



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE CONTROLE DE PROCESSOS ENDÊMICOS

MÔNICA BANDEIRA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL DAS GESTANTES COM HIV
NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADOS DO
TOCANTINS – 2007 A 2009**

Palmas - TO

2012

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE CONTROLE DE PROCESSOS ENDÊMICOS

MÔNICA BANDEIRA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL DAS GESTANTES COM HIV NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADOS DO TOCANTINS – 2007 A 2009

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do título de Mestre, do Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marina Ferreira de Noronha.

Palmas - TO

2012

RECEITA DE MÃE

Pegue paciência
afeto e arco-íris
uma pitada de Maria
misture vigília
porções de só
e miolo de alma a gosto

Unte com luar
e leve ao nascente
em fogo brando
deixe amanhecer
todo dia.

Célio Pedreira

Para

Evandro, Pat e Mama.

AGRADECIMENTOS

À Dra Marina Ferreira de Noronha, minha orientadora, pelo carinho, por compartilhar seu conhecimento, pelos conselhos, pelas longas conversas e principalmente, pela paciência.

Ao Evandro, pelo companheirismo nesses mais de dois anos de luta.

À minha mãe, Leonilda, e à minha irmã Patrícia, por sempre terem acreditado e me apoiado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, por ter provido os meios necessários à minha liberação do trabalho para realização do Mestrado Profissional.

Aos colegas da Vigilância Epidemiológica, pelo seu apoio e auxílio.

Aos queridos colegas do Mestrado Profissional, por todos os momentos compartilhados.

Ao CEULP/ULBRA, na pessoa da Dra Solange Maria Miranda Silva, por todo o apoio recebido, bem como aos colegas professores, principalmente Manuela Barreto, que além de gentilmente ter cedido seu artigo, me substituiu durante um semestre em Exame Físico em Enfermagem. O mesmo para a Juliana, bem como aos alunos do curso de enfermagem, pela paciência em relação a minhas ausências.

Ao Domingos, pela amizade, pelos conselhos e pelas longas conversas.

Às Secretarias de Saúde de Palmas e Gurupi, à DGES da Secretaria de Estado da Saúde e ao NEP do HDT por terem autorizado a pesquisa.

À equipe da Coordenação Estadual de DST/aids do Tocantins, que gentilmente forneceu os meios e informações necessários ao desenvolvimento da pesquisa.

Às equipes dos três serviços pesquisados pelo acolhimento caloroso e solícito.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC – Lamivudina

ABC - Abacavir

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV – Antirretrovirais

AZT – Zidovudina

BCF – Batimentos cardíacos fetais

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DGES – Diretoria de Gestão da Educação na Saúde

DIVIS – Diretoria de Vigilância em Saúde

DPP – Data provável do parto

DST – Doenças sexualmente transmissíveis

HDT – Hospital de Doenças Tropicais

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homens que fazem sexo com homens

IG – Idade gestacional

IMC – Índice de Massa Corporal

LPV/r – Lopinavir/Ritonavir

NFV - Nelfinavir

NVP – Nevirapina

PA – Pressão Arterial

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PVHA – Pessoa vivendo com HIV/aids

SAE – Serviço Ambulatorial Especializado

SESAU – Secretaria Estadual de Saúde - TO

SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SICLOM – Sistema de Informação sobre Controle Logístico de Medicamentos

SINAN – Sistema de Informação Sobre Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

UDI – Usuários de drogas injetáveis

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos SAE analisados de acordo com as principais características da estrutura. Tocantins, 2007 a 2009.	59
Quadro 2 - Distribuição dos SAE analisados de acordo com a organização do prontuário. Tocantins, 2007 a 2009.	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Gestante HIV: total de casos notificados segundo município e unidade notificadora. Tocantins, 2007 a 2009.....	49
Tabela 2 – Casos notificados de Gestante HIV. Distribuição segundo o motivo da exclusão ou perda. Tocantins, 2007 a 2009.	50
Tabela 3 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com a faixa etária, escolaridade, raça/cor e situação conjugal segundo unidade. Tocantins, 2007 a 2009.....	63
Tabela 4 - Distribuição das gestantes analisadas de acordo com a ocupação. Tocantins, 2007 a 2009.	64
Tabela 5 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com a regional de saúde de residência. Tocantins, 2007 a 2009.	65
Tabela 6 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com o número de gestações. Tocantins, 2007 a 2009.	67
Tabela 7 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas segundo a época do diagnóstico da infecção pelo HIV e a situação clínica de acordo com a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.	68
Tabela 8 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas segundo a forma de acesso ao SAE de acordo com a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.....	69
Tabela 9 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas que iniciaram o pré-natal em outras unidades segundo o número de consultas, idade gestacional de início do acompanhamento no SAE e realização da consulta de puerpério* no SAE. Tocantins, 2007 a 2009.	74
Tabela 10 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas que iniciaram o pré-natal nos SAE segundo o número de consultas, a IG de início do acompanhamento e realização de consulta de puerpério* no SAE. Tocantins, 2007 a 2009.	75

Tabela 11 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com a frequência e proporção de anotação dos antecedentes familiares segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.	78
Tabela 12 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com a frequência e proporção de anotação dos antecedentes pessoais segundo unidade. Tocantins, 2007 a 2009.	80
Tabela 13 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com a frequência e proporção de registro dos antecedentes ginecológicos segundo unidade. Tocantins, 2007 a 2009.	83
Tabela 14 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com a frequência e proporção de registro da história obstétrica segundo unidade. Tocantins, 2007 a 2009.....	84
Tabela 15 - Distribuição dos casos de gestante HIV+ analisados de acordo com a frequência e proporção de registro dos dados clínicos e obstétricos na primeira consulta segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.....	85
Tabela 16 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com o tipo de TARV/profilaxia prescrita segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.....	89
Tabela 17 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com o tempo de uso de TARV/profilaxia segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.	90
Tabela 18 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com o registro de dados clínicos e obstétricos nas consultas subseqüentes segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.	92
Tabela 19 - Distribuição das gestantes HIV+ que iniciaram o pré-natal em outras unidades de acordo com o número de registros de resultados de exames laboratoriais segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.....	95
Tabela 20 - Distribuição das gestantes HIV+ que iniciaram o pré-natal nos SAE de acordo com o número de registros de resultados de exames laboratoriais segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.	96

Tabela 21 - Distribuição das gestantes HIV+ que iniciaram o pré-natal em outras unidades segundo o número de registros de resultados de PPD, marcadores sorológicos para Hepatites B e C, urocultura, citologia oncótica e ultrassonografia de acordo com a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.....	97
Tabela 22 - Distribuição das gestantes HIV+ que iniciaram o pré-natal em outras unidades segundo o número de registros de resultados de PPD, marcadores sorológicos para Hepatites B e C, urocultura, citologia oncótica e ultrassonografia de acordo com a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.....	98
Tabela 23 - Distribuição do total de Gestantes HIV analisadas de acordo com os indicadores do Índice de Kessner modificado. Tocantins, 2007 a 2009.	99

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas segundo a idade gestacional da primeira consulta no SAE. Tocantins, 2007 a 2009.76
- Figura 2 - Distribuição das gestantes HIV+ estudados que iniciaram o pré-natal em outras unidades de acordo com a IG de início da TARV/profilaxia. Tocantins, 2007 a 2009.....87
- Figura 3 - Distribuição das gestantes HIV+ estudados que iniciaram o pré-natal nos SAE de acordo com a IG de início da TARV/profilaxia. Tocantins, 2007 a 2009.87

