

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Eliane Regina Catalano Monteiro

Avaliação da Qualidade do Acesso de Gestantes ao Diagnóstico Laboratorial do HIV, no Pré-Natal, em uma Unidade de Saúde do Município de Bauru, SP

Rio de Janeiro
2017

Eliane Regina Catalano Monteiro

Avaliação da Qualidade do Acesso de Gestantes ao Diagnóstico Laboratorial do HIV, no Pré-Natal, em uma Unidade de Saúde do Município de Bauru, SP

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Rosely Magalhães de Oliveira

Rio de Janeiro
2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

M775a Monteiro, Eliane Regina Catalano.
Avaliação da qualidade do acesso de gestantes ao diagnóstico laboratorial do HIV, no pré-natal, em uma unidade de saúde do município de Bauru, SP / Eliane Regina Catalano Monteiro. -- 2017.
170 f. ; il. color. , tab.

Orientadora: Rosely Magalhães de Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Avaliação. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Diagnóstico Precoce. 4. Cuidado Pré-Natal. 5. HIV. 6. Transmissão Vertical de Doença Infecciosa. I. Título.

CDD – 22.ed. – 614.5993098161

Eliane Regina Catalano Monteiro

Avaliação da Qualidade do Acesso de Gestantes ao Diagnóstico Laboratorial do HIV, no Pré-Natal, em uma Unidade de Saúde do Município de Bauru, SP

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Vigilância em Saúde.

Aprovada em: 01 de setembro de 2006.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Ministério da Saúde

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moreira dos Santos
Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Rosely Magalhães de Oliveira (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro
2017

“Tudo tem seu tempo determinado, e há tempo para todo propósito debaixo do céu: há tempo de nascer e tempo de morrer; tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou; ...tempo de chorar e tempo de rir, tempo de prantear e tempo de saltar de alegria; ...tempo de buscar e tempo de perder; ...tempo de amar e tempo de aborrecer; tempo de guerra e tempo de paz.”

Eclesiastes 3, 1-8

“Ninguém está pedindo para sermos sublimes: somente sérios, com credibilidade e persistência.”

Chelimsky

Aos meus pais,
que mesmo longe, são presentes em
todos os momentos, me estimulando a
seguir em frente.

Aos meus filhos,
que souberam entender a minha ausência
em momentos que já não podem mais ser
revividos, para me dedicar à elaboração
desta dissertação.

Ao BEBETO,
companheiro de caminhada, por seu
amor, amizade, carinho e presença
constante, sempre incentivando o meu
crescimento profissional.

Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a DEUS, por ter permanecido fiel em minha vida.

Embora este trabalho esteja servindo ao propósito de responder às necessidades acadêmicas de uma só pessoa, também reflete o esforço de um grupo que tem compromisso com o que faz. Deste grupo fazem parte amigos, orientadores, professores, colegas do Curso de Pós-Graduação, colegas de trabalho, gerentes de serviço, usuários de serviço de saúde e familiares. A todos, o meu muito obrigado!

À Profa. Dra. ROSELY MAGALHÃES DE OLIVEIRA,
pela orientação competente, pela amizade, compreensão e apoio nos momentos de tensão, a quem eu expesso minha admiração científica e pessoal: pela coragem e ousadia com que vem construindo e fomentando o pensamento crítico e o conhecimento científico na academia, pela coerência intelectual com que desenvolve seu trabalho como docente e pesquisadora. Pela amizade e pelo carinho eu não teria como agradecer, mas pelos ensinamentos, muito obrigada.

À Profa. MARLY MARQUES CRUZ,
pela força e coragem com que vem transpondo e fomentando o conhecimento científico na academia, através da caminhada que vem construindo. Agradeço pela amizade, pelo carinho.

À Profa. Dra. ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS,

pela generosidade, competência e seriedade com que me transmitiu seus conhecimentos e que muito enriqueceram a minha experiência pessoal e profissional.

À Profa. Dra. SÔNIA NATAL,
por ter apresentado sempre sugestões para este trabalho, cuja competência e bom senso contribuíram para a sua construção.

Aos professores MARIA HELENA CAPO BIANCO, EYMAR LOPES CÉLIA MAGANHA, da Pós-Graduação da Universidade do Sagrado Coração de Bauru, por terem me ajudado a superar dificuldades vivenciadas no decorrer deste trabalho e dado sugestões que contribuíram para enriquecê-lo.

Em especial, gostaria de homenagear o conjunto dos trabalhadores dos serviços de prevenção e assistência ao HIV/AIDS e outras DST, sobretudo, a Seção de Moléstias Infecciosas – SMI / SAE e o Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, pelo valioso trabalho que desenvolvem desde os primeiros anos da epidemia, pela coragem e desprendimento em enfrentar adversidades. Em particular, quero agradecer aos profissionais da Unidade de Saúde avaliada, pela oportunidade de aprendizado e generosidade com que nos receberam em seu cotidiano de trabalho.

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, pelo aprendizado conjunto que vimos construindo, pela imensa disponibilidade de troca e solidariedade no trabalho em equipe e pelo carinho.

A todos os meus amigos, que souberam compreender o meu afastamento necessário para a elaboração deste trabalho e que têm me acolhido, orado e amparado, por podermos aprender e vencer juntos.

À minha querida mãe, que mesmo de longe, sempre incansavelmente, intercedeu pelo meu trabalho e pela minha vida.

Aos meus queridos, que sempre me acompanham e comigo dividem um pouco de suas vidas, BRUNO e ANA LUÍSA, pelo imenso apoio e pelo amor com que nutrem minha vida.

Ao BEBETO, pelos cuidados, apoio, carinho e amor de sempre.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

Leonardo Boff

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar o acesso de gestantes ao diagnóstico do HIV no pré-natal de uma unidade pública de saúde de Bauru, focalizando aspectos relacionados às dimensões de oportunidade e qualidade da atenção prestada. Realizou-se um estudo de caso, cujas informações foram obtidas através de pesquisa documental, observação sistemática no pré-natal da unidade de saúde e do laboratório; entrevistas com gestantes e profissionais de saúde. Visando apresentar as relações entre intervenção e efeito, estruturou-se um modelo lógico da intervenção (MLI) focando a estrutura e o processo. Orientado pelo MLI, arquitetou-se um modelo teórico da avaliação (MTA), visando responder às perguntas avaliativas, definir fonte de dados, critérios e padrões, indicando níveis de implantação e o grau de desempenho e a construção da matriz analítica e de julgamento. De forma a avaliar a qualidade das ações e os níveis de implantação das mesmas quanto ao acesso, tendo como dimensões: a oportunidade e qualidade (técnico-científica); e como pilares: a eficácia; aceitabilidade e a legitimidade. Os resultados mostraram que o teste anti-HIV foi realizado por 81% das 53 entrevistadas, que informaram não ter recebido o aconselhamento pré e pós-teste; 77,35% dos resultados dos testes foram disponibilizados antes do parto. A unidade de saúde apresentava estrutura inadequada, para a oferta do teste com aconselhamento pré e pós; os profissionais existentes não estavam sensibilizados e qualificados para realizar aconselhamento e testagem. Observou-se ainda que o teste estava disponível e que o laboratório entregava os resultados em tempo hábil para tomada de decisão. Com a aplicação de padrões, os componentes estrutura e processo foram considerados insuficientes para propiciar o acesso da gestante ao diagnóstico. Quanto ao nível de implantação das atividades realizadas no processo de assistência às gestantes no pré-natal, apresentam-se parcialmente implantadas. Concluiu-se que as ações para prevenção da transmissão vertical e controle do HIV são significativas, especialmente quanto à oportunidade de acesso ao diagnóstico precoce. O estudo constatou que as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV em Bauru se configuram como as principais estratégias para prevenção e controle do HIV no recém-nascido, no entanto há que se aprimorar a identificação e acompanhamento adequado das gestantes positivas e crianças expostas ao HIV e a criação de instrumentos de monitoramento e avaliação na busca da qualificação do pré-natal na atenção básica de saúde.

Palavras-chave: Avaliação. Acesso. Pré-natal. HIV. Transmissão vertical.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the access of pregnant women to the prenatal HIV diagnosis of a public health unit in Bauru, focusing on aspects related to the dimensions of availability, opportunity and quality of care provided. A case study was carried out, whose information was obtained through documental research, systematic observation in the prenatal unit of the health clinic and the laboratory; Interviews with pregnant women and health professionals. Aiming to present the relations between intervention and effect, a logical model of intervention (MLI) was structured focusing the structure and the process. Aimed at MLI, a theoretical model of evaluation (MTA) was designed to answer evaluative questions, define data sources, criteria and standards, indicating levels of implementation and the degree of performance and the construction of the analytical matrix and judgment. In order to evaluate the quality of the actions and their levels of implementation regarding access, having as dimensions: opportunity and quality (technical-scientific); and as pillars: effectiveness; acceptability and legitimacy. The results showed that the HIV test was performed by 81% of the 53 interviewees, who reported that they had not received pre- and post-test counseling; 77.3% of the test results were available before delivery. The health clinic had an inadequate structure for the provision of the test with pre and post counseling; the existing professionals were not sensitized and qualified to undertake counseling and testing. It was also observed that the test was available and that the laboratory delivered the results in a timely manner for decision making. With the application of standards, the structure and process components were considered insufficient to provide the pregnant woman with access to the diagnosis. Regarding the level of implementation of the activities performed in the process of assistance to pregnant women in prenatal care, they are partially implemented. It was concluded that the actions to prevent vertical transmission and HIV control are significant, especially regarding the opportunity of access to early diagnosis. The study found that the actions to prevent vertical transmission of HIV in Bauru are the main strategies for prevention and control of HIV in the newborn; however, it is necessary to improve the identification and adequate follow-up of positive pregnant women and children exposed to HIV. HIV and the creation of monitoring and evaluation instruments in the search for prenatal qualification in basic health care.

Keywords: Evaluation. Access. Prenatal. HIV. Vertical Transmission.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da assistência no pré-natal.....	68
Figura 2 - Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/AIDS do Ministério da Saúde.....	70
Figura 3 - Modelo lógico de intervenção no pré-natal.....	77
Figura 4 - Modelo teórico da avaliação (MTA) da intervenção no pré-natal.....	82
Figura 5 - Classificação do escore final do grau de implementação.....	92
Figura 6 - Matriz de Julgamento elaborada I	92
Figura 7 - Matriz de Julgamento elaborada II	93
Figura 8 - Situação da gestante quanto ao início do pré-natal e número de consultas realizadas e retorno do resultado do teste anti-HIV, distribuído por trimestre, município de Bauru, 2006 (n=53)	119
Figura 9 - Matriz de análise e julgamento I.....	135-136
Figura 10 - Matriz de análise e julgamento II.....	137-138

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Cobertura de gestantes testadas para o HIV no pré-natal; acompanhadas no serviço de referência e notificadas no SINAN, no município de Bauru (SP), no período de 1999 a 2004..... **63**
- Tabela 2** - Distribuição de “Nascidos Vivos” residentes em Bauru, conforme estabelecimento de ocorrência (SUS), nos anos de 2003, 2004 e 2005 **66**
- Tabela 3** - Número de gestantes esperadas por ano, atendidas na área de abrangência e cobertura estimada para a Unidade de Saúde escolhida **66**
- Tabela 4** - Tempo de espera para o atendimento de pré-natal (n=53) **108**
- Tabela 5** - Distribuição de gestantes acompanhadas na Unidade de Saúde e de gestantes que iniciaram o pré-natal e realizaram teste anti-HIV, por trimestre, no ano de 2005 **111**
- Tabela 6** - Perfil da gestante atendida no pré-natal, na Unidade A do município de Bauru – SP, no ano de 2006 (n=53) **114**
- Tabela 7** - Informações sobre o pré-natal das gestantes atendidas pela Unidade A do município de Bauru, 2006 (n=53) **116**
- Tabela 8** - Período em que foi disponibilizado o resultado do teste anti-HIV, segundo período da gravidez (trimestre), na Unidade Saúde, município de Bauru, 2006 **118**
- Tabela 9** - Informações sobre o oferecimento do teste anti-HIV no pré-natal, na Unidade de Saúde, Bauru, 2006 **121**
- Tabela 10** - Proporção de gestantes submetidas ao teste anti-HIV, no pré-natal e prevalência da infecção pelo HIV no município de Bauru (SP), 1999 a 2005 **126**
- Tabela 11** - Notas atribuídas pelas gestantes para equipe de saúde e consulta médica quanto a atendimento realizado (n=53), Bauru, 2005 **128**
- Tabela 12** - Respostas das gestantes quanto ao atendimento durante a consulta com o médico..... **131**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	PERGUNTA AVALIATIVA	20
1.2	QUESTÕES DO ESTUDO	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1	INTERVENÇÃO.....	23
2.2	AVALIAÇÃO	23
2.2.1	Análise de implantação ou de implementação	29
2.3	ACESSO.....	30
2.4	QUALIDADE	39
2.5	DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV	44
2.6	A REALIZAÇÃO DO ACONSELHAMENTO E DA OFERTA DO TESTE ANTI-HIV NO PRÉ-NATAL	45
2.7	O ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS E A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL....	47
2.8	MODELO LÓGICO	48
2.8.1	Modelo lógico da intervenção ou modelo lógico de programa	49
2.8.2	Modelo teórico da avaliação	50
3	OBJETIVOS	52
3.1	OBJETIVO GERAL.....	52
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
4	MATERIAL E MÉTODO	53
4.1	A PESQUISA.....	54
4.2	CONTEXTUALIZAÇÃO	55
4.2.1	Contexto externo	56
4.2.2	Contexto organizacional	58
4.2.3	Fatores que influenciam na intervenção	60
4.2.3.1	Assistência pré-natal	62
4.2.3.2	Assistência pré-natal em Bauru.....	64
4.3	ESTIMATIVA DO NÚMERO DE GESTANTES DO MUNICÍPIO	65
4.4	ASSISTÊNCIA LABORATORIAL.....	68
4.5	DESCRIÇÃO DO PROBLEMA E PRESSUPOSTO TEÓRICO	72
4.6	MODELO LÓGICO DA INTERVENÇÃO	72

4.7	MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO.....	78
4.8	OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	83
4.8.1	Critério de inclusão	83
4.8.2	Critério de exclusão	84
4.9	COLETA DE DADOS.....	84
4.9.1	Unidade de saúde	85
4.9.2	Laboratório	86
4.10	A PESQUISA DOCUMENTAL.....	86
4.11	ROTEIROS DE ENTREVISTA	87
4.12	OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA.....	88
4.12.1	Da unidade de saúde	89
4.12.2	Do laboratório	89
4.13	INDICADORES E MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO	90
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	94
5.1	AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA / INSUMOS.....	98
5.1.1	A unidade de saúde	98
5.2	AVALIAÇÃO DO PROCESSO / ATIVIDADES	107
5.3	DADOS LEVANTADOS PELA PESQUISA DOCUMENTAL	109
5.4	DADOS LEVANTADOS JUNTO ÀS GESTANTES.....	113
5.4.1	Matriz de análise e julgamento	133
5.4.1.1	Dimensão – disponibilidade e oportunidade	139
5.4.1.2	Insumos para prevenção da transmissão vertical do HIV	139
5.4.1.3	Atividades para a prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV	140
5.4.1.4	Influência do grau de implementação sobre os efeitos esperados	142
5.4.2	Grau de implementação da intervenção	143
6	CONCLUSÕES	145
6.1	RECOMENDAÇÕES	149
	REFERÊNCIAS	153
	ANEXOS	161

1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é conhecida há mais de duas décadas e, no decorrer desses anos, muitos foram os avanços incorporados no atendimento e tratamento às pessoas que vivem com HIV e a Aids e, particularmente, à gestante infectada pelo HIV.

O programa brasileiro de controle da infecção pelo HIV/AIDS enfrenta vários desafios, sendo um deles a garantia de acesso ao diagnóstico precoce (BRASIL, 2005e).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c) estima que cerca das 600 mil pessoas vivendo com o HIV, destas, 365 mil desconhecem seu status sorológico. Proporcionar o acesso ao diagnóstico do HIV é fundamental para o controle da epidemia de AIDS. Do mesmo modo, o diagnóstico precoce é importante para a realização do tratamento e prevenção de novas infecções, de forma a garantir qualidade de vida à pessoa infectada (BRASIL, 2003a).

A implantação e institucionalização de ações de diagnóstico e assistência aos portadores do HIV permite a redução do impacto da epidemia na população e a melhoria da qualidade do serviço prestado nas Unidades de Saúde Municipais (UMS) e contribui para a redução do impacto pessoal e social pela epidemia.

Considerando que a detecção precoce do HIV é de fundamental importância como ação de controle da epidemia, em novembro de 1999 o aconselhamento e o teste anti-HIV foram incluídos nas atividades de rotina de pré-natal de todas as Unidades de Saúde do município de Bauru.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), no início da década de 80, a epidemia atingia, principalmente, homossexuais masculinos, no período de 1994 a 1998, observou-se aumento da transmissão heterossexual, e o número de casos entre as mulheres cresceu 71% (BRASIL, 2002). Até dezembro de 2002, 71,20% da população feminina infectada pelo HIV encontrava-se na faixa etária de 13 a 39 anos, ou seja, no período de vida reprodutiva. Este fato caracterizou o processo de feminização da epidemia (PARKER et al., 2002) e trouxe um novo componente ao contexto: a transmissão vertical, principal via de infecção da população infantil.

Conforme observado por Szwarcwald e Carvalho (2001), as mulheres, em particular as de menor nível socioeconômico, deparam-se frequentemente com a falta de acesso aos serviços de saúde para implementar de maneira adequada as ações preventivas para a redução da transmissão vertical do HIV (TV HIV), aumentando o risco de infecção em crianças. No Brasil, a quase totalidade de casos de AIDS em menores de 13 anos de idade tem como fonte de infecção a transmissão materno-infantil do HIV.

Em 2001, o Ministério da Saúde fez uma atualização das recomendações de profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia antirretroviral em gestantes e nas demais condutas relacionadas à profilaxia da transmissão vertical (TV) do HIV, com a finalidade de garantir a nível nacional, a menor taxa de TV do HIV; propiciar recomendações terapêuticas com menor risco de toxicidade e de resistência para a mãe e seu filho (BRASIL, 2001).

Essas diretrizes se consolidaram nas seguintes recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV: aconselhamento e realização de sorologia para HIV no pré-natal, administração de terapia combinada com antirretrovirais para gestantes infectadas pelo HIV, administração de AZT durante o trabalho de parto e no pós-parto para recém-nascidos e a substituição do aleitamento materno (BRASIL, 2004b).

Conceituados autores (VELOSO; VASCONCELOS; GRINSZTEJN, 1999; SOUZA JUNIOR et al., 2004; STEFANI; ARAÚJO; ROCHA, 2004) consideram que a adequada aplicação das ações de prevenção da TV do HIV é prejudicada pela dificuldade de acesso e baixa qualidade da assistência pré-natal. Esses mesmos autores consideraram a influência de outros fatores como: falta de informação da equipe de saúde quanto da população sobre o avanço da epidemia na população feminina; falta de informação sobre a disponibilidade de intervenções eficazes na redução desse tipo de transmissão; disponibilidade insuficiente de exames na rede; e as dificuldades para obter o resultado após a solicitação do teste.

Avanços na abordagem de intervenção para profilaxia, tratamento e de atendimento obstétrico a essas mulheres modificaram o panorama da infecção no recém-nascido (RN) (BRASIL, 2004b).

Já está bem estabelecida a necessidade e a eficácia do oferecimento do teste para detecção da infecção pelo HIV a todas as gestantes. Desde a introdução do Protocolo ACTG-076, em 1994, sabe-se que a taxa de transmissão do HIV para os filhos de mulheres que seguem o protocolo completo¹ apresenta uma redução da transmissão de 25% para aproximadamente 8% (CONNOR et al., 1994; OLIVEIRA et al., 2004).

Está comprovado que o uso de terapia antirretroviral (TARV) combinada, em gestantes soropositivas ao HIV, é capaz de reduzir significativamente, para níveis indetectáveis, a carga viral plasmática do HIV (OLIVEIRA et al., 2004). E, conforme alguns estudos demonstram o uso de terapia combinada, quando utilizada, segundo as recomendações do Ministério da Saúde, a partir do pré-natal, pode reduzir a taxa de transmissão vertical para níveis inferiores a 2% (BRASIL, 2004b; OLIVEIRA et al., 2004).

Segundo estudo de Cooper et al. (2002) apud Fernandes, Araújo e Medina-Acosta (2005), constatou-se que o uso da terapia anti-retroviral, incluindo inibidor de protease, quando indicado fez-se acompanhar de menor taxa de transmissão perinatal para o HIV (1,20%).

Em recente estudo com gestante soropositiva e seus recém-nascidos, no período de 1996 a 2003, em 17 maternidades públicas do Brasil, constatou-se que em torno de 24% das gestantes não tiveram acesso sequer ao AZT oral, 19% das parturientes não receberam AZT intravenoso; 8% dos bebês não foram medicados com AZT solução oral (VASCONCELOS; HAMANN, 2005).

Como existe a possibilidade de interferir na transmissão do HIV da mãe para o filho, no serviço de saúde, o pré-natal é considerado momento oportuno para garantir que isso ocorra. Ratifica-se que, no período gestacional, a testagem para o HIV é uma estratégia eficaz para redução da transmissão vertical, assim, faz-se necessário que ela ocorra no início da gestação e com qualidade.

Wade et al. (1998) apud Fernandes, Araújo e Medina-Acosta (2005) demonstraram reduções na TV do HIV com o uso da Zidovudina (AZT) por períodos mais curtos. A taxa de transmissão seria de 6,1% com o uso a partir do pré-natal, de

¹ Zidovudina (AZT) cápsula a partir da 14ª semana de gestação, AZT (IV) durante o parto e AZT solução oral para o recém-nascido (RN) durante seis semanas.

10% com o uso a partir do parto, de 9,3% com o uso pelo bebê nas primeiras 48 horas de vida, aumentando para 18,4%, se usado somente a partir do terceiro dia de vida do recém-nascido.

Em relação à assistência ao binômio mãe-filho, deve-se considerar e reforçar que, em qualquer encontro com a gestante, parturiente ou puérpera representa oportunidade para o oferecimento do teste anti-HIV e para o início da terapia antirretroviral, com vistas à prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2004b).

Para a maioria das mulheres soropositivas para o HIV, a única oportunidade de ter acesso ao aconselhamento, ao teste para a pesquisa do HIV e ao tratamento quimioprolático da TV, é na hora do parto (BRASIL, 2003c). Hoje, esse acesso representa um dos maiores desafios para a saúde pública, tendo em vista que cerca de 65% dos casos de crianças infectadas por TV, ocorram nesse momento, apesar das medidas e intervenções disponíveis (BRASIL, 2004b).

Um estudo sobre as desigualdades de saúde no Brasil, realizado por Vianna et al. (2001), apresenta entre os indicadores de qualidade selecionados, o percentual de mulheres que receberam pelo menos seis consultas pré-natal. De acordo com os autores, a correlação entre taxa de pobreza e cobertura² de pré-natal, é inversamente proporcional, embora ocorra interferência de outros fatores. Ratificando o vínculo entre assistência e renda, Donabedian (2001) apontou o acesso como um aspecto fundamental a ser considerado em uma estratégia para qualificar a assistência, uma vez que dados de diferentes estudos o indicam vulnerabilidade da assistência, em que a convergência de outros fatores, como renda, região, localização e anos de estudo, potencializa a exclusão da mulher.

Segundo o Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST e Aids), nos dados apresentados sobre a TV do HIV no Brasil, observou-se que, de 95% das gestantes que frequentam serviços de pré-natal, aproximadamente a metade (52%) realizam teste HIV. No caso de populações sem escolaridade, esse índice reduz-se para 19%. Das gestantes que passaram pelos serviços, 39% realizaram mais de seis consultas de pré-natal e cerca de 59% tiveram exames para HIV realizados no

² Corresponde à proporção da população que efetivamente se beneficia de determinada intervenção.

primeiro trimestre de gestação. A estimativa de gestante soropositivas para o HIV é de 12.635 por ano, com prevalência de 0,41% (BRASIL, 2004c).

Também merecem destaque os dados do Ministério da Saúde, que demonstram que no ano de 2004, 75% das gestantes fizeram o teste anti-HIV e 63% conheceram o resultado antes do parto. Estima-se que existam pouco mais de que 12 mil gestantes infectadas pelo HIV/ano e que somente 50% delas recebem o tratamento preventivo porque souberam de sua sorologia (BRASIL, 2005b).

Segundo dados do Programa Estadual de DST/AIDS, no Estado de São Paulo a estimativa de soroprevalência do HIV entre gestante, para o ano de 2002, foi de 0,60% (MATIDA, 2005).

No estudo sentinela parturiente HIV e Sífilis realizado no Estado de São Paulo - 2004, observou-se uma queda da transmissão materno infantil na ordem de 76% no período de 1997 a 2004; portanto, a prevalência em gestante soropositiva para o HIV foi de 0,49%. Neste mesmo período foram notificados 66,60% dos casos esperados no Estado (SÃO PAULO, 2005).

Estimou-se a existência de 3.094 gestantes soropositivas para o HIV, no entanto, foram notificadas cerca de 2.408, ou seja, quase 20% dos casos não foram notificados. Constatou-se nesse mesmo estudo, que 78% das gestantes infectadas pelo HIV realizaram pré-natal: 69% utilizaram antirretrovirais; 78% utilizaram antirretroviral no parto; 84% das crianças utilizaram o AZT nas primeiras 24 horas de vida e 2% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV foram alimentadas com leite materno (SÃO PAULO, 2005).

O impacto positivo das intervenções assistenciais, laboratoriais, profiláticas e medicamentosas, no Estado de São Paulo, é demonstrado pela redução da taxa de transmissão vertical: de 16% em 1997, para uma taxa de 2,70% em 2002 (TESS et al., 1998; OLIVEIRA et al., 2004).

Dados do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), registrados pelo Grupo de Vigilância Epidemiológica da Direção Regional de Saúde de Bauru, apontam que no município de Bauru, no período de 1982 a abril de 2006, foram notificados 1617 casos de AIDS: 1.213 (75%) homens e 404 (25%) mulheres. O município, no mesmo período, registrou 44 casos de AIDS em crianças, sendo

que 38 (86,36%) foram por TV do HIV. Nos três últimos anos, contudo, não houve registro de nenhuma criança com AIDS.

Estudo anterior (LOMBARDI, 2002), realizado no município de Bauru, entre julho de 1999 a junho de 2001, mostrou que a cobertura média de exames anti-HIV realizados em gestantes foi de 76%. Entretanto o desempenho das unidades de saúde de Bauru, em relação à cobertura de exames anti-HIV e o número de consultas de pré-natal foi diferenciado (SOARES, 1998; LOMBARDI, 2002), mas a distribuição geográfica das unidades de saúde colaborou no acesso ao atendimento. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (BAURU, 2004), nos últimos anos, esses índices vêm apresentando patamares em torno de 99%.

Os inúmeros benefícios da identificação, durante a gestação, de uma mulher soropositiva, reforçam mais uma vez, a necessidade da oferta de pesquisas de anticorpos anti-HIV a todas as gestantes e a importância da sua realização com o consentimento informado, após um adequado acolhimento e aconselhamento. Além do mais, pressupõe que um dos aspectos que permite prover a integralidade da assistência em saúde e a racionalização da utilização dos recursos no diagnóstico do HIV, depende de um laboratorial de referência que mantenha um serviço de qualidade, adequado e de fácil acesso.

Considerando a expansão da epidemia da AIDS em mulheres, impõe-se a necessidade premente de reduzir a transmissão vertical do HIV por meio da: ampliação de oportunidades de acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV; busca de soluções para vencer as dificuldades da rede em promover esse acesso durante a gestação; ampliação da cobertura de mulheres testadas no pré-natal; melhoria da qualidade do pré-natal (BRASIL, 2004b).

Diante desse contexto, em que comprovadamente as medidas protetoras quando adotadas oportunamente propiciam redução significativa transmissão vertical do HIV, este estudo se propôs a avaliar o acesso de gestantes a testagem do HIV, no pré-natal, em uma unidade básica de saúde do município de Bauru, com vistas a subsidiar a melhoria das ações de controle da doença materna e prevenção da transmissão vertical do HIV.

Cabe ressaltar se o esforço empreendido de implantação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV está permitindo alcançar os objetivos

propostos para a intervenção. É necessário, então, compreender em que medida a estrutura e processo cumprem o planejado e se está de fato proporcionando acesso com qualidade as gestantes aos exames HIV, no pré-natal, ressaltando a importância desses exames serem entregues oportunamente, ou seja, antes do parto, visando o uso racional dos recursos disponíveis.

1.1 PERGUNTA AVALIATIVA

O acesso geográfico da gestante a testagem do HIV, no pré-natal no município de Bauru, como pode ser observado em estudo anterior (LOMBARDI, 2002), existe, mas, para verificar a efetiva implementação dessa cobertura é necessário ampliar essa concepção para além da oferta de serviços, mas considerar a real utilização dos mesmos e verificar a qualidade do cuidado dispensado a gestante no pré-natal, especialmente, quanto à realização do aconselhamento e o oferecimento do teste anti-HIV e a oportunidade obter esse cuidado em tempo hábil, visando à incorporação de práticas prevenção e promoção da saúde. Assim, se faz necessário verificar qual o grau de implantação das ações de aconselhamento e testagem para o diagnóstico do HIV em uma unidade de saúde de Bauru.

Portanto, conhecer como se dá o acesso da gestante a testagem para o HIV, em tempo oportuno e com qualidade, preferencialmente, antes do parto, é algo extremamente necessário e foco deste trabalho.

A medida de sucesso do acesso ao diagnóstico do HIV a ser considerada é a realização da testagem com aconselhamento pré e pós-teste e o recebimento do resultado em tempo hábil para adoção de medidas necessárias a prevenção e promoção da saúde. Inclui ainda o encaminhamento ao serviço de referência, se necessário. Assim, oportunidade e qualidade e disponibilidade são dimensões do acesso importantes a serem trabalhadas.

No presente estudo de avaliação do acesso da gestante a testagem para o HIV, no pré-natal, em uma unidade de saúde do município de Bauru: as dimensões de qualidade e oportunidade temos a seguinte pergunta avaliativa:

Com que oportunidade e qualidade estão ocorrendo o acesso da gestante ao diagnóstico laboratorial do HIV? E qual o grau de implementação das ações de testagem para o diagnóstico do HIV, acompanhado do aconselhamento?

1.2 QUESTÕES DO ESTUDO

Na perspectiva descrita acima, buscou-se responder às seguintes questões:

- a. Estão sendo realizados na rotina da unidade básica de saúde, os procedimentos (padrões): aconselhamento pré e pós-teste HIV, pelos profissionais de saúde, conforme preconizados pelas recomendações do Ministério da Saúde? Quando realizado, respeita princípios éticos e exercita o processo de escuta ativa?
- b. Os testes sorológicos para o HIV estão disponíveis, no laboratório de referência para realização do diagnóstico laboratorial do HIV para execução dos exames e serem entregues na unidade de saúde, em tempo hábil, durante a gestação?
- c. O fluxo de solicitação de exames e de retorno destes resultados acontece em tempo oportuno?
- d. Em que medida e em que momento a gestante vem recebendo aconselhamento para testagem para o HIV e a entrega do resultado do teste?
- e. A unidade de saúde está estrutura / instalações físicas e fluxos adequados e com recursos humanos (RH) suficientes e qualificados para o oferecimento do teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste no pré-natal?
- f. Os profissionais de saúde estão sensibilizados e têm conhecimento acerca da transmissão vertical (TV) do HIV, assim como, do papel que desempenham para o efetivo controle desse agravo?

Embora os estudos existentes permitam supor que o acesso da gestante ao diagnóstico laboratorial do HIV, em termos de cobertura do teste no pré-natal, encontra-se satisfatório, atingindo percentuais de até 99% nos últimos anos, no

município de Bauru (BAURU, 2004), entende-se que a obtenção desse êxito depende de fatores como a disponibilidade de insumos; a oportunidade de oferecimento e entrega do resultado teste HIV em tempo hábil; do processo de trabalho de qualidade e da adesão dos profissionais de saúde a protocolos, normas e recomendações que garantam qualidade a todo o processo e contribuam para prevenção e controle efetivo da TV HIV.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A utilização do serviço de saúde pelo cidadão, de maneira geral, envolve uma complexidade de fatores que podem influenciar na qualidade do atendimento que recebe, visto que o seu uso abrange um contato entre ele (que busca o serviço) e o agente de saúde. Para Travassos e Martins (2004), é o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, pois envolve um contato direto (consultas médicas, hospitalizações) e/ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) com os serviços de saúde.

O processo de utilização dos serviços de saúde, portanto, resulta da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Entre os inúmeros aspectos envolvidos nesse processo, buscou-se pontuar neste referencial teórico aqueles que são essenciais para a compreensão do trabalho desenvolvido por esta pesquisa.

2.1 INTERVENÇÃO

Intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens e serviços com objetivo de modificar uma situação problemática, segundo Hartz (1997). Para a realização deste estudo, adotou adotaram-se os conceitos propostos por este autor, buscando-se priorizar a reflexão sobre implantação de programas ou de uma intervenção.

Ainda, neste estudo, tanto a palavra intervenção como programa foram usadas para “descrever o objeto da avaliação, entendido como qualquer ação organizada em saúde pública” (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999, p. 3). Esse conceito é abrangente, mas possibilita a aplicação a quase todas as ações organizadas de saúde pública.

2.2 AVALIAÇÃO

Existe uma enorme diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre avaliação. Esse tema vem sendo definido por vários autores de

diferentes formas. Do ponto de vista conceitual, não existe um consenso quando o tema é avaliação.

Considerações importantes foram levantadas quanto aos pontos de convergência e divergência entre algumas definições sobre avaliação. Destaca-se a seguir a coletânea de conceitos de avaliação compilados:

Avaliar é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de um objeto. (SCRIVEN, 1967).

Avaliação é a coleta de dados sistemática de informação sobre atividades características e efeitos de programas para o uso de pessoas específicas, para reduzir incertezas, melhorar a efetividade e tomar decisões com respeito ao que aquele programa está fazendo e resultando. (PATTON, 1990).

A avaliação de programas é uma ferramenta universal para identificar os méritos e valores de programas, projetos e serviços em que são escassos os investimentos em recursos humanos e financeiros. (SANDERS, 2004).

Avaliação não é para provar, mas para melhorar a qualidade. (KELLOGG FOUNDATION, 1998 apud BRASIL, 2005c).

Avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com objetivo de ajudar na tomada de decisões. (HARTZ, 1997, p. 31).

Patton (1997) desenvolveu uma abordagem da avaliação denominada “avaliação focada para a utilização”. Para Patton (1997) a avaliação é um processo participativo, que envolve os principais atores em todas as etapas da avaliação, inclusive na tomada de decisão sobre o processo avaliativo.

Autores como Rossi e Freeman (1985) valorizam também o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção. Clemenhagen e Champagne (1986) apud Hartz (1997), entretanto, definem a avaliação normativa como atividade comum em uma organização ou um programa. Para os autores, ela corresponde às funções de controle e de acompanhamento, assim como aos programas de garantia de qualidade.

Concordamos com Chen (1990) quando refere que uma avaliação deve ser sensível aos contextos político e organizacional e não pode negligenciar a análise do que foi planejado em relação ao executado (as atividades ou processos de fato executados, os efeitos planejados, os não intencionais e os de fato obtidos). Além disso, ela deve explicitar a orientação teórica do programa e da avaliação. A ausência do modelo do programa e da avaliação associados ao desconhecimento

dos processos de implementação do programa pode resultar em avaliações do tipo “caixa preta”.

As avaliações do tipo “caixa preta” caracterizam-se por um foco principal nos efeitos obtidos sem se preocupar com as transformações ocorridas no decorrer da implementação da intervenção. A análise dos efeitos geralmente se limita a verificar se os objetivos de um programa foram obtidos e explicá-los, desconsiderando a reflexão sobre quanto eles expressam o nível de implementação da intervenção. Outro aspecto importante diz respeito ao envolvimento dos vários executores e da influência dos diversos insumos e contextos na implantação.

O conceito de avaliação é abordado no âmbito desse trabalho como: “um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”, defendido por Hartz (1997, p. 31). Essa definição pode ser complementada com ênfase no caráter normativo dessa avaliação (HARTZ, 1997).

Já a pesquisa avaliativa, preocupa-se em examinar ex-post, através de procedimentos científicos, as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção com o fim de orientar a tomada de decisão (HARTZ, 1997).

Para Hartz (1997) a pesquisa avaliativa trata de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como a relação existente entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

A pesquisa avaliativa pode se decompor em seis tipos de análise entre elas a de importância para este estudo a análise da implantação, que consiste, em medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos ou apreciar a influência do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção.

O Programa Nacional de DST/AIDS, (2005) adotou o conceito de Hartz (1997) para discutir Avaliação, o mesmo adotado por este estudo, ou seja: “Uma coleta rigorosa de informações sobre atividades, as características e os efeitos de um programa e ou intervenção com vistas à determinação de um mérito ou valor. É caracterizado pelo seu poder explicativo; usada para melhorar o programa e subsidiar decisões gerenciais inteligentes”.

Donabedian (1980a) concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados”, com base no enfoque sistêmico, como possível abordagem para a avaliação em saúde.

Para este autor, a “estrutura” diria respeito aos recursos materiais, humanos e organizacionais empregados para atingir os resultados esperados; o “processo” corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação profissional – usuário e os “resultados” estariam relacionados com as mudanças verificadas no estado de saúde de indivíduos e da população (DONABEDIAN, 1980a). Este autor considera ser o processo o caminho mais direto para o exame da qualidade do atendimento (DONABEDIAN, 1980a). Já os resultados possuiriam a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do atendimento, podendo servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade. A própria função de monitoramento é parte da estrutura, além dos diversos outros aspectos organizacionais e daqueles relacionados com os recursos materiais que influenciam o processo (DONABEDIAN, 1980a).

Nas avaliações para tomada de decisões, cujo objetivo é ela se constituir em um elemento capaz de produzir respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado, o avaliador interno passa a ter papel decisivo no desenvolvimento do processo, mesmo que avaliadores externos façam parte da equipe coordenadora da avaliação. O enfoque a ser priorizado deve ser o do reconhecimento do objeto na profundidade necessária para a adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas de equacionamento possíveis, como aconteceu neste estudo (GUBA; LINCOLN, 1990).

Neste estudo a posição do avaliador é interno, com referência ao objeto avaliado, e o enfoque priorizado é interno, de caracterização e ou compreensão de um contexto.

Segundo Hartz (1997), a avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas. Sobre esse mesmo quadro conceitual, concordou-se com Clemenhagen e Champagne apud Hartz (1997), quando afirmaram a correspondência da avaliação normativa às funções do programa de garantia de qualidade.

A avaliação normativa tem como finalidade principal ajudar os gerentes a preencher suas funções habituais. Normalmente, ela é feita por aqueles que são responsáveis pelo funcionamento e pela gestão da intervenção; faz parte da atividade natural de um gerente e deveria, portanto, ter uma forte validade pragmática (HARTZ, 1997). Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005e) é realizada para prover julgamento sobre a pertinência ou mérito de um programa respondendo perguntas como: O programa segue as normas prescritivas? ...é efetivo? ...deve continuar?

O modelo utilizado para este estudo foi, portanto, do tipo avaliativo, que incorpora a avaliação normativa em seu componente de processo e promove uma pesquisa avaliativa, privilegiando um dos três componentes da análise de implantação ou de implementação, ou seja, o que define os determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção.

Para Hartz (1997, p. 96):

[...] importância de avaliar a implantação revela-se indispensável para se chegar a conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade de seu conteúdo (intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação às normas existentes), e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações. Ela obriga a construir, a priori, a teoria do programa, especificando sua natureza (componentes, práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados.

É necessário, então esclarecer o desenho deste estudo, o que requer conhecer algumas definições e conceitos que se seguem:

A avaliação da estrutura constitui-se um componente da avaliação normativa efetuada neste trabalho, para o qual se utilizou a definição de Hartz (1997, p. 35):

Trata-se de saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Comparamos então os recursos da intervenção, assim como sua organização, com critérios e normas correspondentes.

A avaliação do processo é um outro componente da avaliação normativa efetivada nesta pesquisa, para a qual se utilizou a definição de Hartz (1997, p. 36):

Trata-se de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados.

A avaliação do processo de uma intervenção que visa oferecer serviços para uma clientela, pode ser decomposta em três dimensões: A dimensão técnica dos serviços - caracteriza-se pela adequação ou conformidade do serviço às necessidades. Que trata geralmente da qualidade, definida mediante critérios e normas profissionais; a dimensão das relações interpessoais, o interesse está no apoio que o pessoal dá aos pacientes, ou seja, valoriza a interação psicológica e social entre os clientes e os produtores de cuidados e no respeito à pessoa e a dimensão organizacional do processo refere-se à acessibilidade aos serviços, à extensão da cobertura dos serviços oferecidos pela intervenção considerada, assim como à globalidade e à continuidade dos cuidados e dos serviços.

Usualmente, a avaliação de processo é abordada como equivalente à análise de implantação ou implementação, que no quadro de uma pesquisa avaliativa consiste em apreciar a influência do contexto no qual a intervenção está implantada, e nos efeitos da intervenção (HARTZ, 1997).

Para este estudo além dos conceitos já apresentados adotou-se de forma integrante os propostos por pelo Programa Nacional de DST/AIDS - PN / Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), onde a avaliação tem como foco a melhoria do programa. A avaliação de processo responde a questões do tipo: A intervenção foi implantada ou implementada conforme o esperado? As ações estão onde deveriam estar atingindo a população para a qual estavam programadas? Os usuários têm acesso à intervenção? Que barreiras dificultam ou inviabilizam esse acesso?

Concordamos com Hartz (1997) quando considera a avaliação desses procedimentos como avaliação de processo ou como análise de implantação. Essa autora defende que a avaliação de processo ou da atividade complementa o monitoramento de insumo e produto (efeitos das atividades do programa) com uma dimensão explicativa, viabilizando a compreensão do contexto organizacional que pode afetar o programa.

