pré-Natal; Estratégia Saúde da Família; Avaliação em Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT: Created in 2011 by the Health Ministry (MS), the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) aims to increase access and quality of primary care (AB) services, ensuring a minimum performance that can be assessed and compared by using formalized indicators. The general objective of this study was to analyze the feasibility of the use of these indicators in the evaluation of access and quality of low-risk prenatal care in Family Health Strategy (ESF) units, based on the example of Caaporã, Paraíba, in 2013. The secondary objectives of the study were to carry out the calculations of the PMAQ-AB indicators for each of the ESF units in the municipality, as well as to compare

their performances, if possible, between unit types (urban or rural) and between all units individually. There were statistically significant differences between the performance of the units after comparing them one by one, and there was a slight superiority of the results of the urban units in relation to the rural ones. After a critical analysis of the results, it was concluded that the indicators were able to evaluate the access to ESF units, revealing a wide coverage of low-risk prenatal care in the city. Despite this, it was considered that the indicators were insufficient for the adequate evaluation of the quality of the services, because they have a predominantly quantitative approach, to the detriment of the qualitative indicators.

KEYWORDS: Prenatal Care; Family Health Strategy; Health Evaluation; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Health Services Research.

1 | INTRODUÇÃO

A atenção básica (AB) é caracterizada pelo conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que tratam da promoção, proteção e recuperação da saúde, buscando o desenvolvimento de uma atenção integral capaz de trazer impactos positivos na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes de saúde das coletividades. Espera-se que a AB seja desenvolvida com o mais alto grau de capilaridade e descentralização, próxima da vida das pessoas. O trabalho das equipes atuantes em unidades de AB dirige-se a populações de territórios definidos, pelos quais se assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território onde vivem essas pessoas (STARFIELD, 2004).

As unidades de AB assumem a responsabilidade pelo manejo das necessidades de saúde mais frequentes e relevantes em seu território, observando critérios de risco e de vulnerabilidade, sem deixar de acolher, entretanto, a toda e qualquer necessidade de saúde ou de amparo em situações de sofrimento. Elas são, portanto, a porta de entrada preferencial dos usuários nas redes de atenção à saúde (RAS). No Brasil, a AB orienta-se pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo colocada em prática, principalmente, pelas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O município de Caaporã situa-se na mesorregião da Mata Paraibana, a cerca de 50 quilômetros de João Pessoa, capital da Paraíba. O município possuía, em 2012, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 20.653 habitantes, sendo 50,5% (10.420 indivíduos) pertencentes ao sexo feminino. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) no ano de 2013 foi de 0,602 (médio), ocupando a posição de número 4.101 entre os 5.570 municípios brasileiros.

Nove equipes de AB atendiam à população do município naquele período, atuando em unidades organizadas de acordo com o modelo proposto pela ESF. Seis dessas unidades estavam localizadas na zona urbana, enquanto as outras três situavam-se na zona rural. A rede de serviços de saúde do município contava ainda com um Núcleo

de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e um hospital filantrópico com leitos de internação, pronto-atendimento a urgências e emergências e atendimento ambulatorial em especialidades.

Procurando ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos na AB, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), obtendo adesão de todas as equipes de AB no município de Caaporã. O principal objetivo do PMAQ-AB, como o seu próprio nome revela, é ampliar o acesso e melhorar a qualidade da AB, assegurando um padrão de qualidade que possa ser comparado nacional, regional e localmente a partir de determinados indicadores.

A adesão ao programa ocorre mediante a formalização de um contrato entre as equipes de AB e os gestores municipais, e desses com o MS, contendo os compromissos e indicadores pactuados. Para compor o programa, foram selecionados, inicialmente, 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas, as quais se referem aos principais focos de atuação da AB. Por acreditar que a área de Saúde da Mulher reflete de maneira oportuna a qualidade e o acesso aos serviços oferecidos pela AB, especialmente no que tange à atenção pré-natal, o foco deste estudo voltou-se para os indicadores do PMAQ-AB relacionados à assistência ao pré-natal.

Estima-se que uma parcela considerável dos óbitos infantis e maternos no Brasil resulte da falta de cuidados adequados desde o início da gravidez até o puerpério. A solução dessa problemática deve perpassar, invariavelmente, pela melhoria do acesso aos serviços de saúde e da qualidade da assistência ao pré-natal que vem sendo oferecida aos indivíduos, especialmente nas unidades de saúde que compõem a AB (VICTORA; CESAR, 2001).

Os testes diagnósticos que identificam precocemente as gestações de alto risco são as principais estratégias para a prevenção da morbimortalidade tanto materna quanto infantil (BRASIL, 2012a; PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2005). A cobertura da atenção pré-natal e o número de consultas oferecidas às gestantes aumentaram no Brasil nos últimos anos (CESAR et al., 2012). Malta et al. (2007, 2010), no entanto, analisando óbitos de crianças menores de um ano, entre 1997 e 2006, observaram diminuição no número de todas as mortes evitáveis, à exceção daquelas relacionadas à atenção pré-natal inadequada, sugerindo a baixa qualidade da assistência, ainda que a oferta desses serviços tenha aumentado.