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	6
LISTA DE QUADROS	8
LISTA DE TABELAS	9
LISTA DE FIGURAS.....	12
RESUMO.....	15
ABSTRACT	17
APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Objetivo geral	22
1.2 Objetivos específicos	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 Aids e vulnerabilidade feminina.....	23
2.2 Transmissão vertical do HIV.....	26
2.4 Prevenção da Transmissão Vertical do HIV no pré-natal.....	28
2.5 A saúde da mulher e a assistência pré-natal.....	34
2.6 Avaliação da qualidade em saúde.....	40
3 MATERIAIS E MÉTODOS	45
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
4.1 Descrição da estrutura dos serviços	53
4.2 Perfil das gestantes.....	61
4.3 A primeira consulta.....	71
2.4 Consultas subseqüentes	91
2.5 Adequação da assistência às gestantes com HIV.....	98
5 RECOMENDAÇÕES	102

6 CONCLUSÕES.....	104
REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICES.....	116
Apêndice 1 - ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO – PRONTUÁRIO	117
Apêndice 2 - Roteiro para coleta de dados sobre a estrutura dos serviços	120
ANEXOS	123
Anexo 1	124
Critérios para a atenção pré-natal estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).....	124
Anexo 2.....	125
Indicadores de Processo e de Resultado estabelecidos para avaliação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).	125
Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	126
Anexo 4 – Autorização da SESAU - TO.....	127
Anexo 5 – Autorização da SMS de Palmas	128
Anexo 6 – Autorização da SMS de Gurupi.....	129

RESUMO

A transmissão vertical do HIV pode ser evitada com procedimentos que se iniciam no pré-natal e seguem até o acompanhamento da criança. Essa atenção deve ser pautada em princípios de integralidade, humanização e equidade, prevenindo complicações obstétricas e controlando a situação imunológica da mulher, visando sua saúde e da criança. Os sistemas e indicadores disponíveis possuem limitações, pois não permitem analisar a qualidade do processo de atenção pré-natal especializada às gestantes HIV positivas, se atendo mais aos resultados da atenção. Trata-se de uma pesquisa avaliativa que teve como propósito avaliar a qualidade da atenção prestada às gestantes com infecção pelo HIV atendidas em três serviços ambulatoriais especializados (SAE) no estado do Tocantins, com foco na estrutura e no processo, em relação à disponibilidade de recursos, organização da assistência, utilização e qualidade técnico-científica. Foi utilizado como parâmetro de qualidade o Índice de Kessner modificado e a atenção às gestantes foi classificada em adequada, intermediária e inadequada. Foi realizado levantamento de dados em prontuários de gestantes HIV+ que iniciaram o acompanhamento entre janeiro de 2007 a dezembro de 2009, residentes no Tocantins e que foram atendidas nos três SAE analisados. Para análise da estrutura, foi utilizado um roteiro de observação desenvolvido para a pesquisa e um diário de campo. Os dados foram digitados em planilha do Excel 2007 e analisados por meio do programa estatístico SPSS 17. Observou-se que os serviços ambulatoriais estudados possuem condições essenciais de estrutura para o atendimento às gestantes, no entanto há deficiências em relação à rede laboratorial que prejudica a qualidade da atenção. Observou-se que a maioria das gestantes possui entre 20 e 34 anos, possui baixa escolaridade, é solteira e exerce funções de dona de casa ou com baixa remuneração; 41% conheciam seu estado sorológico antes da gestação, 82% estavam pelo menos na terceira gestação e grande parte é procedente de municípios distantes dos SAE. Nenhuma gestante teve sua assistência pré-natal classificada como adequada segundo os parâmetros utilizados: seis ou mais consultas, início do acompanhamento até a 20ª semana, realizar a consulta de puerpério e todos os exames laboratoriais preconizados. 72% tiveram assistência inadequada e 28% intermediária. Nas unidades com padronização de registro houve melhor completitude das informações coletadas e apesar de uma proporção expressiva das gestantes HIV+ conhecerem seu estado sorológico antes da gestação, apenas um quarto delas teve acesso a seis consultas ou mais, um quinto iniciou o acompanhamento antes da vigésima semana e realizou a consulta de puerpério, e nenhuma realizou todos os exames na frequência recomendada. Fazem-se necessários mais estudos para explicar os

fatores, tanto organizacionais, quanto externos, que influenciam o grau de qualidade encontrado.

Palavras-chave: gestante HIV+, assistência pré-natal, avaliação da qualidade, avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

Vertical transmission of HIV can be prevented by procedures that begin in the prenatal follow up and monitoring of the child. This attention should be guided by principles of integrity, fairness and humane, preventing complications, and controlling the immune status of women, seeking their health and child. Systems and indicators available have limitations because they do not allow us to analyze the quality of the process of prenatal care to specialized HIV positive mothers are sticking to outcome of care. It is an evaluative study that aimed to assess the quality of care provided to pregnant women with HIV infection treated in three specialized outpatient services (SAE) in the state of Tocantins, with a focus on structure and process in relation to the availability of resources, organization of care, utilization, and technical and scientific quality. It was used as quality parameter modified Kessner Index and care during pregnancy was classified as adequate, intermediate and inadequate. We analyzed data from medical records of HIV + pregnant women who started monitoring between January 2007 and December 2009 in Tocantins and residents who have attended the three SAE analyzed. For structure analysis, we used an observation script developed for this research and a field diary. The data were entered into Excel 2007 spreadsheet and analyzed using SPSS 17. We found that outpatient services are essential conditions studied structure for the Care of pregnant women, however there are deficiencies in relation to laboratory network that affect the quality of care. It was observed that most women have between 20 and 34 years, have low education, single and performs duties as a housewife or low income, 41% knew their HIV status before pregnancy, 82% were at least third gestation and is largely coming from distant cities of SAE. No pregnant woman had her prenatal care classified as adequate according to the parameters used: six or more consultations, start of monitoring until the 20th week of puerperium carry out the consultation and all laboratory tests recommended. 72% had inadequate care and 28% intermediate. There is a need for further studies to explain the factors, both organizational and external, that influence the level of quality found.

Keywords: HIV + pregnant women, prenatal care, quality assessment, evaluation of health services.

APRESENTAÇÃO

Tenho atuado como funcionária pública do município de Palmas, estado do Tocantins, desde agosto de 2005 até o presente momento. Desde meu ingresso trabalho como responsável pela Área Técnica de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids (DST/AIDS), na Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (DIVIS/SMS), exercendo funções de coordenação municipal do programa, compartilhando algumas atividades com as Áreas de Atenção Básica e Especializada da SMS.

Ao mesmo tempo, sou professora assistente do curso de enfermagem do Centro Universitário Luterano de Palmas desde 2007, onde ministro as disciplinas Estudos em Patologia Humana, Módulo de Prática Supervisionada em Semiologia e Exame Físico em Enfermagem.

Este trabalho, requisito do Mestrado Profissional em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, parte da minha experiência profissional na Vigilância Epidemiológica municipal e busca contribuir com o trabalho realizado, na Área de DST/aids e também nas áreas correlatas, com ferramentas que subsidiem a tomada de decisão e melhoria da gestão e dos serviços oferecidos à população.

Nesse projeto, procurei envolver a instituição de ensino na qual trabalho, através da participação de estudantes de enfermagem na coleta de dados, como forma de minimizar o viés do meu olhar de gestora do programa sobre os processos de atenção às gestantes com HIV nos serviços.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é uma condição que provoca mudanças fisiológicas e psicológicas que aumentam a vulnerabilidade das mulheres a complicações de saúde. No caso da gestante com infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o pré-natal especializado tem a preocupação de garantir a saúde materna evitando complicações, além de evitar a transmissão do vírus para o conceito. Como se trata de uma gestação de risco, é necessário que haja um acompanhamento adequado, tanto da condição imunológica da gestante, quanto para prevenir e tratar eventos complicadores da gestação e do trabalho de parto e com o recém-nascido.