Segundo Santos (2006), as avaliações de implementação contrapõem às avaliações de processos restritas, estudos sistêmicos de grande complexidade, ou seja, aqueles que incorporam o contexto em sua análise. A avaliação de implementação privilegiada por este estudo foi à avaliação do processo.

Complementarmente autores como Scriven (1967); Hartz (1997) afirmam que a avaliação de implantação frequentemente tratada como equivalente a avaliação de processo, está relacionada com o desenvolvimento das ações, com execução dos serviços, busca verificar por que eles estão ou não no caminho adequado para atingir os resultados esperados.

A avaliação de implantação ou de implementação privilegiando-se, neste estudo, a avaliação processo. Assim, apoiando-se em Yin (1989) e Hartz (1997) que ressaltou que os métodos apropriados para analisar a implantação de um programa são, sobretudo, os estudos de casos.

2.2.1 Análise de implantação ou de implementação

O conceito de implantação refere-se à extensão da operacionalização adequada de uma intervenção (HARTZ, 1997).

Vários autores discutiram as etapas necessárias para a realização de uma medição adequada do grau de implantação das intervenções. Conceitualmente, a medição adequada do grau de implantação de uma intervenção exige:

especificar a priori os componentes da intervenção, isto é, a teoria do programa no sentido de Scheirer (1987); identificar as práticas requeridas para a implantação da intervenção; descrever as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção; analisar a variação na implantação em virtude da variação das características contextuais. (HARTZ,1997, p. 56).

A utilidade desse tipo de análise da implantação é procurar entender melhor o que explica as variações observadas na implantação ou na integridade de uma intervenção, visto que influenciam fortemente os efeitos produzidos pela intervenção (SCHEIRER, 1987 apud HARTZ,1997).

A inserção da prevenção e controle da transmissão vertical junto das ações de pré-natal admite que se proceda à avaliação do controle deste agravo, dentro do ponto de vista de um estudo implementação. Os critérios de sucesso de uma implementação podem ser organizados considerando-se a categoria acesso para acompanhamento sistemático privilegiando-se suas dimensões, entre elas, a qualidade das ações (qualidade técnica do cuidado), ou seja, adequação ou conformidade do serviço às necessidades dos usuários, neste estudo a gestantes.

O acesso definido como questão central a ser transformado pela intervenção leva a discussão de como essa categoria é entendida pelo programa, ou seja, quais de suas dimensões estariam especificamente relacionadas à intervenção proposta e, conseqüentemente, são mais pertinentes a serem consideradas num julgamento de valor sobre a implementação.

2.3 ACESSO

O acesso pode ser confundido com a utilização do serviço quando só se quer analisar a obtenção do cuidado pelo indivíduo que dele necessita. Quando existem dificuldades importantes para essa utilização, o conceito de acessibilidade relacionado aos obstáculos existentes à obtenção dos serviços por parte dos usuários (especialmente os organizacionais) passa a ter grande valor.

Confirma-se, com base em Adami (1993), que a proximidade geográfica entre a moradia do cliente e o serviço de saúde não se constitui no elemento central determinante de sua escolha, já que esse fator pode não significar garantia de atendimento. Portanto, o acesso ultrapassa a presença física dos recursos, dependendo muito mais da coerência do padrão tecnológico com o tipo de demandas da comunidade, ou seja, o que se oferece em termos de serviços de saúde atende de forma resolutiva as necessidades da população local.

Aday e Andersen (1992) consideraram inerente ao conceito de acesso, a importância da disponibilidade dos serviços de saúde, ou seja, que eles estejam disponíveis no momento e lugar que o “paciente” necessita, e que a forma de ingresso no sistema seja clara. Para esses autores o acesso consiste na utilização de um serviço e não a existência dele.

Ampliar o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV da população em geral e dos segmentos mais vulneráveis está entre os principais objetivos das Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/AIDS (BRASIL, 2003b, 2005b), e foram apreciadas por este estudo junto a população de mulheres, grávidas, acompanhadas pela atenção básica.

Ainda neste trabalho, adotou-se como padrão ou norma recomendada as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), que recomenda como medida de prevenção

para transmissão vertical (TV) do HIV, a realização da testagem anti-HIV acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste, visando ampliar o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV (BRASIL, 2003b, 2005b).

Tomou-se, a definição de acesso como ponto central do problema a ser verificado na intervenção implantada. Procurou-se verificar se a estratégia adotada para promover o acesso ao diagnóstico precoce do HIV, implantada na unidade de saúde estudada, utilizou-se do oferecimento de testagem deste agravo acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste, ou seja, se a gestante foi testada para o HIV em tempo oportuno ou não, munida de informações sobre o risco da TV do HIV, conforme recomenda o MS, no âmbito da prevenção da TV do HIV (BRASIL, 2003b, 2005b).

O acesso como ponto a ser transformado pela intervenção sugere como essa categoria é compreendida pela intervenção, ou seja, quais de suas dimensões estariam relacionadas à intervenção proposta e, portanto, são mais pertinentes a serem consideradas numa análise de implementação.

Penchansky e Thomas (1981, p. 128) definem acesso como o “grau de ajuste entre os clientes e o sistema”. Esses autores também defenderam acesso à saúde como “compatibilidade entre a população e suas necessidades e os recursos de saúde ofertada”, a partir de um conjunto de dimensões específicas como:

- **Disponibilidade (availability)** – refere-se ao volume/quantidade e o tipo de recursos ou insumos e serviços oferecidos relacionados às necessidades, do cliente. Este aspecto é usualmente mensurado através dos indicadores de cobertura, isto é, qual a proporção da população que se beneficia das ações do programa ou intervenção. Relação entre o número de teste disponíveis e o número de gestante realizando pré-natal da unidade de saúde estudada.
- **Oportunidade (accessibility)** – relaciona-se com a provisão do cuidado, serviço ou insumo no local refere-se à existência dos serviços no lugar e no momento em que tecnicamente é recomendada. Não se refere à mera utilização do serviço, mas deve incluir os obstáculos às ações que tenham relação com o efeito esperado. Por exemplo, o tempo entre a realização do teste e conhecimento do resultado do teste pela gestante e

o profissional de saúde influencia na adoção de medidas profiláticas e de prevenção para TV do HIV, conduta clínico-terapêutica, com consequências claras para o mãe e o concepto. Neste estudo o fator chave para oportunidade é o resultado ser entregue em tempo hábil (antes do parto) e depende da disponibilidade do teste (insumo), no momento tecnicamente recomendado. Isso quer dizer que a gestante tem a oportunidade de ter sido testada ou não em tempo hábil.

- **Adequação (accomodation)** – representa a relação entre a forma como os serviços e se organizam, estabelecem os fluxos para receber o usuário e a habilidade do usuário de se adaptar a essa organização. Com a observação do fluxo organizacional da unidade de saúde e laboratório, será possível verificar os recursos existentes e a forma que os serviços se mobilizam para realização da oferta da testagem com aconselhamento, processamento e entrega do resultado do teste anti-HIV para se adequar às necessidades da gestante, visando à obtenção dos efeitos desejados, ou seja, a entrega do resultado em tempo hábil, para adoção de medidas profiláticas para prevenção da TV do HIV, em conformidade as recomendações estabelecidas (padrões).
- **Poder aquisitivo (affordability)** – relacionada a aspectos de custos de insumo ou recursos materiais e serviços à capacidade do usuário de pagar por eles. No estudo os testes são distribuídos pelo Estado ao laboratório de referência e a testagem realizada gratuitamente, o usuário não necessitará pagar pelos mesmos, entretanto devem ser considerados outros gastos como transporte e distancia a ser percorrida que acabam refletindo nessa dimensão. O estudo não pretende trabalhar este conceito devido tempo exíguo.
- **Aceitabilidade (acceptability)** – representa as atitudes dos usuários e profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um. Sua verificação deve, fundamentalmente, centrar-se no ponto de vista da gestante. Dadas as condições operacionais não será possível realizar este tipo de abordagem neste trabalho.

Com especial enfoque, neste trabalho, categoria qualidade dos serviços de saúde será explorada na dimensão específica do cuidado médico que é a qualidade

técnico-científica. E neste estudo é entendido como a conformidade das atividades ao que é preconizado pelo programa, ou seja, conforme protocolos estabelecidos e será abordada dentro da adequação.

Fundamentado nas definições acima, neste estudo, propõe-se analisar o grau de implementação da oferta da testagem para o diagnóstico do HIV com aconselhamento, no pré-natal, tendo como base a categoria acesso, utilizando-se de dimensões específicas e, que possuem a capacidade de ratificar: a disponibilidade - oferta do insumo e a utilização do insumo (teste HIV); a oportunidade (entrega do resultado do teste em tempo hábil) e a qualidade (adequação ou conformidade) dos serviços ou cuidados oferecidos, na intervenção ou programa pré-existent (ADAY; ANDERSEN, 1974; PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Um ponto de convergência entre os vários estudiosos no assunto é o de que acesso a saúde não é definido apenas com base na existência de serviços ou produtos, mas considerando a real utilização dos mesmos medidos por indicadores objetivos de estrutura e processo (realização das ações de aconselhamento pré e pós-teste e oferecimento de testagem e aconselhamento pós-teste e entrega de resultados oportunamente, ou seja, antes do parto) (ADAY; ANDERSEN, 1981; CONSENDEY, 2000; LUIZA; BERMUDEZ; 2004).

Penchansky e Thomas (1981) diferem de Donabedian quando incluem outros atributos, que são tomados não com base na oferta e sim na relação entre a oferta e os indivíduos.

Assim, medida de sucesso do acesso para o diagnóstico do HIV, a ser considerada, é a oferta e utilização do teste HIV com aconselhamento pré e pós-teste e o recebimento do resultado antes do parto. Inclui ainda o encaminhamento ao serviço de referência, se necessário. Assim, fez-se a opção de trabalhar prioritariamente com as dimensões qualidade e oportunidade, a qual atribuiu-se maior, valoração e complementarmente acrescentou-se a disponibilidade em função da necessidade prover os insumos para o desencadeamento do processo.

Quanto à dimensão qualidade do programa ou intervenção proposta refere-se principalmente a qualidade técnica do cuidado prestado, ou seja, as ações oferecidas a gestante no pré-natal, que inclui: adequação dos fluxos de organizacionais de atendimento entre unidade de saúde e laboratório e a forma de

mobilização da unidade para ofertar o teste HV acompanhado aconselhamento pré e pós-teste, possibilitando a entrega do resultado em tempo hábil para tomada de decisão, ou seja, adoção de medidas profiláticas para prevenção da TV HIV, em conformidade com as recomendações e protocolos estabelecidos (padrões) e será abordada dentro da adequação.

Pretende-se avaliar essa categoria verificando se as ações preconizadas foram executadas, principalmente, conforme as recomendações do Ministério da Saúde (MS) para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antiretroviral em Gestantes (BRASIL, 2004b) e as Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/AIDS (BRASIL, 2005b). Essas diretrizes foram consideradas como padrão ouro, isto é conformidade.

As diretrizes deste consenso se consolidam nas seguintes recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV: realização do aconselhamento pré e pós teste e testagem sorológica para o HIV, no pré-natal, administração de terapia antirretroviral combinada no pré-natal, administração de AZT durante o parto para gestante infectada, no pós-parto para o recém-nascido e a distribuição de fórmula láctea infantil (BRASIL, 2004b).

Para este estudo deu-se enfoque principal para o aconselhamento pré e pós teste acompanhado do oferecimento do teste anti-HIV e realização ou utilização do mesmo no pré-natal. Quanto a administração profilaxia ou uso de medicamento antirretrovirais para as gestantes infectadas, ficou condicionada ao encaminhamento ao serviço de referência para tratamento e acompanhamento referenciado da mesma, se necessário. Diante da importância dos demais itens, os mesmos devem ser detalhados e reforçados à gestante, no aconselhamento, durante o pré-natal.

Para apoiar as ações de vigilância em saúde e atenção à infecção pelo HIV no município de Bauru, o Programa Municipal de DST/AIDS, em março de 2000, implantou e estruturou junto ao Programa de Saúde da Mulher (PSM) o protocolo de “atendimento inicial às gestantes portadoras de HIV nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)”, respaldando assim o atendimento dos casos detectados e contribuindo para a prevenção da transmissão vertical e controle do HIV/AIDS. Este implemento na assistência trouxe às gestantes o direito à testagem, diagnóstico para o HIV e tratamento referenciado, se necessário, garantindo inclusive o sigilo e anonimato das pessoas, segundo estabelece Bauru (2000b).

Os exames anti-HIV são realizados pelos laboratórios, conforme algoritmo estabelecido pela Portaria Nº59/GM/MS/2003 (BRASIL, 2003d), que define um conjunto de procedimentos sequenciados que devem ser, obrigatoriamente, seguidos pelos laboratórios públicos e privados do país. Para cumprimento deste algoritmo, os laboratórios prestadores SUS complementam o diagnóstico do HIV, com exames confirmatórios no Laboratório de Referência Regional - Instituto Adolfo Lutz – IAL Bauru. Os resultados desses exames, idealmente, devem ser disponibilizados para a unidade de saúde em até dez dias úteis após a coleta. Qualquer profissional de nível superior está autorizado a revelar resultado desde que esteja devidamente capacitado conforme diretrizes do PNDST/AIDS (BRASIL, 2005d).

Conforme o protocolo da SMS de Bauru, a gestante deve receber o resultado no aconselhamento pós-teste, independente se o resultado é positivo ou negativo. Caso o resultado seja positivo ou indeterminado a gestante recebe uma requisição para realizar a coleta da 2ª amostra para confirmação do diagnóstico para o HIV. Caso confirme o resultado positivo, a gestante recebe uma guia de encaminhamento para o serviço de referência em HIV/AIDS, com consulta agendada pelo profissional de saúde da unidade de saúde ou continua realizando o acompanhamento pré-natal na unidade básica de saúde e o tratamento para o HIV/AIDS no serviço de referência.

Com adoção dessas medidas, este programa busca-se avançar no monitoramento e contribuir na adesão da gestante ao tratamento, na medida em que se facilita o acesso ao serviço e possibilitou o estabelecimento de vínculo ente o profissional da saúde e sua cliente, com garantia de atendimento especializado de qualidade e sigiloso.

Conforme dito por Adami (1993), anteriormente, acesso “depende mais da coerência de padrão tecnológico e demanda da população”. O atendimento especializado realizado, essencialmente, para os portadores do HIV/AIDS, quando desenvolvido de forma natural, usual e com vínculo estabelecido, entre o profissional de saúde e o cliente, produz o efeito desejado, ou seja, o cuidado com qualidade (DONABEDIAN, 1990).

Conforme mencionado anteriormente, a avaliação do grau de implementação do teste HIV no pré-natal, buscou-se explorar a categoria de acesso e as dimensões: oportunidade e adequação (qualidade) e disponibilidade.

De forma integrante neste estudo, para estimar a qualidade dos serviços, adotou-se os conceitos propostos por Donabedian (1988) que recomendou a análise da estrutura, do processo e do resultado. Além disso, esse mesmo autor considera o estudo do processo como a melhor forma para investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência, ou seja, a análise processual está direcionada a identificar os procedimentos “necessários” para o manejo dos casos atendidos e verificar se eles realmente foram aplicados.

Este mesmo autor (DONABEDIAN, 1986, 1990) ressaltou alguns aspectos da qualidade, utilizando as categorias de análise que correspondem às noções da Teoria Geral de Sistemas (*input-process-output*), classicamente consideradas uma tríade, a saber:

- Estrutura – compreende os recursos físicos, humanos, materiais e organizacionais (disponibilidade de recursos físicos, financeiros e de profissionais qualificados), empregados para atingir os resultados esperados, por meio dos quais se proporciona a atenção à saúde; refere-se também às características dos recursos utilizados pelo serviço (FERNANDES; ARAÚJO; MEDINA-ACOSTA, 2005).
- Processo – refere-se à atenção que profissionais de saúde dispensam aos “pacientes”, quanto à habilidade, os aspectos éticos com que efetuam essa atenção. É sobre essas relações que se obtêm os resultados da assistência e as bases para valoração da qualidade, ou seja, no processo são consideradas as atividades, bens e serviços prestados e como o são. Diz respeito ao tratamento diretamente, no momento em que está ocorrendo, visto que apresentam seus produtos, diretamente relacionados às atividades (DONABEDIAN, 1980a).
- Resultados – expressam as consequências da atenção na saúde de quem a recebe (DONABEDIAN, 1986). O termo resultado refere-se ao que se obtém para o paciente e supõe uma alteração no estado de saúde que possa ser atribuída à atenção sob avaliação. Os resultados também

incluem outras consequências da atenção (DONABEDIAN 1990); mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado (DONABEDIAN, 1992).

Complementarmente Vuori (1988), quanto à abordagem estrutural, descreve os recursos da força de trabalho em saúde, instalações e equipamentos para serem comparados com critérios e padrões estabelecidos. Segundo esse mesmo autor (VUORI, 1991), considera que “em boas condições (estrutura) têm mais possibilidade de resultar em um processo adequado de cuidados e um resultado favorável do que pré-condições básicas precárias”. Esta medida está relacionada oferta das ações e serviços, ou saber em que medida os recursos existentes são adequados para o atendimento às necessidades da população-alvo.

Este estudo adotou como componentes do programa: estrutura, processo, e resultado de Donabedian (1986) e de forma complementar, os componentes (insumos, atividades e resultado), descritos pelo Programa Nacional de DST/AIDS / CDC (BRASIL, 2005c), pois considerou os dois modelos equivalentes e que não há conflitos entre os dois. Esses componentes foram utilizados para enriquecer e descrever a implantação ou a implementação de uma intervenção e seus efeitos.

Assim, buscou-se definir os componentes da intervenção, focalizando aspectos relacionados ao acesso ao diagnóstico do HIV no pré-natal. Para tanto exigiu uma ponderação a acerca dos componentes, da intervenção em estudo e seus objetivos. Com isso, pretendeu-se identificar qual é a estrutura, o processo e resultado da intervenção, ou seja, os insumos (recursos existentes ou previamente disponíveis para execução das atividades), atividades (processo, ou seja, os procedimentos pelos quais os insumos são mobilizados), produto (efeitos imediatos das atividades), resultado (efeitos na população alvo) e impacto (efeitos acumulados do conjunto de todas as intervenções).

Para este estudo avaliativo o acesso e suas dimensões, como a qualidade, foram analisados, quanto à estrutura ou insumos disponíveis (estrutura física, de recursos humanos, de materiais, e organizacionais) para alcançar uma determinada finalidade. Esta medida está relacionada a oferta do teste HIV acompanhada de aconselhamento pré e pós-teste, ou seja, implica nas condições existentes e a adequação da unidade de saúde pesquisada para o provimento do diagnóstico do

HIV, no pré-natal, bem como as condições existentes no laboratório de referência desde a coleta, o processamento e a entrega dos resultados dos exames em momento oportuno.

Para analisar o processo ou atividades realizadas, buscou-se verificar o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços. Ou seja, se as atividades de oferta de testagem do HIV e de aconselhamento pré e pós-teste estão sendo realizadas conforme as recomendações preconizadas para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antiretroviral em Gestantes (BRASIL, 2004b) e Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/AIDS (BRASIL, 2005b).

Donabedian (1980a) considera ser o processo o caminho mais direto para o exame da qualidade do atendimento. Este mesmo autor Donabedian (1992), assim como Scriven (1967) e Hartz (1997), entende que a avaliação da qualidade está voltada para a análise do processo, pois engloba as atividades ou os procedimentos empregados pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em resultados. A análise processual está direcionada a identificar os procedimentos “necessários” para o manejo dos casos atendidos e verificar se eles realmente foram aplicados apropriadamente, ou seja, o grau de adequação ou excelência alcançada na execução das ações e serviços.

Complementarmente a qualidade técnico-científica do cuidado de saúde, é definida por Vuori (1991), como a aplicação apropriada do conhecimento médico disponível, bem como da tecnologia, no cuidado com o paciente, ou seja, a oportuna oferta das medidas profiláticas da transmissão vertical do HIV, existentes, conforme normas estabelecidas, no cuidado com a gestante, na assistência pré-natal.

Avaliar a qualidade do processo de assistência ou do cuidado que vem sendo prestado a gestante, no pré-natal, implica também na observação do cumprimento de diretrizes e fluxos estabelecidos conforme preconizado pelo programa e que possibilitem adequado acompanhamento dessas mulheres na gestação para o diagnóstico precoce do HIV, na rede de porta-de-entrada no sistema de saúde, propiciando condições para a diminuição do risco à saúde materna e para transmissão vertical do HIV.

Conforme Acurcio e Guimarães (1996), afirmam que Donabedian, destaca a relação entre processo e resultado e entre estrutura e o processo, o coração da investigação da qualidade.

Os componentes do programa descritos pelo PN-DST/AIDS (BRASIL, 2005d) são: insumos, atividade, produto, resultado e impacto, a saber: insumos: recursos previamente existentes; atividades: são os procedimentos pelos quais os insumos são mobilizados visando à obtenção dos efeitos desejados (intervenções/serviços); produtos: são as consequências imediatas das atividades do programa (efeitos imediatos); resultados: são os efeitos nas populações-alvo (efeitos intermediários) e Impacto: efeitos acumulados do conjunto dos programas (efeitos finalísticos).

Neste estudo adotaram-se como componentes da intervenção: “insumos” como equivalente a “estrutura de recursos” e “processo” equivalente a “atividades” e os produtos. Embora igualmente importantes os componentes resultado e impacto não foram avaliados nesta oportunidade por esse estudo.

A dimensão qualidade dos serviços de saúde foi explorada, neste estudo, na dimensão específica do cuidado médico que é a qualidade-técnico-científica (assistência prestada), sendo entendida como a conformidade das atividades ao que é preconizado pelo programa, ou seja, conforme diretrizes para aconselhamento e testagem para o HIV, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, sendo abordada dentro de adequação (PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Quanto a relação da categoria acesso e a dimensão qualidade identifica-se uma interface entre elas quando o que é preconizado por Donabedian (1981), em relação ao acesso de qualidade, quando envolve o cuidado médico, necessitando de critérios, normas e padrões, devendo levar em conta o contexto em que estes temas são aplicados.

2.4 QUALIDADE

A qualidade entendida como “o grau de adequação ou excelência alcançada na execução das ações e serviços” (PEREIRA, 1995) em conformidade com as diretrizes e normas estabelecidas, inclui entre os seus padrões os “sete pilares da

qualidade”. Descrito por Donabedian (1990), que ampliou o conceito de qualidade, são eles: eficiência, eficácia efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Os sete pilares da qualidade, segundo Donabedian (1990):

- Eficiência – Relação entre o impacto real e o custo das ações. Proporcionar o melhor tratamento ao paciente utilizando a menor quantidade de recursos possível. Relação entre insumo e produto.
- Eficácia – o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias (influência das inovações tecnológicas). Capacidade de produzir o efeito desejado, quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”.
- Efetividade – melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. É a capacidade de produzir o efeito desejado, quando em “uso rotineiro”.
- Otimização – Analisa os resultados de forma relativa aos custos envolvidos na obtenção do cuidado da saúde (melhor relação custo-benefício nas condições de saúde). Busca melhorar o processo já existente para tornar o cuidado eficaz a ponto de reduzir o tempo.
- Aceitabilidade – é entendida como adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. A aceitabilidade depende das valorizações subjetivas do paciente, fundamentalmente, referentes à efetividade, eficiência e otimização e alguns outros elementos como: a acessibilidade do cuidado (acesso a testagem e aconselhamento, no pré-natal, para prevenção da TV HIV), os atributos da relação profissional-paciente (no atendimento perceber a consideração, o atendimento respeitoso e ético, possibilitar o recebimento de informações sobre sua condição, ter respostas aos questionamentos, participar das decisões sobre sua saúde) e as características do local de prestação do cuidado (conforto, privacidade), ou seja, em conformidade e expectativa dos usuários;

- Legitimidade - aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral (conformidade às preferências sociais e aspectos institucionais). Aceitação da realização da testagem para o HIV pela gestante no pré-natal;
- Equidade – Distribuição do cuidado / serviço de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população. O que os indivíduos e sociedade consideram satisfatório; a distribuição do acesso ao cuidado e a distribuição da qualidade do cuidado subsequente e de suas consequências. Acesso às ações (testagem p/ HIV e aconselhamento) que possibilitem a prevenção e controle da TV HIV, junto a gestante no pré-natal.

Conforme dito na seção 2.3, Penchansky e Thomas (1981), para este estudo foram contemplados os componentes de acesso: oportunidade e qualidade (adequação/conformidade) e a disponibilidade, pois foi considerado-se fundamental a existência de condições das estruturais (recursos físicos, humanos, materiais e organizacionais) para realização das atividades de testagem para o HIV com aconselhamento.

Considerando que os “sete pilares da qualidade” de Donabedian (1990), a qualidade do cuidado é julgada pela sua conformidade com o grupo de expectativas ou padrões.

Neste estudo, foram considerados os seguintes pilares que derivam da qualidade: acesso e adequação técnico-científica (aceitabilidade), legitimidade e equidade. Isso pode ocorrer, quando os valores e expectativas individuais que determinam a aceitabilidade, ou seja, atributos da relação profissional-paciente e as características do local de prestação do cuidado (adequação) determinam aceitação do cuidado; e valores e expectativas sociais que determinam a legitimidade. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade; a distribuição do acesso ao cuidado e a distribuição da qualidade do cuidado subsequente e de suas consequências.

De forma complementar a aceitabilidade depende das valorizações subjetivas do usuário referente à efetividade, eficiência e otimização. Assim, efetividade, eficiência e otimização, será tratado dentro da aceitabilidade, ou seja,

respectivamente, traduzem, como a implementação das ações de oferta e realização de testagem do HIV no aconselhamento pré e pós-teste, no pré-natal, pode-se proporcionar a prevenção TV do HIV, utilizando-se de normas e critérios estabelecidos; proporcionar tratamento adequado a gestante (HIV+), no pré-natal, com recursos e disponíveis e melhorar o processo já existente para tornar o cuidado eficaz a ponto de reduzir o tempo).

Assim, em conformidade (legitimidade) com a livre aceitação da gestante da realização da testagem do HIV no pré-natal contribui para a redução dos riscos de transmissão do HIV da mãe para o filho.

Por consequência, a qualidade não pode ser inteiramente julgada em termos técnicos por profissionais de saúde isoladamente; as preferências de usuários e da sociedade como um todo também deve ser levado em conta.

De modo semelhante à abordagem desenvolvida por Donabedian (1990), Vuori (1988) destaca como componentes desejáveis do cuidado: a efetividade, a eficácia, equidade, acesso, adequação, aceitabilidade e a qualidade técnico-científica do cuidado.

Neste estudo adota-se como parâmetro avaliativo de qualidade para serviços de saúde / cuidado, a proposta de Donabedian (1981), que preconiza como índice específico o cuidado médico (qualidade técnico-científica), entendido como a maneira como o serviço foi organizado e os fluxos estabelecidos, tendo como base ou padrão ouro as normas do Ministério da Saúde e como foi oferecido à população. Dentre estas recomendações nacionais adotadas convém destacar o aumento da cobertura de testagem na população e a profilaxia da prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2004b; 2006c).

Nesse contexto, apresentou-se necessário integrar o aconselhamento pré e pós-teste HIV como estratégia para a melhoria da qualidade da assistência às gestantes em unidades de saúde, exaltando-se a sua importância para a redução da transmissão vertical do HIV.

A necessidade da inclusão destas dimensões na análise de implementação parece fundamental, uma vez que são preconizadas pelo programa de controle da TV do HIV. Além disto, o período gestacional e perinatal é para a mulher e a criança períodos críticos de vulnerabilidade individual e social.

Conforme mencionado, anteriormente, por Donabedian (1984) identificam-se três tipos de indicadores de avaliação ou componentes da avaliação: estrutura, processo e resultado. Os indicadores de estrutura refletem as condições de área física, tecnologia apropriada, recursos humanos, medicamentos e o acesso a normas e manejo de pacientes. Com os indicadores de estrutura identificam-se as condições sob as quais o cuidado à saúde é oferecido aos usuários.

Para o componente a estrutura / insumo, verificaram-se as condições existentes na unidade de saúde para atenção a gestante no pré-natal, quanto a disponibilidade de área física adequada para o oferecimento do teste anti-HIV e o aconselhamento pré e pós-teste; o acesso a testagem, em tempo oportuno, para monitoramento da infecção pelo HIV na gestante, a disponibilidade de testes sorológicos e confirmatórios no laboratório, a existência de normas para investigação, aplicação e prevenção da transmissão vertical do HIV e manejo adequado da gestante HIV positiva; além de profissionais adequadamente capacitados para a tomada de decisões.

O componente processo / atividade indica o que é realmente oferecido aos usuários em termos de cuidado frente a um paciente com determinada necessidade de saúde. No componente processo verificou-se como os profissionais de saúde realizam as atividades, ou seja, o grau de implantação das ações de aconselhamento pré e pós-teste do HIV, no pré-natal, visando a prevenção e controle da transmissão vertical do HIV.

Segundo Vuori (1991) no resultado observam-se os efeitos a partir dos objetivos propostos pela intervenção. É fundamental essa abordagem no desenvolvimento de indicadores do nível de saúde e pela medida da satisfação do usuário. Hartz (1997, p. 36) argumenta que “esta apreciação é muitas vezes insuficiente para se fazer um julgamento válido sobre os resultados de uma intervenção”.

Conforme Vuori (1991), a maior fragilidade da abordagem estrutural está relacionada com os seus pressupostos de validade: “presume-se que uma boa estrutura leve a um bom processo e este por sua vez, a um bom resultado. Quanto maior a cadeia de pressupostos de validade, maior a possibilidade de ligações fracas, insustentáveis logicamente e não comprovadas”.

Geralmente, para análise os indicadores são comparados a padrões de qualidade previamente estabelecidos, neste estudo, utilizaram-se como padrão as diretrizes nacionais para aconselhamento e testagem do HIV (BRASIL, 2005b) e as recomendações para prevenção da transmissão vertical do HIV do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, 2006c).

Os indicadores de resultado, por sua vez, refletem o quanto o usuário do serviço teve sua necessidade resolvida. Esses indicadores precisam ser avaliados levando em conta o nível de complexidade do serviço e sua adequação para resolver o tipo de necessidade apresentada pelo usuário. Essa necessidade pode ser atendida de maneira satisfatória na atenção básica de saúde, mas o efeito esperado se baseia na realização oportuna da testagem para o HIV com aconselhamento adequado, conforme as diretrizes nacionais e a entrega do resultado do teste em tempo hábil, ou seja, antes do parto.

Cabe ressaltar que o enfoque dado por este estudo está mais voltado para avaliação de implementação da intervenção em uma unidade de saúde. Onde o interesse é verificar se as atividades estão ocorrendo como esperado, se quando ocorrem estão em conformidade com protocolo e recomendadas e se elas apontam para os efeitos esperados. Neste caso a população-alvo é a população usuária do serviço, neste estudo, à gestante.

2.5 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV

Atualmente, o Brasil dispõe de uma rede de laboratórios públicos que realizam os testes anti-HIV, sendo o Laboratório I de Bauru - Instituto Adolfo Lutz – IAL Bauru um deles, além de outros prestadores de serviço do SUS, que atendem a demanda existente do município de Bauru. O IAL Bauru realiza também os exames confirmatórios para o diagnóstico, isto é, o segundo teste de ELISA, Imunofluorescência Indireta (IFI) para diagnóstico do HIV e Western Blot (WB).

Em Bauru, todas as unidades municipais de saúde realizam a coleta de amostras de sangue para o diagnóstico do HIV, ocorreu uma prévia distribuição para realização desses exames, regionalmente, entre os dois laboratórios prestadores SUS, e na região central o serviço é prestado pelo IAL Bauru, facilitando o acesso à população, que é atendida próximo ao seu domicílio. Os exames são realizados nos

laboratórios de referência (prestadores SUS) e quando necessário, são confirmados no laboratório de referência regional, IAL Bauru.

Os exames para diagnóstico do HIV são realizados nos laboratórios acima mencionados, conforme algoritmo estabelecido pela Portaria 59/GM/MS/2003 que define um conjunto de procedimentos sequenciados a serem obrigatoriamente seguidos pelos laboratórios públicos e privados do país.

Esses exames são realizados nos laboratórios de referência, e os resultados devem ser disponibilizados em até 10 dias úteis após a coleta. Qualquer profissional de saúde de nível superior, devidamente, capacitado, está autorizado a entregar o resultado ao paciente. Isso ocorre desde março de 2000, para apoiar as ações de vigilância e atenção à infecção pelo HIV, principalmente, quando foi implantado o “Protocolo de Prevenção e Controle da TV do HIV”, no município de Bauru junto as ações de pré-natal.

Segundo esse protocolo a Gestante recebe o resultado juntamente com o aconselhamento, independentemente se o resultado é positivo ou negativo. Caso o resultado seja indeterminado o paciente recebe uma requisição para realizar a coleta da 2ª amostra para confirmação. Caso confirme o resultado positivo, o paciente será encaminhado, se necessário para tratamento, acompanhamento e realizar os exames de CD4/CD8 e carga Viral no serviço de referência municipal em HIV/AIDS (Seção de Moléstias Infecciosas/SAE Bauru).

Desta forma, buscou-se avançar no monitoramento e contribuir na adesão da gestante ao tratamento, na medida em que se facilitou o acesso ao serviço e maior promoveu maior vínculo entre profissional da saúde e seu paciente, com garantia de atendimento de qualidade e sigilo.

2.6 A REALIZAÇÃO DO ACONSELHAMENTO E DA OFERTA DO TESTE ANTI-HIV NO PRÉ-NATAL

A vulnerabilidade das mulheres à AIDS está associada a uma lógica cultural da sexualidade, traduzida na submissão sexual das mulheres aos homens e na repressão sexual que permeia a educação das meninas, que, por sua vez, é constituída com base em mitos e preconceitos delimitados por gênero, sexo, opção

sexual, classe e raça. Esses fatores interferem diretamente na prevenção e controle da epidemia, uma vez que dificultam a negociação do uso de preservativos e geram constrangimento na abordagem sobre sexo e saúde sexual (SOUZA; ANDRADE, 2003; BRASIL, 2004a).

Por essas razões, a realização do aconselhamento e da oferta do teste anti-HIV no pré-natal são de fundamental importância, pois asseguram à mulher o direito à informação e a receber tratamento e medicamentos antiretrovirais, evitando a transmissão vertical do HIV na maioria dos casos. Além disso, em cerca de 65% dos casos de gestantes HIV positivas, a transmissão do vírus ocorre no período próximo ao parto ou durante o parto.

O PN-DST/AIDS (Programa Nacional de DST/AIDS) recomenda a realização do teste anti-HIV com aconselhamento e com consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal. Enfatiza-se a necessidade de realizar pelo menos uma sorologia durante o período gestacional.

Existem diretrizes oficiais para a solicitação do teste anti-HIV no pré-natal. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O PAISM teve como alguns de seus objetivos específicos a promoção da atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a ampliação e qualificação da atenção clínico-ginecológica, também para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST, e a promoção, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, da prevenção e do controle das DST e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina (BRASIL, 2004a).

A redução da transmissão vertical do HIV viabiliza-se quando é possível conhecer as gestantes soropositivas e fazer a profilaxia da transmissão, utilizando medicamentos antiretrovirais. Isto impõe estabelecimento de estratégias eficazes para o rastreamento da infecção nas grávidas e, assim, proteger o futuro bebê quando a mãe está contaminada.

Neste caso, proteger significa evitar a contaminação do feto, isto é, não prejudicá-lo. Alguns autores, no entanto, questionam se o “interesse presumível” do

feto em um potencial tratamento teria prioridade sobre o interesse da mãe de não ser testada, se está se recusasse a fazer o teste (ISRAEL, 2002).

Na perspectiva dos direitos humanos, o teste compulsório constituiria uma violação do direito das mulheres sobre seus corpos e sua saúde. Além disso, também as políticas que estabelecem tratamentos compulsórios às gestantes soropositivas em benefício da saúde do feto seriam consideradas ameaça à integridade corporal das mulheres (SCHÜKLENK, 1998).

O Ministério da Saúde tem demonstrado, também, sua preocupação com a dimensão ética da oferta do teste anti-HIV, reconhecendo a necessidade de que esta ação aconteça de forma a garantir a cidadania e o respeito à pessoa humana e destacando que os pilares éticos dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) sejam constituídos pelos princípios de confiabilidade dos exames, agilidade no encaminhamento para os serviços de referência, gratuidade e confidencialidade, aliados às ações de aconselhamento (BRASIL, 2006b).

A Secretaria Municipal de Saúde através do Programas DST/AIDS em parceria com Saúde da Mulher institui, em 2000, a inclusão do oferecimento do teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste a todas as gestantes que realizam acompanhamento pré-natal na rede básica de saúde do município de Bauru-SP e definiu a referência e contra-referência de tratamento para as gestantes HIV positivas. Assim, o Programa Municipal de DST/AIDS estabelece as recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestante e Diretrizes para realização do Aconselhamento conforme preconiza o MS (BRASIL, 2004b).

2.7 O ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS E A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

As informações sobre o significado e implicações do teste anti-HIV para o dia-a-dia são tão importantes quanto a realização deste. No caso da gestante, isso passa a ser ainda mais prioritário, pois a instabilidade emocional própria da gravidez fica exacerbada e pode trazer consequências desfavoráveis à mulher e ao concepto (ARAÚJO, 1997).

Os momentos de atendimento à mulher representam espaços oportunos para a realização do aconselhamento e para o acompanhamento e apoio às medidas preventivas. Um desses espaços importantes é o atendimento pré-natal, considerando que geralmente este é o primeiro contato da mulher grávida com a atenção básica e que se deve estabelecer um vínculo entre a gestante e o profissional (BRASIL, 2006a).

O aconselhamento persegue três objetivos essenciais: o primeiro, de investir na prevenção da doença, através de informar e abrir espaços para discutir a necessidade e as possibilidades de interferir no comportamento dos indivíduos, por exemplo, em relação ao uso de preservativos nas relações sexuais; o segundo, de garantir à clientela um espaço para estabelecer vínculos de confiança – seja com o profissional que a atende, seja com o serviço de saúde –, fundamental à discussão sobre prevenção e autocuidado e também para a eventualidade de comunicação de um resultado positivo do teste; e, o terceiro, de auxiliar na promoção dos direitos de cidadania (ISRAEL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde no manual de Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, o processo de aconselhamento poderá ser facilitado com a instituição de palestras e outros meios de informação para as gestantes e seus parceiros, na rotina dos serviços de pré-natal otimizando o espaço entre a espera e a consulta. Essa prática informativo-educativa fará da abordagem deste tema, para muitos, ainda, complicado coisa natural e rotineira, evitando a banalidade da testagem anti-HIV. No pós-teste, o profissional deverá reforçar e discutir com a gestante o significado do resultado de seu teste, e, qualquer que seja o resultado, reforçar as informações sobre modo de transmissão do HIV e outras DST, e sobre as medidas de prevenção (BRASIL, 2004b).

2.8 MODELO LÓGICO

Existem várias formas de elaborar hipóteses e pressupostos de uma pesquisa antes de selecionar as variáveis que devem ser estudadas. Uma delas é a elaboração de um modelo teórico, também descrito como modelo lógico (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

2.8.1 Modelo lógico da intervenção ou modelo lógico de programa

O modelo lógico de programa (MLP) é uma ferramenta usada para o planejamento. Usualmente, ele reflete a imagem idealizada das ações a serem desenvolvidas. No entanto, se for um MLP do que está sendo implantado, muito provavelmente essa imagem idealizada (programa planejado) vai diferir do programa em execução. Essa diferença é documentada e explicitada pela avaliação de implementação, frequentemente denominada de avaliação de processo.

O modelo lógico apresenta-se como possibilidades teórico-metodológicas na área de avaliação de programas. Na elaboração de um modelo deve estar explicitado: o problema, a população alvo, os componentes essenciais do programa para produzirem, de forma isolada ou integrada os efeitos esperados (desejáveis). O programa deve ser tratado no seu todo e na particularidade de seus componentes, nunca tendo em vista apenas um efeito desejado, mas uma série de efeitos hierarquicamente articulados (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Na diagramação do modelo lógico, pode ainda aparecer à infraestrutura necessária à operacionalização do programa. Geralmente, estão incluídos os insumos (*inputs*), as atividades e os produtos (*outputs*) e os efeitos de curto, médio e longo prazo (*outcomes*) (HARTZ, 1997).

Hartz (1997) observou a correspondência entre os termos modelo lógico e microteoria do programa e dos aspectos relacionados aos determinantes de sua implementação, à macroteoria, na qual se faz a análise do contexto. Há o emprego dos termos modelo lógico, modelo teórico e teórico-lógico como equivalentes. Esta mesma autora descreveu que o modelo teórico de um programa deve explicitar como ele funciona idealmente, quais argumentações teóricas dão suporte à hipótese apresentada e quais hipóteses alternativas (*rivals*) serão afastadas.

Segundo Santos et al. (2004) modelo lógico é uma maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre intervenção e efeito. Ele deve incluir as relações entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas, e as mudanças ou resultados que o programa pretende alcançar. Ele é uma representação da racionalidade do programa e explica a sequência de passos que conduz aos efeitos do programa.

Um aspecto importante levantado por ambas às autoras é que, no modelo lógico, a avaliação não é orientada necessariamente por indicadores, mas expressa a racionalidade das ações de controle e o problema a ser controlado; identifica dimensões, componentes, objetivos, metas e também indicadores. As autoras basearam-se em matrizes para descrever o programa, suas dimensões, a descrição do programa planejado (MLP) e o programa como ele foi executado; matriz de padrões / critérios e a de julgamento.

2.8.2 Modelo teórico da avaliação

O modelo lógico de programa (MLP) ou modelo lógico da intervenção (MLI) compreende a descrição da racionalidade do programa ou intervenção, buscando estabelecer uma relação entre a intervenção e seus efeitos.