As dificuldades da assistência ao pré-natal vêm sendo, reiteradamente, colocadas em pauta no cenário da saúde pública brasileira nas últimas décadas, destacando-se, nesse campo, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, pelo MS. Esse programa previa a implantação de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação nos diversos ciclos de vida da mulher, incluindo a gravidez, o parto e o puerpério (BRASIL, 2004). Nesse contexto, observou-se que, mesmo nos serviços onde as atividades previstas pelo PAISM eram

realizadas, sempre houve dúvidas quanto à qualidade da assistência e ao impacto dessas ações nos indicadores de saúde.

Quase duas décadas mais tarde, o MS instituiu, no de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estruturado na perspectiva da humanização do atendimento nos serviços de saúde e no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2002). Esse programa foi criado a partir da constatação de que havia uma incapacidade, por parte dos agentes públicos atuantes nos serviços de atenção à saúde, de enxergar a mulher como “sujeito de direitos”, além de uma generalizada falta de conhecimento, por parte das mulheres, de seus próprios direitos sexuais e reprodutivos, sendo essas situações identificadas como causas importantes da assistência inadequada ao pré-natal (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Aos poucos, a luta pelo aumento da cobertura e pela facilitação do acesso à atenção pré-natal articulou-se aos esforços pela melhoria da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão. As ações não se restringiram à assistência ao pré-natal, buscando-se ampliar o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos na AB como um todo. O PMAQ-AB, instituído pelo MS em 2011, é uma síntese dessa trama (BRASIL, 2012b).

2 | OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo geral analisar a viabilidade do uso dos indicadores do PMAQ-AB na avaliação do acesso e da qualidade dos serviços de assistência pré-natal oferecidos em unidades da ESF, tomando como exemplo a cidade de Caaporã, na Paraíba, no ano de 2013. Os objetivos secundários do estudo compreenderam o cálculo dos indicadores do PMAQ-AB relacionados à assistência pré-natal para cada uma das equipes de AB atuantes no município e a comparação, quando possível, do desempenho alcançado pelos tipos de unidade (urbana ou rural) e entre todas as unidades, individualmente, realizando-se, *a posteriori*, uma análise crítica dos resultados.

3 | MÉTODOS

O município de Caaporã localiza-se na mesorregião da Mata Paraibana. Contava, na época do estudo, com 20.653 habitantes, sendo 10.420 (50,5%) do sexo feminino (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Seu IDH-M em 2013 foi de 0,602 (médio), ocupando posição de número 4.101 entre os 5.570 municípios brasileiros (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014). A base de dados mais atual, na época do estudo, do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) referia 402 crianças nascidas na cidade em 2011 (DATASUS, 2014).

Nove unidades de AB atendiam à população, estando seis delas localizadas na zona urbana (Unidades 1, 2, 3, 4, 5 e 6) e três na zona rural (Unidades 7, 8 e 9). Para mensurar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal de baixo risco nessas unidades, além de comparar os seus desempenhos, o estudo iniciou-se a partir do cálculo dos indicadores do PMAQ-AB.

O primeiro indicador analisa a captação de gestantes para a realização do pré-natal pela unidade de AB da área onde residem, permitindo analisar a proporção de gestantes cadastradas no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), em função da quantidade estimada de mulheres grávidas em determinado local e período (DATASUS, 2014). Foram analisados dados fornecidos por meio dos *websites* do IBGE e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo observado que 96% (6.566 indivíduos) das mulheres de 10 a 49 anos eram usuárias do SUS, enquanto apenas 4% (274 indivíduos) possuíam planos privados de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014). Estimou-se que 445 dessas quase sete mil mulheres engravidassem em 2013 e buscassem assistência ao pré-natal em unidades da ESF. Essa estimativa foi distribuída entre as áreas das unidades, proporcionalmente ao número de mulheres residentes em idade fértil.

Todos os indicadores foram calculados para cada uma das equipes, para os tipos de unidade e, de modo geral, para o município, de acordo com as recomendações do anexo ao Manual Instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2012b). Comparou-se o desempenho individual do primeiro indicador entre as equipes e entre os tipos de unidade por meio do teste do qui-quadrado. A fim de evitar a contagem repetida das gestantes, fato que tornaria a aplicação do teste inviável, foi utilizado o número médio de gestantes cadastradas em cada uma das unidades ao longo do ano.

O segundo indicador analisa a média de atendimentos de pré-natal realizados pela equipe de AB em relação ao número de gestantes cadastradas naquela unidade em determinado período de tempo, permitindo avaliar a suficiência da oferta desses atendimentos frente à demanda potencial (BRASIL, 2012b). Para a realização do cálculo, foram considerados os atendimentos feitos por profissionais médicos e profissionais enfermeiros. Aqui, faz-se imprescindível ressaltar que não se deve confundir esse indicador com a quantidade de consultas de pré-natal oferecidas a cada gestante individualmente. Posteriormente, os resultados foram agrupados para os tipos de unidade e testados quanto à normalidade de distribuição e à homogeneidade da variância, utilizando os testes de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e de Levene, respectivamente. Apesar de apresentarem variâncias homogêneas, a hipótese de normalidade não foi respeitada (zona urbana: $D(72) = 0,117$, $p < 0,05$; zona rural: $D(34) = 0,193$, $p < 0,05$).