O risco de transmissão vertical do HIV depende de fatores obstétricos e do estilo de vida da mulher, que podem ser controlados durante a gestação visando à saúde materna e do bebê. O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) determina parâmetros de qualidade para o atendimento às gestantes, de risco ou não, pautados na humanização, na integralidade e na equidade.

As medidas profiláticas da transmissão vertical do HIV se mostram efetivas, mesmo que realizadas de forma incompleta por muitas gestantes, conforme explicitam estudos brasileiros (MELO *et al.*, 2005; VASCONCELOS & HAMANN, 2005; BRITO *et al.*, 2005, MACÊDO *et al.*, 2009), e levaram a uma redução da taxa de transmissão vertical do HIV e da incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em menores de cinco anos em nosso país, que foi reduzida de 5,4 casos por 100 mil habitantes em 1999 para 3,8 casos em 2008. No entanto, na Região Norte, houve aumento da incidência de aids em menores de cinco anos, de 1,4 casos por 100 mil habitantes em 1998 para 3,5 em 2010, sendo que no Tocantins foram identificados 38 casos entre 1998 e junho de 2011. Os dados do

Estudo-Sentinela Parturiente 2006 (SZWARCOWALD et al., 2007, 2008) demonstram que apesar da cobertura da atenção pré-natal ser de 96,4%, há uma baixa cobertura da sorologia anti-HIV (62,3%) e para sífilis (apenas 16,9% realizou 2 testes) no pré-natal. Os indicadores de impacto da atenção, como a taxa de transmissão vertical e a incidência de aids em menores de cinco anos não são, sozinhos, capazes de explicar se o processo de assistência às gestantes HIV positivas é realizado de maneira adequada, dentro dos parâmetros das boas práticas.

Os sistemas de informação existentes, como o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Pré Natal (SISPRENATAL) fornecem alguns subsídios para avaliação do processo de assistência pré-natal. O SIA-SUS informa o número de anti-HIV e Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) realizados em gestantes, mas não é possível calcular a sua cobertura. O SISPRENATAL não permite a retirada das gestantes que não concluíram o pré-natal para cálculo de cobertura de consultas e exames e não é possível identificar as gestantes HIV positivas no seu banco de dados. O SIAB fornece apenas o número de gestantes cadastradas na atenção primária. No entanto, verifica-se que a cobertura e o número de consultas não são suficientes para determinar se a assistência pré-natal é de qualidade. A ficha de investigação de Gestante HIV do SINAN informa apenas se a gestante recebeu a profilaxia com antirretrovirais (ARV) no pré-natal e parto, carecendo de outras informações que permitam avaliar mais qualitativamente o processo de assistência a essas mulheres. Da mesma forma, houve o desmembramento da ficha de investigação de Gestante HIV e Criança Exposta, vigente até 2006, sendo que Gestante HIV tem uma ficha de investigação e Criança Exposta por Transmissão Vertical possui outra; a ficha de

investigação de Criança Exposta, até 2011, não havia sido implantada no SINAN. Atualmente a Criança Exposta ao HIV por Transmissão Vertical possui apenas ficha de notificação. Os indicadores de resultados, como a taxa de mortalidade infantil, neonatal e materna e incidência de aids em menores de cinco anos não permitem visualizar se o processo de atenção pré-natal à Gestante com HIV é de qualidade.

Além disso, os indicadores do SISPRENATAL mostram que a assistência ao pré-natal no Tocantins é de baixa qualidade, haja vista que a cobertura do teste anti-HIV em 2009 (Secretaria Estadual de Saúde - TO, janeiro de 2011), foi de 52%, abaixo da média nacional encontrada por Szwarcwald e colaboradores (2008).

A avaliação da assistência às gestantes HIV positivas permite conhecer se realmente as gestantes HIV positivas estão recebendo atenção adequada de acordo com os princípios do PHPN e do Programa Brasileiro de DST/aids, além de possibilitar a proposição de ações para qualificar a atenção no estado do Tocantins, considerando que se espera que o acompanhamento da gestante HIV, por se tratar de gestação de risco, tenha uma atenção diferenciada.

Soma-se a isso que a atenção pré-natal carece de avaliações no estado do Tocantins, de forma que esse trabalho será de utilidade para a gestão estadual de DST/aids no direcionamento de ações para melhoria do atendimento às gestantes em geral e àquelas com infecção pelo HIV.

O Tocantins tinha, até junho de 2011, um total de 1.373 casos de aids acumulados, com uma taxa de incidência que passou de 4,8 casos por 100 mil em 1998 para 11,8 casos por 100 mil em 2010. O estado tem cinco serviços ambulatoriais especializados (SAE), que atendem toda a demanda estadual de assistência a pacientes com HIV/aids e gestantes com HIV.

Assim, o presente trabalho buscou responder a duas questões, (1) A atenção pré-natal prestada às gestantes com HIV nos SAE do Estado do Tocantins é de qualidade? (2) a estrutura e o processo dos serviços estão adequados para prestação de atenção pré-natal especializado nos SAE do Estado do Tocantins?

1.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade da atenção prestada às gestantes com infecção pelo HIV atendidas em SAE selecionados no estado do Tocantins, que iniciaram acompanhamento no período entre 2007 a 2009.

1.2 Objetivos específicos

- Descrever a estrutura dos SAE selecionados que realizam atenção pré-natal às Gestantes com Infecção pelo HIV no Tocantins;
- Descrever o processo de atenção às gestantes com Infecção pelo HIV;
- Analisar a adequação da estrutura e do processo de atendimento às gestantes com infecção pelo HIV utilizando parâmetros de qualidade propostos na literatura específica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aids e vulnerabilidade feminina

A aids é uma doença emergente com características pandêmicas e que vem acometendo cada vez mais mulheres no Brasil.

De acordo com Barcellos e Bastos (1996), a disseminação da epidemia de aids em nosso país teve três fases: a primeira ocorreu no início da década de 1980, quando a ocorrência de casos se concentrava em grandes centros urbanos das Regiões Sudeste e Sul e atingia principalmente gays e homens que fazem sexo com homens (HSH) e pessoas receptoras de sangue e hemoderivados. A segunda ocorreu no início da década de 1990, quando houve aumento do número de casos entre usuários de drogas injetáveis (UDI) e se iniciou o aumento de casos por transmissão heterossexual, no caso, principalmente entre mulheres parceiras de UDI. Nessa fase a epidemia já estava atingindo cidades de médio porte e havia registro de casos em todas as Unidades da Federação, mas principalmente nas Regiões Sul e Centro-Oeste. A terceira, no final da década de 1990 e primeira década do Século XXI, tem se caracterizado por aumento expressivo do número de casos novos entre mulheres, com expansão para pequenos municípios em todo o território nacional, e atingindo indivíduos de menor escolaridade. Esse fenômeno foi denominado de feminização, pauperização e interiorização da epidemia (BARCELOS & BASTOS, 1996; FONSECA et al, 2000; RODRIGUES-JÚNIOR & CASTILHO, 2004).

Após a terceira década do seu surgimento a aids vem acometendo pessoas em todas as classes sociais e, apesar da ampla divulgação de informações e do alto

conhecimento da população sobre suas formas de transmissão, continua carregando um forte estigma. Este estigma surgiu a partir dos primeiros esforços do setor saúde em traçar as características das populações mais expostas à infecção, que acabou introduzindo o conceito de “Grupos de Risco”. A identificação destes grupos, representados pelos Gays, UDI, Profissionais do Sexo e Hemofílicos, que foram mais atingidos no início da epidemia, teve como consequência o aumento do preconceito social já existente contra populações com comportamentos tidos como desviantes, além de produzir a falsa sensação de segurança, desenvolvida pelas pessoas que não se consideravam integrantes de nenhum desses grupos, por exemplo, as mulheres com parceiros fixos (BASTOS, 2006).