O Modelo Teórico da Avaliação (MTA) visa responder a(s) pergunta(s) avaliativa(s) formulada(s), define critérios, padrões e propõe usos concretos para a avaliação realizada. Os modelos de avaliação fornecem uma estrutura sistematizada que orienta o processo avaliativo, ou seja, sistematiza os passos e caracteriza o tipo de avaliação que será realizada (SANTOS et al., 2004).

Portanto, para referidas autoras, o objetivo do MTA é realizar a avaliação de um programa de intervenção, identificando as questões avaliativas apropriadas e os dados relevantes necessários para essa avaliação e definir critérios e padrões propor usos concretos para a avaliação realizada. Fica claro, assim, que quando se toma a avaliação como foco, o MLP é apenas um dos pontos do modelo teórico.

O primeiro passo na elaboração de MTA é compreender as etapas do processo avaliativo. Assim, após a descrição do MLI (planejado), compara-se o que foi executado de fato (realizado ou alcançado) com o que foi planejado. Essa comparação pode ser feita em dois níveis: o de implementação e o de desempenho.

O processo avaliativo, portanto, compreende a descrição, comparação e a explicação das diferenças observadas e todo esse processo denomina-se como julgamento de mérito. No julgamento de mérito, o efeito observado é comparado a um padrão preestabelecido (padrão ouro).

Uma das tendências consolidadas no campo da avaliação inclui um conjunto de modelos que privilegiam a avaliação de implementação, nos quais se busca examinar as etapas intermediárias dessas relações. Essa tendência é a substituição dos estudos de cobertura e rendimento, por investigações que tendem a abordar a implementação por meio de indicadores de acesso, ampliando a concepção de implementação para além da mera oferta de serviços, ou seja, incluindo na sua análise, oportunidade, aceitabilidade, qualidade, entre outros (OLIVEIRA et al., 2002). Neste trabalho adotou-se a investigação de implementação através de indicadores de acesso, abrangendo na análise, oportunidade, qualidade e disponibilidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o acesso da gestante a testagem para o HIV no pré-natal, em uma unidade de saúde do município de Bauru, focalizando aspectos relacionados às dimensões de oportunidade e qualidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se está sendo oferecido teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste para a gestante acompanhada no pré-natal, em uma unidade de saúde de Bauru.
- Verificar como está sendo realizado o aconselhamento à gestante no pré e pós-teste para diagnóstico do HIV, no pré-natal, e se o mesmo está sendo repassado com linguagem adequada, respeitando-se os princípios éticos e exercitando-se o processo de escuta ativa.
- Identificar com que qualidade é conferido o diagnóstico laboratorial do HIV e o tempo decorrido entre a coleta, a execução e entrega do resultado do teste anti-HIV.
- Identificar como está ocorrendo o acesso das gestantes a testagem para o HIV e o grau de implantação das ações de controle e prevenção da TV HIV no pré-natal, conforme protocolo.
- Identificar em que fase da gestação está sendo realizada a testagem para o HIV e quais as características dessa gestante.

4 MATERIAL E MÉTODO

Para responder à pergunta avaliativa destacada no início do trabalho, utilizou-se como método o estudo de caso único com uma unidade de análise, com abordagem quanti-qualitativa, tomando-se por base Yin (2001), tendo em vista a complexidade do objeto de estudo, que encontra inserido num contexto ao qual não se tem controle.

De modo geral, o estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que pode ser isolado ou dissociado do seu contexto. É uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidade de análise, visto que a potência explicativa desta estratégia decorre da profundidade da análise do caso e não do número de unidades de análise (HARTZ, 1997).

No geral, o estudo de caso único, é justificável sob certas condições, nas quais o caso representa um teste da teoria existente. Segundo Yin (2001) para confirmar, contestar ou estender a teoria deve existir um caso único, que satisfaça todas as condições para testar a teoria.

Para Yin (2001), são três os fundamentos que representam as razões principais para conduzir um estudo de caso único, porém, há outras situações em que ele pode ser conduzido: a) como introdução a um estudo mais apurado, b) como mecanismos exploratórios ou, c) como caso-piloto, que é o primeiro de um estudo de caso múltiplo. Nestes últimos, o estudo de caso único não pode ser encarado como estudo completo em si mesmo.

O mesmo estudo de caso pode envolver mais de uma unidade de análise, e então ele é considerado como estudo de caso incorporado/imbricado. Isso ocorre quando, dentro de um caso único, se dá atenção a uma subunidade ou a várias subunidades.

Neste estudo optou-se pela abordagem metodológica da pesquisa sintética e o estudo de caso único com níveis de unidade de análises imbricados/incorporados (YIN, 2001). Para tanto, procedeu-se à investigação utilizando-se métodos quantitativos e qualitativos, privilegiando a avaliação normativa e aspectos ligados ao acesso a testagem para o HIV. Segundo Hadad et al. (2002) apud Hartz e Vieira-

da-Silva, (2005), avaliar a dimensão relacional das práticas requer a realização de estudos de caso e o uso de técnicas qualitativas.

Na pesquisa sintética é utilizada uma abordagem dedutiva, partindo-se de pressupostos teóricos e da realidade empírica observada e documentada.

A abordagem quantitativa e qualitativa utilizada nesta pesquisa buscou uma complementaridade e uma integração de dados, de forma a identificar, explicar em profundidade a intervenção proposta. Portanto, foram utilizados como técnicas de coleta de dados: a pesquisa documental para o levantamento de dados de saúde existentes no serviço público de Bauru, no atendimento voltado para a testagem e aconselhamento do HIV/Aids; a entrevista estruturada e a observação sistemática.

4.1 A PESQUISA

Inicialmente, a investigação foi prevista para ser realizada em três das 21 Unidades de Saúde do município de Bauru, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a maior variação média percentual de exames HIV realizada no pré-natal pelas Unidades de Saúde; a maior cobertura de exames realizados para detecção do HIV e a menor variação média percentual de exames HIV, no pré-natal. Esses critérios tinham como referência o estudo realizado em Bauru por Lombardi (2002), que levantou percentuais de exames anti-HIV realizados por setores de atendimento e a curva da estimativa populacional e setorial.

Com a evolução do trabalho de campo, deparou-se com problemas para realização do estudo. Devido à grande concentração de profissionais em férias no período da coleta de dados, especialmente dos profissionais médicos Ginecologista/Obstetra, verificou-se um pequeno número de atendimentos de pré-natal, demonstrando, inclusive, a vinculação desse tipo de atendimento à figura do médico. Outros aspectos considerados para a realização deste estudo com uma única unidade de saúde foram: falta de apoio logístico e de tempo hábil para a aplicação das entrevistas e desenvolvimento do trabalho.

Optou-se, então, por escolher uma unidade básica de saúde com maior variação da média percentual de exames HIV realizados no pré-natal, que passou a ser chamada de Unidade de Saúde.

Para o desenvolvimento deste trabalho, além de entrevistas com gestantes e profissionais de saúde, realizou-se uma observação sistemática da Unidade de Saúde escolhida para a pesquisa, bem como de um laboratório da rede pública (responsável pelo processamento das amostras laboratoriais que determinam o diagnóstico pela infecção do HIV), também foram coletados dados documentais. Para tal, utilizou-se fontes e documentos relacionados ao tema, e foram levantados os dados e instrumentos normativos utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, que foram geradores do Modelo Lógico de Programa/Intervenção elaborado para este trabalho, que por sua vez traçou o Modelo Teórico de Avaliação, que definiu os objetivos das entrevistas e observações sistemáticas.

Destaque-se que para o desenvolvimento do estudo de avaliação fez-se necessário que ocorressem pactuações, ou seja, que houvesse um processo de negociação e de envolvimento entre os atores implicados na intervenção avaliada, em todas as etapas do processo de avaliação. Essa negociação foi necessária para aumentar as chances de os resultados da avaliação serem úteis. Também foi importante para a conscientização de que a avaliação é um dispositivo de produção de informação e, conseqüentemente, de que ela é fonte de poder para os atores que a controlam.

A proposta com desenho da avaliação e a definição da escolha da unidade básica de saúde a ser avaliada foram apresentadas e discutidas, previamente, com os gestores e representante do comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde. Num segundo momento o parecer, o desenho e os instrumentos de coleta de dados foram apresentados e discutidos com a gerente e equipe da unidade básica de saúde escolhida para avaliação.

4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO

Para efetuar a análise de um processo interventivo e avaliá-lo, é preciso levar em conta, além de fatores como acesso, oportunidade, qualidade do atendimento, todo o contexto que caracteriza o lócus da ação (contexto externo), bem como o seu contexto organizacional e os fatores que influenciam na intervenção.

4.2.1 Contexto externo

Entende-se como contexto externo os determinantes dos agravos em suas dimensões de vulnerabilidade social e individual, o perfil epidemiológico contextualizado, a dimensão sistêmica do programa na sua relação com outras intervenções ou recursos intersetoriais.

Este estudo tem como área de abrangência o município de Bauru, que é uma cidade de médio porte, com 674 km² de área total e 134 km² de área territorial urbana, situada na região centro-oeste do Estado de São Paulo, distante aproximadamente 330 km da capital (BAURU, 2004). É sede da região administrativa e referência na área de saúde para 38 municípios.

Por sua condição de município-sede, atrai para si grande contingente populacional vindo de vários municípios vizinhos, em busca de serviços básicos ou especializados de diversos setores, como a saúde e educação entre outros. O município é ainda, polo regional nos setores do comércio e serviços.

A população do município de Bauru foi estimada em 343.450 habitantes, sendo 48,89% do sexo masculino e 51,10% do sexo feminino (SÃO PAULO, 2005). Estima-se que 98.088 das mulheres em idade reprodutiva, ou seja, as que estão na faixa etária de 15 a 49 anos (BRASIL, 2005b), representam 55,88% do total da população feminina.

O crescimento da cidade de Bauru dá-se de forma irregular em direção à periferia, apresentando grande parte de suas edificações compostas de casas populares construídas pela Companhia de Habitação Popular de Bauru (COHAB), que tem como finalidade o estudo das questões relacionadas aos problemas da habitação popular.

Na década de 80, vários conjuntos habitacionais foram construídos, especialmente para as classes de menor renda, cuja localização em relação à região central da cidade, é frequentemente nas áreas marginais, e ficam conhecidos como bairros periféricos.

Em relação às condições de vida da população destaca-se, entre outros indicadores de saúde (SÃO PAULO, 2005):

- taxa de mortalidade infantil: no ano de 2004, foi de 9,69 óbitos por mil nascidos vivos, taxa próxima à realidade do Estado, que no mesmo ano chegou a 14,25. Ainda assim, o município está entre os que tem os menores índices de mortalidade infantil do país, muito embora, como em outros municípios, a metade das mortes em menores de um ano acontece na primeira semana de vida dos bebês;
- taxa de natalidade: foi de 14,37 por mil habitantes, no ano de 2004, numa população de 4.850 nascidos vivos. A Taxa de Fecundidade Geral (TF) para o mesmo ano foi calculado em 50,27 por mil mulheres entre 15 a 49 anos, algo próximo à realidade do Estado, que teve uma taxa de 55,36;
- pré-natal: em relação às consultas de pré-natal, no município de Bauru, verificou-se que 91% das mães tiveram sete ou mais consultas, quantitativo bem acima do Estado, que chegou a 72,61%. No que tange às mães adolescentes (com menos de 18 anos), o índice no município foi de 8,19%, diferente do Estado que foi de 7,76%;
- renda per capita: de acordo com os dados levantados 3,5% dos domicílios de Bauru possuem renda per capita até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, enquanto que no Estado a mesma renda foi encontrada em 5,16% dos domicílios. Segundo informações baseadas nos dados do Departamento de Água e Esgoto (DAE) de Bauru, este mesmo índice foi calculado em 3,4%;
- analfabetismo: no que diz respeito à Educação, no ano de 2000, o município apresentou uma taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais na ordem de 5,24%, a média de anos de estudo da população de 15 a 64 anos é de 8,24 anos e a população de 25 anos e mais com menos de 8 anos de estudo equivale a 49,97%;
- saneamento básico: os dados apresentados pelo Censo Demográfico (IBGE, 2002), quanto ao saneamento básico, mostram que a cobertura atingida em Bauru em relação às residências é alta, sendo 98,68% com água tratada, 95% com rede de esgoto e 98% com coleta de lixo.

4.2.2 Contexto organizacional

No contexto organizacional enquadram-se a política de saúde e as estratégias que influenciariam concretamente o grau de implantação do programa.

No Setor de Saúde, o município encontra-se habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA), segundo Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS01/02-MS, o que permite ao município realizar atendimento nas três áreas básicas (Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia), passando a assumir a responsabilidade por procedimentos de média complexidade, especialmente na área de Vigilância em Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Bauru é responsável pelo atendimento básico e pela urgência e emergência. O município mantém unidades especializadas, serviços conveniados e contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Direção Regional de Saúde de Bauru (DIR-X-Bauru), da Secretaria do Estado da Saúde (SES), que tem como sede o município de Bauru, é a responsável pelo gerenciamento dos Ambulatórios de Saúde Mental e de Especialidades.

A rede básica de saúde do município de Bauru conta com 30 serviços públicos de saúde e 21 dessas unidades prestam assistência médica sanitária e odontológica. A SMS desenvolve ações estratégicas na perspectiva de atender à NOAS. Para tanto, o município apresenta responsabilidades mínimas como as de realizar o controle da Hipertensão Arterial (HA) e do Diabetes, desenvolver ações de promoção da Saúde da Criança, da Mulher e da Saúde Mental, fazer o controle da Tuberculose, da Hanseníase e o atendimento médico de urgência com observação 24 horas, e abastecer o suprimento dos medicamentos da Farmácia Básica.

Quanto às ações de Saúde da Mulher, a SMS garante o atendimento à gestante conforme estabelece o Programa de Saúde da Mulher (PSM). Preconiza, no mínimo, a realização de seis consultas de pré-natal e realiza o oferecimento do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, a todas as gestantes, independentemente da situação de risco para a infecção do HIV. A gestante com o resultado do teste anti-HIV positivo é encaminhada ao serviço de referência em HIV/AIDS (SMI / SAE de Bauru), para a realização do pré-natal e acompanhamento da infecção pelo HIV. No caso de resultado negativo permanece na Unidade Básica de Saúde, onde fez a opção de realizar o seu pré-natal. O programa é desenvolvido

pelas 21 unidades de saúde do município de Bauru, a partir da primeira consulta de pré-natal, desde novembro de 1999 (BAURU, 2000b).

As unidades de saúde do município de Bauru estão assim distribuídas: 18 Núcleos de Saúde, que são às unidades básicas de saúde que prestam assistência médico-sanitária nas três áreas básicas (dois desses núcleos desenvolvem o Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS); uma Unidade Integrada de Atendimento Ambulatorial e de Urgência (UIAAU); uma Unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) e uma Unidade de Referência (Especializada), denominada Centro de Referência (CR), com as modalidades assistenciais: Serviço de Assistência Especializada (SAE), Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) e Hospital Dia (HD).

Esse serviço de referência realiza atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS e a outras DST, além de prestar atendimento ambulatorial aos portadores de Hepatites Virais, Tuberculose e Hanseníase (BAURU, 2004). Uma peculiaridade sobre a Unidade de Referência em HIV/AIDS de Bauru está na forma pela qual é conhecida. Apesar de ser denominada de Centro de Referência (CR), no trato do dia-a-dia, continua sendo “chamada” por “SMI”, sigla do antigo nome da unidade (Seção de Moléstias Infecciosa), utilizado até hoje, tanto por usuários como funcionários da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A SMS conta, também, com: um Pronto Socorro Central Adulto e um Infantil, dez serviços ambulatoriais de referência, um Departamento de Saúde Coletiva, um serviço de ultrassonografia, uma unidade móvel de saúde; e, na assistência odontológica, mantém 32 consultórios e uma unidade móvel odontológica (BAURU, 2004).

Para facilitar a localização das unidades de saúde no município de Bauru, utilizou-se a setorização por área geográfica, processada pelo Programa de Geoprocessamento, disponibilizado pelo Departamento de Água e Esgoto de Bauru (DAE) do município de Bauru (LOMBARDI, 2002), na qual o município foi subdividido em três regiões setoriais, cujo ponto central é a Rua Rio Branco, quadra dez (10). A partir desse ponto, utilizando-se uma faixa de 2 km, definiram-se as três regiões e suas respectivas denominações:

- *Região Central* (Setor 1): com raio da circunferência de 2 km do centro urbano da cidade, onde há predomínio de áreas comerciais, existem dois NS;
- *Região Intermediária* (Setor 2): com raio entre 2 a 4 km do centro, é composta por cinco NS e apenas um está localizado em um conjunto habitacional. Quatro núcleos compõem esta região;
- *Região Periférica* (Setor 3): a partir de 4 km de raio. São doze os NS compreendidos por esse setor, oito estão localizados em conjuntos habitacionais e um deles situado em zona rural.

A rede hospitalar no município de Bauru conta com oito hospitais e três deles contam com maternidade; são eles: Hospital de Base (HB), Maternidade Santa Izabel (MSI), Hospital Manoel de Abreu, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (Centrinho), Hospital Lauro de Souza Lima (HLSL), Sociedade Beneficência Portuguesa, Hospital UNIMED-Bauru e o Hospital Estadual Bauru (HEB). Apenas a Maternidade Santa Izabel, que pertencente à Associação Hospitalar de Bauru (AHB) e tem caráter filantrópico, disponibiliza 65 leitos para o SUS (69,14%) do total de 94 existentes (BAURU, 2004).

Os hospitais especializados em Dermatologia (HLSL) e em Deficiência Auditivas e Craniofaciais (Centrinho) são referência nacional e para América Latina, por suas atuações e por serem polos de pesquisa (BIANCO, 1996).

4.2.3 Fatores que influenciam na intervenção

Ampliar o acesso e a oferta do teste anti-HIV e do aconselhamento é uma importante estratégia para a prevenção do HIV. Mães soropositivas podem aumentar suas chances de terem filhos sem o HIV se forem orientadas corretamente a seguirem o tratamento durante o pré-natal. O diagnóstico precoce também possibilita uma assistência adequada ao portador do vírus, controlando o desenvolvimento da doença, a AIDS (BRASIL, 2004c).

A relevância desse fato levou o Programa Municipal de DST/AIDS de Bauru a instituir, a partir de 1999, o oferecimento do teste anti-HIV – com aconselhamento pré e pós-teste, por meio da observância das orientações para gestantes e crianças

expostas, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) – em todas as unidades de saúde do município, que são atualizadas todos os anos.

O primeiro grande desafio foi a sensibilização e conscientização da classe médica para importância da testagem materna do HIV durante o pré-natal.

A implementação desta atividade não se fez de maneira isolada, mas, ocorreu de acordo com o Programa de Saúde da Mulher da SMS e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, norteados pelos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a sorologia anti-HIV, de maneira integrada, foi disponibilizada a um conjunto de atividades destinadas à promoção da saúde da mulher – incluídas a assistência pré-natal e ao puerpério, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, entre outras.

O desenvolvimento dessas ações integradas e o estabelecimento do fluxo de atendimento foram executados pelas unidades de saúde, garantindo-se, em caso de positividade sorológica, a referência para o serviço que atende as pessoas que vivem com HIV/AIDS, uma unidade de saúde capaz de realizar um pré-natal diferenciado e de oferecer o tratamento e acompanhamento adequado, a gestante HIV positiva.

A institucionalização de ações de prevenção e controle das DST/HIV/AIDS permitiu a redução do impacto da epidemia na população, a promoção de saúde e a melhoria da qualidade do serviço prestado nas unidades de saúde, bem como o aprimoramento das práticas de saúde, uma constante dos profissionais comprometidos com a qualidade da atenção. A qualificação da equipe foi um dos fatores essenciais para atingir este objetivo (BAURU, 2004).

O Programa Municipal de DST/AIDS de Bauru, em parceria com o Departamento de Unidades Ambulatoriais (Atenção Básica) e a Coordenação Técnica de Ginecologia e Obstetrícia, estimulou a realização de testagem para o HIV, acompanhada do aconselhamento pré e pós-teste, no pré-natal, e realizou várias capacitações envolvendo profissionais de saúde de diferentes áreas de atuação (médica, enfermagem, serviço social), de forma a promover a qualificação dessas ações nos serviços municipais.

4.2.3.1 Assistência pré-natal

A assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil, que permanece como um campo de intensa preocupação na história da saúde pública. No Brasil, a persistência de índices preocupantes de indicadores de saúde importantes, como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal, tem motivado o surgimento de um leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, essas políticas têm se fundamentado principalmente no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal. A própria literatura especializada tem privilegiado a análise das características e dos resultados da assistência, relegando a um segundo plano o estudo da qualidade do conteúdo das consultas (COUTINHO et al., 2003).

É avaliação do processo de saúde um programa ou de uma intervenção que analisa realmente o seu funcionamento, pois contempla os cuidados efetivamente fornecidos e recebidos na assistência. Assim, são igualmente importantes tanto as atividades dos profissionais envolvidos no diagnóstico e na terapêutica, quanto as atividades dos pacientes, na procura e na utilização dos tratamentos disponibilizados. Ademais, a desobediência às normas e rotinas do programa – especialmente a inadequação dos registros das consultas – tem sido apontada pela própria literatura como um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal (COUTINHO et al., 2003).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN, 2000; Portaria GM n. 569, de 1/6/2000), do MS, foi instituído com o objetivo declarado de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (BRASIL, 2000b). Quanto à assistência à gestação, o PHPN/2000 determina os parâmetros de acesso; frequência do atendimento e a solicitação de exames complementares, classificados como básicos. Entre eles destaca-se a sorologia para o HIV.

Na Tabela 1 pode-se observar que a cobertura da sorologia anti-HIV, em gestantes no pré-natal, apresenta uma melhora expressiva de 1999 a 2001, cujo percentual foi de 76,70%; para 2004, onde alcançou o índice de 99%, no município de Bauru (SP).

Tabela 1 - Cobertura de gestantes testadas para o HIV no pré-natal; acompanhadas no serviço de referência e notificadas no SINAN, no município de Bauru (SP), no período de 1999 a 2004

Ano	Cobertura de gestantes testadas para o HIV no pré-natal	Gestante HIV + Acompanhamento no Serviço de Referência	Gestante HIV+ SINAN/AIDS
	%	n	n
1999 a 2001	76,70	42	–
2002	80,00	19	14
2003	95,00	23	10
2004	99,00	17	16

Fonte: GVE – DIR-X-Bauru e Relatórios da SMS (BAURU, 2004).

Cabe considerar que as gestantes que já fechavam caso de AIDS se encontravam notificadas no Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN). Sendo assim o número de gestantes identificadas no SINAN, conforme observado na Tabela 1, era menor que o número de gestantes em acompanhamento. Ressalte-se que o Ministério da Saúde iniciou a notificação de gestantes HIV positivas no ano 2000, a partir da publicação da Portaria n. 993/2000, mas esta medida somente foi adotada pelo município de Bauru no ano de 2002.

O comportamento de aumento progressivo de cobertura encontrado nas unidades de saúde de Bauru foi semelhante a outro estudo, levantado no município de Ribeirão Preto/SP e realizado por Neves, Passos e Gueleri (1999), entre 1996 e 1998, sobre a disponibilidade do teste anti-HIV e a sua realização na rotina do atendimento pré-natal em Unidade Básica de Saúde do município: encontrou uma cobertura de 62,30%.

No pré-natal realizado pelas unidades de saúde da SMS-Bauru é feita uma triagem para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV (exame anti-HIV), que é regulamentado pela Portaria nº 59/GM, de 28 de janeiro de 2003 (BRASIL, 2003d), segundo o algoritmo³. Para a realização dos testes de triagem para o HIV e dos confirmatórios, é exigida estrutura laboratorial de média complexidade, fluxo eficaz de envio de amostras das unidades coletoras para os laboratórios, agilidade na entrega dos resultados dos testes aos pacientes e controle de qualidade em todo o processo.

³ Conjunto de procedimentos sequenciados, a serem obrigatoriamente realizados nos laboratórios públicos e privados do país, estabelecido pelo MS.

4.2.3.2 Assistência pré-natal em Bauru

A porta de entrada para realização do pré-natal da gestante na rede pública de saúde, no município de Bauru, é a Unidade de Saúde (US) da SMS mais próxima da residência da usuária. Toda mulher da área de abrangência da US com história de atraso menstrual de mais de 15 dias, deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o teste de gravidez, que será solicitado pelo médico ou enfermeiro.

Se o atraso menstrual for maior que 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e tornar-se desnecessária a solicitação do teste de gravidez. Nesse caso, deverá ser imediatamente agendada a consulta médica.

As gestantes com teste de gravidez positivo são captadas para o pré-natal por intermédio de agendamento de consultas com o médico.

A inscrição da gestante no pré-natal deve ser realizada pelo médico ou enfermeiro na primeira consulta de pré-natal, respeitando-se os seguintes passos:

- abertura de prontuário de pré-natal e ficha controle;
- pré-consulta (realizada pela enfermagem), na qual é feita a avaliação de sinais vitais, a tomada de medidas antropométricas e o levantamento de queixas;
- avaliação médica, na qual é feita:
 - ✓ uma avaliação clínico-obstétrica e de risco gestacional;
 - ✓ a anamnese (história clínica, antecedentes ginecológicos e obstétricos, investigação da data da última menstruação etc.);
 - ✓ um exame clínico-obstétrico (avaliação nutricional, avaliação de membros inferiores, inspeção e palpação de mamas, ausculta de batimentos cardíacos fetais etc.);
 - ✓ a solicitação de exames complementares (aconselhamento pré-teste, oferecimento do teste de anti-HIV (Elisa), acompanhado de consentimento informado, aconselhamento pós-teste e encaminhamento para serviço de referência em HIV/AIDS);

- ✓ registro de informações no prontuário;
- ✓ registro, na carteirinha da gestante, das informações obtidas na consulta;
- ✓ pós-consulta: realizada pela enfermagem (orientação e referenciamento de exames complementares solicitados, dispensação de medicamentos prescritos e padronizados, obtenção do número de SISPRÉNATAL e agendamento de retorno).

4.3 ESTIMATIVA DO NÚMERO DE GESTANTES DO MUNICÍPIO

O Relatório de Acompanhamento de Programas da SMS-Bauru registra uma média de 1.274 gestantes acompanhadas no município, nos quatro trimestres do ano de 2.005. Observou-se, porém, que esse dado não demonstrou ser o mais próximo da realidade para a estimativa do número de gestantes esperadas no ano de 2006, para o núcleo habitacional onde se insere a unidade de saúde estudada.

É importante salientar que os relatórios da SMS, nos quais se fez o levantamento das informações, apresentam limitações, pois não sinalizam se junto aos dados de acompanhamento de gestantes estão inclusas mulheres que iniciaram acompanhamento de pré-natal no trimestre, quantas encerraram o acompanhamento devido ao nascimento do bebê ou por qualquer intercorrência no pré-natal; não referenciando tampouco se elas abandonaram ou não o tratamento/accompanhamento (mais de 3 meses) no pré-natal.

A estimativa do total de gestante no município mais perto do número real baseia-se no indicador “número de nascidos vivos” residentes em Bauru, informação disponibilizada pelo Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC). No ano de 2005, foi calculado um total de 4.276 nascidos vivos (por 1.000 nascidos vivos) para o município de Bauru (BAURU, 2005), porém, considera-se o índice de 3.348 nascidos vivos, residentes em Bauru, pois representa o estrato populacional de usuários do SUS (78,29%), tendo em vista o local de ocorrência de partos (Maternidade SUS) e a população estudada. Esse indicador foi considerado como o mais próximo da realidade desse estrato populacional, contudo, é importante esclarecer que ele não expressa o número real de gestante no município, uma vez

que nele não estão computados os casos de natimortalidade (Sistema de Informações de Mortalidade – SIM), nem os abortos no período gestacional.

A Tabela 2 apresenta a distribuição de nascidos vivos residentes em Bauru, conforme estabelecimento de ocorrência na Maternidade Santa Izabel (MSI), que presta atendimento e serviços à clientela do SUS, por intermédio de convênio, sob regulação da DIR-X-Bauru.

Tabela 2 - Distribuição de “Nascidos Vivos” residentes em Bauru, conforme estabelecimento de ocorrência (SUS), nos anos de 2003, 2004 e 2005

Estabelecimento de ocorrência (SUS)	2003	2004	2005
Maternidade Santa Isabel (SUS)	3.560	3.731	3.348

Fonte: Bauru (2005).

A população de 3.348 nascidos vivos residentes em Bauru (com parto pelo SUS) em 2005, de acordo com o SINASC, representa 0,97% de população total do município. Com base nesse dado, estima-se que o número de gestantes esperado no ano de 2006, seja algo em torno de 3% da população. Aplicando-se esse percentual à população da área de abrangência da unidade de saúde pesquisada neste trabalho, estima-se um número por volta de 676 gestantes/ano.

Das 1.274 gestantes acompanhadas nos quatro trimestres do ano de 2.005, no município, 256 (5,02%) gestantes foram acompanhadas na unidade de saúde estudada durante o pré-natal. Estima-se, então, uma média de 64 gestantes/trimestre e cerca de 21,33 gestantes/mês, número que revela uma cobertura considerada alta para a unidade (37,80%), conforme demonstra a Tabela 3 (BAURU, 2005).

Tabela 3 - Número de gestantes esperadas por ano, atendidas na área de abrangência e cobertura estimada para a Unidade de Saúde escolhida

Gestantes Esperadas/Ano 2006 n	Gestantes Atendidas/Ano n	Cobertura Estimada/Ano %
676	256	37,80

Fonte: Bauru (2005).

Nos dados quantitativos levantados dos Relatórios de Atendimento Médico por Grupo obteve-se a informação de que foram realizados cerca de 4.584 atendimentos na área de Ginecologia e Obstetrícia, no ano de 2005, incluindo-se as consultas e retorno. Encontrou-se nos relatórios de atendimento médico, dividido por grupo, 342 atendimentos, durante o período de agosto a dezembro de 2005. Quando se divide esse dado nos três trimestres de gestação, observa-se que foram atendidas 120 gestantes no primeiro trimestre de gestação, 112 no segundo e 118 no terceiro trimestre (BAURU, 2005).

Os dados deste relatório também possuem limitações para análise, pois não foi possível saber se essas gestantes passaram mais do que uma vez pelo atendimento médico (consulta e retorno) ou se encontravam no terceiro trimestre de gestação. Conforme o protocolo do Programa de Saúde da Mulher da SMS, gestantes que estão entre a 32^a e 34^a semana de gestação devem passar pelo atendimento médico a cada 15 dias e, a partir da 37^a semana, uma vez por semana.

Conforme demonstra o fluxograma da Assistência Pré-Natal SMS (Figura 1), no protocolo do Programa de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Bauru a gestante procura o atendimento pré-natal na Unidade de Saúde (US), e o profissional de saúde oferece o teste HIV, acompanhados de aconselhamento pré e pós-teste. Esse protocolo estabelece que a oferta do teste HIV pode ser realizada por médicos, enfermeiros ou auxiliares de enfermagem, esses, sob a supervisão direta do enfermeiro, idealmente, na primeira consulta de pré-natal. A coleta sorológica para o HIV é agendada imediatamente após o primeiro atendimento junto como outros exames de pré-natal. No dia marcado, a coleta de sangue é realizada pelo laboratório de referência, contratado do Sistema Único de Saúde (SUS), na Unidade de Saúde.



Figura 1 - Fluxograma da assistência no pré-natal

4.4 ASSISTÊNCIA LABORATORIAL

A Rede Estadual de Laboratórios para o diagnóstico da infecção causada pelo HIV foi estruturada em São Paulo, por meio da resolução SS/SP nº 666, de 31 de dezembro de 1994. De acordo com a estrutura então definida, a rede de laboratórios se organizou de forma regionalizada e hierarquizada, tendo como “Cabeça-de-Rede”, o Instituto Adolfo Lutz-Central. Tendo em vista a consolidação do SUS, essa Rede vem sendo reorganizada – em consequência das pactuações regionais – e tem como finalidade promover a expansão do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV. Cabe ao PN-DST/AIDS a gestão da sub-rede de laboratórios de DST/AIDS, integrante da Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica (SÃO PAULO, 2003).

Para a realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, o MS, por intermédio da Portaria n. 59, de 28 de janeiro de 2003 (BRASIL, 2003d), estabelece a obrigatoriedade de um conjunto de procedimentos laboratoriais e sua forma de utilização. Desta maneira, foi estabelecido um algoritmo de testagem sorológica do HIV, pelo qual se recomenda o emprego sequencial de testes de triagem (testes sorológicos – Elisa) e testes confirmatórios (testes para confirmação de anticorpos anti-HIV – Western Blot) ou imunofluorescência indireta (IFI).

O diagnóstico do HIV no início da gestação possibilita melhores resultados no controle da infecção materna e, conseqüentemente, melhor resultado na profilaxia da TV desse vírus. Por esse motivo, o teste anti-HIV deve ser oferecido a todas as gestantes, independentemente de sua situação de risco para o HIV, tão logo ela inicie seu pré-natal. O teste anti-HIV, entretanto, deverá ser sempre voluntário e confidencial.

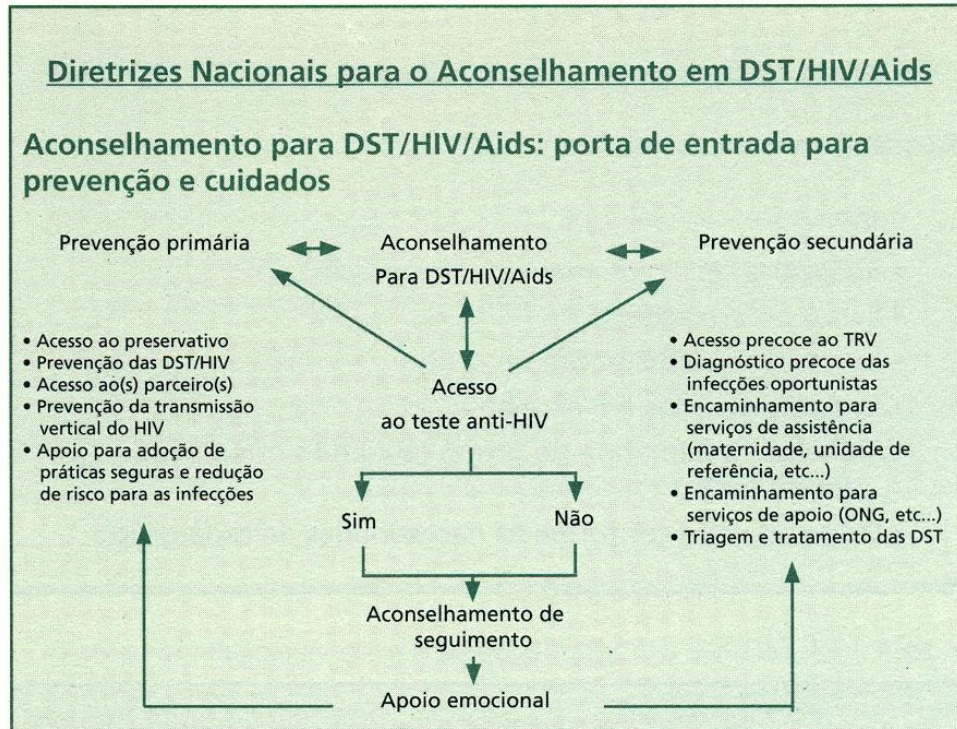
Baseado nas diretrizes estabelecidas pelo Programa de Saúde da Mulher e DST/AIDS, nas 21 Unidades de Saúde de Bauru, os profissionais de saúde (médicos obstetras e a equipe de enfermagem) são os responsáveis para que a gestante obtenha o diagnóstico laboratorial do HIV, no pré-natal, mediante a realização do teste anti-HIV.

Neste estudo foi considerado como diagnóstico do HIV realizado, os casos em que as gestantes que realizaram aconselhamento pré-teste, com consentimento informado; teste anti-HIV e teste confirmatório (IFI ou WB) e aconselhamento pós-teste.

No caso da gestante apresentar sorologia positiva / reagente, poderá ser referenciada ao serviço de assistência especializada (SAE), se necessário.

A oferta de exame para diagnóstico do HIV começa na fase do aconselhamento pré-teste – quando são avaliadas as condições clínicas e epidemiológicas da gestante em relação ao risco de infecção pelo HIV e são discutidas todas as possibilidades de resultados e suas implicações – passando pela fase de identificação do paciente no tubo da amostra, coleta da amostra, transporte, acondicionamento, fracionamento do soro e execução do exame propriamente dito (OLIVEIRA et al., 2004).

A Figura 2 apresenta o esquema das Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/AIDS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b).



Fonte: Brasil (2005b).

Figura 2 - Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/AIDS do Ministério da Saúde

Conforme o quadro acima, devemos pensar, de fato, quem acolhemos? É aquela pessoa, ou uma “mulher” que vem em busca de algo e traz consigo sentimentos e necessidades emergentes, mesmo que por vezes nos pareça pouco significante. Mostra-nos a fragilidade e carga emocional diante do diagnóstico do HIV. Temos que lembrar que o primeiro contato com “ela” é o mais importante porque podemos: promover o vínculo / adesão ou provocar o afastamento / não adesão. É nesse momento que promovemos a prevenção primária e secundária com a finalidade promover, a usuária, o acesso oportuno a testagem anti-HIV e informar e esclarecer algumas questões e procedimentos, com ênfase, nas orientações para prevenção da transmissão vertical do HIV, a adoção de práticas seguras visando a redução de risco de infecções, sobre janela imunológica e a discussão dos possíveis resultados e encaminhamentos.

No caso de resultado reagente para o HIV, no aconselhamento continuado, ou de seguimento, entre outros aspectos a serem abordados, destacam-se a os esclarecimentos quanto ao acesso precoce ao tratamento antirretroviral, reforçar a importância da ADESÃO ao tratamento, para diminuir o risco de transmissão materno infantil, melhor prognóstico e controle da infecção na mulher e o encaminhamento ao serviço de referência para acompanhamento.

Assim o aconselhamento: “É um diálogo que se dá a partir de uma relação de confiança entre seus interlocutores a fim de promover avaliação de riscos e o reconhecimento das possibilidades individuais e sociais de adoção de medidas preventivas das DST, da infecção pelo HIV e da AIDS”. Trata-se de um momento durante o atendimento, ou seja, uma oportunidade singular no processo de diagnóstico do HIV de uma pessoa, onde a usuária.

A sub-rede de laboratórios para o diagnóstico de infecção pelo HIV, no Estado de São Paulo, organizada com base na Portaria Nº 59 (GM/MS), de 28 de janeiro de 2003: descreve que o diagnóstico da infecção do HIV (BRASIL, 2003d) e na estrutura da Secretaria de Estado da Saúde (SES), tem o seguinte perfil: Laboratório de Referência Estadual – Instituto Adolfo Lutz – Laboratório Central; Laboratório de Referência Regional – Instituto Adolfo Lutz - Laboratório Regional de Bauru; Laboratório de Referência Municipal (Bauru não possui laboratório municipal) e Laboratório de Referência Local (Laboratórios de Hospitais – Instituto Lauro de Souza Lima, Hospital Estadual Bauru e Hospital de Reabilitação Lábio-Palatais (Centrinho); Laboratório Filantrópico – Hemonúcleo do Hospital do Base e Laboratório da Fundação Veritas (USC); Laboratório Conveniado – Laboratório Bauru).

Atualmente, o município de Bauru, dispõe de uma rede de laboratórios, sendo um público e três prestadores SUS (dois laboratórios filantrópico e um laboratório conveniado), que realizam os testes anti-HIV de forma estruturada e descentralizada, atendendo todas as Unidades de Saúde. Esses laboratórios realizam coleta e enviam os resultados dos testes para as Unidades de Saúde, com exceção do Hemonúcleo do Hospital de Base (AHB), com a possibilidade de o usuário vir a conhecer o resultado sem receber o aconselhamento com suporte de um profissional de saúde. Os laboratórios pertencentes aos hospitais atendem somente a própria demanda.

4.5 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA E PRESSUPOSTO TEÓRICO

Considerando as coberturas atuais do diagnóstico do HIV, especialmente, no pré-natal, no município de Bauru/SP, podem existir gestantes que desconhecem o seu status sorológico e assim não se beneficiem do diagnóstico precoce do HIV. Os fatores identificados como associados a esse problema são: dificuldade no acesso oportuno a testagem anti-HIV nos serviços; demora na entrega dos resultados do teste HIV; aconselhamento pré e pós-teste de baixa qualidade ou inexistente e a falta de motivação pelo desconhecimento sobre o HIV/AIDS. A ampliação da cobertura com a superação desses obstáculos possibilita a busca da assistência oportuna e de qualidade no pré-natal e a incorporação de medidas de controle e prevenção e de promoção à saúde que podem aumentar as chances das mães soropositivas terem filhos sem o HIV.

4.6 MODELO LÓGICO DA INTERVENÇÃO

Para melhor compreensão da intervenção a ser avaliada, utilizou-se o modelo lógico (ML), uma maneira visual e sistematizada de apresentar as relações entre intervenção e efeito (HARTZ, 1997; CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION, 1999). Ele inclui as relações entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas e seus efeitos esperados a curto, médio e longo prazo.

O modelo demonstra uma primeira visualização do encadeamento lógico dos componentes do programa. Diante da similaridade das estruturas dos componentes apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c) e Donabedian (1980a), neste modelo os componentes estruturais do programa / intervenção, foram representados pela tríade de Donabedian: estrutura, processo e resultado.

Foi demonstrada a estrutura ou insumos, ou seja, os recursos necessários para desenvolvimento das atividades realizadas e ou os cuidados prestados a gestante no pré-natal; os produtos dessas atividades, ou seja, os resultados/efeitos imediatos; os resultados intermediários (efeitos na população alvo) e os impactos esperados (resultados/efeitos a longo prazo).