Tendo como base a orientação de Field (2009), os dados foram submetidos a uma transformação logarítmica, de modo que passaram a apresentar distribuição possivelmente normal (zona urbana: $D(72) = 0,053$, $p = 0,200$; zona rural: $D(34) = 0,115$, $p = 0,200$), mantendo-se a homogeneidade da variância ($F(1,104) = 0,01$, $p =$

0,919). Aplicou-se o teste *t* independente de Student a fim de comparar os dois grupos, de acordo com as recomendações de Field (2009) e de Arango (2009). Os indicadores foram reagrupados, desta vez para cada uma das unidades, a fim de comparar os seus desempenhos individuais. Os indicadores mostraram-se normalmente distribuídos entre as unidades, à exceção da Unidade 1 ($D(12) = 0,319$, $p = 0,001$). Não houve homogeneidade de variância entre os grupos ($F(8,97) = 2,263$, $p < 0,05$).

Foi tentada, sem sucesso, a transformação dos indicadores em cada um dos grupos para que assumissem uma distribuição normal e uma variância homogênea. Diante desse mau resultado, optou-se por comparar o desempenho individual das unidades utilizando o teste de Kruskal-Wallis. Como a maior preocupação do estudo estava voltada principalmente para os baixos desempenhos dos indicadores, decidiu-se comparar a unidade que apresentou as médias mais baixas durante o ano com as demais unidades. Foi realizada uma análise *post hoc* para o teste de Kruskal-Wallis por meio de sucessivos testes de Mann-Whitney. Aplicou-se a correção de Bonferroni e todos os efeitos foram testados ao nível de significância de 0,006 (0,05/8), afastando-se, assim, a possibilidade de inflação dos erros alfa.

Os indicadores 3, 4, 5 e 6, por sua vez, analisam, respectivamente: a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação; o percentual de gestantes com as consultas de pré-natal em dia; a proporção de gestantes que receberam as doses de vacinas recomendadas até aquele momento da gestação; e o percentual de gestantes acompanhadas com visitas domiciliares. Semelhantemente ao realizado com o primeiro indicador, foi utilizado o teste do qui-quadrado para comparar o desempenho individual dos indicadores 3, 4, 5 e 6 entre todas as equipes de AB e entre os tipos de unidade. Para evitar a contagem repetida dos casos, utilizou-se o número médio de gestantes cadastradas durante o ano que se adequaram ao critério avaliado por cada um desses indicadores. Todos os indicadores da unidade 8 nos meses de janeiro e fevereiro de 2013 não foram calculados, visto que essa equipe só veio a ser criada no mês de março.

Os indicadores foram calculados no *software* Microsoft Excel 2007® e a análise estatística dos dados foi realizada no pacote IBM SPSS Statistics 22®. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley (CEP/HULW), por meio do parecer nº 637.282/2014, e contou com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caaporã, a qual autorizou o acesso e a utilização dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

4 | RESULTADOS

Os desempenhos gerais dos três primeiros indicadores no ano de 2013 são mostrados na Tabela 1. Os desempenhos dos indicadores 4, 5 e 6 são encontrados na

Tabela 2. Os resultados foram organizados para cada uma das unidades, para os tipos de unidade e para o município. As comparações entre os tipos de unidade podem ser encontradas na Tabela 3.

Ao avaliar o primeiro indicador, foi encontrado um desempenho anual máximo de 59,3% na Unidade 9 e um desempenho mínimo de 34,9% na Unidade 1. Quando se avalia mês a mês, encontra-se um desempenho máximo de 88,9% na Unidade 7 em janeiro e mínimo de 23,4% na Unidade 1 nos meses de junho e julho.

As unidades da zona rural apresentaram indicador anual de 50,9%, enquanto as unidades da zona urbana cadastraram apenas 41,2% das gestantes estimadas. Houve um desempenho anual de 43,4% para o município. Não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os tipos de unidade ($X^2(1) = 2,808$, $p = 0,059$), embora uma possível gestante tenha tido quase uma vez e meia ($RR = 1,45$) mais chance de ser cadastrada pela equipe de AB se fosse moradora da zona rural em 2013.

Ao comparar os desempenhos individuais do primeiro indicador em cada uma das unidades, foram encontrados resultados significativamente maiores para a Unidade 7 quando comparados às unidades 1 ($X^2(1) = 4,334$, $p < 0,05$, $RR = 2,54$) e 3 ($X^2(1) = 3,571$, $p < 0,05$, $RR = 2,28$). O desempenho da unidade 9 também se mostrou significativamente superior ao das unidades 1 ($X^2(1) = 4,443$, $p < 0,05$, $RR = 2,81$) e 3 ($X^2(1) = 3,718$, $p < 0,05$, $RR = 2,52$).

Em relação ao segundo indicador, houve uma média mínima de 1,3 atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada na Unidade 5 e uma média máxima de 3,0 atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada na Unidade 3. Analisando os dados mês a mês, foi encontrado um desempenho mínimo de 0,6 em março na Unidade 6 e um desempenho máximo de 5,4 na Unidade 7 em abril. A média anual do município foi de 1,9 atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada.