De acordo com o Boletim Epidemiológico mais recente (BRASIL, 2011), no Brasil, de 1980 até junho de 2011, foram identificados 608.230 casos de aids, sendo 210.538 casos em mulheres. Em 1985, havia 26 casos no sexo masculino para cada caso no sexo feminino. A razão de sexos foi se reduzindo com o passar dos anos, até chegar a 1,7 casos no sexo masculino para cada caso no sexo feminino. Na faixa etária de 13 a 19 anos, há mais casos no sexo feminino: 0,8 homens para cada mulher. A taxa de mortalidade é 6,3 por 100 mil habitantes.

No período entre 2000 e 2010, o coeficiente de incidência de aids na Região Norte cresceu de 7,0 casos por 100 mil habitantes para 20,6/100 mil, enquanto na Região Sudeste houve redução, de 24,5 para 17,6 casos por 100 mil habitantes.

De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, o primeiro caso de aids no estado foi registrado no ano de 1988, sendo que a epidemia, localmente, se iniciou a partir dos municípios atravessados pela BR-153 (TOCANTINS, 2010). Até junho de 2011, foram identificados 1.373 novos casos de aids, sendo 38 em menores de 5 anos. O coeficiente de incidência do estado é

menor que o brasileiro, porém se observa um aumento contínuo, passando de 2,4/100 mil em 1996 para 9,5/100 mil em 2010. A taxa de mortalidade no estado é de 3,0 óbitos por 100 mil habitantes, ainda inferior à taxa nacional (BRASIL, 2011).

O estado do Tocantins vem sendo palco de grandes empreendimentos, como construção de hidrelétricas, da Ferrovia Norte-Sul e outros projetos, que produzem grandes deslocamentos populacionais e favorecem a disseminação da epidemia, principalmente para as mulheres (TOCANTINS, 2002).

A vulnerabilidade feminina à infecção pode estar relacionada a fatores biológicos que determinam uma maior chance de transmissão do HIV de homens para mulheres. No entanto, as relações de gênero nas sociedades possuem uma forte associação com a maior vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV e aids. Contribuem para ela a condição sócio-econômica desprivilegiada da maioria das mulheres e também a ampla aceitação social de que os homens possam ter múltiplas parcerias sexuais. As relações de gênero, enquanto relações de poder, produzem dominação e desqualificação da condição feminina, desencadeiam desigualdade nas relações afetivas, conjugais e íntimas, o que dificulta a abordagem de assuntos relativos à sexualidade, fidelidade e proteção, diminui o poder de negociação em relação ao exercício do sexo seguro e responsabiliza as mulheres pelas questões reprodutivas, fazendo com que as mesmas tenham relações sexuais desprotegidas. Uso de drogas, início precoce da vida sexual, história de DST e de violência na vida e maior proporção de não uso do preservativo foram identificados como fatores de maior vulnerabilidade feminina ao HIV/aids (SANTOS *et al.*, 2009).

Vera Paiva e colaboradores (1998), ao estudar a relação entre os condicionantes de gênero e a vulnerabilidade feminina ao HIV em São Paulo, observaram que a maioria das mulheres com HIV estudadas foi infectada pelo

parceiro e não se julgava vulnerável porque não fazia parte de “grupo de risco”, ou porque não tinha “comportamento de risco” ou porque “confiava no parceiro”. Nesse estudo, apenas 12% das mulheres entrevistadas tinham práticas consideradas de risco: múltiplos parceiros ou uso de drogas injetáveis.

O aumento no número de mulheres infectadas pelo HIV se deve basicamente à transmissão heterossexual, devido à dificuldade que a maioria das mulheres possui em negociar com o parceiro a utilização de medidas preventivas, e também porque as práticas de prevenção não têm feito parte da vida de grande parte das mulheres que hoje se encontram infectadas pelo vírus, especialmente porque a maioria dessas mulheres é de baixa renda, com baixo acesso a informação e sem poder de barganha (GALVÃO *et al.*, 2004).

2.2 Transmissão vertical do HIV

Uma consequência nefasta do aumento dos casos de aids na população feminina em idade reprodutiva é a transmissão vertical do HIV e ocorrência de casos de aids em menores de cinco anos de idade (VASCONCELOS & HAMANN, 2005; SOUZA Jr. *et al.*, 2004). De acordo com o Ministério da Saúde, foram identificados, no Brasil, desde 1984 até junho de 2009, 13.036 casos de aids em menores de cinco anos, dos quais 93,9% são atribuídos à transmissão de mãe para filho. A notificação compulsória dos casos de Gestante HIV+ e crianças expostas no território nacional iniciou-se em 2000. Até junho de 2009, foram notificados no SINAN 47.705 casos, com uma taxa de detecção em 2008 de 1,1 casos para mil nascidos vivos. No Tocantins, essa taxa, em 2008, foi de 0,7 para mil nascidos vivos, com um total de 161 casos notificados desde o ano 2000 (BRASIL, 2010b).

A partir da publicação do Protocolo PACTG 076 (*Paediatric Aids Trial Group 076*), em 1994, foi comprovado que o uso da zidovudina durante a gravidez, o parto e para o recém-nascido era efetivo na redução do risco de transmissão materno-infantil do HIV. Estudos posteriores identificaram outros fatores de risco e propuseram medidas para o seu controle, por exemplo, o uso de antirretrovirais (ARV) combinados em terapia tripla, a determinação da via de parto de acordo com a carga viral da gestante, e a substituição do aleitamento materno por fórmula láctea artificial. Essas medidas foram incorporadas nas Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, do Ministério da Saúde, e implementadas nos serviços ambulatoriais especializados do Sistema Único de Saúde desde 1997 (MELO *et al.*, 2005; DUARTE *et al.*, 2005 a e b; GIANVECCHIO & GOLDBERG, 2009; VASCONCELOS & HAMANN, 2005; BRITO *et al.*, 2006).

Com a implementação no SUS do PACTG 046 e do Projeto Nascer, observa-se que a taxa de incidência de aids em menores de cinco anos caiu de 5,4 casos por 100 mil habitantes em 1999 para 3,8 casos em 2008, demonstrando o sucesso do programa na prevenção da transmissão vertical. Na Região Norte se observa que houve aumento da incidência de aids em menores de cinco anos, de 1,4 casos por 100 mil habitantes em 1998 para 3,5 em 2010. Isso pode se relacionar ao nível de cobertura do diagnóstico do HIV na gestação, que é o menor do país, segundo os dados do Estudo-sentinela Parturiente (SZWARCOWALD *et al.*, 2007, 2008).

Esses avanços tornaram a transmissão vertical do HIV um evento evitável na maioria dos casos, através de um conjunto de medidas que iniciam no pré-natal e terminam com o acompanhamento da criança exposta (VASCONCELOS & HAMANN, 2005), podendo ser reduzida a menos de um por cento quando todas as

medidas preconizadas forem seguidas adequadamente (BRASIL, 2007a). Assim, a redução da transmissão vertical do HIV e da incidência de AIDS em menores de cinco anos reflete um esforço conjunto de diversos níveis do sistema de prestação de cuidados em saúde, que inicia na assistência pré-natal de qualidade a todas as gestantes (BRITO *et al.*, 2006).