Principais atividades demonstradas no modelo lógico apresentado neste trabalho:

- para verificação da existência de estrutura física na Unidade de Saúde necessárias para o adequado oferecimento da testagem do HIV seguido de aconselhamento pré e pós-teste;
- para a identificação da estrutura de recursos humanos (profissionais de saúde) capacitados em aconselhamento para testagem do HIV e manejo da gestante HIV+ (profilaxia) no pré-natal;
- para verificação da estrutura organizacional que compreende o fluxo de trabalho na Unidade de Saúde; a organização dos serviços e ou cuidados de saúde prestados as gestantes, comparado as normas e diretrizes para o atendimento pré-natal, incluindo a testagem e aconselhamento para prevenção da transmissão vertical do HIV;
- referente ao provimento de recursos materiais no pré-natal e laboratório (antirretrovirais, fórmula infantil, kit teste HIV) aos usuários.

Para implementação da intervenção da estratégia de diagnóstico do HIV, foi escolhido uma Unidade Municipal Saúde de Bauru. Anteriormente, as unidades básicas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde passaram o por um treinamento organizado pelo Programa Municipal de DST/AIDS, abordando os conteúdos de aconselhamento e testagem para o HIV.

Consideraram-se como equivalentes as palavras: programa, intervenção e projeto Essas três palavras foram usadas para “descrever o objeto da avaliação, entendido como qualquer ação organizada em saúde pública” (BRASIL, 2005c).

O modelo lógico é considerado um instrumento de gestão, à medida que contribui para o monitoramento do progresso da intervenção, ao fornecer um plano claro de acompanhamento das atividades a serem desenvolvidas e dos resultados esperados.

Para identificação do problema é necessário descrever os fatores que colocam uma população em risco. Podem estar relacionadas a conhecimentos, atitudes, crenças, comportamentos, habilidades, o acesso a serviços de informação, políticas e condições ambientais.

Como limitação, o modelo é apenas a representação da realidade, mas não é a realidade, e normalmente não inclui efeitos além daqueles esperados (SCRIVEN, 1967; ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2004). Segundo esses autores isso amplia a chance de fornecerem alternativas e ajustes para os problemas identificados durante a avaliação.

Modelos lógicos são ferramentas valiosas para o desenho, gestão e avaliação do programa. Eles descrevem os componentes principais do programa e como esses componentes se articulam para alcançar um objetivo.

Adotou-se neste estudo a definição do Center for Disease Control and Prevention (1999), onde os elementos básicos de um modelo lógico, correspondentes aos componentes principais de um programa, ou seja, insumos, atividades, produtos, resultados e impactos. Componentes esses que se assemelham aos componentes estruturais do programa definidos por Donabedian (1988, 1990), mas orientado por objetivos e metas.

De forma complementar descreve-se os conceitos definidos por Donabedian (1986, 1990), como componentes estruturais do programa, onde qualidade foi considerada como características para esses componentes estruturais e sintetizados como:

- *Estrutura* - recursos materiais e organizacionais relativamente estáveis nos locais onde se proporciona a atenção; refere-se também às características dos recursos utilizados pelo serviço;
- *Processo* - atenção que profissionais de saúde dispensam aos pacientes (cuidado);
- *Resultados* - expressam as consequências da atenção (ou a falta dela) na saúde de quem a recebe (ou deixa de receber).

No modelo lógico, a avaliação não é orientada necessariamente por indicadores, mas expressa a racionalidade das ações de controle e o problema a ser controlado; identifica dimensões, componentes, objetivos, metas e também os indicadores. Utiliza-se de matrizes para: descrever o programa, suas dimensões, para a descrição do programa planejado e como ele foi executado; definir critérios/padrões e fazer o julgamento.

Tal modelo permite definir um conjunto de indicadores quanti-qualitativos relevantes, que compreendem as atividades do programa e seus efeitos esperados. Tais indicadores podem ser desenvolvidos para cada passo no modelo, de sorte que os dados e as informações possam ser utilizados de modo sistemático, no ajustamento do conceito em questão.

No decorrer do processo avaliativo, pode haver necessidade de incorporação de novos indicadores, assim como a modificação dos previamente escolhidos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999).

A partir da construção deste modelo lógico, buscou-se definir os componentes do programa, focalizando aspectos relacionados ao acesso ao diagnóstico de HIV/AIDS. Este exercício exigiu uma reflexão acerca dos componentes da intervenção em estudo e de seus objetivos. Com este esforço, pretendeu-se identificar os processos, produtos, resultados e impacto da intervenção.

Este modelo permitiu a formulação de indicadores de desempenho em cada fase desta cadeia, bem como a identificação dos fatores que possam interferir no alcance dos objetivos. É uma ferramenta bastante útil para analisar o progresso e tomar medidas que permitam as adequações necessárias e inovações.

Foi utilizada como definição de acesso ao diagnóstico do HIV a oferta de testagem e o recebimento do resultado pelo paciente em tempo hábil para tomada de decisões.

Foram utilizados, neste trabalho, os modelos lógicos para comunicar o propósito fundamental do programa, evidenciando, de maneira explícita, os produtos e efeitos/resultados esperados do programa.

O modelo lógico da intervenção construído e adotado neste trabalho e apresentado para a intervenção no pré-natal foi construído tomando-se como referência os conceitos de Donabedian (1986), para explicitar as categorias de análise estrutura, processo e resultado da intervenção, tomados como norteadores da avaliação de serviço, sistema ou programa, levando-se em conta a interação dos efeitos de seus componentes.

A proposta de Donabedian (1986), entretanto, não apresenta outros componentes, como a interferência dos aspectos externos (políticos), que podem

influenciar na inter-relação entre uma intervenção e seus efeitos. Assim, embora a proposta do referido autor tenha orientado a escolha de variáveis para a operacionalização da medida de implementação da intervenção deste estudo, no MLP proposto para este trabalho foram considerados os componentes da assistência ou níveis de desencadeamento do processo, a intervenção no Pré-Natal e a assistência laboratorial.

A avaliação da qualidade de serviços de saúde requer a pré-seleção de seus componentes, por consequência, de seus valores de julgamento. A seleção dos componentes condiciona e determina o desenvolvimento de parâmetros e critérios. O produto da avaliação varia, portanto, em função do número de dimensões e da precisão com a qual seu desempenho é explorado (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996).

Assim, para a avaliação de qualidade do serviço de saúde, adotou-se três dos sete pilares da qualidade (DONABEDIAN, 1990), com ênfase para os eixos: aceitabilidade (acesso e qualidade técnico-científica do cuidado (VUORI, 1988), os atributos da relação profissional-paciente e as adequações do local de prestação do cuidado), legitimidade, equidade

Na Figura 3, apresenta-se um esquema de modelo teórico ou lógico que foi utilizado como base neste estudo, de forma a facilitar a compreensão do programa e orientar a construção do modelo lógico da avaliação. Apresenta o desenvolvimento do modelo lógico da intervenção - MLI de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV em Bauru, com enfoque na assistência pré-natal.

Identificação do Problema: as taxas de HIV têm aumentado entre as gestantes e crianças. O risco de transmissão vertical do HIV é significativo durante a gravidez e durante o parto. Além disso, existe o risco de transmissão no pós-parto por meio do aleitamento materno. Nos serviços de saúde, durante o pré-natal muitas oportunidades são perdidas na realização das ações recomendadas para a prevenção da TV.

Células operacionais	ESTRUTURA / INSUMO (Input)	PROCESSO / ATIVIDADE (process)	PRODUTO (output)	RESULTADO	Impacto / EFEITOS
PRÉ-NATAL	<p>Recursos humanos</p> <p>Estrutura física</p> <p>Estrutura organizacional</p> <p>Recomendações e Diretrizes do MS p/ testagem, aconselhamento e prevenção e controle da TV do HIV</p> <p>Medicamentos anti-retroviral (ARV)</p> <p>Formula infantil</p> <p>Recursos materiais / insumos: kits de teste do HIV / exames confirmatórios (IFI / WB)</p> <p>Recursos Financeiros</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de RH / prof. saúde capacitados que realizam oferecimento teste HIV c/ aconselhamento pré e pós-teste no pré-natal; - Verificar se os profissionais capacitados da US realizam o oferecimento do teste HIV c/ aconselhamento na rotina do pré-natal, conforme recomendações do MS; - Realização de aconselhamento (c/ linguagem adequada, respeitando os princípios éticos e exercitando o processo de escuta ativa); - No provimento de atenção pré-natal: verificar como e onde é realizado aconselhamento pré-teste e oferecimento da testagem HIV; - Identificação trimestre da gestação em que está sendo realizado o teste HIV; - Realização de profilaxia/ tratamento c/ ARV a gestante HIV+ e/ou encaminhamento p/ Serv. Ref. HIV/AIDS, se necessário; - Fornecimento de apoio e orientação p/ gestante HIV+ sobre necessidade de prover med ARV p/ profilaxia do bebê, inibição da lactação e fornecer a fórmula infantil; - Adequação das instalações física e de fluxos organizacionais, na US, p/ testagem HIV e aconselhamento no pré-natal. 	<ul style="list-style-type: none"> - nº de profissionais capacitados que realizam e oferecimento do teste c/aconselhamento conforme recomendações do MS; - nº de gestantes que recebem atenção pré-natal e realizam teste HIV c/ aconselhamento (1ºe 3º TRM Gest); - nº de gestantes aconselhadas no pós-teste e receberam resultado em tempo hábil e encaminhamento adequado; - nº de gestantes testadas que recebem o resultado do teste durante a gestação; - nº de gestantes HIV+ que receberam profilaxia (ARV) no PNatal ou encaminhamento p/ tratamento e acomp. serv. ref.; - nº de gestantes HIV+, c/ orientação sobre profilaxia p/ bebê, inibição de lactação e fornecimento de fórmula infantil no PNatal; - US estruturada (física, mat. e fluxos org.) adequadamente p/ aconselhamento e oferecimento e realização do teste HIV no PNatal. 	<ul style="list-style-type: none"> - acesso aumentado de gestantes c/ at. pré-natal, aconselhadas no pré e pós-teste e testadas p/ HIV; - aumento de gestante com conhecimento do status sorológico para o HIV no PNatal; - aumento do acesso e utilização da profilaxia com ARV por gestantes HIV+; - aumento do acesso de gestante a orientação ref. uso profilaxia p/ bebê; inibição da lactação e o fornecimento de fórmula infantil; - Redução das taxas de transmissão vertical do HIV. 	<p>REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE HIV EM CRIANÇAS</p> <p>REDUÇÃO DA MORBI-MORTALIDADE RELACIONADA AO HIV E AIDS</p>
	LABORATÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade de Kits p/ testagem do HIV no laboratório p/ atender US; - Realização de testagem do HIV e identificação do fluxo e tempo decorrido entre a coleta e entrega do resultado do teste HIV; - Identificação da utilização do algoritmo p/ realização do diagnóstico do HIV e confirmatórios (IFI e WB), conforme recomendação do MS, (Port. nº 59 GM/MS/2003 - no lab. - Identificação do trimestre da gestação que é entregue o resultado do teste anti-HIV. 	<ul style="list-style-type: none"> - nº de teste HIV realizados no pré-natal; - nº de testes realizados no 1º trimestre de gestação; - nº de testes e entregues no 2º trimestre; - nº de testes realizados e entregues no 3º trimestre; - nº de testes anti-HIV entregues após o parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - aumento do acesso ao teste de HIV durante o pré-natal 	

Figura 3 - Modelo lógico de intervenção no pré-natal

4.7 MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO

Conforme relatado anteriormente a avaliação de implementação é importante para verificar se aquilo que foi planejado na teoria está sendo oferecido no serviço e como estão sendo oferecidos (SUMMERFELT, 2003), além de outras razões que devem ser consideradas.

Nesse tipo de abordagem buscou-se informações, e com isso houve a oportunidade de se comparar as informações encontradas com as normas e diretrizes estabelecidas, sendo possível identificar e mudar o que não estava funcionando adequadamente e constatar a diferença entre o planejado e o executado.

Na implementação das ações para o diagnóstico do HIV, no pré-natal, em uma unidade de saúde do município de Bauru - SP, a pergunta avaliativa do presente estudo foi: Com que oportunidade e qualidade está ocorrendo o acesso da gestante ao diagnóstico laboratorial do HIV?

Para responder essa pergunta, foi necessário definir os indicadores relacionados aos componentes da intervenção (estrutura, processo e resultado).

Para facilitar a compreensão das relações entre componentes do programa e dimensão da avaliação considerada, elaborou-se o conjunto de questões descritas a seguir.

É importante salientar que, para facilitar a análise, as questões receberam uma codificação do modelo lógico da intervenção a que se referem, à fonte de informação, além de identificá-las numericamente. Esse sistema será apresentado oportunamente no momento de descrever os resultados da avaliação.

A construção do MTA se faz necessária para que sejam identificados os componentes a serem trabalhados (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005), suas dimensões e os indicadores que deem respostas aos objetivos propostos. O modelo deve especificar as técnicas de coleta de dados, descrevendo critérios e valores utilizados na avaliação.

Neste trabalho foi necessário descrever e identificar as dimensões da avaliação e estabelecer suas relações com os componentes do programa a serem avaliados. Neste contexto a documentação dos passos envolvidos na construção

das matrizes de julgamento torna-se fundamental para garantir a credibilidade e legitimidade da avaliação.

Assim, realizou-se a avaliação de implementação por meio de indicadores de acesso, ampliando a concepção de implementação para além da mera oferta de serviços, ou seja, incluindo na sua análise, disponibilidade, oportunidade e qualidade (adequação ou conformidade) (OLIVEIRA et al., 2002).

Conforme descrição anterior considerou-se também neste estudo a visão de Donabedian (1990), quanto a qualidade do cuidado, *que* é julgada pela sua adequação ou conformidade com o grupo de padrões, ou seja, dos sete pilares da qualidade de Donabedian, que decorrem de três pilares que determinaram o acesso e adequação técnico-científica (aceitabilidade) equidade a legitimidade. Como aceitabilidade decorre das valorizações subjetivas do usuário referentes a efetividade, eficiência e otimização, esses, foram abordados dentro da aceitabilidade.

Nesse estudo, num primeiro momento, buscou-se identificar que componentes do programa estavam associados ao problema de acesso ao diagnóstico do HIV, no pré-natal, em uma unidade de saúde de Bauru, diante da necessidade de intervir e buscar a melhoria do acesso da gestante ao diagnóstico oportuno do HIV e conseqüentemente as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV.

A medida de sucesso do acesso de gestante ao diagnóstico do HIV, no pré-natal, considerada por este estudo foi à realização da testagem com aconselhamento pré e pós-teste e o recebimento do resultado antes do parto. Incluiu ainda o encaminhamento a serviço de referência, se necessário. Assim, oportunidade e qualidade foram às dimensões que devem ser priorizadas na avaliação, além da dimensão disponibilidade.

Utilizando as dimensões de acesso relatadas anteriormente e para fortalecer a consistência entre as dimensões teóricas da avaliação e a quantificação do grau de implantação foi desenvolvida a matriz de julgamento com considerando as atividades de maior relevância no pré-natal para a prevenção e controle da TV do HIV, a qual apresentou a seguir.

Nesta perspectiva, buscou-se responder às seguintes questões:

- O aconselhamento pré e pós-teste do HIV a gestantes no pré-natal está sendo realizado pelos profissionais de saúde, conforme protocolos e recomendações estabelecidas? Quando realizado, respeita princípios éticos e exercita o processo de escuta ativa?
- Os testes anti-HIV e confirmatórios estão disponíveis para realização do diagnóstico laboratorial do HIV nas unidades de saúde, em tempo hábil, durante a gestação?
- Como está sendo realizado o fluxo de coleta, o processamento / realização e a entrega do resultado do teste anti-HIV?
- Como e quando a gestante recebe as informações sobre o resultado do teste HIV?
- A unidade de saúde está estruturada fisicamente de forma adequada e com recursos humanos suficientes e qualificados para a realização do aconselhamento pré e pós-teste e o oferecimento do teste anti-HIV no pré-natal?
- Os profissionais de saúde estão sensibilizados e têm conhecimento acerca da transmissão vertical do HIV?

Tendo acesso como ponto principal do problema a ser modificado pela intervenção remete uma discussão de como essa categoria é compreendida pelo programa e quais dimensões estão relacionadas à intervenção proposta. Neste estudo, optou-se por incluir, na análise, as dimensões: disponibilidade, qualidade e oportunidade como indicadores de acesso e serão consideradas no julgamento de valor (mais ou menos valoradas), sobre sua implementação.

Em relação à intervenção analisada neste trabalho, contemplou-se a avaliação de implementação, visto que a garantia de acesso ficou quantitativamente demonstrada mediante dados de cobertura levantados.

O grau de implementação de uma intervenção representa aqui a variável dependente que será posta em relação com as características contextuais do meio de implementação. Medir o grau de implementação exige a construção de instrumentos específicos aos seus componentes, cujos indicadores de estrutura (insumos), processo (atividades) e resultados (imediatos) / produtos incorporem os

componentes essenciais da qualidade do cuidado como: eficácia, efetividade, aceitabilidade, acessibilidade, legitimidade, equidade.

O MTA deste trabalho que está explicitado a seguir avalia o acesso nas dimensões disponibilidade, qualidade e oportunidade.

Para avaliação do acesso a testagem para o HIV no pré-natal, foram observados os seguintes componentes: estrutura para a realização das ações de oferecimento do teste de HIV e aconselhamento pré e pós-teste. O processo de intervenção abrangeu: a) todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e a gestante que realiza o pré-natal, na unidade de saúde e b) o produto, ou seja, os efeitos imediatos, que são dependentes de atividades que envolvem procedimentos específicos.

No MTA proposto, estabeleceu-se como critério de avaliação a categoria acesso, cujo foco principal foi à dimensão qualidade, destacada em todas as atividades desenvolvidas no processo avaliativo da testagem para o HIV no pré-natal, considerando-se também os insumos necessários para desenvolvê-las, os produtos e os indicadores de resultado levantados. Estes subsidiaram a análise e o julgamento do processo de implementação do acesso da gestante a testagem para o HIV, no pré-natal. Desta forma, o MTA elaborado para este trabalho apoiou-se em critérios e padrões que foram construídos com base em indicadores definidos para disponibilidade, oportunidade e qualidade.

Quanto às dimensões disponibilidade e oportunidade, observou-se na unidade de saúde avaliada, que os testes anti-HIV encontravam-se disponíveis para realização dos exames no pré-natal, confirmando a cobertura. Neste trabalho, entende-se que a cobertura real corresponde à proporção da população que efetivamente se beneficiou de determinada intervenção, ou seja, a população de gestantes que realizaram teste de HIV mediante a oferta da testagem para o HIV, acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste no pré-natal. A cobertura aqui foi considerada como potencial quando o que se mediu foram os recursos materiais disponíveis para a realização dos testes no pré-natal e entrega do resultado em tempo hábil, ou seja, antes do parto para adoção de medidas prevenção da TV HIV.

Apresenta a seguir o MTA elaborado para esta pesquisa (Figura 4).

OBJETIVOS DE IMPLEMENTAÇÃO: Assegurar o aconselhamento e o oferecimento do teste para o diagnóstico do HIV, à gestante no pré-natal e garantir o exame/insumos para coleta e entrega durante a gestação.

NÍVEIS DE DESENCADEAMENTO DO PROCESSO	PRÉ-NATAL	Critério p/ Avaliação do acesso	Qualidade do Cuidado	ESTRUTURA	PROCESSO	PRODUTO					
		LABORATÓRIO DIAGNÓSTICO LAB. DO HIV	ACESSO: DISPONIBILIDADE, OPORTUNIDADE E QUALIDADE	Eficácia	Aceitabilidade (efetividade, eficiência e otimização)	Legitimidade	Equidade	Acesso ao cuidado	Relação profiss/paciente	Característica Local trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura Física: verificar a existência de estrutura adequada - Recursos Humanos: Verif/ existência de profiss/ sensibilizado e qualificado p/ aconselhamento e testagem - Organização do serviço: Verif/ o cumprimento das diretrizes do MS p/ aconselhamento e testagem - Provimento de medicamentos ARV p/ profilaxia e tratamento; - Provimento de substituto do leite materno (Fórmula Infantil)
Acesso ao cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos materiais: Provimento de kits / teste do HIV e testes confirmatórios (IFI / WB) 			<ul style="list-style-type: none"> - Verificação se está sendo realizada a testagem do HIV, recomendada pelo MS, na rotina do pré-natal com aconselhamento; - Identificação do seguimento de algoritmo para realização do teste anti-HIV (Port MS nº 59); - Identificação trimestre da gestação em que está sendo realizado o teste HIV; - Identificação do fluxo e tempo entre a coleta e o retorno do resultado do teste; - Identificação do trimestre da gestação que é entregue o resultado do teste anti-HIV. 	<ul style="list-style-type: none"> - nº teste HIV realizados no pré-natal; - nº testes realizados no 1º trimestre de gestação; - nº testes realizados no 2º trimestre; - nº testes realizados no 3º trimestre - nº testes entregues no 1º trimestre; - nº testes entregues no 2º trimestre; - nº testes entregues no 3º trimestre; - nº testes anti-HIV entregues após o parto. 						

Figura 4 - Modelo teórico da avaliação (MTA) da intervenção no pré-natal

4.8 OS SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa 53 gestantes acompanhadas durante o pré-natal em uma unidade básica de saúde do município de Bauru.

Para a caracterização dos recursos humanos existentes e do processo de atendimento, foram entrevistados profissionais que poderiam descrever como é realizado o aconselhamento pré e pós-teste e o oferecimento do teste anti-HIV, às gestantes usuárias desse serviço: optou-se por uma enfermeira e duas auxiliares de enfermagem envolvidas no atendimento do pré-natal.

Esta pesquisa esteve de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996), bem como o manuseio dos instrumentos para coleta e análise de dados, e foi submetida aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP e da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (SMS Bauru), para aprovação.

Na aplicação das entrevistas com as gestantes selecionadas foi apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido-Gestante (Anexo A), para prévia autorização e garantia de sigilo. Por meio deles as gestantes receberam explicações e orientações quanto ao objetivo da entrevista e da coleta de informações sobre o pré-natal, o aconselhamento pré e pós-teste e o oferecimento do teste anti-HIV realizado, durante no pré-natal, na unidade básica de saúde (Unidade de Saúde) onde recebiam os procedimentos. Procedeu-se da mesma forma com os Profissionais de Saúde para aplicação do checklist da Unidade de Saúde “A” e o levantamento de questões sobre aconselhamento pré e pós-teste (Termo de Consentimento Livre Esclarecido para o Profissional de Saúde – Anexo B).

4.8.1 Critério de inclusão

Foram consideradas elegíveis as gestantes inscritas e atendidas no pré-natal, na Unidade de Saúde, no período de dezembro de 2005 a fevereiro de 2006.

Os profissionais de saúde participantes da pesquisa foram escolhidos: por sua maior experiência técnico-administrativa e gerencial (enfermeira-gerente) e/ou

pelo seu maior envolvimento no processo de atendimento no pré-natal (as auxiliares de enfermagem).

4.8.2 Critério de exclusão

Foram consideradas inelegíveis gestantes que não realizaram o acompanhamento de pré-natal na Unidade de Saúde, no período de dezembro de 2005 a fevereiro de 2006 e aquelas que se recusaram participar do estudo após abordagem da equipe de pesquisadores ou cujos dados fornecidos apresentassem inconsistências.

4.9 COLETA DE DADOS

A coleta de dados deste estudo avaliativo se deu no período de dezembro de 2005 a fevereiro de 2006.

Visto que o estudo é de caráter normativo da implementação do pré-natal, cujo foco da avaliação do acesso da gestante a testagem do HIV, procurou-se coletar dados sobre o atendimento de gestantes que inscritas no pré-natal (PN), na Unidade de Saúde gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde de Bauru.

Os dados levantados buscaram delinear a estrutura do serviço e o processo do atendimento prestado (cuidado) às gestantes que realizam pré-natal nessa unidade básica de saúde, bem como identificar qual é o fluxo para o diagnóstico laboratorial do HIV entre a Unidade de Saúde e um laboratório de referência da rede pública.

Previamente realizou-se um pré-teste (piloto), com a aplicação do questionário para gestantes de outra unidade de saúde, escolhida aleatoriamente, durante o atendimento de rotina de PN, de maneira que as questões efetuadas pudessem ser validadas. Com o mesmo objetivo, também foram entrevistados profissionais de saúde que atuam no PN.

Definidas as questões dos roteiros, iniciou-se a coleta de dados. Concomitantemente, realizou-se a “observação sistemática” do atendimento prestado no pré-natal pela Unidade de Saúde, para verificar como se dava a

inserção da prática do aconselhamento pré e pós-teste e o oferecimento do teste HIV para gestantes, no PN. Os resultados foram analisados com base nas diretrizes e procedimentos básicos (padrões) para a realização do Aconselhamento em DST/HIV/Aids para Atenção Básica do MS (BRASIL, 2004c).

O trabalho de campo foi realizado pela pesquisadora e por alunas da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Sagrado Coração (USC), devidamente treinadas e com supervisão de campo.

4.9.1 Unidade de saúde

A unidade básica de saúde escolhida, denominada de Unidade de Saúde (US), para este estudo, está localizada na região leste do município de Bauru, onde os bairros são constituídos, em sua maioria, de conjuntos habitacionais com edificações de casas populares. Atende a uma população adscrita estimada em 24.827 habitantes, advinda de oito bairros, e aproximadamente 78% dessa população é usuária do SUS. A população do bairro onde está situada é de aproximadamente 7.302 habitantes e, com base nesse número e em registros dos índices municipais de condição de vida, calcula-se que 3,4% dos domicílios tenha uma renda *per capita* de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (BAURU, 2004).

A Unidade de Saúde conta, atualmente, com atendimento ambulatorial para as áreas Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Geral, Pediatria e como referência de urgências básicas e para o Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU). Apresenta um quadro de 33 funcionários compostos por 11 auxiliares de enfermagem, duas enfermeiras, seis médicos (dois Ginecologistas/ Obstetras, dois Pediatras e dois especialistas em Clínica-Geral) e sete profissionais de outras áreas (Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Farmácia), sete da área administrativa e de serviços gerais. A unidade funciona em dois turnos, das 7h às 21h, de segunda a sexta-feira.

Segundo estudos existentes na área de saúde, no município de Bauru, o número de funcionários existentes na referida unidade é considerado suficiente para manter o atendimento na unidade (BAURU, 2004).

4.9.2 Laboratório

Embora os testes de triagem anti-HIV sejam realizados por três laboratórios prestadores SUS e um público, o Instituto Adolfo Lutz-Bauru (IAL-Bauru), os testes confirmatórios de imunofluorescência indireta ou de Western Blot são realizados somente pelo IAL-Bauru. Por essa razão esse laboratório foi escolhido para realizar a observação sistemática sobre os processos de execução dos testes (triagem e confirmatórios) de diagnóstico laboratorial do HIV, registrando-se as informações no checklist do laboratório (Anexo C).

4.10 A PESQUISA DOCUMENTAL

A Pesquisa Documental deste trabalho utilizou fontes e documentos relacionados ao tema nos instrumentos normativos da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru.

O levantamento de dados quantitativos e a análise dos procedimentos realizados durante o pré-natal, assim como da realização do aconselhamento pré e pós-teste e do oferecimento do teste anti-HIV, foi feita com base nos seguintes documentos:

- Programa de Saúde da Mulher, da SMS: protocolo de atendimento à mulher gestante e puérperas, com ênfase no Pré-natal. Apresenta dados anuais sobre: o número de consultas de pré-natal, fluxo de atendimento, realização de exames; realização de aconselhamento pré e pós-teste no pré-natal, oferecimento de teste anti-HIV (BAURU, 2004, 2005);
- Relatórios Trimestrais de Acompanhamento de Programas da SMS (em especial o Programa de Saúde da Mulher), por meio do qual verificou-se: número de gestantes acompanhadas no pré-natal; número de teste anti-HIV oferecidos e realizados com aconselhamento; o período da gestação no qual foi realizado o teste anti-HIV e a ocasião em que o resultado foi recebido (BAURU, 2004, 2005);
- Relatório de Atendimento Médico: apresenta dados de morbidade, relativos às patologias identificadas nos atendimentos, nas Unidades de

Saúde; bem como dados de procedimentos executados pelos profissionais de saúde e a sua respectiva produtividade, nas Unidades de Saúde do município (BAURU, 2005);

- Relatório Mensal de Informações sobre a realização de teste anti-HIV no pré-natal, do Programa Municipal de DST/AIDS: apresenta o registro de dados referentes ao local de atendimento da gestante, o número de consultas de pré-natal e o número de exames para detecção do HIV no pré-natal, por gestante, do município;
- Relatório de Gestão Anual 2004/2005: apresenta dados de todas as atividades realizadas pela SMS;
- Relatório por Grupo de Atendimento (período de agosto a dezembro de 2005): demonstrativo de dados sobre o número de atendimentos realizados por médicos ginecologistas/obstetras e o número de atendimentos de pré-natal.

O Programa de Saúde da Mulher foi instituído em 1997 e atualizado em 2000, após discussão entre um grupo de técnicos da SMS: incluiu os procedimentos de oferecimento do teste anti-HIV e aconselhamento pré-pós-teste a todas as gestantes e definiu a referência e contra-referência de tratamento para gestantes HIV positivas entre as unidades básicas de saúde e a Seção de Moléstias Infecciosas ou Serviço de Assistência Especializada - SAE. Assim, o Programa Municipal de DST/AIDS implanta e estabelece as recomendações (padrões) para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestante e Diretrizes para realização do aconselhamento conforme preconiza o MS (BRASIL, 2004b).

A utilização desses relatórios que apresentam os protocolos e recomendações, existentes em todas as unidades de saúde de Bauru, foram considerados como um dos mecanismos e instrumentos (padrões) que possibilitaram avaliar o acesso da gestante a testagem para o HIV no pré-natal.

4.11 ROTEIROS DE ENTREVISTA

Com base em todos os parâmetros demonstrados pelos modelos construídos, para o levantamento dos dados foram elaborados:

- ✓ Roteiro para gestante: um questionário semiestruturado, com questões fechadas, cuja finalidade foi verificar como é realizado o atendimento pré-natal, o oferecimento do teste HIV (com consentimento informado), o aconselhamento pré e pós-teste e como se dá o acesso da gestante ao diagnóstico laboratorial do HIV. Por seu intermédio também foram obtidos: dados sociodemográficos, informações sobre o pré-natal, percepção de risco para a transmissão do HIV/AIDS e do conhecimento sobre prevenção do HIV/Aids. Também foram levantados dados sobre princípios éticos e o exercício do processo de escuta (Anexo D).
- ✓ Roteiro para profissionais de saúde: com a finalidade de coletar dados quanto à formação dos profissionais envolvidos; qual o seu entendimento do que é aconselhamento; onde e como são realizados o aconselhamento pré e pós-teste e o oferecimento do teste anti-HIV; quais as dificuldades encontradas para realizar o aconselhamento; se a gestante é ou não informada sobre os possíveis resultados do exame; se recebe ou não esclarecimentos sobre: importância do teste, janela imunológica, diferença entre o HIV e a Aids, mecanismos de transmissão, medidas preventivas, uso de preservativo; e, se são ajudadas a refletir e fazer uma avaliação de riscos da aquisição do HIV (Anexo E).

4.12 OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Os procedimentos para a coleta de dados, mediante observação da pesquisadora, foram realizados através da observação da rotina de atendimento pré-natal na Unidade de Saúde.

Para o levantamento de dados, utilizou-se de diferentes estratégias, previstas pelo método de observação, como: conversas informais ou dirigidas com profissionais (e outros membros da equipe, incluindo aqueles que não foram entrevistados, como por exemplo, o médico ginecologista e obstetra) e a observação propriamente dita.

4.12.1 Da unidade de saúde

Para a caracterização da estrutura do serviço realizou-se uma observação sistemática da Unidade de Saúde, cujo objetivo foi identificar: os recursos humanos disponíveis para o atendimento das gestantes; os aspectos relacionados à estrutura física para a realização do aconselhamento pré e pós-teste e o oferecimento do teste anti-HIV; se os protocolos e recomendações do MS estão sendo executados durante o atendimento de pré-natal; o período da gestação (1º, 2º ou 3º trimestres) em que foi realizado o teste anti-HIV pelas gestantes; o período em que a gestante obteve o conhecimento do seu status sorológico.

Os dados levantados na Unidade de Saúde foram registrados em um checklist (Anexo F).

A análise dos dados obtidos durante a observação da Unidade de Saúde no atendimento pré-natal foi feita com base nas Diretrizes para Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica (BRASIL, 2004c) e nas Normas e Manual Técnico – Assistência Pré-Natal, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a).

4.12.2 Do laboratório

Durante a observação sistemática do laboratório público selecionado (referência) para este estudo foram observados aspectos relativos ao: número de profissionais existentes; fluxo de coleta de amostras de exames/testes anti-HIV; tempo de execução ou processamento de amostras dos exames; prazo de entrega dos seus resultados; se os exames eram executados de acordo com o algoritmo/fluxo para diagnóstico laboratorial do HIV, estabelecido pela Portaria n. 59/MS (BRASIL, 2003b).

Os dados levantados no laboratório foram registrados em um checklist (Anexo C) e analisados à luz da Portaria n. 59/MS (BRASIL, 2003d) e Procedimento Operacional Padrão (POP) para exame anti-HIV (BRASIL, 2002).

4.13 INDICADORES E MATRIZ DE ANALISE E JULGAMENTO

Para sintetizar todos os aspectos envolvidos em uma avaliação da intervenção no pré-natal, construiu-se uma Matriz de Julgamento para identificar características de sua execução, comparando-as com padrões preestabelecidos, procedendo-se ao julgamento do mérito. Essa matriz analítica de julgamento obedeceu à mesma estrutura lógica da intervenção do MLI e do MTA, e proporcionou a análise de mérito para as diferenças entre o proposto, o alcançado e a referência, indicando o grau de desempenho.

Destaque-se que a base da arquitetura dos modelos lógicos está fundamentada em três matrizes estruturais específicas: a matriz descritiva do programa ou intervenção, com suas dimensões, a descrição da intervenção planejada (modelo lógico da intervenção) e o executado; a matriz de padrões e a matriz de julgamento (STUFFEBEAM, 2001).

A primeira matriz, que destaca a diferença entre o planejado e o executado pode indicar o grau de implementação efetiva da intervenção. A matriz de critérios, padrões ou de referência tanto pode descrever normas de boas práticas como categorias de avaliação. A terceira, a matriz analítica, é de julgamento, obedece à mesma estrutura lógica da intervenção, mas fornece a análise de mérito para as diferenças entre o proposto, o alcançado e a referência, indicando o grau de desempenho.

Considerado com uma das tendências no campo da avaliação, o conjunto de modelos que privilegia a avaliação de implementação busca examinar as etapas intermediárias destas relações. Um aspecto interessante abordado por este estudo está na investigação que abordou a implementação por meio de indicadores de acesso, ampliando a concepção de implementação para além da mera oferta de serviços, ou seja, incluindo na sua análise, indicadores de disponibilidade (oferta do teste), oportunidade (utilização em tempo hábil) e qualidade (serviços/cuidados oferecido), entre outros (OLIVEIRA et al., 2002).

A implementação da intervenção do pré-natal foi avaliada mediante a consolidação das informações obtidas de cada um de seus componentes: estrutura/insumos e processo/atividades, divididos quanto à dimensão de acesso e suas sub-dimensões ou categorias de análise: disponibilidade, qualidade e de

oportunidade. Em relação aos indicadores de qualidade, a análise se deteve aos eixos: aceitabilidade, equidade e legitimidade (DONABEDIAN, 1990) e de oportunidade (tempo de entrega do resultado do teste HIV), privilegiando, neste último, indicadores referentes de disponibilidade do teste de HIV para oferta do mesmo.

Quanto aos indicadores para avaliação desta intervenção, ou seja, a assistência no pré-natal deu-se ênfase a análise da estrutura existente na unidade de saúde – para o desenvolvimento das atividades programáticas para o pré-natal referente ao processo – de forma a demonstrar como o aconselhamento pré e pós-teste e o oferecimento do teste anti-HIV são realizados.

No que se refere aos indicadores para a assistência laboratorial deu-se destaque para o tempo decorrido entre a coleta, processamento e a entrega do resultado do teste para o diagnóstico da infecção pelo HIV.

Desta forma, possibilitou-se a análise da assistência no pré-natal executada na Unidade de Saúde, comparando-a com as Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c). A análise da assistência laboratorial baseou-se na Portaria nº 59 do MS (BRASIL, 2003d) e na observação sistemática realizada no laboratório de referência (IAL) através de um checklist.

A construção do indicador grau de implementação das ações de aconselhamento e de oferecimento do teste anti-HIV no pré-natal baseou-se nos componentes estrutura/insumos e processo/atividades, seus critérios de avaliação e respectivas atividades.

Para classificar e medir a implementação das ações no pré-natal junto aos componentes estrutura e processo, foram apresentados escores tais como: Adequado (80 a 100%); Regular (60 a 79%); Insuficiente (50 a 59%); Inadequado (< 50%), demonstrado na matriz de julgamento.

A aferição do grau de implementação foi feita a partir do escore final obtido/observado:

$$\text{Escore final: } \frac{\text{Pontuação observada}}{\text{Pontuação máxima}} \times 100$$

em que:

Pontuação observada = Somatória da pontuação observada de cada critério

Pontuação máxima = Somatória máxima de cada critério

Para conclusão acerca do grau de implementação, utilizou-se a seguinte classificação do escore final (Figura 5).

Classificação	Escore Final
Adequado	80% a 100%
Regular	60% a 79%
Insuficiente	50% a 59%
Inadequado	< 50%

Figura 5 - Classificação do escore final do grau de implementação

Apresenta-se a seguir, a Matriz de Julgamento elaborada (Figuras 6 e 7).

COMPONENTE	Pontuação (P)	Pontuação Máxima (PM)	Pontuação Observada (PO)	Classificação
ESTRUTURA – PRÉ-NATAL (recursos físicos, humanos, materiais e organizacionais). Inclui disponibilidades de RH / profissionais de saúde) para o oferecimento do teste anti-HIV e a realização do aconselhamento no pré-natal	Σ = máximo	Σ = observada	% (Σ observada / Σ máximo x 100)	Adequado = 80% a 100% Regular = 60% a 79% Insuficiente = 50% a 59% Inadequado = < 50%
GRAU DE IMPLANTAÇÃO				

Dimensão Acesso	Indicador / critério	P Categorias que compõem o Indicador	PM	PO	Fonte de informação	Coleta de dados			
Disponibilidade, oportunidade e qualidade	Estrutura da unidade de saúde (US): p/ realização do aconselhamento pré e pós e oferecimento do teste anti-HIV no pré-natal		Σ = 45		Entrevista profissional de saúde e observação da US	Observação da US e entrevista com profissional de saúde			
	Estrutura Física da US A c/ local adequado p/ realização do aconselhamento:		Σ = 5						
	Existência de local/sala adequada p/ aconselhamento	5							
	Existência de local/sala p/ atendimento pré-natal adaptada p/ aconselhamento pré e pós-teste	2							
	Inexistência de local adequado p/ aconselhamento	0							
	Estrutura de RH:		Σ = 25		Escala de serviço e profissional saúde	Pesquisa documental e observação sistemática			
	Disponibilidade de RH p/ Aconselhamento pré e pós-teste na US (no Pré-natal)		Σ = 05						
	Existência de Prof. Saúde sensibilizado e capacitado que realiza o aconselhamento teste anti-HIV no PN	5							
	Existência de Prof. Saúde capacitado que realiza aconselhamento teste anti-HIV no PN	3							
	Existência de Prof. Saúde capacitado que não realiza aconselhamento teste anti-HIV no PN	2							
	Inexistência de RH p/ realizar o aconselhamento pré e teste anti-HIV	0							
	Nº profissionais capacitados para o aconselhamento / n° de profissionais atuantes (X* 2)** *(X* 2 p/ facilitar o cálculo)		Σ ~ 20						
	< 2	2							
	≤ 2 e < 5	5							
	≤ 5 e 10	10							
Estrutura Organizacional (normas, diretrizes e protocolos do MS e SMS) para:		Σ = 6		Profissional de saúde, livro de registro e Programa Saúde da Mulher	Observação da unidade de saúde e pesquisa documental				
Realização do Aconselhamento e Oferecimento do Teste-HIV no pré-natal:									
Disponibilidade e aplicação de protocolos da SMS e recomendações e diretrizes do PN/MS	5								
Disponibilidade e aplicação parcial dos protocolos da SMS e recomendações e diretrizes do PN/MS	2								
Inexistência protocolos da SMS e de recomendações e diretrizes do PN/MS	0								
Provisionamento de Insumos Assistenciais para Gestante HIV+ e Crianças expostas na US		Σ = 10		Livro de registro; profissional saúde	Observação sistemática e pesquisa documental				
Provisionamento de Med. ARV p/ profilaxia gestante / infantil no PN, na US	3								
Provisionamento de Med. ARV p/ profilaxia gestante / infantil no PN no Serv. de Ref. HIV/AIDS (SAE)	2								
Não Provisionamento de Medicamento ARV p/ profilaxia materna/infantil no PN	0								
Provisionamento Formula Infantil na US/PN	3								
Provisionamento Formula Infantil no serviço de referência HIV/AIDS (SAE)/PN	2								
Não provisionamento de Formula infantil no PN	0								
DISPONIBILIDADE									
Disponibilidade, oportunidade	TESTES PARA O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DO HIV - (LABORATORIO)		Σ = 55		Profissional de saúde, informe chave do laboratório e gr (laboratório e Unidade de Saúde)	Observação de campo no laboratório e unidade de saúde, entrevista com gestante			
	Disponibilidade do Testes HIV e Confirmatórios		Σ = 6						
	Disponibilidade do HIV 1 e 2 + confirmatórios (IFI e WB)	5							
	Disponibilidade do HIV 1 e 2 sem confirmatórios	2							
	Inexistência do HIV 1 e 2 e confirmatórios (IFI e WB)	0							
	Demanda (Nº testes HIV realizados no pré-natal / total de gestante) cobertura de gestantes testadas		Σ = 6						
	Disponibilidade de testes conforme demanda de gestante existente	5							
	Indisponibilidade de testes conforme demanda de gestante existente	0							
	OPORTUNIDADE								
	Coleta do Teste anti-HIV na US		Σ = 5						
	Disponibilidade de coleta na US	5							
	Disponibilidade de coleta no laboratório de referência	2							
	Indisponibilidade de coleta	0							
	Entrega do resultado do teste dentro do tempo programado, ou seja, antes do parto (Soma dos itens):	(Σ itens)	Σ = 40						
	Testes HIV entregues até a 14ª semana / gestação	15							
Testes HIV entregues no 1º trimestre / gestação	12								
Testes HIV entregues no 2º trimestre / gestação	3								
Testes HIV entregues no 3º trimestre / gestação	5								
Testes HIV entregues após o parto	0								

**US= Unidade de Saúde – a US observada possui como laboratório de referência: AHB (Hemnúcleo do Hospital Base) e Laboratório Bauru. Observou-se que somente as amostras processadas pelo Laboratório da AHB são encaminhadas ao IAL Bauru p/ realização dos exames confirmatórios.