	Gestantes estimadas	Gestantes cadastradas	Atendimentos	Início no 1º trimestre	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3
Unidade 1	47	16,4	30,9	16,3	34,9	1,9	99,0
Unidade 2	64	26,3	61,8	25,5	41,0	2,4	97,1
Unidade 3	52	19,1	56,4	18,1	36,7	3,0	94,8
Unidade 4	51	22,9	38,1	20,3	44,9	1,7	88,7
Unidade 5	55	25,4	32,2	23,5	46,2	1,3	92,5
Unidade 6	69	29,1	55,7	28,2	42,1	1,9	96,8
Zona urbana	338	139,2	275,1	131,8	41,2	2,0	94,7
Unidade 7	36	20,5	46,4	16,7	56,9	2,3	81,3
Unidade 8	44	17,1	23,7	16,6	38,9	1,4	97,1
Unidade 9	27	16,0	26,0	13,6	59,3	1,6	84,9
Zona rural	100	50,8	92,2	44,1	50,9	1,8	86,9
Município	438	189,9	367,3	175,9	43,4	1,9	92,6

Tabela 1: Indicadores 1, 2 e 3 no ano de 2013

Gestantes estimadas: número de gestantes estimadas para a área da equipe no ano.

Gestantes cadastradas: média do número de gestantes cadastradas pela equipe durante os meses do ano.

Atendimentos: número médio de atendimentos de pré-natal realizados pela equipe durante os meses do ano.

Início no 1º trimestre: número médio de gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gravidez no ano.

Indicador 1: proporção de gestantes cadastradas pela equipe em função das gestantes estimadas.

Indicador 2: média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada pela equipe.

Indicador 3: proporção de gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação.

Percebeu-se que, apesar de haver uma ligeira superioridade do desempenho da zona urbana ($M_1 = 2,0$) em relação à rural ($M_2 = 1,8$), essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa ao comparar os dados transformados ($t(104) = 1,099$, $p = 0,137$). Observou-se, porém, um pequeno tamanho de efeito ($r = 0,1$) relacionado ao tipo de unidade. De fato, a diferença média entre os indicadores transformados para a zona urbana ($M_{1B} = 0,28$, IC95% = 0,24 a 0,32) e para a zona rural ($M_{2B} = 0,24$, IC95% = 0,17 a 0,30) foi de ($M_{1B} - M_{2B}$) = 0,04, com IC95% variando de -0,03 a 0,11.

Ao comparar o desempenho individual das unidades, foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre as unidades em relação à média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada ($H(8) = 43,773$, $p < 0,001$). O desempenho da Unidade 5 mostrou-se significativamente inferior ao das unidades 1 ($U = 15,0$, $p < 0,001$), 2 ($U = 19,0$, $p = 0,001$), 3 ($U = 0,5$, $p < 0,001$), 6 ($U = 18,5$, $p = 0,001$) e 7 ($U = 14,0$, $p < 0,001$).

No que tange ao terceiro indicador, percebeu-se que houve uma proporção mínima de 81,3% das gestantes iniciando o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez na Unidade 7, enquanto na unidade 1 praticamente todas as gestantes cadastradas iniciaram o pré-natal até o terceiro mês da gestação (99,0%). Avaliando os indicadores mês a mês, foi encontrado um desempenho mínimo de 53,8% na Unidade 7 em maio.

Em vários meses e em diversas unidades, todas as gestantes cadastradas haviam iniciado o pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Observou-se um desempenho superior entre as unidades da zona urbana (94,7%) em relação às unidades da zona rural (86,9%). O indicador anual do município foi de 92,6%.

	Gestantes cadastradas	Gestantes consultadas	Gestantes vacinadas	Gestantes acompanhadas	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6
Unidade 1	16,4	16,4	16,4	16,4	100,0	100,0	100,0
Unidade 2	26,3	26,0	26,2	26,3	99,0	99,7	100,0
Unidade 3	19,1	18,7	19,1	19,1	97,8	100,0	100,0
Unidade 4	22,9	22,3	22,8	22,8	97,5	99,6	99,6
Unidade 5	25,4	24,7	25,3	25,4	97,0	99,7	100,0
Unidade 6	29,1	28,2	28,4	28,9	96,8	97,7	99,4
Zona urbana	139,2	136,3	138,3	138,9	97,9	99,3	99,8
Unidade 7	20,5	20,2	20,5	20,5	98,4	100,0	100,0

Unidade 8	17,1	16,6	17,0	17,1	97,1	99,4	100,0
Unidade 9	16,0	15,4	15,3	16,0	96,4	95,3	100,0
Zona rural	50,8	49,4	49,9	50,8	97,4	98,4	100,0
Município	189,9	185,7	188,2	189,7	97,8	99,1	99,9

Tabela 2: Indicadores 4, 5 e 6 no ano de 2013

Gestantes cadastradas: média do número de gestantes cadastradas pela equipe durante os meses do ano.

Gestantes consultadas: média do número de gestantes com consultas do pré-natal em dia durante os meses do ano.

Gestantes vacinadas: média do número de gestantes com vacinas recomendadas em dia durante os meses do ano.

Gestantes acompanhadas: média do número de gestantes com acompanhamento domiciliar durante os meses do ano.

Indicador 4: proporção de gestantes cadastradas com consultas do pré-natal em dia.

Indicador 5: proporção de gestantes cadastradas com vacinas recomendadas em dia.

Indicador 6: proporção de gestantes cadastradas com acompanhamento domiciliar.

Em relação ao quarto indicador, houve um desempenho geral mínimo de 96,4% das gestantes com consultas do pré-natal em dia na Unidade 9. A Unidade 1 manteve adesão regular e completa ao pré-natal para todas as gestantes cadastradas durante todo o ano de 2013.