2.4 Prevenção da Transmissão Vertical do HIV no pré-natal

A transmissão vertical do HIV pode ocorrer na gestação, no período durante o trabalho de parto e através do aleitamento materno. Estima-se que em torno de 60 a 65% dos casos ocorrem durante o trabalho de parto e parto (NISHIMOTO *et al.*, 2005). Vários fatores relacionados ao vírus, à gestante e ao feto contribuem para aumentar o risco de transmissão do HIV da mãe para o filho. Entre eles podem ser destacados a alta viremia materna, o estado clínico e imunológico da gestante, a presença de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis, o tempo prolongado de ruptura das membranas amnióticas, a ocorrência de prematuridade, baixo peso do recém-nascido e a amamentação, dentre outros fatores (DUARTE *et al.*, 2005b; GIANVECCHIO & GOLDBERG, 2009; BRASIL, 2006).

A partir de 1995, já constava no conjunto de recomendações do Programa Nacional de DST/aids a o uso da zidovudina (AZT) para reduzir o risco de transmissão vertical. Em 1998, o consenso terapêutico de terapia antirretroviral para adultos e adolescentes trazia a possibilidade do uso da TARV para gestantes. Em 2001, foi constituído o Comitê Assessor que tem como atribuição incorporar à política brasileira as recomendações para a profilaxia da transmissão vertical. Nesse mesmo ano, foi estabelecida recomendação do uso de TARV combinada para

gestantes de acordo com critérios clínicos e laboratoriais. Esse comitê assessor também determinou que a decisão a respeito da via de parto deveria ser tomada através da avaliação da carga viral, sendo indicada a cesariana eletiva somente para gestantes com carga viral acima de mil cópias por ml ou com carga viral desconhecida, e as demais, a critério obstétrico (VASCONCELOS & HAMANN, 2005).

Duarte *et al.*, (2005a), consideram que a TARV tríplice pode causar efeitos colaterais maternos e fetais, porém pondera que os mesmos são compensados pelos efeitos benéficos na redução da transmissão vertical, por reduzir a carga viral materna a níveis indetectáveis (menores que 50 cópias/ml), resultado que não é atingido com o uso de zidovudina em monoterapia.

As medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV são organizadas em sequência, se constituindo em uma “linha de cuidado”. Considera-se linha de cuidado o conjunto de recomendações, preconizadas pelo Ministério da Saúde para assistência das gestantes infectadas pelo HIV (VASCONCELOS & HAMAN, 2005).

Essa linha de cuidado possui quatro componentes: assistência pré-natal na atenção básica, assistência pré-natal especializada, assistência ao parto e assistência ao recém-nascido e à puérpera.

Na assistência pré-natal na atenção básica, busca-se diagnosticar e tratar precocemente condições que possam trazer prejuízo à saúde materna e do concepto, realizar acompanhamento clínico e obstétrico, vacinação, acompanhamento nutricional, acompanhamento laboratorial, acompanhamento da puérpera e do recém-nascido (RN).

Na assistência pré-natal especializada à gestante HIV positiva, o objetivo é controlar as condições que facilitam a transmissão vertical do HIV, realizar

acompanhamento clínico, obstétrico e laboratorial, e realizar a TARV/profilaxia. No caso das gestantes com infecção pelo HIV, o Ministério da Saúde recomenda que sejam acompanhadas em Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), conjuntamente por obstetra e clínico ou infectologista. As ações de atenção realizadas a essas gestantes incluem diversas atividades, cujo objetivo é minimizar o risco de transmissão vertical do vírus e garantir o bem estar da gestante (BRASIL, 2006).

Na assistência ao parto, a atenção se volta para a identificação das gestantes não testadas no pré-natal e também acolher as gestantes que conheciam seu estado sorológico, prestando os cuidados de prevenção da transmissão vertical durante o trabalho de parto e ao recém-nascido.

Na assistência ao recém-nascido e à puérpera, procura-se acompanhar o recém-nascido até a definição do seu estado sorológico, bem como acompanhar a mãe em relação a sua condição de infecção pelo HIV.

De acordo com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e as Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e TARV em Gestantes, a linha de cuidado da prevenção vertical fica assim constituída: (1) detecção precoce das gestantes, com realização da primeira consulta no primeiro trimestre; (2) oferecimento de sorologia anti-HIV na primeira consulta; (3) acesso ao resultado do exame e, em caso de resultado positivo, encaminhamento para serviço especializado; (4) início de TARV ou profilaxia a partir da décima quarta semana de gestação; (5) realização de cesariana eletiva para gestantes com carga viral elevada (acima de mil cópias/ml) ou desconhecida e a critério obstétrico para as demais; (6) administração de AZT injetável durante o trabalho de parto; (7) a inibição física e/ou medicamentosa da amamentação e alimentação do bebê com fórmula láctea; (8)

administração de AZT oral ao recém nascido durante as primeiras seis semanas de vida; (9) consulta de puerpério; (10) seguimento do bebê até definição do seu estado sorológico e da condição de HIV/aids da mãe.

A assistência pré-natal especializada às gestantes HIV+ é realizada em serviços ambulatoriais especializados em HIV e aids. O Ministério da Saúde recomenda em suas publicações (BRASIL, 2006, 2007b, 2008 a e b; NEMES, 2004) que:

1) Em relação à estrutura, no mínimo, esses serviços devem ter disponíveis alguns insumos para garantir a atenção adequada: medicamentos antirretrovirais, para doenças sexualmente transmissíveis e para infecções oportunistas, fórmula láctea infantil para substituição ao aleitamento materno, insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante), suporte laboratorial. Ainda são necessários recursos humanos treinados: clínico com experiência ou infectologista, ginecologista/obstetra, pediatra, farmacêutico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, assistente social e psicólogo. Deve possuir fluxo de referência e contrarreferência formal para serviço de pré-natal de alto risco e outras especialidades, para exames diagnósticos de imagem, e para serviços de atenção básica onde as gestantes já iniciaram o pré-natal, bem como protocolos clínicos e normas de funcionamento acessíveis a profissionais e usuários. Ressalta-se que a existência de pediatra e ginecologista/obstetra depende da existência de demanda.

Os serviços devem possuir infra-estrutura básica composta de consultórios médicos, salas para atendimento de enfermagem e de outros profissionais e sala para atendimento em grupo, e com condições de biossegurança para os profissionais e usuários. O serviço deve estar em local acessível e não possuir

barreiras que dificultem a circulação interna. Também deve possuir acessibilidade aos pacientes que mais necessitam, como faltosos e gestantes, através de um sistema de agendamento adequado.

2) Em relação ao processo de assistência pré-natal às gestantes HIV positivas, o conteúdo da atenção deve ter atendimento clínico e obstétrico com realização de exame físico, exame obstétrico, anamnese e exames laboratoriais: carga viral, contagem de células T CD4+, tipagem sanguínea, hemograma, provas de função hepática, provas de função renal, lipidograma, glicemia de jejum, sorologia para toxoplasmose, hepatite B e C, sífilis, urina tipo I, urocultura, PPD, bacterioscopia de secreção vaginal, pesquisa de clamídia e gonococo na secreção cervical e colpocitologia oncótica. A frequência de realização dos exames laboratoriais é maior na gestante HIV positiva, devido à necessidade de monitorar possíveis efeitos adversos relacionados aos antirretrovirais. Minimamente o hemograma e a dosagem de enzimas hepáticas devem ser repetidas com intervalos não superiores a sessenta dias, com o objetivo de monitorar o surgimento de efeitos colaterais das medicações em uso. A contagem de células CD4+ deve ser repetida por volta da 24^a a 28^a semana. Também repetir o lipidograma, as provas de função renal e a glicemia de jejum. A carga viral deve ser repetida por volta da 24^a a 28^a semana e na 34^a semana para determinação da via de parto.