Figura 6 - Matriz de Julgamento elaborada I

COMPONENTE – PRE-NATAL		Pontuação (P)	Pontuação Máxima (PM)	Pontuação Observada (PO)	Classificação
PROCESSO Atividades desenvolvidas entre os Prof. Saúde e as gestantes, no pré-natal de oferecimento do teste HIV e realização de aconselhamento pré e pós-teste, com entrega do resultado em tempo hábil para tomada de decisões.		∑ máximo	∑ observada	% (∑ observada / ∑ máximo x 100)	Adequado = 80 a 100% Regular = 60 a 79% Insuficiente = 50 a 59% Inadequado = < 50%
GRAU DE IMPANTAÇÃO					

Dimensão Acesso PI	Indicador / critério	P Categorias que compõem o Indicador	PM	PO	Fonte de informação	Coleta de dados
Qualidade	Sub-dimensão qualidade: aceitabilidade; legitimidade; equidade				Gestante, relatários, prof. de saúde	Entrevista c/ gestante, pesquisa documental, observação sistemática e entrevista c/ prof. saúde
	1- Aconselhamento pré-teste e oferecimento do teste anti-HIV no PN		∑ = 40			
	Nº de gestantes aconselhadas no pré-teste / Nº de gestante acompanhadas no pré-natal (n=53)		∑ = 10			
	Adequado (80% a 100%, das gestantes que realizaram PN)	10				
	Regular (75% a 89,90%)	6				
	Insuficiente (50% a 74,90%)	4				
	Inadequado (< 49,90%)	2				
	Inexistente (nenhuma)	0				
	OBS: Gestante sem oferta de teste em PI HIV = 50,94% e Gestante receberam oferta teste HIV = 48,28%					
	Nº de gestantes aconselhadas no pós-teste sobre o HIV/AIDS (TV)		∑ = 10			
	Adequado (80% a 100%, das gestantes que realizaram PN)	10				
	Regular (75% a 89,90%)	6				
	Insuficiente (50% a 74,90%)	4				
	Inadequado (< 49,90%)	2				
	Inexistente (nenhuma)	0				
	OBS: 81,13% Gestante informaram que não receberam informações /orientações a cerca do resultado do teste HIV e 18,87% Gestante informaram que receberam informações /orientações a cerca do resultado do teste HIV					
	Nº de gestantes testadas para o HIV nº de gestante no pré-natal (n=53) = 41/53 (77,35%)		∑ = 10			
	Adequado (80% a 100%, das gestantes que realizaram PN)	10				
Regular (75% a 89,90%)	6					
Insuficiente (50% a 74,90%)	4					
Inadequado (< 49,90%)	2					
Inexistente (nenhuma)	0					
OBS: Entrevista c/ 53 Gestantes, 77,35% (41) realizaram teste HIV no PN						
2- Oferecimento do teste anti-HIV no pré-natal		(X/2)	∑ = 10			
Sim (43,39%)	10					
Não (56,71%)	0					
Qualidade	Sub-dimensão qualidade: aceitabilidade; legitimidade; equidade				Gestante, registros na US e SNIIS	Entrevista com a gestante, pesquisa documental, observação da unidade
	3- Informações sobre o pré-natal – US		∑ = 40			
	a) Início de Pré-natal (> concentração) Gestantes	(X/2)	∑ = 6			
	1º trimestre de gestação (84,90%)	5				
	2º trimestre de gestação (15,20%)	4				
	3º trimestre de gestação (1,88%)	2				
	b) Nº de Consultas de pré-natal (> concentração)		∑ = 5			
	de 1 a 2 consultas (26,41%)	2				
	de 2 a 4 consultas (26,41%)	3				
	de 4 a 6 consultas (33,94%)	4				
	- de 6 consultas (7,54%)	5				
	Nenhuma e não informado (3,78%)	0				
	4- Aconselhamento pós-teste e Conhecimento do resultado teste anti-HIV antes do parto (n=53) (75,47%)	(∑/itens)	∑ = 30			
	1º trimestre (58,49%)	15				
	2º trimestre (16,98%)	9				
	3º trimestre (1,88%)	5				
	Não informado (06%) e Não fez exame -1ª consulta (22,64%)	-1				
	Após o parto	0				
	Sub-dimensão qualidade (qualidade técnico-científica do cuidado): aceitabilidade; legitimidade; equidade					
	5- O Aconselhamento pré e pós-teste no pré-natal na US é realizado segundo as diretrizes do PNDST/AIDS/ MS			∑ = 20		
	A gestante recebe informações sobre: formas de transmissão, o processo de diagnóstico, seus possíveis resultados e sobre uso de formula infantil pi' bebê.	(X = 2)	∑ = 40			
	Sim	5				
	Não	0				
	Quanto ao conteúdo e desenvolvimento das atividades de aconselhamento – As orientações foram dadas com clareza, e foi exercido processo de escuta ativa.		∑ = 2,5			
Sim	2,5					
Não	0					
Concordância da gestante em realizar o teste anti-HIV		∑ = 2,5				
Concordou em realizar o teste (45,28%)	2,5					
Não foi questionada quanto a sua concordância em realizar o teste (50,94%)	1					
Não concordou em realizar o teste	0					
LABORATORIO			∑ = 2,5			
Testagem do HIV conforme as recomendações da Portaria 56/03/ GM-MS e POP Lab.	2,5					
Testagem do HIV não realizada conforme as recomendações da Portaria 56/03/ GM-MS e POP Lab.	0					
Fluoros e tempo de retorno dos resultados dos exames (sorologia HIV e confirmatórios)		∑ = 2,5				
Tempo retorno – 10 a 30 dias	2,5					
Tempo retorno – > 31	0					

Figura 7 - Matriz de Julgamento elaborada II

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados que serão apresentados foram obtidos a partir de três pontos principais:

Pesquisa documental que utilizou fontes e documentos relacionados ao tema nos instrumentos normativos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Bauru para levantamento de dados de saúde (quantitativos) da unidade de saúde estudada e análise dos procedimentos realizados no pré-natal, como o aconselhamento pré e pós-teste a testagem para o HIV; a observação sistemática da unidade de saúde estudada e do laboratório de referência, através de um checklist, visando verificar como estão sendo realizados as atividades de aconselhamento e testagem para o HIV, e entrevista estruturada com gestantes e profissionais de saúde da unidade de saúde participante do estudo, que são descritas a seguir.

Os resultados fornecidos pela pesquisa documental; revelam que as recomendações estabelecidas pelo MS para prevenção da transmissão vertical e as diretrizes de aconselhamento (padrão) foram implantadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, por iniciativa do PMDST/AIDS, a partir da inclusão das ações de aconselhamento e testagem para HIV no Protocolo Saúde da Mulher, junto às ações desenvolvidas no pré-natal desde novembro de 2000. Quanto às capacitações realizadas com os profissionais de saúde, sobre esse tema, verificou-se que apesar da realização de capacitações e estabelecimento de protocolos e recomendações percebeu-se que ainda existem dificuldades e resistência no cumprimento das mesmas, por parte dos profissionais de saúde, o que limita e torna-se praticamente impossível o cumprimento da lista de cuidados recomendados pelo MS para as gestantes HIV positivas na atenção básica.

Porém, considera-se assertivo a centralização da aplicação dos cuidados reservado a gestante HIV positiva no serviço de referência para HIV/AIDS, denominado de Centro de Referência (CR) – SAE/ADT/HD, pois a equipe de saúde desse serviço é capaz de promover o acolhimento necessário e atenção desejada a gestante infectada pelo HIV, com acesso oportuno e de qualidade, conforme relato da uma gestante HIV+ entrevistada, durante o estudo.

Outro ponto levantado foi a existência de registro dos testes HIV realizados pelas gestantes para monitoramentos dos resultados dos mesmos na unidade

estudada. Monitoramento instituído pelo Programa Municipal de DST/AIDS, com a implantação das ações de controle da TV do HIV no pré-natal.

Por intermédio das entrevistas com 53 gestantes e 3 profissionais de saúde realizadas da unidade de saúde e uma gestante HIV positiva, acompanhada no serviço de referência, foi possível levantar e identificar se estão sendo realizadas e como estão sendo o realizadas as atividades de aconselhamento pré e pós-teste e a oferta do teste anti-HIV, no pré-natal, na unidade de saúde estudada e, também, como elas estão sendo aplicadas pelos profissionais de saúde. Esta proposta foi complementada com os resultados pela observação sistemática da unidade. A entrevista com gestante HIV positiva foi necessária para obtenção de informações sobre os procedimentos em análise, na perspectiva e ótica da mesma, no contexto de uma unidade básica de saúde, pois as 53 gestantes (n=53) entrevistadas receberam resultado negativo, ou seja, não reagente para o HIV no período da pesquisa.

Os resultados obtidos revelaram que atividades de aconselhamento pré e pós-teste e a oferta do teste HIV não eram realizadas pelos profissionais de saúde em nenhuma oportunidade do atendimento destinado à gestante no pré-natal. Tanto nas entrevistas como na observação sistemática da unidade de saúde verificou-se que o pedido do teste para o HIV era realizado junto com os demais exames bioquímicos prescritos pelo profissional médico ginecologista para gestante, durante o acompanhamento pré-natal, sem prévio conhecimento ou autorização da mesma.

A solicitação do teste HIV era preenchida pelo médico assistente para coleta de exame no laboratório e ratificado com a autorização da chefia da unidade e entregue a gestante no balcão da farmácia, procedimento esse denominado de pós-consulta. Nesse momento, a gestante recebia orientações gerais para realização dos exames de rotina de pré-natal, fornecidas por um profissional de nível técnico, auxiliar de enfermagem, referente: ao local (laboratório), dia e horário para coleta dos exames e a necessidade de agendamento da consulta de retorno, de posse dos resultados dos exames.

O profissional técnico que realizava a pós-consulta para gestante era o mesmo que realizava as orientações gerais para os usuários que passavam por consulta na área de clínica geral e pediatria, utilizando-se da mesma estrutura física. Durante essa atividade a gestante ficava em pé, no balcão, ouvindo as orientações e

as demais pessoas que aguardavam por atendimento esperavam, na fila, logo atrás, sem qualquer privacidade e sem possibilidade de sanar qualquer dúvida. Não havia de realização pós-consulta exclusiva para o pré-natal. Assim, constatou-se que não havia fluxo organizacional definido para a prática do aconselhamento pré e pós-teste e o oferecimento da testagem para o HIV naquela unidade de saúde.

Um dos profissionais de enfermagem, a enfermeira, entrevistada afirmou que “entendia” que o aconselhamento e o oferecimento do teste HIV eram atividades que cabiam ao atendimento médico. Essa enfermeira, durante a entrevista, não reconheceu essa atividade como inerente a primeira consulta de pré-natal, conforme estabelecido pelo Protocolo de Saúde da Mulher da SMS de Bauru.

Na observação sistemática realizada no laboratório do IAL-Bauru verificou-se, através do checklist aplicado, que para a realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV são realizados teste de HIV (Elisa) 1 e 2 e exames confirmatórios (IFI ou WB), de acordo com procedimento operacional padrão (POP) instituído para este fim e o algoritmo de testagem sorológica do HIV, estabelecido pela Portaria n. 59, de 28 de janeiro de 2003 (BRASIL, 2003d).

No Laboratório de Referência foi identificado que o tempo decorrido desde coleta, processamento das amostras de sangue e a entrega do resultado do teste anti-HIV à gestante tem ocorrido antes do parto, num período de cerca de 20 a 30 dias quando amostra é positiva para o HIV, o que confirma o acesso o diagnóstico laboratorial do HIV e a oportunidade que a gestante tem para receber atenção exigida quanto ao cumprimento dos cuidados recomendados pelo MS. Isso ocorre se a gestante realiza o acompanhamento regular no pré-natal, mas aquela que chegar ao final da gestação corre o risco de não saber seu status sorológico antes do parto.

Observou-se que este laboratório realiza exames de triagem para atender sua própria demanda e processa as amostras de exames confirmatórios para os demais laboratórios que compõe a rede laboratorial de Bauru. Porém, na ocasião da observação sistemática na unidade de saúde constatou-se que um dos laboratórios, prestador SUS, naquela ocasião não estava referenciando suas amostras o IAL-Bauru para realização de exames confirmatórios. Diante dessa hipótese, essa pesquisadora, tomou a iniciativa de solicitar à diretora de Divisão de Avaliação e Planejamento da SMS para que em conjunto com a Coordenação do PMDST/AIDS e Interlocação Regional de DST/AIDS de Bauru solicitasse ao IAL-Baru, laboratório de

referência, uma supervisão no laboratório apontado para apuração e possível retificação dos fatos averiguados.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) o diagnóstico do HIV no início da gestação possibilita melhores resultados no controle da infecção materna e, conseqüentemente, melhores resultados de profilaxia da TV do HIV. Por esse motivo, o teste anti-HIV deve ser oferecido a todas as gestantes, independentemente de sua situação de risco para o HIV, tão logo ela inicie seu pré-natal. O teste anti-HIV, entretanto, deverá ser sempre voluntário e confidencial.

A qualidade de uma oferta de exame sorológico do HIV começa na fase do aconselhamento pré-teste – quando são avaliadas as condições clínicas e epidemiológicas da gestante em relação ao risco de infecção pelo HIV e são discutidas todas as possibilidades de resultados e suas implicações – passando pela fase de identificação do paciente no tubo da amostra, coleta da amostra, transporte, acondicionamento, fracionamento do soro e execução do exame propriamente dito (OLIVEIRA et al., 2004).

Atualmente, o município de Bauru, dispõe de uma rede de laboratórios, sendo um público e três prestadores SUS (dois laboratórios filantrópico e um laboratório conveniado), que realizam os testes anti-HIV de forma estruturada e descentralizada, atendendo todas as Unidades de Saúde. Esses laboratórios realizam coleta e enviam os resultados dos testes para a Unidade de Saúde, com exceção do Hemonúcleo do Hospital de Base, com a possibilidade de o usuário vir a conhecer o resultado sem receber o aconselhamento com suporte de um profissional de saúde. Os laboratórios pertencentes aos hospitais atendem somente a própria demanda.

Quanto à entrega de resultados dos testes anti-HIV, observou-se que a gestante com o resultado do teste anti-HIV positivo ou reagente é encaminhada para o Serviço de Referência (CR SAE/ADT/HD)⁴, no ambulatório de ginecologia e obstetrícia. Este órgão é capaz de realizar um pré-natal diferenciado e de oferecer tratamento e acompanhamento necessários, em consonância com as recomendações para profilaxia e tratamento de gestante HIV positiva do MS. Segundo esse mesmo protocolo, o teste com resultado positivo / reagente para o

⁴ O acompanhamento de pré-natal a gestantes HIV positiva e a aplicação do protocolo ACTG076, conforme estabelecido pelo Programa Municipal de DST/Aids (PMDST/Aids) de Bauru, foi centralizado no Centro de Referência (SAE/ADT/HD), em observância às “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestante do MS.

HIV poderá ser revelado pelo Obstetra na Unidade de Saúde, desde que feito o pré e pós-aconselhamento. Caso contrário, recomenda-se agendar consulta com o Obstetra do serviço de referência.

No caso de resultado negativo ou não reagente, a gestante permanece na Unidade Básica de Saúde de sua preferência ou na unidade mais próxima de sua residência.

Quando o resultado é indeterminado, o exame deve ser repetido para confirmação, coletando-se uma nova amostra após 30 dias.

Verificou-se durante a observação sistemática, realizada através do checklist aplicado no laboratório do IAL-Bauru que, para a realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV são realizados teste de HIV (Elisa) 1 e 2 e exames confirmatórios (IFI e WB), de acordo com procedimento operacional padrão (POP) instituído para este fim e o algoritmo de testagem sorológica do HIV, estabelecido pela Portaria n. 59, de 28 de janeiro de 2003 (BRASIL, 2003d).

5.1 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA / INSUMOS

5.1.1 A unidade de saúde

A unidade de saúde avaliada por este estudo foi escolhida por ter apresentado melhor resultado, no estudo anterior (LOMBARDI, 2002), quanto à variação média percentual de exames HIV realizados por gestantes.

Os resultados obtidos na unidade de saúde através dos dados coletados a partir observação sistemática; confirmam que está ocorrendo o acesso das gestantes a testagem HIV, no pré-natal, porém apresentam obstáculos estruturais, limitações e dificuldades na forma de como se apresenta a organização do serviço e o processo de trabalho para atender a demanda de atenção exigida, a gestante, na prevenção da transmissão vertical do HIV, e a gestante HIV positiva na unidade.

Quanto ao componente Estrutura / Insumos (física, de recursos humano e organizacional) existente na Unidade de Saúde, os resultados obtidos na observação sistemática, revelou-nos que há condições estruturais limitadas para serem desenvolvidas as atividades de aconselhamento pré e pós-teste e de

oferecimento do teste HIV, mas possibilitou identificar como está ocorrendo o acesso das gestantes a testagem do HIV e o resultado do mesmo, no pré-natal, conforme dados que detalhamos seguir.

Avaliação da Estrutura física da Unidade de Saúde (US) para realização das atividades de aconselhamento pré e pós-teste e oferecimento da testagem HIV: Quanto à disponibilidade de local adequado para realização do aconselhamento e oferta de testagem do teste HIV, constatou-se que existe local adequado para realização dessas atividades, mas fazem-se necessárias adequações e reorganização do fluxo de atendimento para este fim.

Para o atendimento de pré-natal a US conta com um consultório (sala) para o atendimento médico de ginecologia e obstetrícia, o mesmo encontra-se equipado para esse fim, com a disponibilidade de materiais mínimos necessários para desenvolvimento das atividades (mesa para exame clínico e ginecológico, sonar, estetoscópio de pinar, foco auxiliar, fita métrica, balança antropométrica, estetoscópio e esfignomanômetro).

Esse mesmo consultório é utilizado para a realização das pré-consultas⁵ de pré-natal, antes da chegada do médico para o atendimento, no turno da tarde, onde se observa certa privacidade. O que não acontece no turno da manhã, onde a pré-consulta de pré-natal é realizada na mesma sala do atendimento da área de Pediatria e Clínica Geral.

Em geral, na Unidade de Saúde as atividades de pré consulta de pré-natal são realizadas numa única sala, compartilhando espaço com a área de Clínica Geral e Pediatria. Nesse espaço poderiam ser desenvolvidas as atividades de aconselhamento pré e pós-teste e oferecimento de testagem se fossem exclusivos para o (Pré-natal) PN.

Observou-se que há local adequado para realização das atividades de aconselhamento, mas que há necessidade de adequação do espaço físico e

⁵ *Pré-consultas*: As atividades desenvolvidas na pré-consulta, também chamada consulta de preparo, devem anteceder, quando e onde possível, as consultas médicas. O registro no prontuário deve conter, pelo menos, o peso, pulso, pressão arterial na posição sentada, além de outros dados que estejam programados para o caso. A pré-consulta deve servir como foco de divulgação das atividades da Unidade. Nas unidades sem pré-consulta estruturada, o registro no prontuário e a descrição sumária do exame físico, deverão naturalmente fazer parte do quadro clínico descrito pelo médico assistente e seu preenchimento deve ser supervisionado pelo coordenador de programas da unidade.

estabelecimento de novo fluxo organizacional dessas atividades nos espaços existentes, mas, sobretudo, essa atividade não é reconhecida como rotina no atendimento pré-natal, principalmente pela chefia e, portanto, não encontra-se implantada conforme prevê protocolos da SMS Bauru.

Na US avaliada observou-se que não há disponibilidade de sala para coleta de exames laboratoriais, a coleta é realizada no laboratório de referência.

O espaço físico da unidade encontra-se insuficiente para o desenvolvimento das atividades de aconselhamento e oferecimento de testagem para o HIV de acordo com a demanda existente e em péssimo estado de conservação. Não foi observada a existência sala específica para realização do aconselhamento pré e pós-teste HIV.

Estrutura de Recursos Humanos: Quanto à disponibilidade de recursos humanos, ou seja, de profissionais de saúde para realização das atividades de aconselhamento e oferecimento de testagem HIV, no pré-natal (PN) constatou-se que a US apresentava: dois profissionais de saúde da área médica e dois auxiliares de enfermagem (nível médio) que realizavam atendimento de pré-consulta e auxiliava as consultas médicas de PN. Os profissionais de nível médio não eram exclusivos para o atendimento PN.

Os profissionais de saúde médicos e a enfermeira (chefe/gerente) foram capacitados para exercer essas atividades. A enfermeira foi incumbida à tarefa de multiplicar as informações para equipe técnica e estabelecer o fluxo interno das mesmas. Porém observou-se que esses profissionais foram capacitados, mas não estavam sensibilizados, satisfatoriamente, para execução dessas atividades.

A unidade de saúde oferece apresentava atendimento médico na área de ginecologia e obstetrícia com carga horária de 8 horas diárias, divididos em dois turnos de quatro horas (manhã e tarde), oferecendo 16 consultas/dia/turno, dessas, em média, seis consultas são destinadas para o pré-natal, ou seja, doze consultas de pré-natal/dia, em média 240 consultas/mês. Dados obtidos na observação da unidade e pesquisa documental da SMS Bauru.

De forma geral na US observada foram identificados, lotados nesta unidade, seis médicos (Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia). No atendimento de pré-natal, dois profissionais realizavam atendimento das gestantes

(Ginecologista/Obstetra), distribuídos no período da manhã, das 7 h às 12 h e à tarde (a partir das 15h30min até as 19h30min).

A enfermeira/gerente (chefia) da US exercia suas funções em oito horas diárias de trabalho e as duas auxiliares de enfermagem se revezavam no período matutino e vespertino, trabalhando cada uma 6h40min cada. Ambas realizavam atendimento de pré-consulta das diversas áreas e auxiliavam na consulta médica de pré-natal e ginecologia.

Os profissionais de saúde submetidos ao roteiro de entrevista referiram falta de tempo e disponibilidade de recursos humanos para realizar o aconselhamento pré e pós-teste e o oferecimento do teste anti-HIV. Afirmaram que o atual quadro de funcionários foi reduzido para o atendimento em geral, na US, o que não se constatou durante a observação. Porém constatou-se que é necessária uma melhor organização do fluxo e melhor distribuição das atividades desenvolvidas pela equipe da unidade de saúde, com devida qualificação da mesma.

No presente levantamento observou-se ainda um número reduzido de atendimentos realizados por enfermeiras, o que pode estar relacionado à tendência de o enfermeiro estar cada vez menos vinculado às atividades assistenciais e mais vinculado às atividades administrativas (ALVES, 1989).

A pós-consulta é realizada, de maneira geral, no balcão da sala de dispensação de medicamentos (conhecida como Farmácia), onde os usuários aguardam pelo atendimento, em pé, dispostos em fila única. Durante esse atendimento foi observado: o processamento da autorização dos exames laboratoriais de pré-natal, fornecida informação sobre laboratório de referência para coleta dos mesmos (inclusive do teste anti-HIV, sem aconselhamento); entrega de medicamentos e agendamento de exame de ultrassonografia, quando prescritos; e agendamento da consulta de retorno. A solicitação de coleta do teste HIV era feito junto com o pedido dos demais exames bioquímicos, sem conhecimento e autorização prévia da gestante.

O texto das Normas e Manual Técnico – Assistência Pré-Natal, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), estabelece que para que o atendimento pré-natal se realize adequadamente, faz-se necessário: recursos humanos que possam acompanhar a gestante segundo os princípios técnicos e filósofos da assistência

integral à saúde da mulher, levando-se em conta o seu contexto familiar e social; área física adequada para o atendimento a gestantes e familiares e condições adequadas de higiene e ventilação, com ênfase na privacidade, fator essencial nas consultas e exames clínicos ou ginecológicos.

O atendimento prestado à população da *US* é dividido em três turnos de seis horas cada, mas, o atendimento de pré-natal é realizado em dois turnos. A unidade trabalha com esquema de agenda aberta para consultas nas áreas de Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia. Possui agendamento prioritário para atendimento de cerca de cinco a seis gestantes por dia.

Verificou-se que as gestantes passavam pela recepção para confirmar o agendamento e ficavam de posse do Prontuário ou Ficha de Atendimento avulsa (quando iniciavam o atendimento pré-natal); passavam pela pré-consulta onde se realizavam os procedimentos de pesagem e verificação de pressão arterial e aguardavam na sala de espera para a consulta médica.

Durante o período de observação na Unidade de Saúde verificou-se a realização de um trabalho educativo de grupo com gestante, organizado pela profissional do Serviço Social, a qual referiu solicitar material educativo à Secretaria de Saúde, quando necessário, para distribuição nessas atividades. Verificou-se, na ocasião, apresentação da nova sistemática de atendimento da unidade (agendamento), efetuada de maneira clara, objetiva e rápida, porém, sem dar espaço para perguntas e esclarecimentos de dúvidas.

Os registros de dados a respeito da demanda de gestantes e das atividades desenvolvidas pela unidade, que compõem o relatório de “Acompanhamento de Programas,” continham informações a respeito do acompanhamento de gestantes em geral e gestantes de alto risco; coleta de sangue para realização do teste anti-HIV (em gestantes e na população em geral); desenvolvimento de atividades de aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV; atendimento de ginecologia, com ênfase na coleta de exame de Papanicolau; atendimento para hipertensos, diabéticos e de puericultura; e a realização de atividades educativas e preventivas.

Verificou-se, também, que todas as gestantes inscritas para o pré-natal, que faziam parte do “Programa de Saúde da Mulher”, da SMS, contando com disponibilidade e oportunidade de acesso a exames anti-HIV, entre outros inclusos

na rotina de pré-natal, o que não acontecia, entretanto, com os exames para diagnóstico da infecção por Hepatite B e C, e de VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory), para sífilis, no terceiro trimestre de gestação. Verificou-se desinformação, por parte da equipe da unidade, quanto ao laboratório de referência para a realização dos exames para hepatites virais.

Verificou-se, durante o período de observação sistemática da US que houve interrupção da coleta de sangue para a realização dos exames de pré-natal, assim como do teste HIV, atividade que era desenvolvida por um laboratório de referência e prestador SUS (hospital filantrópico) do município. Com essa interrupção, a população, incluindo a gestante, necessita dirigir-se ao laboratório de referência (localizado na região central da cidade) para realizar a coleta dos exames e apanhar os resultados, procedimento que claramente dificulta, muitas vezes, a coleta e execução dos exames, não favorecendo o acesso ao diagnóstico laboratorial da infecção do HIV. Essa limitação e dificuldade de acesso a testagem, provavelmente, faz com que outras tantas não tenham oportunidade de realizarem esse teste tão importante.

Essa logística, imposta às gestantes da US, de por si só procurarem testagem e tratamento, é especialmente complexa e ao mesmo tempo perversa para muitas delas, como é o caso de gestantes infectadas pelo HIV, e outras igualmente de risco acrescido, em situação socioeconômica desfavorável.

Observou-se que, na maioria das vezes, a população se depara com limitações de cota para a realização de exames, o que obrigava a procurar novamente a US para realizar a troca do pedido de exames para outro laboratório, acarretando uma fragmentação do atendimento, com conseqüente falta de acesso ao diagnóstico laboratorial e resolutividade no atendimento ao usuário.

No caso específico da gestante, o teste anti-HIV muitas vezes era coletado em laboratório diferente dos demais exames, sendo necessário o deslocamento da gestante para outro laboratório, em alguns casos, em dias diferentes, onerando-a em tempo e recursos financeiros, fazendo com que a mesma tivesse que realizar duas punções venosas.

Durante a observação sistemática, verificou-se que, na consulta médica de pré-natal, algumas gestantes não estavam de posse de todos os resultados de

exames, por limitação de cota ou teto no laboratório de referência. Nesse mesmo período, foi recomendada à gerente (chefia) da unidade que solicitasse a chefia imediata a autorização para que outro laboratório, prestador SUS, realizasse coleta dos exames, tendo em vista a existência de outro prestador disponível, conforma relato encontrado em documentos pesquisados da SMS.

Durante o atendimento, verificou-se que é realizado na unidade, o controle com o monitoramento das gestantes que iniciaram o pré-natal e realizaram o teste anti-HIV, em cumprimento a recomendações do PMDST/Aids. Porém, ao confrontar os dados contidos no relatório de acompanhamentos de programas da SMS Bauru com os registrados encontrados na unidade para o controle de gestantes que realizam teste HIV, com aconselhamento, os mesmos apresentaram-se informações discordantes.

Quanto à oportunidade da entrega de resultados dos testes anti-HIV, ser realizada dentro do tempo programado, ou seja, antes do parto, ou ainda em tempo de adotar medidas preventivas para TV do HIV, observou-se na unidade de saúde (US) avaliada que do total de 53 gestantes que iniciaram o pré-natal e realizaram testagem para o HIV, 77,35% (40) receberam resultado do teste HIV antes do parto, dessas, 58,49% (31) no primeiro trimestre de gestação, 16,98% no segundo trimestre. Contudo, 20,75% das gestantes entrevistadas não haviam realizado coleta de teste HIV, mesmo tendo passado pela primeira consulta de pré-natal com enfermeira da US, elas aguardavam consulta médica para obter o pedido dos exames incluindo o anti-HIV. Nesta oportunidade foi solicitado apenas o teste para confirmação da gravidez. Durante o período de entrevistas apenas uma (1,88%) gestante referiu não ter recebido resultado, é possível supor que as razões estejam ligadas à dificuldade de acesso até o laboratório, uma vez que a coleta não é realizada na unidade.

Verificou-se junto a chefia da unidade, que a gestante com o resultado do teste anti-HIV positivo ou reagente é encaminhada para o Serviço de Referência (CR - SAE/ADT/HD)⁶. O SAE é capaz de realizar um pré-natal diferenciado e de oferecer tratamento e acompanhamento necessários, em consonância com as

⁶ O acompanhamento de pré-natal a gestantes HIV positiva e a aplicação do protocolo ACTG076, conforme estabelecido pelo Programa Municipal de DST/Aids (PMDST/Aids) de Bauru, foi centralizado no Centro de Referência (SAE/ADT/HD), em observância às "Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestante do MS.

recomendações para tratamento de gestante HIV positiva, do MS. Segundo esse mesmo protocolo, o teste com resultado positivo ou reagente para o HIV poderá ser revelado pelo obstetra na US, precedido de pré e pós-aconselhamento. Recomenda-se, também, agendar consulta com o obstetra do serviço de referência para acompanhamento especializado, se necessário.

Durante o período de observação na Unidade de Saúde não foi revelado nenhum resultado positivo/reagente. Diante deste fato não foi possível afirmar se é realizado o aconselhamento pós-teste para casos de positividade. Constatou-se tanto na observação como nas entrevistas que diante do resultado negativo somente é afirmado, pelo médico, que os exames estão todos bons, sem problemas.

Como não foi possível observar como são executadas as atividades de aconselhamento pós-teste para gestante infectada pelo HIV na unidade estudada, realizou-se uma entrevista com uma gestante HIV positiva no SAE, por ocasião do início de seu atendimento na unidade de referência.

A gestante entrevistada afirmou que o profissional médico da unidade básica de saúde, solicitou uma segunda coleta de sangue para detecção de um “problema” na primeira amostra, devido à quantidade insuficiente de sangue para realizar o exame. Passados dois meses da primeira coleta, sem o conhecimento do status sorológico, a gestante foi encaminhada para o serviço de referência, com a informação de que seu exame havia dado um “problema” e “precisava ser confirmado em uma unidade que atende pacientes com Aids”.

No caso de resultado negativo ou não reagente, a gestante permanece na Unidade Básica de Saúde de sua preferência ou na unidade mais próxima de sua residência.

Quando o resultado é indeterminado, o exame deve ser repetido para confirmação, coletando-se uma nova amostra após 30 dias. Entretanto, nem sempre há tempo suficiente para a realização dessas medidas, pois a gestante pode se apresentar para o primeiro teste no final da gestação ou mesmo somente no momento do parto.

Quanto a disponibilidade recursos materiais / insumos assistenciais, ou seja, os medicamentos antirretrovirais (ARV) necessários para profilaxia da gestante e o fornecimento da fórmula infantil para criança exposta ao HIV, após o nascimento,

pela US avaliada, não estavam disponíveis. Porém esses insumos estão disponíveis no SAE para acompanhamento da gestante HIV positiva. As gestantes HIV positivas terão acesso a esses insumos desde que devidamente encaminhadas para o serviço de referência, ou seja, em tempo hábil, para o início da profilaxia na gestante e provimento da fórmula infantil após o nascimento da criança.

Quanto a disponibilidade do teste HIV (kit) para o diagnóstico laboratorial do HIV (teste HIV 1 e 2 e teste confirmatórios), segundo Portaria MS / GM Nº 59/2003), verificou-se durante a observação sistemática no laboratório e na unidade de saúde que as amostra coletadas por apenas um dos dois laboratórios prestadores (SUS) de referência para unidade avaliada realizavam os exames confirmatórios no IAL Bauru (laboratório de referência de qualidade) e o outro não. Não obtivemos acesso à informação se o prestador que não encaminhava as amostras para exames confirmatórios no IAL possuía mecanismos internos de confirmação diagnóstica, presumimos que houvesse exames confirmatórios próprios. Segundo informações do PMDST/AIDS de Bauru as gestantes com resultados positivos para HIV na atenção básica realizavam a segunda testagem para o HIV no SAE, tendo como laboratório de referência o IAL, o qual realizava os exames preconizados pela Portaria MS/GM 59/2003, ou seja, as unidades da atenção básica realizavam somente a triagem para o HIV. O laboratório de referência da Unidade “A” realizava os exames confirmatórios no IAL Bauru.

Estrutura Organizacional (cumprimento de normas, diretrizes e protocolos) para realização do aconselhamento e oferecimento de testagem para o HIV no PN e assistência a gestante HIV positiva (na atenção básica ou no serviço de referência).

Durante a observação sistemática na US verificou-se que o aconselhamento pré e pós-teste e oferecimento da testagem para o HIV não eram realizados por nenhum dos profissionais de saúde capacitados, apesar dessas ações estarem oficialmente estabelecidas e recomendadas no Protocolo de Saúde da Mulher e PMDST/AIDS, conforme diretrizes e normas do MS adotados (padrão) pela SMS Bauru.

Assim, mediante dados obtidos na matriz de análise e julgamento, para avaliação da estrutura (física, de recursos humanos, de materiais e organizacionais) quanto à realização das atividades de aconselhamento e oferecimento da testagem HIV no pré-natal, da unidade básica de saúde avaliada, conclui-se que diante da

pontuação observada de 52% e de acordo com classificação instituída por esse estudo a unidade oferece estrutura insuficiente para realização das atividades sob análise.

Este estudo constata que, na realidade atual de implementação do serviço de pré-natal, no município de Bauru, há divisão rígida entre as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento básico e especializado. Assim as gestantes infectadas pelo HIV têm de “arranjar” tempo e dinheiro ou ajuda de custo para o seu deslocamento, para frequentar vários serviços (unidade básica de saúde, laboratórios e Serviço de Assistência Especializada - SAE), entre outros que possam se fazer necessários durante as 38-40 semanas de sua gestação. Ou seja, de forma como se apresenta a organização dos serviços e o processo de trabalho para atender à demanda de atenção exigida para a gestante HIV positiva, torna-se praticamente impossível o cumprimento da lista de cuidados recomendados pelo MS para essas mães na atenção básica.

Cabe ressaltar que apesar do atendimento à gestante HIV positiva estar limitado na atenção básica, constatou-se que a centralização do acompanhamento de pré-natal e dos cuidados recomendados pelo MS na unidade de referência (SAE) vem favorecer o acesso ao tratamento básico e especializado das mesmas, com apoio de equipe devidamente qualificada de acordo com as recomendações do MS.

5.2 AVALIAÇÃO DO PROCESSO / ATIVIDADES

Verificou-se no processo de trabalho que as condições existentes para a realização das atividades de aconselhamento pré e pós-teste e oferecimento do teste anti-HIV centrou-se no objetivo de traçar um fluxograma do atendimento, descrevendo como são realizadas essas atividades e em qual momento se dão esses procedimentos.

Em termos gerais, nos atendimentos observados, a privacidade e a atitude de escuta não foi prerrogativa de nenhuma categoria profissional em especial. Verificou-se, especialmente na consulta médica, que a atitude de escuta foi prejudicada por uma postura de distanciamento, percebendo-se o exercício de autoridade médica em relação às expectativas e vivências da gestante. Visivelmente, o distanciamento foi agravado pelo pouco tempo disponível para o

atendimento, assim, a atitude de escuta frequentemente foi substituída pela informação.

O processo de aconselhamento pressupõe a existência de postura e atitude profissional, que constituem diretrizes para sua prática, devendo haver: exercício de aconselhamento, escuta ativa, comunicação competente, avaliação de riscos e reflexão conjunta sobre alternativas para novos hábitos de prevenção, orientação sobre os aspectos clínicos e do tratamento com vistas à adesão e melhoria da qualidade de vida (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999).

A “atitude de escuta” é um dos impasses que se verifica para a ação de aconselhamento, segundo a mesma autora, tendo sido observado que este é um ponto frágil da prática cotidiana dos profissionais observados. A avaliação de risco, que deveria ser realizada atrelada às vivências da gestante e à identificação de estratégias compatíveis para prevenção da transmissão de doenças, foram, conseqüentemente, também prejudicadas.

A Tabela 4 apresenta o tempo de espera para o atendimento das consultas.

Tabela 4 - Tempo de espera para o atendimento de pré-natal (n=53)

Tempo	n	%
10 minutos	04	7,54
+15 minutos	00	0,00
30 a 60 mininutos	13	24,52
+2 horas	34	64,15
Não informado	02	3,77

Na consulta médica, diante das informações que estavam sendo passadas, no curto espaço de tempo que não ultrapassou 15 minutos, houve concordância com o que estava sendo falado e orientado, sem questionamentos, reafirmando-se, dessa forma, o distanciamento entre a relação médico e gestante, existindo um explícito exercício da autoridade médica sobre o paciente.

Na situação em que faltou privacidade no atendimento, notou-se a passividade e inexpressividade da gestante perante o que aconteceu, embora, como tenha relatado, não concordasse com atitude do profissional. Ela somente fez a

queixa desse episódio durante a entrevista depois que se garantiu de que haveria confidencialidade das informações. Mais uma vez, reafirmou-se o exercício da autoridade médica sobre a gestante.

Como estabelecer, essa prática do aconselhamento com a gestante, um exercício para identificar alternativas de novos hábitos, se há falta de tempo e de profissional para executar outras atividades em outras áreas da unidade. Além da realização do atendimento na sala de vacina, atendimento de pré e pós consulta de Pediatria e Clínica-Geral o agendamento de consultas para especialidades, por exemplo, são atividades assumidas pela enfermagem depois das 16 horas, pois neste horário encerra-se o atendimento de Serviço Social. O médico da área de ginecologia e obstetrícia inicia suas atividades com até duas horas de atraso, e frequentemente as mulheres aguardam por mais de três horas pela consulta. Este profissional atende cerca de 16 consultas diárias, destinado em média de cinco a seis gestantes, em acompanhamento pré-natal, e dez consultas divididas entre as mulheres que apresentam queixas ginecológicas e retornos, em cerca de uma hora a uma hora e meia.

5.3 DADOS LEVANTADOS PELA PESQUISA DOCUMENTAL

Os resultados obtidos junto aos dados levantados durante a pesquisa documental que o Programa de Saúde da Mulher (PSM), do município de Bauru, tem como objetivo melhorar a qualidade do atendimento prestado às mulheres usuárias dos serviços de saúde municipais e contribuir para a redução da morbi-mortalidade por câncer, doenças sexualmente transmissíveis e problemas no parto, garantindo o acesso das gestantes ao pré-natal de maneira quali-quantitativa. Esse programa, entre outros grupos priorizados, destaca o atendimento de pré-natal e puerpério e das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS.

Esse mesmo protocolo, para a operacionalização do pré-natal, preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas, e no primeiro trimestre, entre outras atividades, o oferecimento do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, às gestantes das unidades básicas de saúde do município de Bauru, independente da situação de risco para a infecção pelo HIV e mediante termo de concordância. Esse termo caiu em desuso adotando-se o registro em prontuário.

Assim, com as atividades de oferecimento da sorologia anti-HIV, o aconselhamento pré e pós-teste foi instituído nas unidades básicas de saúde de Bauru, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), e após a capacitação e aprimoramento dos técnicos, realizada pelo Programa Municipal de DST/Aids.

O aconselhamento em DST/HIV/Aids é uma prática priorizada pelo PN-DST/Aids (PN) e considerada uma ferramenta essencial para o enfrentamento da epidemia de DST/HIV/Aids no Brasil (OLIVEIRA et al., 2002). Entendido como um componente importante na promoção à saúde, o aconselhamento contribui para a quebra da cadeia de transmissão das DST e do HIV por meio da detecção precoce dessas patologias e adoção de práticas seguras, reduzindo futuras infecções.