Avaliando os indicadores mês a mês, foi encontrado um desempenho mínimo de 72,0% na Unidade 6 em dezembro. Em vários meses e em diversas unidades, todas as gestantes cadastradas apresentavam-se com as consultas do pré-natal em dia. Observou-se um desempenho geral muito discretamente superior para unidades da zona urbana (97,9%) em relação às unidades da zona rural (97,4%). O desempenho anual do município foi de 97,8%.

O quinto indicador, por sua vez, apresentou um desempenho anual mínimo de 95,3% para a Unidade 9. Três unidades (1, 3 e 7) mantiveram a totalidade das gestantes cadastradas com adesão completa ao calendário vacinal da gravidez durante todo o ano de 2013.

Ao avaliar os indicadores mês a mês, foi encontrado um desempenho mínimo de 90,0% na Unidade 9 em abril. Em vários meses e em diversas unidades, não houve gestantes com vacinação desatualizada para aquele momento da gravidez. Observou-se um desempenho ligeiramente superior entre unidades da zona urbana (99,3%) em relação às unidades da zona rural (98,4%). O desempenho anual do município alcançou o valor de 99,9%.

Foi analisado, também, o desempenho do sexto e último indicador. Observou-se uma proporção anual máxima de 0,6% das gestantes sem acompanhamento domiciliar na Unidade 6. Na unidade 4, esse valor atingiu o máximo de 0,4%. Em todas as outras unidades, não houve gestantes cadastradas sem acompanhamento domiciliar.

	Zona urbana		Zona rural		Diferença	IC95% para a diferença		Valor-p
	Valor	DP	Valor	DP		Mínimo	Máximo	
Indicador 1	41,2	20,0	50,9	28,9	-9,7	-44,9	25,5	0,059
Indicador 2	2,0	0,6	1,8	0,5	0,2	#	#	#
Indicador 2 (transformado)	0,28	0,18	0,24	0,18	0,04	-0,03	0,11	0,137
Indicador 3	94,7	9,1	86,9	19,5	7,8	#	#	#
Indicador 4	97,9	5,9	97,4	9,2	0,5	#	#	#
Indicador 5	99,3	3,4	98,4	7,2	0,9	#	#	#
Indicador 6	99,8	1,8	100,0	0,0	-0,2	#	#	#

Tabela 3: Comparação entre os indicadores das zonas urbana e rural

DP: desvio-padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

#: não se aplica ou não pôde ser calculado.

Indicador 1: proporção de gestantes cadastradas pela equipe em função das gestantes estimadas.

Indicador 2: média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada pela equipe.

Indicador 2 (transformado): indicador 2 após transformação logarítmica.

Indicador 3: proporção de gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação.

Indicador 4: proporção de gestantes cadastradas com consultas do pré-natal em dia.

Indicador 5: proporção de gestantes cadastradas com vacinas recomendadas em dia.

Indicador 6: proporção de gestantes cadastradas com acompanhamento domiciliar.

Ao avaliar os indicadores mês a mês, encontrou-se um desempenho mínimo de 92,3% na Unidade 6 em setembro. Foi observado um desempenho muito discretamente superior entre as unidades da zona rural (100,0%) em relação às unidades da zona urbana (99,8%). O desempenho anual do município foi praticamente completo (99,9%).

Não foi possível comparar os desempenhos individuais dos indicadores 3, 4, 5 e 6 entre as equipes e entre os tipos de unidade por meio da utilização do teste do qui-quadrado, visto que duas das condições necessárias para que se aceite a validade do teste não foram satisfeitas, a saber: a obrigatoriedade de que todas as frequências esperadas nas tabelas de contingência 2x2, e no mínimo 80% das frequências esperadas em tabelas maiores, apresentem valor mínimo de 5,0; e a obrigatoriedade de que nenhum desses valores seja nulo (ARANGO, 2009; FIELD, 2009).

Por fim, compreende-se que os indicadores do PMAQ-AB revelaram-se viáveis na análise do acesso aos serviços de atenção pré-natal pelas unidades da ESF, mas são visivelmente insuficientes para a análise adequada da qualidade dessa assistência.

5 | DISCUSSÃO

Ainda que não tenham sido observadas grandes diferenças entre os desempenhos dos tipos de unidade, houve uma ligeira vantagem das equipes da zona urbana em

relação às equipes da zona rural, exceto na proporção de gestantes cadastradas e na proporção de gestantes com acompanhamento domiciliar. A captação e o cadastro das gestantes pela equipe de AB é o primeiro passo para a realização adequada do pré-natal. De fato, em 2013, em Caaporã, uma gestante da zona rural apresentou quase uma vez e meia mais chance ($RR = 1,45$) de ser captada do que uma gestante da zona urbana.

Esse fato causou, a princípio, certa estranheza, visto que uma grande pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro revelou uma associação positiva da utilização adequada do pré-natal a níveis mais altos de capital social e *status* socioeconômico, condições esperadas e observadas principalmente entre gestantes moradoras de áreas urbanas (LEAL et al., 2011). A própria ficha de qualificação dos indicadores do PMAQ-AB admite que o desempenho desse indicador pode ser influenciado por vários fatores, incluindo as condições socioeconômicas da população e a cobertura por planos privados de saúde (BRASIL, 2012b).