Se recomenda a observância de outros aspectos gerais, que também devem ser abordados na primeira consulta. Porém, devido às restrições de tempo e às condições de assimilação e disponibilidade da paciente, não sendo possível abordar todos os itens, o profissional de saúde deve realizar a abordagem nas consultas subsequentes. Esses aspectos incluem a formação de relação de confiança e vínculo com a gestante, a avaliação do nível de conhecimento da paciente sobre a

doença e a prestação de aconselhamento individualizado, de acordo com suas necessidades, inclusive sobre o impacto da Terapia Antirretroviral (ARV) na qualidade e expectativa de vida e o risco de transmissão vertical do HIV, a identificação de situações que aumentem a vulnerabilidade, como o uso de álcool e outras drogas e práticas sexuais desprotegidas. O profissional deve buscar identificar situações que exijam intervenção imediata, como a presença de sinais e sintomas de DST e Infecções Oportunistas, bem como avaliar a necessidade de encaminhar a paciente para outros profissionais e serviços, inclusive de saúde mental e intervenção psicossocial. Outro item importante da primeira consulta é a coleta de informações e seu adequado registro no prontuário ou em formulários padronizados. Ainda, é recomendado que se realize a abordagem de planejamento reprodutivo e atividades de incentivo à adesão aos antirretrovirais durante todo o período de assistência pré-natal.

3) Em termos de resultado da atenção, podem ser elencados, a redução da taxa de transmissão vertical do HIV, com impacto na incidência de aids em crianças; a alta adesão materna aos antirretrovirais, a redução da ocorrência de eventos clínicos e obstétricos desfavoráveis e o conhecimento da usuária sobre local do parto, cuidados com o RN e atitudes a tomar no caso de intercorrências.

Pelas características dos serviços de atenção básica, se recomenda que a gestante com infecção pelo HIV seja acompanhada em conjunto pelo serviço especializado e pelo serviço de atenção básica onde já iniciou o pré-natal (BRASIL, 2006).

2.5 A saúde da mulher e a assistência pré-natal

No século passado houve o desenvolvimento de uma série de tecnologias médicas nas áreas da obstetrícia e da neonatologia que contribuíram para a redução da mortalidade materna e neonatal, principalmente nos países desenvolvidos (TREVISAN *et al.*, 2002). Esse modelo de atenção, centrado no modelo biomédico hegemônico, apesar dos avanços inegáveis, foi responsável pelo distanciamento entre os saberes científico e popular e levou à institucionalização e medicalização do parto, conduzindo a uma realidade de desrespeito aos direitos da mulher e da criança pelas instituições de prestação de cuidado em saúde (SILVA *et al.*, 2005).

Medidas concretas para articular a atenção à saúde da mulher e da criança entre as esferas federal, estadual e municipal do poder público somente foram introduzidas no Brasil a partir de 1975 (YUNES *et al.*, 1987). Canesqui (1987) e Osis (1994), (*apud* Osis, 1998) afirmam que, até a década de 1980, a atenção à saúde da mulher em nosso país era resumida à preocupação com a saúde materno-infantil, cujo enfoque era “intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social” (OSIS, 1998, p. 26).

Em 1984 foi divulgado oficialmente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que rompeu com a visão tradicional de saúde da mulher, centrada fundamentalmente na reprodução. O PAISM inicialmente foi visto com desconfiança por setores que o viam como um programa de controle da natalidade, porém foi recebido favoravelmente, principalmente pelos movimentos de mulheres, que consideravam que suas diretrizes satisfaziam seus anseios. Com o PAISM, pela primeira vez se implantou efetivamente o planejamento familiar como parte

integrante do conjunto completo de ações de atenção à saúde das mulheres, e não como um fim em si mesmo.

Ele foi criado antes da adoção do conceito de saúde reprodutiva pela Organização Mundial da Saúde, porém incluiu plenamente o conceito de saúde reprodutiva adotado pela OMS no final da década de 1980. O programa foi pautado pelos princípios da equidade e integralidade, provendo assistência ao processo de gravidez, parto e puerpério, planejamento reprodutivo (concepção e contracepção), prevenção do câncer do colo do útero e mama, doenças transmitidas sexualmente e sexualidade, abordando os problemas presentes da adolescência até a terceira idade (OSIS, 1998; SERRUYA *et al*, 2004).

A assistência pré-natal de qualidade, em conjunto com outras ações, se coloca atualmente como ação estratégica para a consecução de duas das Metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM): reduzir a mortalidade de menores de cinco anos, reduzir a mortalidade materna, além de contribuir para a consecução da Meta sete, reduzir a incidência de HIV/aids (LAURENTI, 2005). O Pacto Pela Vida, componente do Pacto Pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, estabelece entre suas prioridades a redução da mortalidade infantil e materna. Entre os indicadores de monitoramento do Pacto pela Vida, está a incidência de AIDS em menores de cinco anos, que é uma aproximação da taxa de transmissão vertical do HIV, acompanhada através da Pactuação das Ações de Vigilância em Saúde - PAVS (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2010c).

O PAISM representou um avanço em termos de assistência aos direitos reprodutivos das mulheres. No entanto, sofreu dificuldades financeiras, políticas e operacionais no seu processo de implantação. Essas dificuldades se refletiram nos

indicadores da assistência pré-natal e de saúde reprodutiva que, no final da década de 1990, deixavam a desejar (SERRUYA *et al.*, 2004; ANDRADE, 2005).

A atenção pré-natal compreende um conjunto de cuidados prestados ao binômio mãe-filho que ocorrem durante a gestação, com o objetivo de prevenir, diagnosticar e tratar eventos que possam colocar em risco sua saúde. Para que ela ocorra, se faz necessário investimento de tempo e recursos, por parte da mulher, dos profissionais e das instituições de prestação de cuidados em saúde (SILVEIRA & SANTOS, 2004).

No ano 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria GM nº 569, de 1º de junho de 2000. Os objetivos do programa são reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, melhorar o acesso, a qualidade e a cobertura da assistência pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao neonato, bem como contribuir para ampliar ações como as redes estaduais de atenção às gestantes de alto risco (ANDRADE, 2005). Em sua concepção, o PHPN está comprometido com a reorganização da assistência à mulher gestante, vinculando o pré-natal ao parto e ao puerpério, através da garantia do direito ao acompanhamento pré-natal, à escolha da maternidade, ao atendimento humanizado no parto e puerpério e assistência adequada à criança (SILVA *et al.*, 2005).

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou o manual técnico **“Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada”**, onde se coloca que atenção no pré-natal deve ser pautada pelos princípios da qualidade e da humanização. O conceito humanização é entendido, pelo programa, como a realização do atendimento com respeito à dignidade e à autonomia da mulher e seu filho, princípios esses herdados a partir do PAISM. Os serviços de saúde que realizam

assistência ao pré-natal devem ser organizados de forma a estar vinculados a unidades de assistência ao parto, possuir recursos físicos, materiais e humanos mínimos para a assistência, realizar a captação precoce das gestantes e garantir o atendimento de todas as gestantes que procurarem os serviços, além da garantia de acesso à realização dos exames complementares preconizados, atendimento de possíveis intercorrências e atenção ao puerpério e ao recém nascido (BRASIL, 2005).

Dessa forma, é possível atender ao objetivo estratégico da atenção pré-natal e puerperal, que é “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal” (*idem*, p. 8).