O PN considera, ainda, que inserir o aconselhamento na rotina dos serviços é grande o desafio, pois trata-se de uma abordagem que exige dos profissionais habilidades específicas e uma boa administração do tempo do atendimento. Preconiza em suas recomendações, que durante o aconselhamento o profissional de saúde deve ir além da transmissão de informações, deve avaliar riscos e as vulnerabilidades caso a caso ou de cada grupo. Deve trabalhar os sentimentos adversos que se apresentam por ocasião da testagem e do conhecimento da condição sorológica para o HIV. Segundo as Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/Aids (BRASIL, 2004c), seja ele, coletivo ou individual, o objetivo é ampliar o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV da população em geral e dos segmentos mais vulneráveis.

A gestante, população-alvo deste estudo está inserida dentro das populações mais vulneráveis, seja pela própria condição biológica que apresenta como mulher, vulnerável a patologias às vezes assintomática, como também pela questão de gênero, observando-se constantemente que muitas mulheres se colocam em condições de submissão ao seu parceiro por causa da dependência econômica e demonstram grandes dificuldades para negociar o uso do preservativo com ele.

Na pesquisa documental na Unidade Saúde encontrou-se o registro, de 56 gestantes que durante o pré-natal realizaram o teste anti-HIV, no ano de 2005 (número aquém do encontrado no relatório de acompanhamento de programas da SMS que relatava o registro de 256 gestantes em acompanhamento no ano de 2005). Desses 56 registros, a média mensal de testes realizados foi de 4,6 testes

anti-HIV por mês. Essa disparidade nos dados demonstra que a unidade não monitora de forma efetiva os dados de testagem do HIV realizadas pela unidade.

Em relação à faixa etária dessas gestantes testadas para o HIV verificou-se que uma estava na faixa etária de 10 a 14 anos; 11 na faixa etária de 15 a 19 anos; 30 gestantes na de 20 a 29 anos; 14 na de 30 a 39 anos e nenhuma gestante na faixa etária de 40 a 49 anos. Verificou-se que a maior concentração de gestantes encontradas durante este estudo, foi na faixa etária entre 20 a 39 anos.

Apresenta-se na Tabela 5 um quadro comparativo com os dados obtidos na pesquisa documental, no relatório de Acompanhamentos de Programas do DPAC/SMS, com ênfase no registro de mulheres/gestantes que realizam acompanhamento pré-natal e dados encontrados no caderno de registros (Unidade Saúde) com o número de gestantes que iniciaram o pré-natal e realizaram teste anti-HIV.

Tabela 5 - Distribuição de gestantes acompanhadas na Unidade de Saúde e de gestantes que iniciaram o pré-natal e realizaram teste anti-HIV, por trimestre, no ano de 2005

Ano 2005 / Trimestre	Acomp. de Pré-natal*	Pré-natal e teste anti-HIV	(%)
1º	80	12	15,00
2º	52	10	19,23
3º	52	12	23,07
4º	72	22	30,55
Total	256	56	21,85

Fonte: Relatório de Acompanhamento de Programas/DPAC/Seção de Prog. Espec./SMS; Dados do Caderno de Registros de Testes anti-HIV, de Gestantes Unidade Saúde, 2005.

Como é possível observar na Tabela 5, no primeiro trimestre do ano de 2005, 80 gestantes foram acompanhadas no pré-natal, e nesse mesmo período a Unidade de Saúde registrou, 12 gestantes que iniciaram o pré-natal e realizaram teste anti-HIV, ou seja, 15% das gestantes acompanhadas iniciaram o pré-natal e realizaram o teste anti-HIV. No segundo trimestre, 52 gestantes foram acompanhadas e a Unidade registrou 10 gestantes (19,23%) que iniciaram o pré-natal e realizaram esse teste; no terceiro trimestre foram acompanhadas 52 gestantes e 12 (23,07%) iniciaram o pré-natal e realizaram o teste. Finalmente, no quarto trimestre (ano de 2005), 72 gestantes foram acompanhadas e 22 (30,55%)

iniciaram o pré-natal e realizaram o teste. Do total de 256 gestantes acompanhadas no pré-natal no ano de 2005, 56 (21,85%) gestantes iniciaram o pré-natal e realizaram teste anti-HIV.

No ano de 2005 apresentou em média, 64 gestantes/trimestre acompanhadas no pré-natal, média mensal de 21,33 e realizou-se cerca de 4,6 testes HIV/mês/gestante. Salienta-se uma maior concentração de gestantes, cerca de 30,55%, que iniciaram pré-natal no quarto trimestre do ano de 2005 (meses de outubro, novembro e dezembro).

A veracidade dos dados levantados no caderno de registro do número de gestantes que iniciaram o pré-natal e realizaram teste anti-HIV não foi confirmado pela enfermeira / gerente da Unidade Saúde, o que demonstra limitações ou imprecisões nos registros efetuados naquele local.

Constatou-se, ainda, que as atividades de oferecimento do teste anti-HIV e de aconselhamento pré e pós-teste estão preconizados pelos Programas Municipais de DST/AIDS e de Saúde da Mulher para os serviços de saúde da rede pública de Bauru, no atendimento de pré-natal, e que, desde novembro de 1999, foram estabelecidas no Protocolo de Saúde da Mulher para serem desenvolvidas pelas 21 Unidades do município, a partir da primeira consulta de pré-natal.

A implementação dessas atividades não se fez de maneira isolada, mas ocorreu de acordo com as diretrizes do protocolo de pré-natal do município de Bauru, norteado pelos princípios que regem o SUS. Observou-se que a sorologia anti-HIV foi disponibilizada de maneira integrada a um conjunto de atividades destinadas à promoção da saúde da mulher, incluídas a assistência pré-natal e ao puerpério, atendimento de queixas ginecológicas e orientações concernentes à contracepção, à prevenção e ao controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e do câncer ginecológico.

Durante o levantamento de dados para a pesquisa documental, verificou-se que o PMDST/AIDS da SMS de Bauru tem como um dos seus principais objetivos garantir a oportunidade de acesso ao diagnóstico, o tratamento e assistência às pessoas que vivem com HIV/AIDS e a outras DST. Em relação ao oferecimento do teste anti-HIV, foi agregado ao protocolo de pré-natal, atividade proposta na Circular SMS/PMDST/AIDS de 26/11/1999, referente à solicitação de esforços dos

profissionais de saúde envolvidos na assistência pré-natal, para a realização do teste anti-HIV com aconselhamento (BAURU, 1999).

O monitoramento destas ações foi viabilizado por meio da operacionalização da Circular SMS/PMDST/AIDS de 8/3/2000, com a solicitação do controle do Aconselhamento e testes realizados às gestantes das Unidades de Saúde (BAURU, 2000a).

Apesar da implementação dessas normas, protocolos e diretrizes por parte da Secretaria Municipal de Saúde, em especialmente, o Programa de DST/AIDS, constatou que o aconselhamento pré e pós-teste e oferecimento do teste de anti-HIV, no pré-natal, não está sendo realizada por nenhum dos profissionais da equipe de saúde da Unidade Saúde estudada, conforme os protocolos, normas e diretrizes estabelecidas. A desobediência às normas e rotinas de programa tem sido apontada pela própria literatura como um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal (COUTINHO et al., 2003).

Na análise de implementação de processo quando se verifica realmente o funcionamento da unidade, percebe-se que a unidade de saúde pesquisada não contempla os cuidados que efetivamente deveriam ser fornecidos e recebidos na assistência ao pré-natal. Constatou-se, então, que no processo de atendimento do pré-natal não estão totalmente implementadas as atividades avaliadas por este estudo, a fim de oportunizar o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV na gestação.

5.4 DADOS LEVANTADOS JUNTO ÀS GESTANTES

No período em que se realizou a coleta de dados (dezembro/2005 a fevereiro/2006), das 55 gestantes incluídas no estudo, duas se recusaram a participar. Nesse período os profissionais médicos desfrutaram de seus períodos de férias e utilizou-se de faltas justificadas, com certa frequência, o que provou a interrupção do acompanhamento de pré-natal, o que dificultou a coleta de dados e resultou em um total de 3,63% de perdas e recusa. Foram entrevistadas, portanto, 53 gestantes que realizavam atendimento pré-natal na unidade de saúde escolhida para estudo, e foi realizado, estudo de caso único imbricado (YIN, 2001).

A Tabela 6 apresenta o perfil das gestantes entrevistadas para o estudo. Observou-se, em relação à faixa etária, que a idade das gestantes variou de 15 a 39 anos (média 24 anos; desvio padrão 6,4 e mediana de 24 anos). Destaca-se que a grande maioria tinha entre 20 a 29 anos (75,50%), seguida pelas gestantes adolescentes (24,53%).

Para consolidar os dados sócio demográficos da gestante utilizou-se o pacote estatístico, denominado de Pacotico versão 4.4.8, elaborado e cedido pelo Prof. Dr. Eymar Sampaio Lopes, professor de estatística do Departamento de Pós-Graduação da Universidade do Sagrado Coração de Bauru (SP).

Tabela 6 - Perfil da gestante atendida no pré-natal, na Unidade A do município de Bauru – SP, no ano de 2006 (n=53)

Características	n	%
Faixa Etária		
15 a 19 anos	13	24,53
20 a 29 anos	24	45,28
30 a 39 anos	16	30,19
Escolaridade		
1º grau Incompleto	12	22,64
1º grau Completo	09	16,98
2º grau Incompleto	08	15,09
2º grau Completo	24	45,28
Rendimento		
Sem renda	10	18,87
< 1 SM*	02	3,77
de 1 a 3 SM	30	56,60
de 3 a 6 SM	06	11,32
de 6 a 10 SM	01	1,89
Não informado	04	7,55
Bairro de Residência		
Núcleo Habitacional da Unidade A	22	41,50
Bairros Adjacentes**	25	47,16
Outros Bairros	06	11,32
Cor		
Branca	30	56,60
Preta e Parda	21	39,62
Amarela e Indígena	02	3,77

* Salário Mínimo (SM) = R\$ 300,00

** Bairros pertencentes à área de abrangência do Núcleo de Saúde pesquisado

Em relação à escolaridade a maioria das gestantes (45,28%) apresentava 2º grau completo; em contraste, verificou-se que 26,41% das gestantes possuíam 1º grau incompleto. Quanto ao rendimento, 56,60% das gestantes apresentavam

rendimento de um a três salários mínimos e 20,75% delas afirmaram não ter rendimento próprio e dependerem financeiramente dos pais ou companheiros.

Na relação com o serviço de saúde, principalmente quanto ao acesso ao pré-natal, verificou-se que 41,50% das gestantes residiam no Núcleo Habitacional onde está situada a Unidade Saúde estudada, seguido por 47,16% das gestantes que residiam nos bairros adjacentes (bairros que fazem parte da área de abrangência da Unidade pesquisada), ou seja, 88,67% das gestantes que obtiveram acesso ao atendimento pré-natal na Unidade de Saúde mais próxima do local onde elas residem.

Mesmo sabendo da limitação de diferentes estudos sobre a autoclassificação da cor da pele⁷, que detém um grau de subjetividade e depende da inserção social das pessoas (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005), no roteiro aplicado às entrevistadas, a cor de pele foi definida pela gestante ao responder a pergunta “qual a sua cor?” Foram oferecidas as alternativas fechadas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): branca, preta, parda amarela e indígena. Em 56,60% dos casos as gestantes se auto classificaram como da cor branca, 22,64% da cor parda e 16,98% da cor preta, números condizentes com a observação realizada pela pesquisadora, ao indagar-se “na opinião do entrevistador, qual a cor de pele da respondente”.

Na Tabela 7 são apresentadas características da história reprodutiva e da gestação das gestantes entrevistadas. Observa-se que a maioria delas (58,49%) apresentou de dois a cinco parceiros nos últimos 5 anos; 52,83% referiram ter feito uso do preservativo na maioria das relações sexuais, mas, após o casamento ou a convivência com parceria fixa, abandonaram o seu uso.

Quanto ao histórico de gestações, observa-se maior percentual de mulheres que informaram não ter nenhuma gestação anterior, ou seja, 47,16% são primigesta. Apenas 9,43% declararam caso de aborto, 9,43% delas em períodos gestacionais anteriores.

⁷ Cf. classificação utilizada pelo IBGE Censo 2000.

Tabela 7 - Informações sobre o pré-natal das gestantes atendidas pela Unidade A do município de Bauru, 2006 (n=53)

Características	n	%
Faixa etária		
< de 20 anos	12	22,64
de 20 a 34 anos	35	66,03
35 anos e mais	06	11,32
Nº de parceiros nos últimos 5 anos		
Apenas 1	21	39,62
De 2 a 5	31	58,49
De 5 a 19	01	1,88
Uso de preservativo nas relações sexuais		
Sim	28	52,83
Não	25	47,16
Nº de gestações anteriores		
Nenhuma	25	47,16
1	13	24,52
2	7	13,20
3 ou +	8	15,02
Início do pré-natal por trimestre		
1º trimestre	45	84,90
2º trimestre	07	13,20
3º trimestre	01	1,88
Nº de abortos	05	9,43
Consultas médicas de pré-natal realizadas		
1 a 2 consultas	13	24,52
2 a 4 consultas	14	26,41
4 a 6 consultas	20	37,73
+ 6 consultas	4	7,54
Não informado	2	3,77

Em relação ao período de gestação em que a gestante procurou o serviço de saúde para iniciar o pré-natal, observou-se elevado percentual daquelas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (84,90%), com índices de 13,20% no segundo trimestre e de 1,88% no terceiro trimestre, o que demonstra que as gestantes estão tendo acesso ao pré-natal precocemente. Isso possibilita intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas e/ou terapêuticas, conforme estabelece as normas de Assistência Pré-natal do MS (BRASIL, 2000a) e Recomendações para profilaxia e tratamento com ARV de gestantes (BRASIL, 2004b).

Segundo Serruya, Lago e Cecatt (2004) a recomendação de se iniciar o pré-natal assim que a gestação é diagnosticada objetiva fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco. São mencionados nesse artigo, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (Sociedade Civil Bem Estar no Brasil - BEMFAM), de 1996, que apontam que 66% das mulheres iniciaram o pré-natal até o terceiro mês, e que a taxa de captação precoce urbana é de

72,70%. A Portaria nº 1067, de 06 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005a), estabelece a captação precoce das gestantes com a realização da primeira consulta de pré-natal em até 120 dias da gestação.

Quanto ao número de consultas médicas de pré-natal, realizadas pelas gestantes entrevistadas neste estudo, observou-se que 7,54% tinham mais do que seis consultas realizadas e 37,73% realizaram de quatro a seis consultas. Conforme o Estudo sobre o Panorama da Atenção Básica Pré-Natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), do Ministério da Saúde, o percentual de mulheres que realizou seis ou mais consultas de pré-natal no ano de 2002 foi próximo de 20% e a conjugação com a consulta puerperal e/ou exames obrigatórios reduziu esse percentual para a metade (SERRUYA; LAGO; CECATT, 2004).

Verificou-se assim, que o número de gestantes com mais que seis consultas efetivadas (7,54%) está bem aquém do percentual nacional (cerca de 20% em 2002), muito embora o Programa de Saúde da Mulher, da SMS de Bauru, preconize que, para a operacionalização do pré-natal, a gestante realize no mínimo seis consultas antes do parto (BAURU, 2000b).

De acordo com o protocolo do Programa de Saúde da Mulher, a periodicidade das consultas de pré-natal deve ser mensal até a 32ª semana, quinzenal da 32ª a 36ª semana e semanal a partir da 37ª semana de gestação. Diante do exposto pode-se considerar que uma mesma gestante deva retornar de 2 a 4 vezes para acompanhamento no terceiro e quarto trimestre respectivamente, o que pode não refletir no número real de gestante em acompanhamento no município.

A Tabela 8 apresenta a ocasião em que a gestante recebeu o resultado do exame anti-HIV, conforme o trimestre de gestação em que se encontrava.

Tabela 8 - Período em que foi disponibilizado o resultado do teste anti-HIV, segundo período da gravidez (trimestre), na Unidade Saúde, município de Bauru, 2006

Trimestre de Gestação	n	%
1º	31	58,50
2º	09	17,00
3º	01	1,88
Não fez o teste*	11	20,75
Não recebeu o resultado	01	1,88

* Não fizeram o teste: porque não foi solicitado pela enfermeira no 1º atendimento de PN e não haviam passado por consulta médica, até a coleta de dados para o estudo. (n=53).

Observa-se que 75,50% das gestantes tiveram oportunidade de receber o resultado do teste anti-HIV antes do parto (1º e 2º trimestre) e 58,50%, a maioria delas receberam o resultado do teste ainda no primeiro trimestre de gestação. Contudo, 20,75% das gestantes entrevistadas não haviam realizado o teste anti-HIV, mesmo tendo passado por consulta de enfermagem, ocasião em que foi solicitado apenas o teste para confirmação da gravidez, perdendo-se a oportunidade de realizá-lo o mais precocemente possível. Quando essas gestantes foram entrevistadas, elas aguardavam pela primeira consulta médica de pré-natal e não foi observado, no trabalho de campo, a realização de aconselhamento individual e ou coletivo pré-teste e nem o oferecimento do teste anti-HIV. Não foi possível detectar as razões pelas quais uma das gestantes ainda não havia recebido o resultado até o momento da entrevista; é possível supor que as razões estejam ligadas à dificuldade de locomover-se até o laboratório, uma vez que a coleta não é realizada na Unidade.

Durante entrevista com profissionais de Saúde da Unidade Saúde (US), foi afirmado que as todas as gestantes inscritas no pré-natal realizavam o teste anti-HIV, mas nem todas recebiam aconselhamento, este, entendido como o fornecimento de informações sobre a transmissão da AIDS. No entanto, durante a entrevista com gestantes verificou-se que a maioria refere que não receberam aconselhamento e o teste anti-HIV foi solicitado junto aos demais exames. Elas ficavam sabendo da solicitação do teste anti-HIV na pós-consulta, quando eram orientadas a realizá-lo no laboratório indicado, pois estava no pedido médico. Na observação sistemática realizada pela pesquisadora durante uma consulta de pré-natal, percebeu-se que a gestante foi informada que estaria realizando entre outros exames o teste anti-HIV.

Neste trabalho, verificou-se também que os maiores índices de ingressos no pré-natal ocorreram durante o primeiro trimestre de gestação, cerca de 85%; no segundo trimestre foram 13,20% ingressos e no terceiro, apenas 1,88%.

A Figura 8 apresenta dados da situação da gestante no início do pré-natal, o número de consultas realizadas e a ocasião do anúncio do resultado do exame anti-HIV.

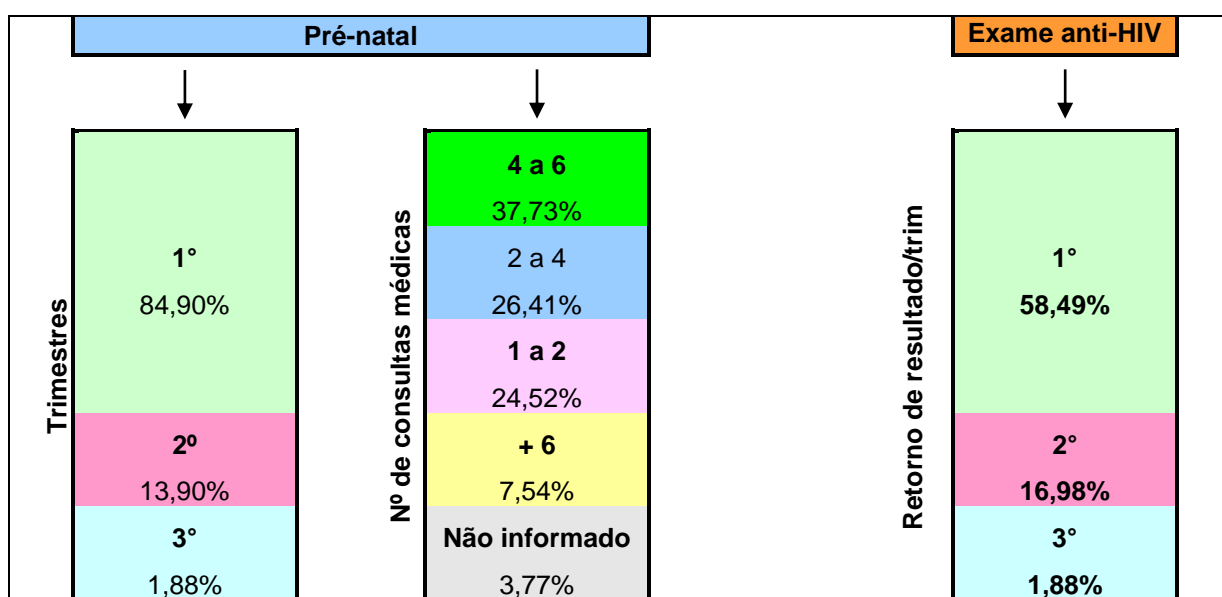


Figura 8 - Situação da gestante quanto ao início do pré-natal e número de consultas realizadas e retorno do resultado do teste anti-HIV, distribuído por trimestre, município de Bauru, 2006 (n=53)

No estudo de Silveira, Santos e Costa (2001), realizado em unidades básicas de saúde no município de Pelotas (RS), o maior índice de consultas realizadas no primeiro trimestre foi de aproximadamente 46%, ou seja, um pouco mais da metade do índice apresentado em Bauru; seguido por 41% no segundo e 13% no terceiro.

Segundo dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gestante HIV e Criança Exposta no Estado de São Paulo, contidos no Boletim Epidemiológico (SÃO PAULO, 2005), em relação à época do diagnóstico do HIV na gestante, 47,4% das gestantes receberam o diagnóstico de sorologia anti-HIV positiva antes do pré-natal e 32,1% durante o pré-natal. O Boletim chama atenção para a importância do

diagnóstico por ocasião do parto e após o parto (8,20% e 6,20% respectivamente), somando 1.117 parturientes/puérperas.

Segundo Brito et al. (2006), a probabilidade de transmissão vertical da infecção pelo HIV foi largamente mostrada por vários autores. A maioria dos casos de transmissão cerca 65%, ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito e que os 35% restantes ocorrem intra-útero, especialmente nas últimas semanas de gestação. Pesquisas mostram que são vários os fatores associados ao aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho. Dentre esses, reconhece-se como principais: o tempo entre a ruptura das membranas amnióticas e o parto, e a quantidade de vírus nas secreções cérvico-vaginais e no leite materno.

A oferta do exame anti-HIV para gestantes tem se mostrado como uma necessidade de saúde pública para reduzir os riscos da transmissão vertical. O uso de anti-retroviral durante a gestação tem se mostrado um meio extremamente eficaz para evitar que o bebê adquira a infecção pelo HIV. No entanto, de forma geral, os programas de pré-natal não se mostram habilitados a oferecer o teste dentro das prerrogativas éticas preconizadas pelo PN-DST/Aids. Em 2004, 75% das gestantes fizeram o teste do HIV no Brasil e somente 63% conheceram o resultado antes do parto. Estima-se que existam cerca de 13 mil gestantes infectadas e que aproximadamente 50% delas apenas recebem o tratamento preventivo porque souberam da sua sorologia (BRASIL, 2005c).

O índice alcançado pela Unidade Saúde identificou que 75,50% das gestantes conheceram o resultado do teste HIV antes do parto, índice superior comparado ao índice nacional (63%). Ou seja, a maioria dos exames foi disponibilizada para entrega no 1º e 2º trimestre de gestação, ou seja, com tempo hábil para tomada de decisão e de evitar a transmissão vertical do HIV.

A Tabela 9 apresenta as respostas das gestantes sobre a importância do oferecimento do teste anti-HIV no pré-natal.

Tabela 9 - Informações sobre o oferecimento do teste anti-HIV no pré-natal, na Unidade de Saúde, Bauru, 2006

Informações sobre o oferecimento teste anti-HIV no pré-natal	Sim		Não		Não informado*	
	nº	%	nº	%	nº	%
Acha importante realizar o teste no pré-natal	48	90,57	05	9,43	-	-
Houve oferecimento do teste anti-HIV no pré-natal	24	45,28	27	50,94	02	3,77
Foi fornecida orientação sobre resultado do teste anti-HIV	10	18,87	43	81,13	-	-
Houve demora no recebimento do resultado do teste anti-HIV	06	11,32	35	66,04	12	22,64

*Não informado: porque a gestante não havia realizado o teste anti-HIV (aguardava a 1ª consulta médica), embora tivesse passado pelo atendimento de enfermagem, onde foi solicitado o teste para confirmação da gravidez; ou estava de com o resultado do teste para passar pelo médico.

Observou-se que 90,57% das gestantes acham importante realizar o teste anti-HIV, mas 50,94% delas negam que tenha sido oferecido o teste anti-HIV durante o atendimento de pré-natal, enquanto 45,28% afirmam que o teste foi oferecido.

Quanto às orientações fornecidas sobre o resultado do teste, ou seja, as possibilidades do diagnóstico da infecção pelo HIV (teste positivo, negativo e indeterminado), verificou-se que 81,13% das gestantes não receberam as orientações acerca do resultado durante a consulta médica observada ou em qualquer oportunidade de atendimento no pré-natal.

Durante as entrevistas não foram encontradas gestantes com resultado positivo para o HIV, assim, optou-se por entrevistar gestantes que receberam resultado positivo e foram recentemente encaminhadas ao serviço de referência destinado ao atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS de Bauru (CR-SAE/ADT/HD).

Do total de seis gestantes HIV positivas (HIV+) selecionadas para entrevista que estavam em acompanhamento no serviço de referência (Centro de Referência - SAE/ADT/HD / SAE Bauru), uma se recusou a participar, duas já eram notificadas como caso de AIDS antes de engravidar, outra reside em outro município e uma não foi encontrada. Mesmo com um número reduzido de possibilidades, decidiu-se por tentar ouvir uma delas. Assim, do universo de seis gestantes HIV+, entrevistou-se uma gestante, que havia recebido o resultado do teste HIV em uma Unidade Básica

de Saúde (UBS) do município de Bauru e encaminhada / referenciada para realizar a quimioprofilaxia, tratamento e acompanhamento de pré-natal no SAE Bauru.

Durante o atendimento pré-natal em uma unidade básica de saúde, a gestante HIV+ entrevistada, relatou que foi comunicada que deveria fazer novo exame anti-HIV vinte dias depois da primeira amostra sangue coletada. De acordo com seu depoimento, o argumento para que realizasse uma segunda coleta foi que “havia faltado sangue para o exame”, por isso “precisaria colher mais”.

O resultado foi comunicado pelo médico ginecologista da UBS, que argumentou que “deu uma alteração no resultado do exame” [segunda coleta] e determinou, conforme relato da gestante: “Eu estou encaminhando você para um lugar que só mexe com AIDS”.

Segundo o entendimento da gestante, “ele tinha que encaminhar para o SMI [Serviço de Moléstias Infecciosas] porque eu estava com HIV”. Na ocasião da entrevista, essa gestante pediu à pesquisadora que fosse solicitado novo exame, porque não acreditava estar com o HIV. Ela foi orientada a passar por nova consulta no SAE e solicitar ao médico assistente (atual) que fizesse todos os esclarecimentos necessários às suas dúvidas. A pesquisadora solicitou atenção especial àquela gestante por parte da equipe de saúde do serviço de referência.

O sucesso quanto à detecção da infecção pelo HIV nas gestantes, precocemente, depende da gestante e dos profissionais de saúde. Pode-se dizer que é uma responsabilidade de ambos. Confirma-se a necessidade de uma atuação que busque a construção de um vínculo entre usuários e profissionais de saúde, com garantia de acesso a ações de saúde, bem como acolhimento humanizado nos serviços (RAMOS; LIMA, 2003). O que não se reconhece na postura profissional relatada acima.

Segundo esse mesmo autor todos os profissionais da equipe de saúde deveriam estar aptos a desenvolver o aconselhamento. Pelas características do trabalho do médico, assim como pelo papel social que ocupa no contexto da atenção à saúde, a realização do aconselhamento durante a consulta médica é fundamental.

No entanto, a postura adotada pelo profissional acima não se configurou em atitude condizente a ser adotada na rotina de trabalho, principalmente, quando envolve a prática aconselhamento. Essa prática do aconselhamento exige um

exercício de escuta ativa, comunicação competente, avaliação de riscos e reflexão conjunta sobre alternativas para novos hábitos de prevenção, orientação sobre os aspectos clínicos e do tratamento com vistas à adesão e melhoria da qualidade de vida (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999).

Assim, quando a prática do aconselhamento em DST, HIV e AIDS é implantada na rotina de trabalho de uma unidade de saúde exige que os profissionais de saúde sejam sensibilizados e tenham consciência e clareza de seus próprios limites e possibilidades. Concordamos com esses autores quando ponderam que esse trabalho implica em uma postura de relacionar-se com o outro, considerando-o como sujeito ativo do processo de atendimento.

Segundo Donabedian (1988) para estimar a qualidade dos serviços à análise do processo foi considerada a melhor forma para investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de atenção, ou seja, no pré-natal. Análise processual foi direcionada a identificar as ações necessárias para o manejo do caso, ou seja, atendimento à gestante no pré-natal. Pois, só assim foi possível verificar o grau de implantação das ações de prevenção da TV do HIV (testagem e aconselhamento) de forma promover o acesso da gestante ao diagnóstico do laboratorial do HIV no pré-natal, conforme recomendações e protocolos estabelecidos e valores e expectativas individuais que determinam a aceitabilidade.

Complementarmente, conforme afirmado no referencial teórico, na visão de Donabedian (1990), a qualidade do cuidado é julgada pela sua conformidade com o grupo de expectativas que resultam da ciência do cuidado à saúde que determina a eficácia dos valores e expectativas individuais que determinam a aceitabilidade e valores e expectativas sociais que determinam a legitimidade. Ou seja, com adoção de medidas preventivas da TV HIV no pré-natal (testagem e aconselhamento) com a livre aceitação da realização do teste com consentimento informado da gestante.

Portanto, com base na utilização dos pilares da qualidade verificou-se, neste estudo, grau do cuidado no alcance dos níveis de saúde, ou seja, o grau de implantação da realização das ações de testagem e aconselhamento no pré-natal, encontra-se insuficiente para efetiva prevenção e controle da TV do HIV.

Segundo esse mesmo autor avaliação de processo refere-se à atenção que médicos dispensam aos “pacientes”, no pré-natal a gestante. Assim como a

habilidade com que efetuam essa atenção (qualidade técnica do cuidado). São sobre essas relações que se obtêm os resultados da assistência. É de onde se retiram bases para valoração da qualidade. Entre outros fatores, nessa avaliação aparecem os aspectos éticos e a relação médico profissional.

No caso relatado, anteriormente, não foi verificado o oferecimento da testagem HIV pelo profissional de saúde. O teste foi executado sem o consentimento informado e a livre aceitação da gestante do cuidado ficou prejudicada. O médico ao não realizar o aconselhamento e não informar o resultado do exame, optou em encaminhar a gestante, sem explicações, preferiu alegar problemas na amostra do exame para não divulgar o resultado e utilizou de um subterfúgio: designar o tipo de serviço para insinuar do que se tratava o caso. Neste caso a gestante não obteve o conhecimento do seu status sorológico no pré-natal e nem ficou satisfeita com o cuidado recebido, tanto que solicitou nova testagem, para confirmar uma suspeita a qual foi induzida.

Segundo as dimensões de acesso definidas por Penchansky e Thomas (1981), para aceitação do cuidado, incluem-se os atributos essenciais na relação médico-paciente como a consideração, o respeito, ter resposta aos questionamentos e dúvidas, receber informações sobre sua condição de saúde e poder participar das decisões sobre a saúde.

A qualidade não pode ser inteiramente julgada em termos técnicos por profissionais de saúde isoladamente; as preferências de “pacientes” e da sociedade como um todo também deve ser levado em conta. Assim, para a adequada realização do aconselhamento e entrega do resultado do teste HIV no pré-natal é necessário, além da aplicação da técnica à adaptação da atenção ou cuidado às expectativas, desejos e valores dos usuários e comunidade.

Ainda neste estudo durante a pesquisa documental realizada nos Relatórios de Acompanhamentos de Programas da SMS, observou-se que no ano de 2005, cerca de 5.097 gestantes foram atendidas no pré-natal e que cerca de 99% realizaram teste ant-HIV nos serviços públicos do município de Bauru. Entre elas, 25 apresentaram sorologia positiva para o HIV e receberam tratamento e acompanhamento no serviço de referência. A soroprevalência da infecção pelo HIV, calculada para esse período, foi de 0,49%.

Devido a limitações encontradas nesses dados buscou-se refinar e melhorar a sua qualidade, levantando-se novas informações no Banco de Leite Humano (BLH)⁸, serviço da SMS, que desenvolve o Programa de Defesa da Vida dos Lactentes e o controle e monitoramento do número de gestantes que realizam o pré-natal e o teste anti-HIV no município de Bauru.

Pesquisou-se nos relatórios do BLH, entregues ao PMDST/AIDS, os mesmos dados obtidos no Relatório de Acompanhamento de Programas da SMS e foi possível encontrar divergências, especialmente quanto ao número de gestantes que realizaram pré-natal na rede de serviços públicos de Bauru, em 2005.

Em razão do aumento do número de mulheres HIV positivas e o consequente aumento da Transmissão Materno Infantil (TMI), o Programa Municipal de DST/AIDS, por intermédio a equipe do BLH, visando aumentar a vigilância das crianças nascidas de mães HIV positivas, a partir de julho de 1999, também iniciou a coleta de dados para o monitoramento dos exames anti-HIV, realizados pelas gestantes no pré-natal no município de Bauru. Implantou-se desde então, o Relatório Mensal de Informações sobre a realização de teste anti-HIV no pré-natal, possibilitando o registro de dados referentes ao local de atendimento, número de consultas de pré-natal e realização do exame para detecção do HIV no pré-natal, por gestante do município.

Observaram-se nos dados coletados junto ao BLH, que nos anos de 2002, 2003, 2004 e 2005, a média desses quatro anos de foi de 5.183 gestantes que realizaram pré-natal no município de Bauru. As gestantes que realizaram pré-natal no ano de 2002, 65,55% foram atendidas pelo SUS; 25% em consultórios e clínicas privadas e 9,50% em outros municípios da região. Em 2003, 62,03% gestantes foram atendidas pelo SUS; 29,07% em consultórios e clínicas e 8,88% em outros municípios, mas os partos ocorreram na maternidade de referência para partos de alto risco do SUS, em Bauru. Em 2004 e 2005, verificou-se que, em relação ao ano de 2003, houve uma discreta diminuição para 61,27% e 60,75% na proporção de gestantes que realizaram pré-natal em serviços conveniados pelo SUS com aumento

⁸ O BLH é uma Unidade de Saúde municipal que tem como finalidade coletar, conservar, armazenar e distribuir leite materno, objetivando suprir as crianças que dele necessitam. Desenvolve também um papel educativo quanto à importância do aleitamento materno, com atuação importante junto ao Programa de Defesa da Vida dos Lactentes, desenvolvendo visitas hospitalares às parturientes, detectando crianças com maior risco de adoecer ou morrer (PANICHI; BASSOLI, 1988).

em consultórios e clínicas privadas ou conveniadas para 32,12% e 33,02; e queda para 6,60% e 6,21%, no pré-natal realizado em outros municípios, respectivamente.

No período de 1999 a 2005, o número de gestantes atendidas pela rede de serviços do SUS no município de Bauru, submetidas ao teste de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV 1 e 2, em relação ao total de gestantes que realizaram pré-natal, foi de 76,51% de 1999 e atingiu 95,77% em 2005, como se observa na Tabela 10.

A prevalência da infecção pelo HIV entre as gestantes testadas durante o mesmo período foi de 0,79% em 1999 e 0,78% em 2005 (Tabela 10).

Tabela 10 - Proporção de gestantes submetidas ao teste anti-HIV, no pré-natal e prevalência da infecção pelo HIV no município de Bauru (SP), 1999 a 2005

Período	Gestantes c/ pré-natal (SUS)	Gestantes testadas (HIV) no pré-natal		Gestante HIV positivo (Serv. Refer/SUS-CR)	
		n	%	n	%
1999 a 2001*	6914	5290	76,51	42	0,79
2002**	3366	3359	99,79	19	0,56
2003**	3113	3064	98,42	12	0,39
2004**	3256	3229	99,17	16	0,49
2005**	3199	3064	95,77	24	0,78

Fonte: Lombardi (2002).

Relatório Mensal de Informações sobre a Realização de Testes para Detecção do HIV, no Pré-natal, em Gestantes do Banco de Leite Humano /SMS e Relatório do Centro de Referência (SAE/ADT/HD).

Conforme Lombardi (2002), no período de 1999 a 2001, no município de Bauru, um total de 6.914 gestantes foram atendidas no pré-natal, na rede de serviços de saúde do SUS; destas, 5.290 (76,51%) foram submetidas ao teste anti-HIV.

No estudo de Almeida e Barros (2005), realizado no município de Campinas (SP), com gestantes, 81,80% das mulheres realizaram teste anti-HIV no pré-natal.

Um estudo realizado em Ribeirão Preto (NEVES; PASSOS; GUELERI, 1999) demonstrou que do total de 10.966 mulheres (62,30%) que concordaram com a realização do exame, a positividade ao exame ocorreu em 83 pacientes, o que equivalente a 0,76% da população pesquisada.

Outro estudo realizado em Campos de Goytacases, no Estado do Rio de Janeiro por Fernandes, Araújo e Medina-Acosta (2005), verificou que a prevalência da infecção pelo HIV em gestantes testadas na rede pública do município foi de 0,5% em 2003.

No Brasil, a prevalência média da infecção pelo HIV em parturientes, estabelecido por meio de estudos sentinela realizado em maternidades (BRASIL, 2003c) e conforme Matida (2005), a prevalência encontrada no Estado de São Paulo foi de 0,6%, com variação de 0,5 a 1,2%.

Segundo o PN-DST/AIDS/MS (BRASIL, 2005d), a estimativa da cobertura do teste de HIV na gestação, distribuído por Grande Região, no Brasil, no Estudo Sentinela Parturiente, realizado em 2004, a região Sudeste apresentou uma cobertura do teste HIV na gestação de 76%, enquanto no Brasil essa cobertura foi de 62,50%. O estudo considerou como cobertura do teste HIV/gestação: pelo menos uma consulta no pré-natal; pedido do teste de HIV; concordância da gestante e conhecimento do resultado antes do parto. A taxa de prevalência do HIV entre parturientes apontadas nesse mesmo estudo foi de 0,53% (erro padrão 0,11%).

O MS registrou, no Brasil, 23.462 casos de gestantes soropositivas para o HIV; 11.499 (49%) casos na região Sudeste e 7.449 no Estado de São Paulo equivalente a 31,74% do total de casos do Brasil (BRASIL, 2005d).

Em recente Estudo Sentinela Parturiente para Vigilância do HIV, Sífilis e Hepatites em Parturientes no Estado de São Paulo (2004/2005), foi selecionado entre outros municípios da grande São Paulo e interior, o município de Bauru, para fazer parte referido estudo, confiado à equipe do "QUALIAIDS", grupo de pesquisadores ligado à Faculdade de Medicina da USP / SP. Foram divulgados os resultados preliminares no Fórum de Gerentes de Programas Municipais de DST/AIDS do Estado de São Paulo, em 2005, onde os municípios do interior apresentam cobertura para o teste HIV de cerca de 89% (SÃO PAULO, 2005). Percentual que se aproxima ao encontrado pelo município de Bauru (95,77%), no ano de 2005.

Em recente estudo no município de Fortaleza-CE, Cavalcante et al. (2005) verificou que, entre as mulheres, o percentual de gestantes infectadas foi de 20,5%

no ano 2001. Em outra fase do estudo, foram identificadas 138 gestantes infectadas pelo HIV, 61 (44,2%) gestantes em 2001.

O número de infecções de mãe para filho durante o parto ou amamentação se relaciona diretamente à qualidade do pré-natal. O Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) de 2002 mostra que 93% das mulheres têm acesso ao serviço. Mas não basta fazer um mínimo de consultas. Os profissionais de saúde devem orientar as mulheres grávidas sobre a importância de conhecer sua condição sorológica com antecedência, pois o teste não é obrigatório no país. Saber que é soropositiva justamente na hora do parto representa um trauma para mulheres e diminui as chances de que a criança não adquira o HIV.

A Tabela 11 apresenta as notas e conceitos atribuídos pelas gestantes ao atendimento feito pela equipe de saúde e pelo médico da Unidade A.

Tabela 11 - Notas atribuídas pelas gestantes para equipe de saúde e consulta médica quanto a atendimento realizado (n=53), Bauru, 2005

	Equipe de Saúde		Consulta médica	
	n	%	n	%
Péssimo	01	1,89	03	5,66
Ruim	03	5,66	01	1,89
Regular	12	22,64	02	3,77
Bom	29	54,72	17	32,07
Ótimo	08	15,09	26	49,06
Não informado	00	0,00	04	7,55
Total	53	100,00	53	100,00

Como é possível verificar, 69,81% das gestantes entenderam que o atendimento proporcionado pela equipe de saúde foi classificado entre bom ou ótimo, enquanto, 30,19% classificaram-no entre regular e péssimo. Entretanto, verificou-se pela observação sistemática que o tempo de espera para o atendimento quase sempre era muito longo, especialmente à tarde, pois o profissional que atendia nesse período, na maioria das vezes, iniciava o atendimento às 17h30min e as gestantes chegavam para a pré-consulta às 15h30min. Houve dia em que a comunicação da falta do profissional foi efetuada somente às 17 horas, sendo

realizada a dispensa das gestantes e novos agendamentos para outro dia, conforme a disponibilidade da agenda do profissional.

Observou-se, ainda, que 11,32% das gestantes classificaram o atendimento médico recebido como péssimo, ruim e regular, enquanto que 81,13% das respondentes classificaram o atendimento entre bom e ótimo. Entretanto, a observação de consultas identificou profundas falhas no atendimento e inexistência do aconselhamento. Verificou-se que algumas vezes era realizado o atendimento simultâneo de duas gestantes. Enquanto uma gestante estava com o médico, junto à mesa, respondendo aos questionamentos e recebendo informações sobre a gestação, a outra ficava posicionada na mesa ginecológica para exame físico, separadas por pequena divisória (biombo), no pequeno consultório de ginecologia e obstetrícia da Unidade. Esse fato foi comunicado a diretoria envolvida e ao Secretário Municipal de Saúde para investigação do caso.