O capital social tem efeito positivo sobre a saúde individual e das coletividades, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis e um maior acesso a serviços de saúde (BERKMAN; KAWACHI, 2000). Condições sociais desfavoráveis estão relacionadas com baixos escores de capital social e essa interação reforça as desigualdades (WILKINSON; PICKETT, 2009).

Um baixo desempenho no primeiro indicador pode ser sinal de um verdadeiro déficit de captação e de cadastro de gestantes por parte das equipes de AB, mas pode também ser resultado de uma estimativa exagerada do número de mulheres grávidas para determinado local e período. A forma como o MS orienta o cálculo desse indicador parece apontar mais fortemente para a segunda hipótese (BRASIL, 2012b).

Uma possível superestimação do número de gestantes pode ser explicada, primeiramente, pelo fato de a estimativa de grávidas basear-se no número de nascidos vivos no município no ano anterior. Para isso, utilizam-se os dados mais recentes do *website* do SINASC, os quais, na data do estudo correspondiam aos dados referentes ao ano de 2011 (acessado em março de 2014), quando é sabido que a taxa de natalidade no Brasil vem diminuindo anos após ano nas últimas décadas.

Outro fator que sugere uma estimativa exagerada do número de gestantes é a realização do cálculo para cada uma das áreas do município tendo como base o número de nascidos vivos no ano anterior em todo o território municipal, o que por homogeneizar as taxas de natalidade observadas entre as diferentes áreas, quando, na verdade, é esperado que haja diferenças entre elas, relacionadas principalmente aos diferentes níveis socioeconômico, de escolaridade e de faixa etária de suas populações (LONGO, 2012).

Uma mudança na forma de cálculo desse indicador talvez resultasse em desempenhos mais satisfatórios e fidedignos de captação e de cadastro das gestantes pelas equipes de AB. Para tanto, poderiam ser utilizados dados mais atuais e representativos sobre os nascidos vivos no território avaliado, a exemplo daqueles

extraídos diretamente do SIAB.

A busca ativa das gestantes na área de abrangência da equipe, a capacitação e a atualização dos profissionais visando à alimentação correta do SIAB, o monitoramento e a avaliação da qualidade e da consistência dos dados informados e o acompanhamento das taxas de natalidade na área de abrangência são ações que podem melhorar substancialmente o desempenho desse indicador. Dados extraídos de uma base limpa do SIAB em 2010 apontaram a captação e o cadastro de 43,0% das gestantes estimadas pelas equipes da ESF de todo o país (BRASIL, 2012b), um número idêntico ao observado no município de Caaporã, no ano de 2013.

Em relação ao segundo indicador, deve-se considerar o seu desempenho insuficiente, visto que dados extraídos de uma base limpa do SIAB em 2010 apontaram uma média nacional de 7,0 atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada pelas equipes de AB e uma média para o estado da Paraíba de 9,0 atendimentos (BRASIL, 2012b), ou seja, números visivelmente superiores à média apresentada pelo município de Caaporã (1,9).

Cabe aqui ressaltar, mais uma vez, que essa média não se refere ao número de consultas que cada gestante recebe individualmente durante o pré-natal, mas ao número de atendimentos de pré-natal realizados pelo profissional médico e pelo profissional enfermeiro em determinado local e período dividido pelo número de gestantes cadastradas no mesmo local e no mesmo período. Esse cálculo neutraliza as diferentes necessidades de atendimento das gestantes, uma vez que algumas delas necessitam de mais consultas do que outras, de acordo com a idade gestacional e com as complicações da gravidez.

O baixo desempenho desse indicador pode ser resultado de uma verdadeira insuficiência de serviços oferecidos, mas pode também ser diretamente influenciado pela forma como os serviços estão atualmente organizados no município de Caaporã. Foi verificado, por exemplo, que os atendimentos de pré-natal são feitos de forma alternada entre os profissionais médicos e os profissionais enfermeiros (comunicação verbal). Ou seja, se em determinada consulta de pré-natal a gestante for atendida pelo profissional enfermeiro, no atendimento seguinte ela deverá ser atendida apenas pelo profissional médico, e vice-versa.

Esse fato reduz pela metade o desempenho potencial do indicador, uma vez que os atendimentos dos profissionais médico e enfermeiro são contabilizados e cadastrados no SIAB de forma independente. Se os dois profissionais realizassem o atendimento à gestante em cada consulta de pré-natal, o indicador poderia atingir o dobro do desempenho observado. De fato, tanto o profissional médico quanto o profissional enfermeiro são indispensáveis na assistência ao pré-natal de baixo risco, possuindo competências específicas que não devem ser negligenciadas ou transferidas a outro profissional, de modo que ambos devem realizar suas atividades individualmente, porém de forma complementar e integrada. A consulta da enfermagem não exclui a necessidade da consulta médica, e vice-versa (BRASIL, 2012a).

Faz-se necessária, portanto, a implantação de um protocolo para atendimentos de pré-natal e de um processo de monitoramento da adequação das práticas das equipes de AB em relação aos parâmetros de qualidade que forem estabelecidos, inclusive naquilo que diz respeito à humanização desse tipo de atendimento, segundo os objetivos do PHPN (BRASIL, 2002, 2012a, 2012b). Não se pode deixar de pensar, também, na possibilidade de haver um sub-registro desses atendimentos, devendo-se capacitar e atualizar os profissionais envolvidos na alimentação do SIAB, bem como realizar o monitoramento e a avaliação da qualidade e da consistência dos dados informados.