Para assegurar esse objetivo, o Ministério da Saúde preconiza parâmetros mínimos a serem assegurados pelos municípios, que incluem a captação precoce das gestantes para o pré-natal, a garantia de um número mínimo de seis consultas, desenvolvimento de atividades educativas, da anamnese, do exame clínico-obstétrico e de exames laboratoriais, da imunização contra o tétano, avaliação e monitoramento do estado nutricional, prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais, diagnóstico precoce do câncer de colo de útero e de mama, tratamento de intercorrências, classificação de risco gestacional e encaminhamento para serviços de referência, com acompanhamento conjunto entre atenção básica e serviço especializado em pré-natal de alto-risco e atenção ao puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2005).

O PHPN recomenda indicadores operacionais para monitoramento da assistência pré-natal. Esses indicadores são acompanhados através de um sistema de informação, o SISPRENATAL. Esse sistema é alimentado e gerenciado pelos

municípios. A entrada de dados é realizada com dados de dois documentos: a Ficha de Cadastramento da Gestante e a Ficha de Registro Diário dos Atendimentos da Gestante. Os documentos são preenchidos pelas unidades básicas de saúde e as informações são incluídas no sistema mensalmente. O SISPRENATAL gera relatórios que permitem o cálculo dos indicadores de processo do programa, como o percentual de gestantes cadastradas que realizaram a primeira consulta antes da vigésima semana, percentual de gestantes cadastradas que realizaram seis consultas ou mais, percentual de gestantes cadastradas que realizaram a dose imunizante da vacina antitetânica, percentual de gestantes que realizaram dois exames de VDRL, percentual de gestantes que realizaram exame anti-HIV, dentre outros exames, percentual de gestantes que realizou a consulta de puerpério (SERRUYA *et al.*, 2004; BRASIL, 2005).

A Portaria GM nº 570, de 1º de junho de 2000, prevê o pagamento de incentivo financeiro aos municípios aderentes ao programa, sendo R\$ 10,00 para cada gestante cadastrada no SISPRENATAL com a primeira consulta até o quarto mês, e R\$ 40,00 para as gestantes cadastradas que tiveram a consulta de puerpério realizada. O elenco mínimo de procedimentos a ser ofertados para as gestantes e os indicadores de monitoramento da assistência pré-natal estão descritos em sua íntegra respectivamente nos anexos 1 e 2.

Apesar das recomendações do PHPN, os indicadores quantitativos de adequação do pré-natal são influenciados por variáveis relacionadas à mãe, ao contexto sócio-demográfico e à organização dos serviços de saúde. O nível de escolaridade da mãe interfere positivamente no número de consultas. A presença de companheiro fixo influencia a Idade Gestacional de início do pré-natal e o número de consultas. Mulheres com maior número de filhos tendem a chegar mais tarde ao pré-

natal. Essas situações devem ser adequadamente consideradas e manejadas pelos serviços de saúde, de forma a melhorar a qualidade do atendimento pré-natal prestado (SILVEIRA & SANTOS, 2004).

A forma de organização dos serviços de saúde pode produzir barreiras que diminuam a acessibilidade à assistência pré-natal, retardando seu início, diminuindo o acesso ao número mínimo de consultas recomendado e à coleta e aos resultados dos exames complementares necessários, como é o caso da sorologia anti-HIV (ARAÚJO *et al.*, 2008).

No Brasil, se observou uma ampliação da cobertura da atenção pré-natal, que chegou a 95% em algumas regiões e houve um aumento no número médio de consultas de 1,2 para 5,1 consultas para cada parto em 2003 (GONÇALVES *et al.*, 2009), porém, indicadores como a incidência de sífilis congênita, demonstram que essas atividades não são realizadas com a qualidade esperada. Souza Junior e colaboradores (2004) observaram que ocorrem muitas perdas de oportunidade de diagnóstico da infecção pelo HIV em gestantes, principalmente naquelas com baixa escolaridade, que residem em regiões menos desenvolvidas do país e em municípios pequenos.

Szwarcwald *et al.* (2007) e Szwarcwald *et al.* (2008), por ocasião da realização do Estudo Sentinela Parturiente 2006, observaram que no Brasil apenas 14% das gestantes realizam dois testes para sífilis e um teste anti-HIV durante o pré-natal conforme preconiza o Ministério da Saúde. Segundo o mesmo estudo, a prevalência de infecção pelo HIV estimada foi de 0,41% em parturientes, sendo que apenas 62,3% delas haviam tido acesso ao teste durante o pré-natal.

Outros estudos detectaram um baixo grau de adequação do pré-natal, como o de Koffman & Bonadio em São Paulo (2005), no qual apenas 34% das gestantes

tiveram o pré-natal considerado adequado, e o de Ribeiro Filho em Manaus (2004), no qual 71% das gestantes estudadas tiveram um pré-natal considerado inadequado. Coimbra e colaboradores (2003), em São Luís, encontraram uma cobertura de pré-natal de 89,5%, porém apenas 10% das gestantes tiveram a assistência pré-natal considerada adequada.

2.6 Avaliação da qualidade em saúde

A qualidade é um conceito variável, que depende do ponto de vista do sujeito que a define, seja gestor, usuário ou profissional de saúde. Também varia de acordo com as especificidades locais, das características dos serviços e das expectativas dos usuários (SERAPIONI, 1999).

Donabedian (1980) afirma que o conceito de qualidade deve levar em conta a relação entre os benefícios e os danos do cuidado em saúde. O autor divide operativamente a prestação de serviços de saúde em dois aspectos: técnico e interpessoal. O aspecto técnico se relaciona à aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos das tecnologias médicas e de outras áreas de conhecimento. O aspecto interpessoal se relaciona à interação social e psicológica entre os profissionais (prestadores de serviços em saúde) e os usuários dos serviços de cuidado em saúde. Nessa linha, outros autores dividem a qualidade em um elemento objetivo, que está relacionado aos componentes físicos de um produto ou serviço, e um componente subjetivo, que se relaciona à satisfação do usuário, levando em conta sua percepção e suas expectativas (EIGLIER & LANGEARD, 1988 apud SERAPIONI, 1999).

Vuori (1988) concorda que a definição de qualidade varia de acordo com a posição do sujeito, e cita que serviços de saúde de qualidade devem atender a algumas características desejáveis ou subdimensões da qualidade: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, adequação e qualidade técnico-científica.

Segundo Donabedian (1990), são sete os atributos de qualidade de um serviço de saúde: 1) Eficácia, que é o melhor cuidado em saúde que se pode oferecer, dentro de condições ideais; 2) Efetividade, o melhor cuidado que se pode oferecer, transposto para as mais diversas circunstâncias da prática diária; 3) Eficiência que se relaciona ao custo-benefício; 4) Otimização: se refere ao tipo de cuidado em saúde que atinge o maior número de pessoas, com a melhor qualidade técnico-científica possível, o menor custo, de forma que se garanta o máximo benefício e o mínimo de dano à coletividade; 5) Aceitabilidade: o serviço deve estar de acordo com as expectativas e valores dos usuários e familiares. Depende de valores subjetivos dos pacientes, relação entre os pacientes e os profissionais, dentre outras questões; 6) Legitimidade: o serviço ou programa deve ser aceito pela sociedade em geral; 7) Equidade: o serviço deve atender aos princípios do justo e do favorável em relação à distribuição do cuidado em saúde para os diferentes membros da sociedade que dele necessitem.

Avaliar a qualidade de um serviço de prestação de cuidados em saúde significa realizar um julgamento sobre em que medida esse serviço é de qualidade, baseado em critérios e parâmetros definidos previamente (DONABEDIAN, 1980). Este autor (1990) propõe que, para avaliar a qualidade sejam consideradas três dimensões dos serviços de saúde: a estrutura, o processo e os resultados.