Embora as gestantes tenham classificado os serviços de atendimento da equipe e do médico, de modo geral, como bom ou ótimo, nos depoimentos dados à pesquisadora evidenciam-se os aspectos negativos que foram observados e que não passaram despercebidos às gestantes. Citações das gestantes entrevistadas que demonstram essas percepções são mencionados a seguir:

O atendimento é ruim [...] elas não são educadas. Falta simpatia [...]. Eles não foram educados. O restante da equipe não foi educado... olha com cara feia.

[...] O médico? Ótima pessoa! Mesmo na personalidade como na profissão [...].

[...] demora um pouco pra atende (médico), ele chega tarde, ele chama de duas gestantes [...].

As veiz, quero falar alguma coisa com ele [...] e não dá [...]. Mas ele trata bem. Em certos pontos ele é bonzinho, ele deu até pedido... Ele explica sobre o tratamento [pré-natal], é atencioso, só que ele chega atrasado ! [...].

[...] Olha, tem atraso na consulta do médico, o atendimento é feito de duas por vez... quando que ele estava dando explicações tinha quatro pessoas na sala [...]. Não tenho tempo para tirar dúvidas [...].

Como orientar estratégias compatíveis às vivências da gestante se estas não têm vínculo estabelecido com o profissional? Notou-se apenas um monólogo entre o profissional médico e a gestante, no qual ela se mostrou de forma passiva, concordando com “tudo”, inclusive com a falta de privacidade para o exame físico e

ausculta dos batimentos cardíacos fetais, momento que poderia propiciar o estabelecimento do vínculo.

Neste estudo, avaliou-se o acesso na dimensão qualidade o que possibilitou identificar se ações de prevenção da TV do HIV (aconselhamento e testagem) estavam sendo realizadas no pré-natal, em conformidade com as normas e protocolos estabelecidos, além disso, verificou-se nessa dimensão explicativa a compreensão de como o contexto organizacional programático pode afetar a intervenção ou programa.

Assim, quando se adota as ações de aconselhamento na rotina do pré-natal há possibilidade de exercer a escuta ativa e estabelecer vínculo com o usuário e realizar a adaptação da atenção baseado nas expectativas, desejos e valores deles (as), isso é fundamental para aceitação do cuidado. Pois, nesse processo depende, da avaliação subjetiva do usuário quanto a eficiência, efetividade e otimização, que em conjunto com a qualidade técnica do cuidado promovem a qualidade da assistência. No caso da relação médico-paciente é necessário perceber a consideração e respeito, ter respostas a questionamentos, receber informações de sua condição de saúde, poder participar das decisões de sua saúde, aspectos determinantes para aceitação do cuidado, atribuindo-se valorização aos mesmos.

Diante desse contexto concordamos com Filgueiras e Deslandes (1999), quando afirmam que os profissionais de saúde, em qualquer situação de aconselhamento, devem levar em conta as condições do cliente em termos de maior ou menor fragilidade social. A questão do poder envolve todas as relações sociais e, diante dos riscos de transmissão das DST e HIV/AIDS, desempenha um papel importante na viabilidade de adoção de práticas seguras.

Nesse sentido, é fundamental que o profissional de saúde esteja disponível e sensível para identificar as condições de maior ou menor vulnerabilidade de seus clientes. Assim, será possível desenvolver um plano de redução de risco que seja compatível com as questões específicas do cidadão em atendimento e, portanto, ter maior chance de resolutividade.

A Tabela 12 apresenta aspectos relativos à orientação durante o atendimento.

Tabela 12 - Respostas das gestantes quanto ao atendimento durante a consulta com o médico

Durante a consulta	Sim		Não	
	n	%	n	%
Houve explicação de como se pega Aids (HIV)	09	16,98	44	83,02
Gestante fez perguntas/recebeu respostas	00	0,00	53	100,00

Verificou-se no quadro acima que 83,02% das gestantes afirmaram não ter recebido explicações durante a consulta sobre como se pega a Aids, enquanto cerca de 17%, afirmaram ter recebido. Entretanto, todas as gestantes entrevistadas afirmaram não ter feito perguntas. Sobre esses aspectos, ouviu-se de uma entrevistada:

As veiz, quero falar alguma coisa com ele [...] e não dá [...].

[...] não tem como isso aconteça (porque havia atendimento simultâneo de duas gestantes.

[...] elas (auxiliar de enfermagem) entram na sala sem bater.

[...] (não há explicação) a consulta dele é rapidinho, só que ele demora pra chega [...].

O processo de aconselhamento pressupõe a existência de postura e atitude profissional, que constituem-se diretrizes para sua prática, devendo haver: exercício de aconselhamento, escuta ativa, comunicação competente, avaliação de riscos e reflexão conjunta sobre alternativas para novos hábitos de prevenção, orientação sobre os aspectos clínicos e do tratamento com vistas à adesão e melhoria da qualidade de vida (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999).

Observou-se que essa Unidade não conta com o desenvolvimento das atividades de aconselhamento coletivo e individual pré e pós-teste e o oferecimento do teste anti-HIV, preconizado pelo Programa Nacional de DST/Aids e implantado pelo Programa Municipal de DST/Aids em conjunto com o Programa de Saúde da Mulher nas Unidades de Saúde da SMS desde 1997 e atualizado em 2000.

Durante a entrevista com os profissionais de saúde estes afirmaram que realizavam atividades de aconselhamento coletivo para HIV/Aids e outras DST. Entretanto, durante o período de observação sistemática na Unidade não se observou a realização de atividades de aconselhamento coletivo e nem individual.

Ficou demonstrado que o significado que os profissionais atribuem ao aconselhamento não reflete o que deveria ser a sua prática profissional, pois entendem que aconselhamento é oferecer orientações, informações e conselhos sobre a forma de transmissão e infecção pelo vírus HIV e sobre as formas de prevenção da AIDS, especialmente, na reafirmação de que deve ser usado o preservativo nas relações sexuais, porém, sem a demonstração de como fazer isso.

O registro da fala, do profissional apresentado a seguir, demonstra esse tipo de atitude. Destaque-se que na ocasião o parceiro da gestante estava presente à consulta de pré-natal:

[...] você parceiro, deve usar camisinha para “transar,” e daí, evitar doenças e gravidez.

[...] Olha aí, rapaz de 16 anos com a vida [...].

Segundo Filgueiras e Deslandes (1999) é de conhecimento público que a recomendação ao uso do preservativo é considerada como um dos pilares da prevenção. Essa questão ainda faz parte de qualquer aconselhamento ou conteúdo informativo no que se refere às DST e AIDS e, ainda, corresponde a uma atitude do profissional no sentido de ouvir o que o usuário, realmente, pensa sobre o seu uso (quais eram seus sentimentos, valores e dificuldades).

Todavia, a maneira como a recomendação ao seu uso é trabalhada padece de alguns equívocos, cotidianamente reproduzidos nos serviços.

O primeiro dos equívocos é falar sobre a utilização do preservativo sem uma demonstração do uso correto. Talvez o maior dos equívocos seja o de não levar em conta os receios, vergonhas e dúvidas dos indivíduos em relação ao uso de preservativo, tratando tais questões como tabu.

É destaque nas recomendações do PN-DST/AIDS/MS (BRASIL, 2004b), a vulnerabilidade das mulheres, que se encontra em situação de submissão na relação com os homens para negociar o uso do preservativo, especialmente com seus parceiros fixos. Para Filgueiras e Deslandes (1999) essa é outra questão importante, que ganha um significado cada vez maior. Subsidiar as mulheres para negociarem com seus parceiros o uso do preservativo, é algo que não é plenamente incorporado na prática cotidiana dos serviços de saúde, pois o uso do preservativo envolve todo imaginário ligado à sexualidade (e muitas vezes à infidelidade). Exigir

que o parceiro uso o preservativo é declarar que não confia nele, ou ainda, é reconhecer que ele é infiel, ter ciência do fato e aceitá-lo. Ainda pode levá-lo a pensar que não é o único e, no caso, ela se expõe.

Assim, esse tipo de informação não deve estar chegando às gestantes, evidenciando que o aconselhamento não está sendo feito ou não está sendo realizado de forma a subsidiar a gestante para perceber as situações de risco que vivenciam, não apenas pelo seu comportamento sexual, mas também o de suas parcerias, e da possibilidade infecção pelo HIV/AIDS e de outras DST.

A implementação das ações de testagem e aconselhamento pré e pós-teste no pré-natal, na unidade de saúde estudada, visando à redução da transmissão do HIV da mãe para filho, não está totalmente implantada. Essa intervenção, provavelmente, não foi implementada conforme o esperado, pois, observou-se, nesse estudo, que apesar de apresentar cerca de 75,50% de cobertura de testagem para o HIV em gestantes, no pré-natal as ações de aconselhamento com o oferecimento da testagem não foram observadas em nenhuma oportunidade de atendimento, conforme as normas locais e recomendações do MS.

Embora a SMS Bauru tenha qualificado os profissionais de saúde para o aconselhamento e a oferta da testagem para o HIV no pré-natal e estabelecido protocolos de prevenção da TV do HIV. A não adoção dessas atividades na rotina de trabalho da unidade de saúde demonstra ser uma barreira que dificulta o acesso da gestante a intervenção, no pré-natal.

Incorporar a prática de aconselhamento em DST, HIV e AIDS à rotina de trabalho exigem que os profissionais de saúde sejam sensibilizados e realizem um processo de autoconhecimento, tendo clareza de seus próprios limites e possibilidades (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999).

5.4.1 Matriz de análise e julgamento

Os resultados foram apresentados a partir da síntese dos dados levantados de cada componente estrutura/insumos e processo/atividade (pré-natal e laboratório) unidos para a caracterização do grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV no pré-natal de uma unidade de saúde.

Esses dados envolveram indicadores relacionados aos componentes explicitados no modelo lógico da intervenção (estrutura/insumos e processo/atividades), e ainda às dimensões de acesso definidas para a avaliação dessa intervenção conforme detalhado na matriz do julgamento.

Os indicadores relativos aos insumos referiam-se à existência de estrutura física na unidade para desenvolvimento das ações preconizadas para o pré-natal; teste anti-HIV e exames confirmatórios (IFI ou WB) para diagnóstico laboratorial do HIV; disponibilidade de medicamentos antirretrovirais para profilaxia materna e garantia do provimento de fórmula infantil (na unidade ou serviço de referência); a existência de recursos humanos capacitados e atuantes para a realização das ações preconizadas no pré-natal (aconselhamento e testagem). Todos esses insumos organizados de acordo com os momentos críticos da intervenção.

Os indicadores relacionados às atividades diziam respeito às ações preconizadas para a efetiva prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV no pré-natal, tais como: a realização do aconselhamento pré e pós-teste; da testagem consentida para o HIV; disponibilidade de insumos assistenciais profilaxia materna; e encaminhamento dos casos de gestantes HIV+ para serviço de referência em HIV/AIDS.

A matriz de análise e julgamento, elaborada por esta pesquisa, que sintetiza todos os dados levantados junto aos sujeitos e fez uma avaliação do grau de implementação da intervenção na Unidade Saúde é apresentada a seguir (Figuras 9 e 10).

COMPONENTE	Pontuação (P)	Pontuação Máxima (PM)	Pontuação Observada (PO)	Classificação
ESTRUTURA – PRÉ-NATAL (recursos físicos, humanos, materiais e organizacionais). Inclui disponibilidades de RH / profissionais de saúde) para o oferecimento do teste anti-HIV e a realização do aconselhamento no pré-natal	Σ = máximo	Σ = observada	% (Σ observada / Σ máximo x 100)	Adequado = 80% a 100% Regular = 60% a 79% Insuficiente = 50% a 59% Inadequado = < 50%
GRAU DE IMPLANTAÇÃO	100	52	52%	Insuficiente

Dimensão Acesso	Indicador / critério	P Categorias que compõem o Indicador	PM	PO	Fonte de informação	Coleta de dados	
Disponibilidade, oportunidade e qualidade	Estrutura da unidade de saúde (US): p/ realização do aconselhamento pré e pós e oferecimento do teste anti-HIV no pré-natal.		Σ = 45	Σ = 18	Entrevista profissional de saúde e observação da US	Observação da US e entrevista com profissional de saúde	
	Estrutura Física da US A c/ local adequado p/ realização do aconselhamento:		Σ = 5	0			
	Existência de local/sala adequada p/ aconselhamento	5					
	Existência de local/sala p/ atendimento pré-natal adaptada p/ aconselhamento pré e pós-teste	2					
	Inexistência de local adequado p/ aconselhamento	0		0			
	Estrutura de RH:		Σ = 25	Σ = 12			
	Disponibilidade de RH p/ Aconselhamento pré e pós-teste na US (no Pré-natal)		Σ = 05	2			
	Existência de Prof. Saúde <u>sensibilizado</u> e <u>capacitado</u> que realiza o aconselhamento teste anti-HIV no PN	5					
	Existência de Prof. Saúde <u>capacitado</u> que realiza aconselhamento teste anti-HIV no PN	3					
	Existência de Prof. Saúde <u>capacitado</u> que <u>não realiza</u> aconselhamento teste anti-HIV no PN	2		2			
	Inexistência de RH p/ realizar o aconselhamento pré e teste anti-HIV	0					
	Nº profissionais capacitados para o aconselhamento / nº de profissionais atuantes (X* 2)** *(X* 2 p/ facilitar o cálculo)			Σ ~ 20	10	Escala de serviço e profissional saúde	Pesquisa documental e observação sistemática
	< 2	2					
	< 2 a < 5	5		5			
	≤ 5 a 10	10					
	Estrutura Organizacional (normas, diretrizes e protocolos do MS e SMS) para:			Σ = 5	Σ = 2	Profissional saúde, livro de registro e Programa Saúde da Mulher	Observação da unidade pesquisa documental entrevista prof. saúde.
	Realização do Aconselhamento e Oferecimento do Teste-HIV no pré-natal:						
	Disponibilidade e aplicação de protocolos da SMS e recomendações e diretrizes do PN/MS	5					
	Disponibilidade e aplicação parcial dos protocolos da SMS e recomendações e diretrizes do PN/MS	2		2			
	Inexistência protocolos da SMS e de recomendações e diretrizes do PN/MS.	0					
Provimento de Insumos Assistenciais para Gestante HIV+ e Crianças expostas na US			Σ = 10	Σ = 4	Livro de registro; profissional saúde	Observação sistemática e pesquisa documental.	
Provimento de Med. ARV p/ profilaxia gestante /infantil no PN, na US	3						
Provimento de Med. ARV p/ profilaxia gestante / infantil no PN no Serv. de Ref. HIV/AIDS (SAE)	2		2				
Não Provimento de Medicamento ARV p/ profilaxia materna/infantil no PN.	0						
Provimento Formula Infantil na US/PN	3						
Provimento Formula Infantil no serviço de referência HIV/AIDS (SAE)/PN	2		2				
Não provimento de Formula Infantil no PN	0						

continua

continuação

Dimensão Acesso	Indicador / critério	P Categorias que compõem o Indicador	PM	PO	Fonte de informação	Coleta de dados		
Disponibilidade, Oportunidade	DISPONIBILIDADE							
	TESTES PARA O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DO HIV - (LABORATÓRIO)							
	Disponibilidade do Testes HIV e Confirmatórios							
	Disponibilidade do HIV 1 e 2 + confirmatórios (IFI e WB)		5			Profissional de saúde, informante chave do laboratório e gestantes, observador (laboratório e Unidade de Saúde)	Observação de campo no laboratório e unidade de saúde, entrevista com gestante	
	Disponibilidade do HIV 1 e 2 sem confirmatórios		2		2			
	Inexistência do HIV 1 e 2 e confirmatórios (IFI e WB)		0					
	Demanda (Nº testes HIV realizados no pré-natal / total de gestante) cobertura de gestantes testadas			$\sum = 5$	5			
	Disponibilidade de testes conforme demanda de gestante existente		5		5			
	Indisponibilidade de testes conforme demanda de gestante existente		0					
	OPORTUNIDADE							
	Coleta do Teste anti-HIV na US							
	Disponibilidade de coleta na US		5					
	Disponibilidade de coleta no laboratório de referência		2		2			
	Indisponibilidade de coleta		0					
	Entrega do resultado do teste dentro do tempo programado, ou seja, antes do parto (Soma dos itens):		(\sum itens)	$\sum = 40$	25			
	Testes HIV entregues até a 14ª semana / gestação		15		0			
	Testes HIV entregues no 1º trimestre / gestação		12		12			
Testes HIV entregues no 2º trimestre / gestação		8		8				
Testes HIV entregues no 3º trimestre / gestação		5		5				
Testes HIV entregues após o parto		0		0				

*US= Unidade de Saúde – a US observada possui como laboratório de referência: AHB (Hemonúcleo do Hospital Base) e Laboratório Bauru.

Observou-se que somente as amostras processadas pelo Laboratório da AHB são encaminhadas ao IAL Bauru p/ realização dos exames confirmatórios.

Figura 9 - Matriz de análise e julgamento I

COMPONENTE – PRÉ-NATAL		Pontuação (P)	Pontuação Máxima (PM)	Pontuação Observada (PO)	Classificação
PROCESSO Atividades desenvolvidas entre os Prof. Saúde e as gestantes, no pré-natal de oferecimento do teste HIV e realização de aconselhamento pré e pós-teste, com entrega do resultado em tempo hábil para tomada de decisões.		∑ máximo	∑ observada	% (∑ observada / ∑ máximo x 100)	Adequado = 80 a 100% Regular = 60 a 79% Insuficiente = 50 a 59% Inadequado = < 50%
GRAU DE IMPACTAÇÃO		100	54	54%	Insuficiente

Dimensão Acesso PI	Indicador / critério	P Categorias que compõem o Indicador	PM	PO	Fonte de informação	Coleta de dados
Qualidade	Sub-dimensão qualidade: aceitabilidade; legitimidade, equidade					
	1- Aconselhamento pré-teste e oferecimento do teste anti-HIV no PN		∑ = 40	∑ = 10	Gestante, relatórios, prof. de saúde	Entrevista c/ gestante, pesquisa documental, observação sistemática e entrevista c/ prof. saúde
	Nº de gestantes aconselhadas no pré-teste / Nº de gestante acompanhadas no pré-natal (n=53)		∑ = 10	2		
	Adequado (90% a 100% das gestantes que realizaram PN)	10				
	Regular (75% a 89,90%)	6				
	Insuficiente (50% a 74,90%)	4				
	Inadequado (≤ 49,90%)	2		2		
	Inexistente (nenhuma)	0				
	OBS: Gestante sem oferta de testagem p/ HIV = 50,94% e Gestante receberam oferta teste HIV = 45,28%					
	Nº de gestantes aconselhadas no pós-teste sobre o HIV/AIDS (TV)		∑ = 10	2		
	Adequado (90% a 100% das gestantes que realizaram PN)	10				
	Regular (75% a 89,90%)	6				
	Insuficiente (50% a 74,90%)	4				
	Inadequado (≤ 49,90%)	2		2		
	Inexistente (nenhuma)	0				
	OBS: 81,13% Gestante informaram que não receberam informações /orientações a cerca do resultado do teste HIV e 18,87% Gestante informaram que receberam informações /orientações a cerca do resultado do teste HIV					
	Nº de gestantes testadas para o HIV/ nº de gestante no pré-natal (n=53) = 41/53 (77,35%)		∑ = 10	6		
	Adequado (90% a 100% das gestantes que realizaram PN)	10				
	Regular (75% a 89,90%)	6		6		
	Insuficiente (50% a 74,90%)	4				
Inadequado (≤ 49,90%)	2					
Inexistente (nenhuma)	0					
OBS: Entrevista c/ 53 Gestantes, 77,35% (41) realizaram teste HIV no PN						
2- Oferecimento do teste anti-HIV no pré-natal	(X*2)	∑ = 10	0			
Sim (43,39%)	10					
Não (54,71%)	0		0			

continua

continuação

Dimensão Acesso	Indicador / Critério	P Categorias que compõem o Indicador	PM	PO	Fonte de informação	Coleta de dados	
Qualidade	Sub-dimensão qualidade: aceitabilidade; legitimidade; equidade						
	3- Informações sobre o pré-natal – US						
	a) Início de Pré-natal (> concentração) Gestantes		(X*2)	$\sum = 10$ $\sum = 5$	$\sum = 9$ 5	Gestante, registros na US e SMS	Entrevista com a gestante, pesquisa documental observação da unidade
	1º trimestre de gestação (84,90%)		5		5		
	2º trimestre de gestação (13,20%)		4				
	3º trimestre de gestação (1,88%)		2				
	b) Nº de Consultas de pré-natal (> concentração)			$\sum = 5$	4		
	de 1 a 2 consultas (26,41%)		2				
	de 2 a 4 consultas (26,41%)		3				
	de 4 a 6 consultas (35,84%)		4		4		
	+ de 6 consultas (7,54%)		5				
	Nenhuma e não informado (3,76%)		0				
	4- Aconselhamento pós-teste e Conhecimento do resultado teste anti-HIV antes do parto (n=53) (75,47%)		(\sum itens)	$\sum = 30$	29		
	1º trimestre (58,49%)		15		15		
	2º trimestre (16,98%)		9		9		
	3º trimestre (1,88%)		5		5		
	Não Informado (09%) e Não fez exame -1ª consulta (22,64%)		-1		-1		
	Após o parto		0		0		
	Sub-dimensão qualidade (qualidade técnico-científica do cuidado): aceitabilidade; legitimidade; equidade						
	5- O Aconselhamento pré e pós-teste no pré-natal na US é realizado segundo as diretrizes do PNDST/AIDS/ MS						
	A gestante recebe informações sobre: formas de transmissão, o processo de diagnóstico, seus possíveis resultados e sobre uso de formula infantil p/ bebê.		(X = 2)	$\sum = 10$	0	Gestante	Entrevista com a gestante e observação da unidade
	Sim		5				
	Não		0		0		
	Quanto ao conteúdo e desenvolvimento das atividades de aconselhamento – As orientações foram dadas com clareza, e foi exercido processo de escuta ativa.			$\sum = 2,5$	0		
	Sim		2,5				
	Não		0		0		
	Concordância da gestante em realizar o teste anti-HIV			$\sum = 2,5$	1	Gestante	Entrevista com a gestante e profissional de saúde e observação da unidade
	Concordou em realizar o teste (45,28%)		2,5				
Não foi questionada quanto a sua concordância em realizar o teste (50,94%)		1		1			
Não concordou em realizar o teste		0					
LABORATÓRIO							
Testagem do HIV conforme as recomendações da Portaria 59/03/ GM-MS e POP Lab.		2,5		2,5	Observação laboratório	Observação laboratório	
Testagem do HIV não realizada conforme as recomendações da Portaria 59/03/ GM-MS e POP Lab.		0					
Fluxos e tempo de retorno dos resultados dos exames (sorologia HIV e confirmatórios)			$\sum = 2,5$	$\sum = 2,5$			
Tempo retorno – 10 a 30 dias		2,5		2,5	Observação laboratório	Observação laboratório	
Tempo retorno – \geq 31		0					

Figura 10 - Matriz de análise e julgamento II

5.4.1.1 Dimensão – disponibilidade e oportunidade

Os indicadores relacionados à disponibilidade dizem respeito à existência de insumos/estrutura e atividades/processo de maneira oportuna, ou seja, no momento exigido para que prevenção da TV do HIV no pré-natal fosse efetiva e, em conformidade, ou seja, atendesse aos padrões e normas de controle e qualidades preconizadas.

Entretanto, esses resultados no tocante as dimensões de oportunidade, quando comparados os achados sobre a entrega do resultado do teste dentro do tempo oportuno, ou seja, antes do parto, foram relacionados com tempo de entrega comparando ao trimestre de gestação a qual ele foi entregue à gestante. Nesse caso a maior concentração de entrega de resultado foi realizada no primeiro e segundo trimestre (75,50%).

5.4.1.2 Insumos para prevenção da transmissão vertical do HIV

Componente assistencial pré-natal: quanto a estrutura / insumos da unidade de saúde avaliada para realização do aconselhamento pré e pós-teste e o oferecimento da testagem para o HIV com consentimento informado visando a prevenção da TV do HIV, detectou-se a existência de local adequado para a realização dessas ações, porém com local inadequado para realização da coleta de exames. Analisando a dimensão da disponibilidade de insumos como recursos humanos capacitados para realização as ações de aconselhamento pré e pós-teste no pré-natal, na unidade a principal razão para menores índices foi falta de disponibilidade de profissionais capacitados e atuantes para desenvolvimento das ações.

Quanto a inexistência de insumos assistenciais para gestante HIV+ e criança exposta na unidade avaliada, tal situação contribuiu para a redução dos índices naquele conglomerado (Figura 8), implicando em um nível de implementação parcial na dimensão disponibilidade. Cabe ressaltar que foi identificada a existência de um fluxo estabelecido para o encaminhamento da gestante HIV+ para profilaxia, tratamento e seguimento materno, bem como, o provimento de fórmula infantil para a criança exposta ao HIV no serviço de referência municipal em HIV/AIDS,

demonstrando que a existência desses insumos no serviço de referência implica em oportunidade de acesso aos mesmos, ainda no pré-natal.

Componente assistencial laboratório: quanto à disponibilidade do teste HIV e exames confirmatórios (IFI) para realização do diagnóstico laboratorial, no laboratório de referência da unidade confirmou-se a existência do teste para o HIV, porém não foi observada a existência de exames confirmatórios (IFI e WB) ou fluxo de encaminhamento para o IAL Bauru (laboratório de referência), em conformidade com o preconizado.

Em relação à cobertura de gestantes testadas para o HIV no pré-natal pelo total de gestantes acompanhadas no pré-natal, na unidade estudada, no período de estudo, foram testadas 79,24% delas, ou seja, havia disponibilidade de testes conforme demanda de gestante existente.

Analisando-se a realização da testagem para o HIV no pré-natal (dimensão oportunidade), momento este crucial para o desencadeamento de medidas de prevenção TV/HIV, 77,36% das gestantes foram testadas na unidade saúde, em Bauru, com resultado sendo entregue antes do parto (primeiro e segundo trimestre de gestação) índice considerado regular quanto a sua implantação. Mas apontou ainda que, 24,50% das mulheres desconheciam seu status sorológico para o HIV no período do estudo, isso ocorreu pela falta da coleta do exame na primeira consulta de pré-natal, com a enfermeira (20,75%) e por não ter recebido o resultado até aquele momento da entrevista (1,88%) (Figura 8).

Segundo estimativas do Estudo Sentinela – Parturiente/MS 2004 (BRASIL, 2005d), a região sudeste apresentou a maior cobertura de testagem para o HIV na gestação (testagem consentida e conhecimento dos resultados pela mulher 76%, enquanto no Brasil a cobertura foi de 62,50%).

5.4.1.3 Atividades para a prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV

Para a análise da dimensão de acesso relacionado à qualidade/conformidade o componente atividades/processo, os dados foram avaliados a partir das informações dos seguintes instrumentos: observação sistemática da unidade; entrevistas com a gestante; entrevista com profissionais de

saúde; e análise de documentos da unidade de saúde e Secretaria de Saúde (Figura 9).

As informações sobre aconselhamento foram avaliadas a partir dos dados da observação na unidade do atendimento pré-natal e também dos relatos da entrevista com gestante (n=53) e profissionais de saúde (n=3).

Das gestantes entrevistadas (n=53), 50,94% relataram que não houve oferecimento da testagem para o HIV e 83% delas confirmaram que não receberam explicação de como se pega AIDS (HIV) ou tirou qualquer tipo de dúvidas com profissional de saúde no atendimento no pré-natal (aconselhamento pré-teste consentimento informado).

Quanto à dimensão conformidade (aconselhamento, oferta e consentimento informado para testagem do HIV), para as ações do HIV, os níveis foram considerados inadequados, pois apenas 45,28% receberam a oferta do teste HIV, mas nenhuma gestante recebeu aconselhamento sobre o exame HIV.

Quanto ao aconselhamento pós-teste, esse índice foi considerado inadequado, pois 18,87% das gestantes disseram que receberam orientação sobre o resultado teste anti-HIV na consulta médica. Embora 77,36% das gestantes tenham sido testadas para o HIV, apenas a maioria delas disseram que não receberam a oferta do teste no pré-natal (54,71%).

Em relação ao pré-natal a maior concentração de gestantes iniciou o pré-natal foi verificado seu ingresso no primeiro e segundo trimestre de gestação (98%) e 35,84% delas realizaram de quatro a seis consultas de pré-natal; 75,50% obtiveram o conhecimento do resultado do teste HIV antes do parto (primeiro e segundo trimestre de gestação).

Entretanto, quanto às informações de como é realizado o aconselhamento no pré-natal, em conformidade as diretrizes estabelecidas e preconizadas para TV/HIV (informações sobre formas de transmissão do HIV, processo de diagnóstico, seus possíveis resultados; conteúdo e desenvolvimento das atividades de aconselhamento – com respeito, privacidade, clareza e exercido processo de escuta ativa) e consentimento informado. A maioria das gestantes não recebeu nenhuma explicação sobre HIV/AIDS (83%) ou recebeu qualquer orientação sobre o agravo ou

sobre o resultado do exame (81%), apesar de 90,57% delas achar importante realizar o teste no pré-natal.

Na Figura 9, a partir dos achados obtidos por meio dos instrumentos utilizados, o grau de implementação das ações de intervenção no pré-natal foi considerado insuficiente (54%).

Vasconcelos (2005), no estudo da qualidade da assistência a gestantes e parturientes portadoras do HIV/Aids, também observa a precariedade das ações de aconselhamento, apontando que 31,8% das parturientes referiram que o teste anti-HIV foi realizado sem que elas soubessem. É enfatizado ainda nesse estudo, a precária qualidade da informação fornecida entre as mulheres que as tinham recebido, constatando-se assim a pouca compreensão das explicações recebidas acerca do tratamento, referência e riscos da transmissão do HIV para a criança, durante a gestação, parto e pela amamentação.

Essa constatação é preocupante, pois o aconselhamento e a oferta da testagem informada além de ser considerada diretriz nacional de controle das DST/Aids, não pode ser negligenciada, em quaisquer que sejam as oportunidades de atendimento ao usuário(a)s nas unidades de saúde, cuja demanda é composta em sua maioria de pessoas de baixa escolaridade, renda e de informações sobre temas de saúde e prevenção de doenças.

5.4.1.4 Influência do grau de implementação sobre os efeitos esperados

Os resultados do estudo da influência do grau de implementação sobre os efeitos esperados para a intervenção, sejam eles, testagem para o HIV e aconselhamento pré e pós-teste e entrega do resultado do exame para gestante em tempo hábil, antes do parto, visando adoção de medidas para prevenção da TV do HIV.

As análises dos fatores foram apresentadas considerando a observação da unidade de saúde em relação ao atendimento pré-natal e laboratório relacionado a realização do aconselhamento pré-teste com oferecimento do teste, com consentimento informado e a realização da testagem para o HIV conforme fluxograma do MS. Verificou-se que 75,50% das gestantes receberam resultado de

exames no pré-natal (antes do parto) e 58,49% receberam o resultado no primeiro trimestre de gestação. Quanto ao oferecimento do teste HIV no pré-natal, 51% negam a oferta do mesmo.

As análises de fatores foram apresentadas considerando o pré-natal e laboratório relacionado à realização do aconselhamento pós-teste com entrega do resultado em tempo oportuno, antes do parto, para tomada de decisões. Considerou-se, também, o tratamento profilático da mãe na unidade de saúde ou no serviço de referência em HIV/AIDS. Verificou-se que 75,50 (índice considerado regular) das gestantes receberam o resultado do teste antes do parto e 58,50% já haviam recebido o resultado do teste no primeiro trimestre de gestação, embora 81% delas afirmaram que não receberam orientação sobre o resultado do teste, evidenciando a dificuldade para realização do aconselhamento, demonstrando que o mesmo não foi implantado na rotina da unidade. Quanto ao recebimento do resultado do teste, 66% alegaram que não houve demora na entrega. Observou-se que o aconselhamento não estava sendo realizado, no pré-natal, por nenhum profissional de saúde qualificado, pertencente a unidade de saúde.

Frente a necessidade da realização do tratamento profilático para gestante HIV+, durante o período de estudo, não foi observado nenhuma diagnóstico de gestante soropositiva para o HIV. Mas, observou-se que a equipe da unidade de saúde tem por rotina o encaminhamento da gestante HIV+ para tratamento profilaxia e acompanhamento no serviço de referência em HIV/AIDS (CRMI).

5.4.2 Grau de implementação da intervenção

Utilizando a proposição dos critérios adotados para definição e implementação das ações, com base no componente estrutura / insumos para a assistência pré-natal na Unidade Saúde e Laboratório (dimensão de acesso: disponibilidade e oportunidade), a avaliação atingiu o escore de 52%, ao se somar os valores alcançados pela estrutura encontrada para desenvolver as ações programáticas, e enquadrou-se na condição de Insuficiente para efetivar o acesso da gestante ao diagnóstico laboratorial do HIV.

No indicador / critério existência de estrutura da unidade de saúde observou-se que a pontuação máxima obtida foi de 18%. Quanto à disponibilidade de teste para o diagnóstico do HIV, a pontuação máxima obtida foi de 34%.

Quando analisado o componente processo para assistência pré-natal e laboratório, a avaliação atingiu escore de 54% ao se somar os valores alcançados pelas ações programáticas implementadas e enquadrou-se na condição de insuficiente para concretizar o acesso da gestante ao diagnóstico laboratorial do HIV. Como indicador/critério foi utilizado: a realização das atividades de aconselhamento e oferecimento do teste anti-HIV e informações do pré-natal; observou-se que a pontuação máxima obtida foi de 9% para informações no pré-natal, 14% para o aconselhamento (dados quantitativos); 29% para o aconselhamento/conhecimento do resultado do teste anti-HIV (dados qualitativos).

Em razão da necessidade de demonstrar o grau de implementação dos componentes estrutura e processo e das dimensões disponibilidade, oportunidade e qualidade (com suas respectivas sub-dimensões), lançou-se mão de escores considerados denominados neste trabalho quatro graus de implementação da intervenção: Implementado (I); Parcialmente Implementado (PI); Incipiente (I); e Não Implantado (NI). Para cada critério selecionado, foram atribuídos pontos numa escala de zero (0) a (10). Foi feita também uma ponderação dos critérios a partir da importância atribuída a eles no programa, o que resultou na diferenciação da pontuação máxima para cada item.

O grau de implementação observado envolve a apresentação da matriz de análise e julgamento das ações de testagem para o HIV e aconselhamento pré e pós-teste, no pré-natal em uma unidade municipal de saúde estudada no município de Bauru para discussão e identificação dos pontos insuficientes para recomendações.

O grau de implementação compreendeu os achados dos indicadores de estrutura / insumos (dimensões de disponibilidade e oportunidade) e os achados dos indicadores de atividades / processo (dimensões de qualidade).

6 CONCLUSÕES

O estudo de acesso a cuidados e serviços, buscam caracterizar barreiras, físicas, organizacionais, socioculturais e de condutas é considerado o principal foco de investigação em serviços de saúde. A avaliação de programas e serviços remete a um termo pouco explorado: a qualidade. É compreensível a premência de se considerar a participação dos sujeitos e, especialmente, dos usuários, na avaliação.

São muitas as implicações das diversas barreiras de acesso aos serviços, considerando-se as necessidades e demandas dos indivíduos e as consequências que o não atendimento, em tempo hábil, pode ter para eles. Assim, apesar de muito discutido é pouco analisado este assunto no Brasil. Não é de agora que se vem implantando políticas destinadas a aumentar o acesso, que se pressupõe insuficiente para muitas camadas da população. Desde muito tempo, a ampliação de cobertura é um elemento sempre presente nas diversas políticas de saúde.

Este estudo procurou avaliar o acesso da gestante a testagem do HIV, com base na análise das dimensões como disponibilidade, oportunidade e qualidade, verificando os componentes de estrutura, processo e produto. Por conseguinte, possibilitou a verificação do ambiente e das práticas de uma unidade de saúde quanto, à intervenção no pré-natal, além de possibilitar a identificação dos procedimentos que compõem o diagnóstico laboratorial do HIV, na prática e na realidade observada.

Buscou-se identificar todas as etapas do processo envolvido na assistência pré-natal e laboratorial no diagnóstico do HIV/AIDS, compreendidas como sendo que as ações de aconselhamento pré-teste com oferecimento do teste anti-HIV; aconselhamento pós-teste e entrega de resultado em tempo hábil, ou seja, antes do parto.

No geral, verificou-se que essas ações foram parcialmente implementadas, de acordo com os protocolos da Secretaria Municipal de Saúde e as recomendações e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Quanto à estrutura encontrou-se pontuação insuficiente para os indicadores de acesso de disponibilidade e oportunidade. Os indicadores de disponibilidade (estrutura) apresentaram-se baixos, que foi devido à falta de instalações físicas adequadas e do estabelecimento do

fluxo para o desenvolvimento das ações de testagem acompanhadas de aconselhamento pré e pós-teste na unidade de saúde avaliada.

Verificou-se que o teste para o HIV encontrava-se disponível, no laboratório, para realização do exame de acordo com a demanda, mas a coleta não era realizada na unidade de saúde, fator limitante e considerado uma barreira para algumas gestantes. As dificuldades estruturais apresentadas nessa etapa podem estar ligadas a carência de profissionais na unidade de saúde e a falta de instalações adequadas para realização da coleta na unidade de saúde.

Também prejudicou a pontuação a inexistência de profissionais atuantes para a realização das ações de aconselhamento pré e pós-teste. E parte deste resultado pode ser atribuída à existência de profissionais capacitados e não devidamente sensibilizados a realizá-las, por não entenderem como parte do processo. Percebeu-se resistência de alguns profissionais para a realização das atividades de aconselhamento. O teste anti-HIV estava no rol de pedido dos exames de pré-natal, era realizado sem o conhecimento e consentimento informado da gestante. Além disso, não se realizavam nenhum tipo de orientação e esclarecimentos de dúvidas sobre esse agravo, à gestante, no pré-natal.

Os indicadores de oportunidade apresentaram boa pontuação, que foi devido ao tempo de espera do retorno do resultado e entrega as gestantes no pré-natal, ou seja, a maioria delas recebeu o resultado no primeiro e segundo trimestre de gestação. Assim, constatou-se que a maioria das gestantes, da Unidade Saúde estudada, iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, o que demonstra que a captação das mesmas é satisfatória.

Em relação ao tempo estimado de retorno do exame do laboratório para unidade de saúde entre dez a trinta dias para triagem diagnóstica do HIV, esses índices, não prejudicaram a pontuação. Mas, cabe ressaltar que os exames confirmatórios não estavam disponíveis em um dos laboratórios prestadores SUS, laboratório utilizado com referência de exames para a unidade pesquisada. Esses exames estavam disponíveis, somente, no laboratório de referência em HIV/AIDS. Ou seja, teria que ser avaliado a existência de fluxo entre os laboratórios prestadores de serviço e o laboratório de referência regional (IAL Bauru) para confirmar o diagnóstico deste agravo, assim, podemos considerar como limitação deste estudo, a análise dessa fase do estudo.

Os pontos positivos apresentados foi que a significativa maioria das gestantes obteve o conhecimento o resultado do teste antes do parto o que contribuiu para oportunidade de acesso ao diagnóstico do HIV no pré-natal e a consequente prevenção da TV do HIV da mãe para o filho.

Já os indicadores de disponibilidades e conformidade foram considerados baixos para no efetivo cumprimento e aplicação de normas, diretrizes e protocolos estabelecidos. Esses apesar de estarem disponíveis foram aplicados parcialmente de acordo com os protocolos instituídos. Quanto ao provimento de insumos assistenciais (medicamentos ARV para profilaxia materna e fórmula infantil para o bebê), esses não estavam disponíveis na unidade de saúde avaliada, mas presente no serviço de referência em HIV/AIDS.

A qualidade, entendida como o grau de adequação alcançado na execução das ações mostrou-se comprometida no processo da intervenção avaliada. Pois, para um processo adequado de cuidados e um resultado favorável depende de boas pré-condições estruturais.

No que tange ao o processo ou as atividades desenvolvidas, no geral, foram classificadas como insuficiente apesar de terem sido observados a testagem da maioria das gestantes da unidade de saúde pesquisada. O grande obstáculo identificado foi à falta da implantação do aconselhamento pré-teste com oferecimento da testagem, bem como, o aconselhamento pós-teste para a entrega de resultado do teste, também não foram observados na rotina do pré-natal. É preocupante que essas ações não estejam concretamente sendo realizadas na prática cotidiana da unidade, apesar da confirmação da existência de profissionais qualificados para exercerem tais atividades e protocolos instituídos.

Em relação à dimensão qualidade, quando avaliado esta etapa foi possível verificar que as ações de aconselhamento pré e pós-teste não estavam sendo realizadas na rotina do pré-natal, conforme preconizado pelo protocolo municipais e diretrizes do Ministério da Saúde. Constatou-se, também, que nenhum conteúdo referente à prevenção desse agravo foi identificado durante as orientações realizadas e quanto ao conteúdo, o processo de escuta ativa não existiu. O que surpreendeu foi à falta de privacidade no atendimento, o distanciamento e execução de autoridade no atendimento médico.

O comportamento dos profissionais de saúde da Unidade Saúde avaliada, em relação às ações de aconselhamento e à cobertura do teste anti-HIV existente, se mostrou antagônicos, especialmente em relação ao oferecimento do mesmo às gestantes. Esses comportamentos diferenciados entre os próprios profissionais de saúde permitem uma reflexão em relação a atitudes no atendimento do dia a dia nos serviços de saúde.

Em relação ao laboratório foi verificada conformidade com relação ao seguimento e aplicação do fluxograma estabelecido pelo Ministério da Saúde para o diagnóstico laboratorial do HIV, e o cumprimento com as normas de qualidade estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Com aplicações de padrões, os componentes estrutura/insumos e processo/atividades foram considerados insuficientes para proporcionar o acesso da gestante ao diagnóstico laboratorial do HIV no pré-natal. A cerca do grau de implementação das ações de prevenção da TV do HIV na unidade de saúde pesquisada, quanto à estrutura foi classificada como parcialmente implementada assim, também como o processo.