No que se refere ao terceiro indicador, foi observado um excelente desempenho, com 92,6% das gestantes iniciando o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez, um número muito superior àquele observado em 2010 para a totalidade nacional das equipes da ESF, que foi de apenas 79,0% (BRASIL, 2012b). O fato de realizar o acompanhamento do pré-natal e, mais do que isso, de iniciar as consultas no primeiro trimestre da gravidez, é primordial para a detecção precoce de gestações consideradas de alto risco, pois permite intervir sobre condições que causam retardo de crescimento intrauterino, parto prematuro e morte da criança e da mãe, eventos não raros na gestação, ao menos nos países ditos em desenvolvimento (BRASIL, 2012a).

Em um estudo realizado no município de Campina Grande, Paraíba, foram detectados diversos fatores de risco para o parto pré-termo, os quais podem ser prevenidos e corrigidos entre aquelas gestantes que iniciam precocemente o acompanhamento pré-natal. Entre esses fatores, destacam-se a própria inadequação da assistência pré-natal, o ganho ponderal materno insuficiente, a hipertensão arterial, as internações por qualquer causa, as alterações do volume de líquido amniótico e os sangramentos vaginais (ASSUNÇÃO et al., 2012).

Uma vez que houve um desempenho minimamente satisfatório na captação e no cadastro das gestantes, esperava-se também um bom desempenho na proporção das gestantes com as consultas do pré-natal em dia. De fato, o observado não foi diferente do esperado. Esse indicador permite inferir as condições de acesso ao pré-natal, sofrendo influência tanto da adesão da própria gestante ao acompanhamento regular da assistência pré-natal, quanto do acolhimento prestado nas unidades de saúde que oferecem esses serviços. No município de Caaporã, 97,8% das mulheres grávidas estavam com as consultas de pré-natal atualizadas durante o ano de 2013.

É durante o acompanhamento pré-natal que a gestante deve receber as orientações necessárias e esclarecer as suas dúvidas em relação à gravidez, ao parto e ao puerpério, tanto nas consultas realizadas na unidade de saúde quanto nas visitas domiciliares dos profissionais que atuam na ESF. É também de fundamental importância que se atualize a situação vacinal da gestante durante esse período. A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da mulher grávida, mas também do feto (BRASIL, 2012a, 2013).

O quinto indicador, relativo à proporção de gestantes com vacinas em dia, obteve

um excelente desempenho, estando 99,9% das gestantes com vacinação atualizada durante todo o ano. Foi perceptível um desempenho anual inferior da Unidade 9 (95,3%), um fato que pode estar relacionado a questões operacionais, tendo em vista a localização remota desta unidade.

A integralidade é um dos princípios do SUS que, aliada à universalidade do acesso, à equidade das ofertas em saúde e à participação da comunidade, modifica os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho. De acordo com esse princípio, o sujeito passa a ser percebido de forma não-fragmentada, ocorrendo articulação de ações de promoção e prevenção com ações curativas e reabilitadoras. Desse modo, a atenção à gestante deve ser realizada integralmente, sem haver dissociação de questões biológicas, emocionais, de seu contexto familiar, comunitário e de suas relações sociais.

Partindo desse princípio, dentro das ações de pré-natal, tendo como foco a atenção integral, as visitas domiciliares às gestantes por parte dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos demais profissionais atuantes na ESF são imprescindíveis. Essas visitas auxiliam na detecção precoce de situações que ponham a gravidez em risco, bem como na identificação de quadros de sofrimento psíquico, principalmente durante o puerpério, subsidiando o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e tratamento.

O sexto indicador, que representa a proporção de gestantes recebendo acompanhamento domiciliar, revela uma cobertura praticamente universal, com desempenho de 99,9%. É durante essas visitas que as recomendações sobre a gravidez e os cuidados gerais com o recém-nascido podem ser feitas com mais afinco, pois geralmente duram mais tempo do que as consultas realizadas nas unidades de saúde. As visitas domiciliares propiciam, ainda, uma oportunidade ímpar de reforçar o reconhecimento das limitações socioeconômicas das famílias por parte dos profissionais de saúde, uma vez que possibilitam o contato direto com o microambiente familiar da gestante.

6 | CONCLUSÕES

Embora os indicadores do PMAQ-AB tenham revelado um amplo acesso aos serviços de pré-natal oferecidos pela ESF, eles se mostraram insuficientes para analisar a qualidade da assistência prestada. Domingues et al. (2012) alertaram para o fato de que análises baseadas apenas no número de consultas podem acobertar graves problemas na qualidade do cuidado oferecido, sendo essa uma explicação plausível para inconsistências encontradas em avaliações de eficácia que utilizaram apenas critérios quantitativos, a exemplo dos estudos de Whebyet et al. (2009), de Almeida e Barros (2004) e de Barros et al. (2005).

De fato, o número de consultas e de visitas domiciliares, bem como a época

de início e a adesão ao pré-natal, não são fatores suficientes para a avaliação da assistência, sendo necessário averiguar também o conteúdo desses atendimentos. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul revelou que 59,8% das puérperas entrevistadas não foram submetidas ao exame clínico das mamas durante as consultas de pré-natal, especialmente aquelas com parto e pré-natal realizados pelo SUS (GONÇALVES et al., 2008). Esse fato vai de encontro à preconização do MS de que seja realizado o exame clínico das mamas em conjunto com as orientações para o aleitamento materno ainda na primeira consulta de pré-natal.