As ações para prevenção da transmissão vertical e controle do HIV são significativas, especialmente, quanto ao acesso ao diagnóstico precoce do HIV na gestação. O estudo constatou que implantação das ações de testagem para o HIV e o aconselhamento pré e pós-teste são fundamentais para a prevenção da TV do HIV no pré-natal, pois configuraram como uma das principais estratégias estabelecidas para este fim, no entanto, há de se aprimorar e qualificar esse processo, principalmente na unidade de saúde avaliada.

Ratifica-se que a testagem para o HIV, no período gestacional mostra-se como estratégia eficaz para redução da transmissão vertical, para tanto, se faz necessário que ocorra durante a gestação e com qualidade.

Frente à transmissão vertical do HIV continuam fundamentais as ações que contemplam a educação e a implementação de medidas profiláticas de forma que oportunidades não sejam perdidas, buscando o efetivo controle da infecção pelo HIV.

Concluindo, ressalta-se ainda a importância desse tipo de estratégia de avaliação, enquanto metodologia testada e validada, que permite o monitoramento

para melhoria contínua da qualidade da assistência no pré-natal e consequentemente a melhoria da qualidade do diagnóstico laboratorial pela infecção do HIV.

6.1 RECOMENDAÇÕES

Inúmeros são os avanços conseguidos para diagnósticos, terapia e prevenção para combater o HIV, merecem destaque os apresentados para a redução da transmissão vertical do HIV da mãe portadora para o seu filho. Entretanto, apesar de comprovadamente serem conhecidos como eficazes as medidas profiláticas para a redução desta taxa de transmissão, são necessárias uma série de ações que possibilitem não só a identificação destas mulheres, o mais precocemente possível, mas principalmente a garantia do acesso da gestante HIV+ e da criança exposta ao HIV a estas medidas.

Assim, para que estas medidas se concretizem, garantindo de fato, o direito a estas mulheres de terem seus filhos com risco reduzido de uma possível infecção, requer o envolvimento e a responsabilidade de todos os níveis de serviços de saúde da rede pública de saúde e da sociedade civil de Bauru.

Algumas das principais ações para redução da transmissão vertical do HIV estão concentradas na assistência pré-natal: o oferecimento do teste; agilidade na entrega dos resultados, ou seja, no tempo oportuno (antes do parto); a garantia do acesso ao serviço; uma rede de referência e contra-referência adequada e a notificação dos casos são algumas das medidas que fazem parte destas ações.

Oferecer novas oportunidades de sensibilização e capacitação diferenciadas e supervisão continuada dirigida às ações de controle do HIV/AIDS, em especial às Unidades Básicas de Saúde, buscando incentivos individualizados aos profissionais da Unidade, sobre aconselhamento pré e pós-teste e oferecimento do teste anti-HIV, no pré-natal.

Assegurar condições estruturais (estrutura física, de Recursos humanos e de Insumos assistenciais) nos equipamentos de assistência a saúde, para o adequado desenvolvimento de ações de promoção, proteção, recuperação da saúde das populações assistidas é de fundamental importância para a implementação de

medidas de controle e prevenção de doenças, como o HIV/Aids. Neste caso, é necessário propiciar uma reflexão, que procure entender melhor o que explica as variações observadas na implementação ou da integridade da intervenção observada, supondo que possam influenciar fortemente nos efeitos produzidos pela intervenção. E assim, possibilitar o planejamento, aperfeiçoamento de ações, fomentando mudanças nos sistemas e políticas de atenção à saúde como forma de promover o acesso de qualidade e possibilitar sustentabilidade e institucionalização da intervenção implantada.

Analisar aspectos socioeconômicos, comportamentais e culturais é de suma importância no acompanhamento da evolução da epidemia da AIDS, como também, o desenvolvimento de ações educativas e de prevenção realizadas com as populações assistidas. Para tanto, as estratégias de intervenções educativas desenvolvidas pela unidade de saúde observada, devem ser aprimoradas, intensificadas e realizadas de forma sistemática tendo como temática principal a prevenção do HIV/AIDS e da transmissão vertical do HIV.

A discussão de ações programáticas para o controle do HIV/AIDS, pelo Programa Municipal DST/AIDS, deve ser feita junto às representações da sociedade civil, bem como dos representantes do sistema de saúde público e privado, possibilitando a melhoria do acesso da população, em especial a gestante, ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, em tempo oportuno, com qualidade propiciando acompanhamento da AIDS.

Implementar e monitorar as atividades de controle da transmissão vertical do HIV de forma articulada e integrada com Programas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Vigilância Epidemiológica, desenvolvidos na Secretaria Municipal de Saúde, do município de Bauru, a fim de fortalecer a Atenção Básica, de acordo com os princípios do SUS.

Recomenda-se, também que as demais Unidades de Saúde, principalmente da Atenção Básica no cuidado pré-natal, os profissionais da unidade de saúde devam estar devidamente sensibilizados e preparados para a escuta e acolhimento das questões trazidas pelas mulheres em geral quando procuram o pré-natal (BRASIL, 1999).

No caso de gestante soropositiva para o HIV (HIV+) durante o pré-natal: Orientar a gestante para não amamentar e não oferecer aleitamento cruzado. É importante que esta orientação seja feita para que a mesma saiba da importância dessa ação para a não transmissão do HIV para o seu bebê.

Aos serviços laboratoriais recomenda-se estejam adequados às necessidades de tempo do protocolo de realização do pré-natal, ou seja, os exames pedidos deverão estar na unidade, disponíveis para a consulta de pré-natal o mais breve possível.

A qualidade das ações oferecidas no pré-natal está diretamente relacionada ao número de casos de transmissão do HIV identificados. Assim, oportunidades não podem ser perdidas nos serviços de saúde, principalmente, quanto à implementação de ações de testagem para o HIV e aconselhamento a todas gestantes. No processo de realização do teste anti-HIV, deve-se tomar cuidado para que o resultado chegue a tempo da gestante ter o acesso à profilaxia e tratamento em tempo hábil.

O aconselhamento para gestantes deve: promover reflexão da importância da realização das sorologias neste momento da vida (gestação e momento do parto); discutir possíveis resultados e seus significados, bem como importância e formas de tratamento; estabelecer possíveis formas de contato.

Realizar o aconselhamento implica uma maneira de relacionar-se com o outro, no caso da gestante, considerando-a como sujeito ativo do processo de atendimento no pré-natal. Essas questões devem ser continuamente recomendadas e trabalhadas em treinamentos, monitoramentos, avaliações, reuniões de equipe, porém não dispensam um exercício pessoal e cotidiano das unidades de saúde.

Em relação à qualificação de profissionais de saúde, é recomendável a inclusão sistemática de todos os profissionais envolvidos com o atendimento a gestante no pré-natal, inclusive os de nível médio. Por considerar que os resultados obtidos no estudo demonstram a existência de problemas e dificuldades na implementação das ações na qual o conhecimento técnico está estabelecido e documentado, como são as recomendações para profilaxia e tratamento com antirretroviral em gestantes e as diretrizes de aconselhamento em DST/HIV/AIDS para atenção básica.

No seguimento da gestação e encaminhamento para o parto é recomendável: documentar os resultados dos exames laboratoriais e disponibilizar o tratamento profilático na gestante ou encaminhar para serviço de referência para administração do mesmo, se necessário. A convocação de parceiro deve ser discutida e consentida pela gestante; ter resolutividade, facilitando o comparecimento do mesmo à unidade de saúde; garantir aconselhamento e tratamento e seguimento ambulatorial a ambos.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 233-242, jun. 1996.
- ADAMI, N. P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 53-67, jul. 1993.
- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res**, v. 9, n. 3, p. 208-220, 1974.
- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. **Medical Care**, v. 19, n. 12, p. 4-27, 1981.
- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. In: WHITE, K. L. (Ed.). **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992. p. 604-613. (Publicación Científica, 534).
- ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 17, n. 1, p. 15-25, 2005.
- ALVES, M. O enfermeiro enquanto gerente. In: CICLO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM, 5. **Anais...** Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 1989.
- ARAÚJO, C. L. F. **A solicitação do teste anti-HIV no pré-natal em Unidades Básicas de Saúde do Município do Rio de Janeiro: políticas e realidades**. 1997. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 1997.
- BAURU. Prefeitura Municipal de Bauru. **Circular da Secretaria Municipal de Saúde**. Programa Municipal de DST/Aids, de 26/11/1999, Bauru, 1999.
- BAURU. Prefeitura Municipal de Bauru. **Circular da Secretaria Municipal de Saúde**. Programa Municipal de DST/Aids, 08/03/2000, Bauru, 2000a.
- BAURU. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Saúde da Mulher**. Bauru: DPAC/Seção Prog. Especiais, 2000b.
- BAURU. Prefeitura Municipal de Bauru. **Dados do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru/SP (PPI-A)**. Bauru: PMB, 2004.
- BAURU. Departamento de Saúde Coletiva. **Relatório de Nascidos Vivos – 2005**. Bauru: DSC/SMS/SINASC/DATASUS, 2005.
- BIANCO, M. H. B. C. **Monitorização de malformações congênitas**. Bauru: EDUSC, 1996. 121 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas De saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids – **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento** – CTA – Manual, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-Natal**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000a. 56p. (Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Coordenação nacional de DST e AIDS. **Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. AIDS. Semanas Epidemiológicas 48^a/2001 a 13^a/2002. **Boletim Epidemiológico**, Brasília (DF), v. 15, n. 1, p. 1517-1159, out. 2001/mar. 2002.

BRASIL. **Diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV para profissionais de saúde envolvidos no diagnóstico**: guia prático. Fique Sabendo. Brasília (DF), 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para atenção básica**: PN-DST/AIDS. Brasília (DF), 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Projeto Nascer Maternidades**. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília (DF), 2003c. (Série F).

BRASIL. Portaria GM/MS de nº 59, de 28 de janeiro de 2003. Regulamenta o novo Algoritmo do Diagnóstico Sorológico da Infecção pelo HIV e Programa de Controle da Qualidade Analítica do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília (DF), 30 jan. 2003d. Seção 1, p. 87.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004b. (Série Manuais, n. 46).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS/SVS/MS. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids para atenção básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1067 de 04 de julho de 2005, Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília (DF), 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Oficina de aconselhamento em DST/HIV/AIDS para atenção básica**. Brasília, 2005b. 64p. (Série Manuais, 66).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. SVS/PN-DST e Aids. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST 2005**, Semanas Epidemiológicas, Brasília, v. 18, n. 1, jan./jun., 2005d.

BRASIL. **Monitoramento do cumprimento das metas e dos compromissos previstos na declaração sobre HIV/AIDS das Nações Unidas adotadas pelo Brasil**, 2005e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV como estratégia de melhoria da cobertura de testagem em gestantes e prevenção da transmissão vertical do HIV**. Brasília (DF); 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 4. ed. Brasília (DF); 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006c. (Série Manuais nº 46).

BRITO, A. M. I. et al. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, Supl, p. 18-22, 2006.

CAVALCANTE, M. S. et al. Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para otimizar a vigilância das gestantes infectadas pelo HIV. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. SVS/MS, Brasília (DF), v. 14, n. 2, p. 127-133, abr./jun. 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Framework for program evaluation in public health. *MMWR*, v. 48, n. RR-11, p. 1-40, Sept. 1999. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr4811.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2006.

CHEN, H. **Theory-driven evaluations**. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

CONNOR, E. M. et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric Aids Clinical trials Group protocol 076 study group. **New England J Med**, v. 331, n. 18, p. 1173-1180, Nov. 1994.

CONSENDEY, M. A. E. **Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco Estados do Brasil.** 2000. Tese (Doutorado) - Escola nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, dez. 2003.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring.** Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980a. p. 77-125.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Ann Arbor: Health Administration Press, 1980b. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. I).

DONABEDIAN, A. Criteria, norms and standards of quality: wat do the mean? **AM J Public Health**, n. 71, v. 4, p. 409-412, 1981.

DONABEDIAN A. **La Calidad de la atención Médica:** definición y métodos de evaluación. México: La prensa Médica Mexicana, 1984.

DONABEDIAN, A. La investigación sobre la atención médica. **Salud Publica Méx**, v. 28, n. 3, p. 324-327, mayo/jun. 1986.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, n. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov. 1990.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Rev Bull**, v. 18, n. 11, p. 356-360, Nov. 1992.

DONABEDIAN, A. The seven technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int. J. Gynecol. Obstet**, v. 48, supp, p. S33-S52, 2001.

FERNANDES, R. C. S. C.; ARAÚJO, L. C.; MEDINA-ACOSTA, E. O desafio da prevenção da transmissão do HIV no Município de Campos de Goytacazes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1153-1159, jul./ago. 2005.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2 Supl, p.121-131, 1999.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation.** Newbury Park: Sage Publications, 1990.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos métodos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. Salvador: EDUFA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ISRAEL, G. R. **Como é que eu vou dizer para a gestante?** Dilemas morais da oferta do teste anti-HIV a gestantes em trabalho de parto: uma contribuição da biolítica. 2002. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro (RJ), 2002.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LOMBARDI, H. F. **Oportunidades de diagnóstico precoce do HIV em gestantes no município de Bauru (SP).** 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2002.

LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESHER, A. (Orgs.). **Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2004. p. 45-67.

MATIDA, L. H. **A transmissão vertical do HIV e de outras infecções congênitas.** Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo. 2005. Disponível em: <<http://www.crt.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 26 set. 2005.

NEVES, F. R. A. L.; PASSOS, A. D. C.; GUELERI, W. L. Disponibilidade de sorologia anti-HIV como um teste voluntário na rotina do atendimento pré-natal em Unidade Básica de Saúde do Município de Ribeirão Preto. **Rev. de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. 624-25, 1999.

OLIVEIRA, C. A. F. et al. **A gestação e o resultado indeterminado na pesquisa de anticorpos anti-HIV.** São Paulo (SP): Coordenação Estadual de DST/AIDS de São Paulo, 2004.

OLIVEIRA, M. A. et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/Aids no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1429-1439, set./out. 2002.

PANICHI, M. N.; BASSOLI, M. J. Um banco de leite voltado à saúde pública. In: CAPISTRANO FILHO, D.; PIMENTA, A. L. **Saúde para todos: desafio do município.** São Paulo: HUCITEC, 1988, p. 143-150.

PARKER, R. et al. Aprimorando o debate: respostas sociais frente a AIDS. In: SEMINÁRIO CONQUISTAS E DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA AO HIV/AIDS. **Anais...** Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods.** Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.

PATTON, M. Q. **Utilization focused evaluation: the news century text**. 3rd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1997.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v. 19, n. 2, p. 127-40, Feb. 1981.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.

RAMOS, D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. **Evaluation: a systematic approach**. Beverly Hills: Sage, 1985.

ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. (Eds). **Evaluation: a systematic approach**. 7th ed. Thousand Oaks, California: Sage, 2004.

SANDERS, J. R. **Introdução à avaliação de programas sociais**. Instituto Fonte. Coletânea de Textos, 2004.

SANTOS, E. M. (Org.). **Dimensão técnico-operacional: unidades didático-pedagógicas: modelo teórico da avaliação**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

SANTOS, E. M. et al. **Dimensões teórico operacional**. Modelo lógico do programa. Curso de Especialização em Avaliação de Programas de Processos Endêmicos com ênfase em DST/HIV/Aids – ENSP. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Instituto de Pesquisa. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. **20 Anos Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo**. Rede Laboratorial para HIV/AIDS no Estado de São Paulo..SES / Inst. Pesq./ CRT DST/AIDS – SP. São Paulo, 2003. p. 11-14.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. PEDST/AIDS/DVE/C.R.T. DST/AIDS. CVE. **Boletim Epidemiológico de Aids**, v. 24, n. 1, p. 34-36, dez. 2005.

SCHÜKLENK, U. D. O. Aids: individual and 'public' interests. In: KUHSE, H.; SINGER, P. **A companion to bioethics**. Oxford (USA): Blackwell Publishers; 1998. p. 343-53.

SCRIVEN, M. The methodology of Evaluation. In: TYLER, R.; GAGNE, R.; SCRIVEN, M. **Perspectives in curriculum evaluation**. AERA Monograph Series on Evaluation, nº1. Chicago: Rand McNally, 1967. p. 39-83.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATT, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul./set. 2004.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Prenatal care at the primary health care level: an assessment of the structure and process. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p.131-139, jan./fev. 2001.

SOARES, E. O. **O Estudo Epidemiológico descritivo de recém-nascidos vivos de mães adolescentes e adultos, no município de Bauru (SP)**. 1998. 123 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

SOUZA JUNIOR, P. R. B. et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-sentinela parturiente, Brasil, 2002. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p.764-772, 2004.

SOUZA, S. M. B.; ANDRADE, J. Soroprevalência para HIV em gestantes acompanhadas pelo Programa Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. **Rev. baiana saúde pública**, v. 27, n. 1/2, p. 28-37, 2003.

STEFANI, M.; ARAÚJO, B. F.; ROCHA, N. M. P. Transmissão vertical do HIV em populações de baixa renda do sul do Brasil. **DST j. bras. doenças sex. transm**, v. 16, n. 2, p. 33-39, 2004.

STUFFEBEAM, D. L. Evaluation models. **New Directions for Evaluation**, San Francisco, v. 2001, n. 89, p. 7-98, 2001.

SUMMERFELT, W. T. Program strength and fidelity in evaluation. **Applied Developmental Science**, v. 7, n. 2, p. 55-61, 2003.

SZWARCWALD, C. L.; CARVALHO, M. F. Estimativa de número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil. **Boletim Epidemiológico – Aids**, Brasília, v. 14, n. 1, jan./mar. 2001.

TESS, B. H. et al. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in São Paulo state, Brasil, São Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. **AIDS**, v. 12, n. 5, Mar. p. 513-520, 1998.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S190-S198, 2004.

VASCONCELOS, A. L. R. **A epidemiologia na avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes portadoras do HIV e seus recém-nascidos**. 2005. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

VASCONCELOS, A. L. R.; HAMANN, E. M. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes / parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 483-492, dez. 2005.

VELOSO, V. G.; VASCONCELOS, A. L.; GRINSZTEJN, B. Prevenção da transmissão vertical no Brasil. **Boletim Epidemiológico AIDS**, v. 12, p. 16-23, 1999.

VIANNA, S. M. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

VUORI, H. **Strategies for improving the quality of health care**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz, 1988.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulg. saúde debate**, Londrina, n. 3, p. 17-24, fev. 1991.

YIN, R. K. **Case study research**. Beverly Hills: Sage, 1989.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução D. Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO-GESTANTE

Você está sendo convidada a participar da pesquisa que está sendo desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de Bauru / Programa Municipal de DST/AIDS e a Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública / Departamento de Endemias Samuel Pessoa, coordenada por um Profissional de Saúde agora denominado pesquisador.

Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Por favor, peça ao responsável pelo estudo para explicar claramente qualquer palavra que você não entenda.

O estudo pretende avaliar a qualidade do acesso de gestantes ao teste HIV, no pré-natal, no município de Bauru-SP, com objetivo de melhorar do atendimento prestado à gestante no pré-natal e prevenir a transmissão do HIV da mãe para o filho.

Para a realização da pesquisa faremos perguntas sobre suas condições de vida, o atendimento de pré-natal e de comportamentos que influenciam na sua saúde.

Portanto, sua participação na pesquisa consistirá em responder algumas perguntas sobre o atendimento que você está recebendo no pré-natal, nesta unidade de saúde, especialmente quanto à forma de como está sendo feito o oferecimento do teste-HIV (teste da Aids).

Você tem direito a pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o serviço que lhe presta atendimento.

Os riscos de sua participação na pesquisa estão relacionados à divulgação de dados colhidos nas entrevistas. Porém, será garantido o sigilo dos dados através da identificação dos entrevistados através de códigos. Informamos que qualquer falha do serviço, no atendimento às gestantes, identificada durante a realização da pesquisa será relatada e encaminhada oficialmente ao setor responsável para providências imediatas na resolução. Sem, contudo, identificar o nome do reclamante.

Os benefícios relacionados a sua participação são indiretos e, estão relacionados ao levantamento de dados que podem favorecer a promoção de uma assistência adequada no pré-natal, com destaque para o oferecimento e fornecimento do resultado do teste-HIV (teste da AIDS), durante a gravidez, de forma a promover efetivo controle e prevenção da transmissão do HIV da mãe para o bebê.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta pesquisa.

Bauru, ____/____/____

Assinatura da Gestante: _____

O participante concordou e assinou o termo de consentimento informado ou recusou?

1. () Concordou e assinou 2. () Concordou e não assinou 3. () Recusou

Nome e assinatura do pesquisador:

Eliane Regina Catalano Monteiro _____

Endereço e telefone do Pesquisador:

Secretaria Municipal de Saúde – Departamento de Saúde Coletiva
Rua Lisboa Junior, Nº 2-26, Atos da Cidade, Bauru/SP – CEP:17040320
Telefone para contato: (14) 3223-2355.

Comitê de Ética em Pesquisa -CEP

Endereço: Rua José Aiello, 3-30, centro, Bauru, cep: 170320-40

Telefone: (14) 32351238 ou 32351258

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa que está sendo desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de Bauru / Programa Municipal de DST/AIDS e a Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública / Departamento de Endemias Samuel Pessoa. , coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador.

Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Por favor, peça ao responsável pelo estudo para explicar claramente qualquer palavra que você não entenda. Sua participação é muito importante, porém, não é obrigatória. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O estudo pretende avaliar a qualidade do acesso de gestantes ao teste-HIV, no pré-natal, no município de Bauru/SP, tem como objetivo obter informações suas para melhorar o atendimento no pré-natal, de tal modo que doenças infantis e maternas possam ser prevenidas e de fato evitadas pelos serviços de saúde, de forma a promover a redução da Transmissão Vertical do HIV.

Nessa Unidade de Saúde, faremos observação direta quanto: a: estrutura física e de recursos humanos existentes para a realização do aconselhamento pré e pós-teste e o oferecimento do teste -HIV; fluxo de atendimento da gestante no pré-natal, organização do serviço, o fluxo de coleta de exames laboratoriais, principalmente do HIV; período da gestação em que está sendo realizado o teste-HIV e o tempo de entrega dos resultados dos mesmos. Os dados levantados nessa etapa serão registrados através do instrumento denominado checklist-Unidades de Saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas sobre como é realizado o aconselhamento pré e pós-teste e o oferecimento do teste-HIV (teste da Aids), nas gestantes acompanhadas por essa Unidade de Saúde, para que medidas possam ser tomadas, se necessário.

Os riscos prováveis relacionados com sua participação são quanto à verificação de possíveis falhas no atendimento de pré-natal, prestado por essa Unidade de Saúde, principalmente frente à detecção de gestantes que tenham acesso inadequado ao diagnóstico laboratorial do HIV, dificultando a adoção de medidas de controle e prevenção da transmissão vertical do HIV e, devido a inexistência de ações de aconselhamento pré e pós-teste e do oferecimento do teste HIV para as gestantes durante a gravidez..

Os benefícios relacionados com a sua participação, estão principalmente quanto ao levantamento de informações que possibilitem a garantia do acesso adequado de gestantes ao diagnóstico laboratorial do HIV, em tempo oportuno, ou seja, durante a gravidez.

O pesquisador e/ou responsável, em conjunto com a equipe dessa Unidade de Saúde, de porte das informações obtidas nessa pesquisa, irão possibilitar adoção de medidas de controle e prevenção da transmissão do HIV no recém-nascido.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento.

As informações que você nos der serão mantidas em segredo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta pesquisa

Bauru, _____ / _____ / _____

Assinatura do Profissional de Saúde: _____

O profissional de saúde concordou e assinou o termo de consentimento informado ou recusou?

1. () Concordou e assinou 2. () Concordou e não assinou 3. () Recusou

Nome e assinatura do Pesquisador:

Eliane Regina Catalano Monteiro _____

Endereço e Telefone do Pesquisador:

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Lisboa Junior, nº 2-26, Altos da Cidade,

Bauru/SP - CEP:17040320 – 40

Telefone: (14) 3223-2355.

Comitê de Ética em Pesquisa -CEP

Endereço: rua José Aiello, 3-30, centro, Bauru, cep: 17040-320

Telefone: (14) 32351238 ou 32351258

ANEXO C

OBSERVAÇÃO DO LABORATÓRIO - (CHECKLIST)

Avaliação da Qualidade do Acesso de Gestantes ao Diagnóstico Laboratorial do HIV, no Pré-Natal, no município de Bauru, SP.

LABORATÓRIO:

I-O que Observar: Existência de Recursos Humanos

1. Farmacêutico/bioquímico responsável:	1. Sim	2. Não	Quantos?	<input type="text"/>
2. Auxiliares/Técnicos de laboratório:	1. Sim	2. Não	Quantos?	<input type="text"/>
3. Funciona em regime de 24 h:	1. Sim	2. Não	Quantas horas?	<input type="text"/>
4. Funciona nos finais de semana:	1. Sim	2. Não		<input type="text"/>

II-Realização de Exames:

Especificação	1.Sim	2.Não	Prazo entrega resultados	OBS:
1. HIV-Elisa 1 e 2				
2. HIV – 2ª amostra				
Exames confirmatórios				Se não realiza, qual a referência?
1. HIV - IMF				
2. HIV - WB				

III-Existência de POP do laboratório: (Observação para registro)

Fases	1. Sim	2. Não	OBS:
1. Coleta /entrada das amostras			
2. Processamento das amostras			
3. Elaboração dos resultados			
4. Entrega dos resultados			Data de entrega:
5. Intervalo de tempo entre o recebimento da amostra e a disponibilidade do resultado dos testes de triagem sorológica do HIV			1. () < 5 dias 2. () 5 – 8 dias 3. () 8-10 dias 4. () acima de 20 dias 5. () mais de 30 dias
6. Qual é o intervalo de tempo entre o envio da amostra e a disponibilidade do resultado do teste confirmatório?			1. () 24 horas 2. () 24 – 48 horas 3. () > 48 horas 4. () não sabe
7. É realizado o controle de exames e resultados?			1. () SISCEL 2. () Livro de Registro 3. () Outro:
8. Está implantado o Programa de controle de qualidade analítica de diagnóstico laboratorial da infecção do HIV e fluxograma de testes (Portaria MS / GM Nº 59 (28/01/2003)?			

Responsável pela verificação do checklist do Laboratório

ANEXO D

ROTEIRO PARA GESTANTE

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACESSO DA GESTANTE AO DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DO HIV, NO PRÉ-NATAL, NO MUNICÍPIO DE BAURU, SP
(As gestantes serão abordadas antes da consulta de pré-natal)

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Para todo questionário, preencher **88** para não se aplica e **99** para não informado.

Nº questionário:	Unidade de Saúde:
-------------------------	--------------------------

I - IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE:**Nº PRONTUÁRIO:** | | | | |

1. Qual o seu nome? (iniciais)	
2. Qual a data de seu nascimento?	/ /
3. Qual sua idade? 1. 13 -19 2. 20-34 3. 35-41	anos
4. Qual seu endereço?	BAIRRO:
5. Qual a sua situação conjugal? 1. Solteira 2. Companheiro/casada 3. Divorciada/separada 4. Viúva	
6. Qual a sua cor? 1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Amarela 5. Indígena	
7. Na opinião do entrevistador, qual a cor da pele da respondente? 1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Amarela 5. Indígena	
8. Você lê e escreve? 1. Sim 2. Não	
9. Você completou até que série? (anos de estudos completos com aprovação) 1. Nenhuma/analfabeto 2. 1º grau incompleto (1 a 7 anos) 3. 1º grau completo (8 a 10 anos) 4. 2º Grau completo (11 anos e +) 5. Superior completo	
10. No que você trabalha (ocupação atual)? 1. Dona de casa/Do lar 2. Doméstica 3. Outros	
11. Se você trabalha, quanto você ganha por mês (ou renda familiar)? 1. Sem rendimentos 2. < 1 3. 1-3 4. -6 5. 6-10 6. >10	

II - HISTÓRIA DE VIDA: *Agora vamos fazer algumas perguntas sobre sua vida, gravidez atual e gestações anteriores*

12. Você possui parceiro fixo? 1. Sim 2. Não	
13. Nos últimos 5 anos você teve quantos parceiros? 1. Apenas 1 2. de 2 a 5 3. de 5 a 10 4. de 10 a 20 5. + de 20	
14. Faz uso de preservativos nas relações sexuais? 1. Sim 2. Não	
15. Esta é a sua primeira gravidez? 1. Sim 2. Não	
16. Em caso negativo, quantas gestações/gravidez anteriores? 1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 ou +	

III - ATENDIMENTO/ACONSELHAMENTO NO PRÉ-NATAL: *Agora vamos fazer algumas perguntas sobre o seu acompanhamento de pré-natal*

17. Em que período da gravidez você procurou a unidade de saúde para fazer o pré-natal? 1. Logo que sua menstruação atrasou 2. de 2 a 3 meses de gravidez 3. de 4 a 6 meses 4. + 6 meses.	
18. Quantas consultas de pré-natal você fez até o momento? 1. de 1 a 2 2. de 2 a 4 3. de 4 a 6 4. mais de 6	
19. O que você acha do atendimento realizado pela equipe dessa unidade de saúde (recepção/enfermagem)? (atribuir notas de 0 a 10) 1. Péssimo (0-2) 2. Ruim (3-4) 3. Regular (5--6) 4. Bom (7-8) 5. Ótimo (9-10) Por que? _____	
20. Você foi bem recebida pela equipe da unidade de Saúde? 1. Sim 2. Não	
21. Eles foram educados? 1. Sim 2. Não	

22. Em algum momento durante o atendimento de pré-natal (pré/pós-consulta/consulta médica) foi explicado como se pega o vírus HIV (da AIDS)? Se SIM , quando? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
23. Você fez todas as perguntas que queria e recebeu as explicações que precisava sobre este assunto (HIV/AIDS)? Se Não , Qual o motivo? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
24. Gostaria de receber informações/orientações sobre como se pega o vírus HIV/Aids? 1. Sim 2. Não De quem? 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Assistente Social 4. Outro 5. Não sabe	<input type="checkbox"/>
25. O local onde recebeu explicações/orientações era confortável? (HIV/AIDS) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
26. Onde foi? 1. Consultório 2. Corredor 3. Farmácia 4. Sala de pré-consulta 5. Sala de pós-consulta 6. Sala de pré e pós-consulta 7. Outro lugar. Qual? _____	<input type="checkbox"/>
27. No momento que você recebeu explicações/orientações tinham mais pessoas presentes? (HIV/AIDS) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
28. Você entendeu as explicações que foram faladas? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
29. Qual a impressão que você tem sobre a consulta médica do pré-natal? (atribuir notas de 0 a 10) 1. Péssimo (0-2) 2. Ruim (3-4) 3. Regular (5--6) 4. Bom (7-8) 5. Ótimo (9-10) Por que? _____	<input type="checkbox"/>
30. Quanto tempo você ficou esperando para ser atendida (por algum profissional da equipe) ? 1. 10 minutos 2. mais de 15 minutos 3. entre 30 a 60 minutos 4. mais de 2 Horas	<input type="checkbox"/>

IV - TESTE ANTI-HIV: Agora vamos fazer algumas perguntas sobre o oferecimento do teste/exame HIV (AIDS)

31. Em outras gravidez/gestações ou nesta você realizou o teste HIV (da AIDS)? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
32. Para você é importante fazer o teste/exame HIV (AIDS)? 1. Sim 2. Não Sabe por que?	<input type="checkbox"/>
33. Você concorda em realizar o teste HIV (da AIDS)? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
34. O (A) enfermeiro (a) ou médico (a) ofereceu o teste HIV (AIDS)? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
35. Você fez o teste HIV (AIDS)? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
36. Você foi orientada/aconselhada sobre os possíveis resultados do teste HIV (AIDS)? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
37. Você recebeu o resultado do teste HIV (AIDS)? 1. Sim 2. Não Em caso afirmativo, em que período da gravidez? 1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. 4º trimestre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38. Sabe o que fazer quando recebe-los? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
39. Em caso do teste/exame positivo, quem você acha que poderia ajudar? 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Família 4. Marido 5. Marido e Família 6. Outro	<input type="checkbox"/>
40. Você sabe se o resultado do teste HIV (AIDS) foi reagente / positivo? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
41. Você foi informada que este primeiro resultado ainda não era definitivo e que ainda seria realizado um novo teste para confirmação? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
42. Na sua opinião houve demora no recebimento dos resultados dos testes HIV (AIDS) e o confirmatório (laboratório)? (Perguntar somente p/ gestante que recebeu o resultado do teste HIV). 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
43. Você recebeu alguma orientação ou tratamento durante a gravidez? (Perguntar somente em caso de teste positivo) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
44. Você fez uso de medicamento? 1. Sim 2. Não Qual?	<input type="checkbox"/>
45. E o seu parceiro também recebeu orientação da equipe da unidade? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>

V - CONHECIMENTO / PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

46. Você sabe o que é AIDS? 1. Sim 2. Não Em caso afirmativo, você sabe como o HIV/Aids é transmitido?			<input type="checkbox"/>
• Através de seringas/agulhas contaminadas? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• A gestante HIV positiva transmite para o bebê? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• Através da amamentação, caso a mãe seja portadora do HIV? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• Através de beijos, abraços, carícias com pessoas infectadas? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• Compartilhando copos, talheres, pratos? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• Usando os mesmos banheiros que uma pessoa infectada? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• Através das relações sexuais sem camisinha, com parceiro infectado.? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• Através de transfusão de sangue infectado pelo HIV? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• Sabe se há risco: no sexo vaginal; anal e oral? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• Sente necessidade de conhecer mais sobre o HIV/Aids? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• Outra forma. Qual?			<input type="checkbox"/>
47. Você sabe dizer qual a diferença entre o vírus (HIV) e da doença (AIDS)? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
48. Alguém explicou? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
49. Você sabe como se prevenir do HIV/Aids? Em caso afirmativo	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
• Usando camisinha nas relações sexuais com parceiro infectado? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• Não compartilhando agulhas e seringas? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• Não amamentando o bebê, caso a mãe seja portadora do HIV? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• Evitando beijos, carícias e abraços de pessoas infectadas pelo HIV? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
• Outra forma. Qual?			<input type="checkbox"/>
50. Você sabe como a mãe transmite AIDS para o bebê? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
51. O enfermeiro ou médico, no momento das consultas, realizou o esclarecimento sobre como ocorre a transmissão da AIDS da mãe para o bebê? 1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
52. Você sabia que o bebê também pode nascer contaminado, caso você seja HIV positiva? 1. Sim 2. Não Se sim, de forma você ficou sabendo?			<input type="checkbox"/>

Responsável pela aplicação do Roteiro

ANEXO E

ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Aconselhamento Pré e Pós-Teste e o oferecimento do Teste HIV:		
1. Na sua opinião, o que é aconselhamento?		
2. Quem faz aconselhamento neste serviço?		
3. Que dificuldades você encontra para realizar o aconselhamento? 1. Emocionais 2. Profissionais 3. Institucionais		<input type="checkbox"/>
4. O que você costuma abordar no pré e pós-teste? Há dificuldades? 1. Sim 2. Não Quais?		<input type="checkbox"/>
5. No aconselhamento as orientações são prestadas pelos profissionais que solicitam os testes? 1. Sim 2. Não Quem realiza? 1. médico 2. Enfermeiro 3 Aux. Enferm 4. Outro		<input type="checkbox"/>
6. É oferecido a gestante a oportunidade de realizar o teste-HIV, reafirmando seu caráter voluntário e confidencial? 1. Sim 2. Não		<input type="checkbox"/>
7. Informações claras e consistentes são fornecidas, as gestantes, sobre o processo, para que ela possa tomar a decisão de realizar ou não a testagem? 1. Sim 2. Não		<input type="checkbox"/>
8. A gestante recebe esclarecimentos sobre a importância do oferecimento do teste-HIV como forma de reduzir a TV do HIV? 1. Sim 2. Não		<input type="checkbox"/>
9. É feita a verificação do histórico anterior de testagem da gestante e promovido momento de reflexão, de modo a possibilitar a percepção do próprio risco de infecção do bebê? 1. Sim 2. Não Por que?		<input type="checkbox"/>
10. É realizado esclarecimento sobre o sistema de testagem e "janela imunológica"? 1. Sim 2. Não		<input type="checkbox"/>
11. Informações sobre os possíveis resultados do teste e as possíveis medidas a serem adotadas frente a estes resultados foram trocadas com a gestante? 1. Sim 2. Não Por que?		<input type="checkbox"/>
12. Com a gestante é reforçada a diferença entre ser portador de HIV e ter Aids? 1. Sim 2. Não Por que?		<input type="checkbox"/>
13. Com a gestante é avaliado o local em que ela pode encontrar apoio emocional e social (família, parceiros, amigos, trabalho, serviço especializado e outros) 1. Sim 2. Não		<input type="checkbox"/>
14. É reforçado a necessidade de práticas seguras frente aos riscos de aquisição do HIV? 1. Sim 2. Não		<input type="checkbox"/>
15. Realiza-se esclarecimento sobre o uso de preservativo masculino e feminino? 1. Sim 2. Não		<input type="checkbox"/>
16. Na sua autoavaliação, você considera que faz aconselhamento? 1. Sim 2. Não		<input type="checkbox"/>
Conhecimento sobre Transmissão Vertical do HIV	OBS:	
17. Para você é importante a gestante fazer o teste HIV?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
18. Você sabe que a gestante HIV+ pode transmitir AIDS p/ o bebê?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
19. Você sabe como a mãe transmite o vírus HIV para o bebê? Como?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
20. O HIV é transmitido através da amamentação, caso a mãe seja portadora do vírus HIV?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>

Responsável pela verificação do checklist US

ANEXO F

OBSERVAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE - (CHECKLIST)

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACESSO DE GESTANTES AO DIAGNÓSTICO LABORATORIAL PELA INFECÇÃO DO HIV, NO PRÉ-NATAL, NO MUNICÍPIO DE BAURU, SP

CHECKLIST - Roteiro para Observação do Aconselhamento e Oferecimento do teste HIV e Roteiro com questões para Profissionais de Saúde (PS)

Unidade de Saúde:
Gerente / Chefia responsável:
Profissional entrevistado (quem realiza o aconselhamento e o oferecimento do teste):

1.0 O QUE OBSERVAR:

I - Área Física para atendimento pré-natal e aconselhamento pré e pós-teste:

	1. Sim	2. Não	Nº de salas	OBS: comentários
1. Consultório médico GO				
2. Sala p/ aconselhamento				
3. Sala de coleta de exames				
4. Sala de espera (orient. coletiva)				
5. Sala de pré-consulta				
6. Sala de pós consulta				
7. Sala de pré e pós-consulta				
8. Outro lugar				

II - Controle de exames na unidade de saúde

Para controle de exames e resultados é utilizado:

1. Sistema informatizado () 2. Livro de Registro () 3.Outro Qual?:

III - Área Recursos Humanos (Profissionais de saúde-PS) no atendimento pré-natal e aconselhamento:

	1. Sim	2. Não	Nº de PS	OBS:
1. Enfermeiro				
2. Auxiliar de enfermagem				
3. Médico Ginecologista/ Obst.				
4. Outro profissional				

IV - Atendimento pré-natal e aconselhamento pré e pós-teste:

	1. Sim	2. Não	Nº de PS	OBS:
21. Consulta de pré-natal				Nº de consultas / gestante
22. Aconselhamento Individual				
23. Aconselhamento coletivo				
24. Oferece teste HIV				Quem? 1. médico 2. Enfermeiro 3 Aux. Enferm 4. Assistente Social 5. Outro
25. No aconselhamento é realizado esclarecimento da importância do oferecimento do teste HIV para a prevenção da TV?				

	Sim	Não	Nº de PS	OBS:
26. A gestante recebe informações sobre o processo de diagnóstico e seus possíveis resultados e das possíveis medidas a serem adotadas?				
27. O teste HIV é feito com consentimento da gestante?				
28. É reafirmado o caráter voluntário e confidencial do teste HIV?				
29. A gestante é informada que a própria gravidez é um fator facilitador para que ocorra um resultado falso positivo ou um resultado indeterminado?				
30. É verificado história anterior de testagem para o HIV?				
31. Pré-natal gestante HIV+				Se não realiza, qual a referência?
32. Aplica PACTG076				Se não realiza, qual a referência?
33. Entrega de resultado do teste HIV				No 1. 1ºTRM 2. 2ºTRM 3. 3º TRM

IV - Atendimento pré-natal e aconselhamento pré e pós-teste:

Conteúdo e desenvolvimento da Atividade de aconselhamento:

Orientou com clareza sobre:	OBS
34. Tipos de testes realizados	1. Sim () 2. Não () Por quem?
35. Janela imunológica	1. Sim () 2. Não ()
36. Significado dos resultados	1. Sim () 2. Não ()
37. Diferença entre infecção pelo HIV e AIDS	1. Sim () 2. Não ()
38. Mecanismos de transmissão do HIV	1. Sim () 2. Não ()
39. Medidas Preventivas	1. Sim () 2. Não ()
40. Uso do preservativo - demonstração	1. Sim () 2. Não ()
41. Soube responder as dúvidas e questões levantadas	1. Sim () 2. Não ()

V - Consonância com as diretrizes de aconselhamento preconizadas pelo PN- DST/AIDS

	Comentários
a- Estabelecimento da relação de confiança (receptividade e acolhida)	
	Comentários
b Atitude de escuta (respostas / dúvidas e necessidades da gestante, apoio emocional, possibilidade de expressão dos sentimentos relacionados ao diagnóstico e/ ou teste)	
	Comentários
c- Comunicação adequada (clareza de linguagem, informação adequada às necessidades da gestante)	

	Comentários
d- Avaliação de riscos e alternativas para novos hábitos (informações sobre riscos orientados à vivência da gestante, compatíveis, demonstração do uso de preservativo)	
	Comentários
e- Orientação dos aspectos clínicos e tratamento as DST/AIDS	

VI - Breve relato descritivo do conteúdo trabalhado e da dinâmica destes atendimentos. Comentários.