Diversos indicadores são empregados para avaliar a qualidade e a adequação da assistência ao pré-natal, sendo divididos em dois grandes grupos: os de utilização ou quantitativos; e os de processo ou conteúdo ou qualitativos. A maioria dos estudos utiliza um conjunto de indicadores quantitativos (a exemplo dos índices de Kessner, Kotelchuck ou PHPN), embora uma pequena parcela faça uso de índices qualitativos ou mistos, geralmente versões ampliadas dos primeiros, acrescentando-se outros critérios avaliativos, como a realização de exames, a prescrição de sulfato ferroso e a participação em atividades educativas (SILVEIRA; SANTOS, 2004).

Um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro utilizando o índice PHPN ampliado mostrou uma baixa adequação global da assistência ao pré-natal (33,3%), com resultado inferior a 10% em gestantes com mais de 37 semanas. A proporção da adequação reduziu-se quando foram acrescentados à análise outros itens de avaliação além do início precoce do pré-natal e do número de consultas, como a realização completa dos exames de rotina e as orientações sobre o parto. A orientação sobre o direito ao acompanhante durante o parto foi o menos frequente dentre os itens avaliados no estudo, sendo também pouco referidas as orientações sobre as técnicas e benefícios da amamentação (DOMINGUES et al., 2012).

Entre os indicadores propostos pelo PMAQ-AB relacionados à assistência pré-natal, a proporção de gestantes com calendário vacinal atualizado segundo as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) é um indicador de conteúdo que merece ser destacado. Esse critério de avaliação de caráter qualitativo vai ao encontro das tendências atuais, uma vez que existem esforços por parte de diversos grupos de pesquisa para promover o desenvolvimento de índices capazes de mensurar a qualidade da assistência pré-natal de forma mais abrangente e fidedigna, utilizando elementos tanto quantitativos quanto qualitativos, organizados segundo a tríade avaliativa da infraestrutura, do processo de trabalho e dos resultados (SILVA et al., 2013).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados e indicadores do setor:** beneficiários por município. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def>. Acesso em: 5 mar. 2014.

ALMEIDA, S. D. M.; Barros, M. B. A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, p. 22-35, 2004.

ARANGO, H. G. **Bioestatística:** teórica e computacional. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ASSUNÇÃO, P. L. et al. Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1078-1090, 2012.

BARROS, F. C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **The Lancet**, v. 365, p. 847-854, 2005.

BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I. **Social epidemiology**. Nova York: Oxford University Press, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CESAR, J. A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2106-2114, 2012.

DATASUS. **Sistema de Informações da Atenção Básica**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 5 mar. 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GONÇALVES, C. V. et al. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1783-1790, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações completas sobre o município de Caaporã, Paraíba**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil>>.

php?lang=&codmun=250300>. Acesso em: 5 mar. 2014.

LEAL, M. C. et al. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 237-253, 2011. Suplemento 2.

LONGO, L. A. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 19, n. 2, p. 229-247, 2002.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 4, p. 233-244, 2007.

MALTA, D. C. et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 481-491, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas Brasil 2013**: mapas ilustrativos do desenvolvimento humano nos municípios. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3751>>. Acesso em: 5 mar. 2014.

PENDER, N.; MURDAUGH, C.; PARSONS, M. Health promotion in nursing practice. In: _____. **Upper saddle river**. Nova Jersey: Pearson Education, 2005.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SILVA, E. P. et al. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 5, p. 356-362, 2013.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1160-1168, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

VICTORA, C.; CESAR, J. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 4, n. 1, p. 3-69, 2001.

WEHBY, G. L. et al. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 24, p. 175-188, 2009.

WILKINSON, R.; PICKETT, K. **The spirit level**: why more equal societies almost always do better. Londres: Penguin Books, 2009.

SOBRE OS ORGANIZADORES

NAYARA ARAÚJO CARDOSO Graduada com titulação de Bacharel em Farmácia com formação generalista pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA. Especialista em Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia – ESAMAZ. Mestre em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral. Membro do Laboratório de Fisiologia e Neurociência, da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral, no qual desenvolve pesquisas na área de neurofarmacologia, com ênfase em modelos animais de depressão, ansiedade e convulsão. Atualmente é Farmacêutica Assistente Técnica na empresa Farmácia São João, Sobral – Ceará e Farmacêutica Supervisora no Hospital Regional Norte, Sobral – Ceará.

RENAN RHONALTY ROCHA Graduado com titulação de Bacharel em Farmácia com formação generalista pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica e Gestão de Farmácia Hospitalar pela Universidade Cândido Mendes. Especialista em Análises Clínicas e Toxicológicas pela Faculdade Farias Brito. Especialista em Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia - ESAMAZ. Especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde do Sistema Único de Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Farmacêutico da Farmácia Satélite da Emergência da Santa Casa de Sobral, possuindo experiência também em Farmácia Satélite do Centro Cirúrgico. Membro integrante da Comissão de Farmacovigilância da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Farmacêutico proprietário da Farmácia Unifarma em Morrinhos. Foi coordenador da assistência farmacêutica de Morrinhos por dois anos. Mestrando em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-127-5