A estrutura se refere a características mais estáveis dos serviços de saúde, como recursos humanos, recursos financeiros, estrutura física. O foco na estrutura se baseia no pressuposto de que uma estrutura melhor tem maior capacidade de produzir uma assistência de melhor qualidade. O processo está relacionado às atividades que se desenvolvem na relação entre os prestadores de cuidados em saúde e os usuários e parte do pressuposto que, se forem aplicados de forma correta os melhores conhecimentos e tecnologias disponíveis, os resultados dessa atenção serão melhores. O resultado está ligado às mudanças no estado de saúde atual ou futuro, que possam ser atribuídas ao cuidado em saúde recebido e se relaciona ao cumprimento dos objetivos dos serviços, como prevenir, curar, promover e proteger a saúde (DONABEDIAN, 1990).

Os estudos sobre qualidade do pré-natal, em geral, estudam a qualidade da atenção prestada através de dimensões como acesso, utilização, cobertura, eficácia, alcance de objetivos, estrutura dos serviços, processo de atendimento, satisfação das usuárias e resultados da atenção. A adequação da assistência pré-natal pode ser estimada através de indicadores quantitativos, que são os indicadores de utilização, como o grau de cobertura e o número de consultas, e por indicadores qualitativos, que são indicadores de processo, como o percentual de realização de exames complementares realizados (SILVEIRA & SANTOS, 2004).

Investigações que avaliam a utilização da atenção pré-natal utilizam indicadores quantitativos, como a idade gestacional de início do pré-natal, o número de consultas, isoladas ou combinadas e controladas ou não para a duração da gestação. O Índice de Kessner e o Índice APNCU (*Adequacy Prenatal Care Utilization Index*) são métodos quantitativos utilizados para avaliação da qualidade da assistência pré-natal, cujos critérios de adequação são fundamentados na

combinação da época de início e no número de consultas. O índice de Kessner é um algoritmo baseado na idade gestacional de início do pré-natal e no número de consultas ajustadas para a idade gestacional, classificando a assistência em três categorias: adequada, intermediária e inadequada. (SILVEIRA & SANTOS, 2004). O Índice APNCU, proposto por Kotelchuck (1994), avalia a adequação do mês do início do pré-natal e a adequação da atenção recebida pelo número de consultas, classificando a assistência em sobreadequada, adequada, intermediária e inadequada, de acordo com a razão entre a atenção recebida e a esperada. O Índice APNCU baseia seus critérios de qualidade em relação ao número de consultas nas recomendações do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), para gestações não complicadas, que é de 9 consultas para uma gestante que iniciou o pré-natal no quarto mês em uma gestação de 36 semanas (KOTELCHUCK, 1994).

Em 1993, Sílvia Takeda, em sua dissertação de mestrado, realizou uma avaliação da qualidade da assistência pré-natal, tendo modificado o Índice de Kessner para esse fim. O índice de Kessner, modificado pela autora, tem os seguintes pontos de corte: adequado (seis ou mais consultas e início pré-natal antes de vinte semanas); inadequado (início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas); intermediário (demais situações) (SILVEIRA *et al.*, 2001). Silveira *et al.* (2001), acrescentaram mais itens aos parâmetros de adequação propostos por Takeda, como realização de exames laboratoriais e de itens do exame clínico-obstétrico, considerando como adequada a atenção onde a gestante tivesse realizado, além das seis ou mais consultas e início pré-natal antes de vinte semanas, duas vezes os exames de dosagem de hemoglobina, VDRL e Exame Comum de Urina, e quando foram verificados cinco ou mais registros da altura

uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema e peso; quatro ou mais registros dos batimentos cardíacos e dois ou mais registros da apresentação fetal (SILVEIRA et al., 2001).

As informações no prontuário fornecem um relato detalhado sobre a assistência prestada, além de assegurar a continuidade do cuidado e economizar tempo. Os prontuários são fontes de informações para pesquisas relacionadas à frequência de distúrbios clínicos, uso de terapias e cuidados médicos e de enfermagem, ocorrência de complicações e óbitos, além de serem fontes de dados para auditorias, monitoramento e avaliação dos serviços prestados. O ambiente nas instituições de saúde impõe muitos desafios para registrar com precisão os cuidados prestados (POTTER & PERRY, 2005). No entanto Baran (2001, *apud* RIBEIRO FILHO, 2004) afirma que as avaliações de processo com foco na auditoria em prontuários médicos contribuem para a melhoria do registro e da assistência em si.

Em suas recomendações para a assistência pré-natal, a FEBRASGO (2001) ressalta a importância do registro de informações e manutenção de estatísticas dos atendimentos do serviço, contribuindo para uma adequada assistência à gestante. Nas normas e critérios de qualidade do Guia Qualiaids, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b) recomenda a padronização de registros:

O registro padronizado em prontuário em todas as consultas é um dos mais importantes instrumentos da assistência, tanto do ponto de vista do atendimento a cada indivíduo, quanto do ponto de vista da avaliação e monitoramento da qualidade do trabalho.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma avaliação da qualidade da atenção pré-natal sob o aspecto da adequação da assistência às normas vigentes sendo, portanto, uma avaliação normativa e também formativa, quando pretende-se produzir informações para a melhoria do programa (SCRIVEN, 1967; CONTANDRIOPOULOS, 1997). Foram adotadas como parâmetro de qualidade as normas do Ministério da Saúde para assistência a gestantes, combinando as recomendações do PHPN com as Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e TARV em Gestantes.

Foram avaliadas, em relação à estrutura, a estrutura física (quanto à acessibilidade geográfica, acessibilidade das gestantes aos serviços oferecidos e obstáculos internos), a disponibilidade de recursos materiais e humanos, a disponibilidade de exames laboratoriais e de imagem, os fluxos de referência e contrarreferência e a existência de protocolos internos instituídos.

Em relação ao processo, foi avaliado o acesso (em relação à época de início do acompanhamento) a utilização (em relação ao número de consultas) e a adequação, relacionada à frequência de registros dos procedimentos essenciais preconizados pelo Ministério da Saúde nas consultas.

Em relação à consulta puerperal, foi considerada realizada a consulta que ocorreu até 42 dias após o parto.

A dimensão da estrutura foi analisada através de um roteiro de observação e análise de documentos, quando disponíveis. O processo foi analisado a partir dos registros nos prontuários das gestantes HIV positivas.

O estudo foi realizado no estado do Tocantins, escolhido por ser o estado de residência da pesquisadora.

O estado do Tocantins possui 139 municípios e uma população de 1.383.445 habitantes. A rede de assistência a pacientes com HIV e aids no estado do Tocantins é composta por cinco SAE:

- Hospital de Doenças Tropicais (HDT), localizado em Araguaína, no norte do Estado;
- Núcleo de Assistência Henfil, localizado no município de Palmas, no centro do Estado;
- Policlínica Dr Luís dos Santos Filho, localizada em Gurupi, no sul do Estado;
- Policlínica João Coelho de Azevedo, de Paraíso, localizada na região central do Estado;
- Policlínica Dr. Gismar Gomes, em Porto nacional, localizado também na região central do Estado.

Com exceção do SAE do HDT, que é um serviço gerido pela Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins (SESAU-TO), todos os demais são serviços municipais, sendo que os SAE de Gurupi, Porto Nacional e Paraíso são serviços inseridos em policlínicas e que são de pequeno porte. O SAE de Palmas é exclusivo para atendimento de pessoas com HIV e aids e outras doenças infecciosas, como hepatites virais. O estado possui dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), um funcionando junto com o SAE de Palmas e outro no HDT, em Araguaína. A realização dos exames de carga viral e contagem de células T CD4 é realizada pelo Laboratório Central do estado (LACEN), sendo que no estado só existem dois postos de coleta: na sede do LACEN, em Palmas, e no HDT de Araguaína.

Pacientes que residem em outros municípios necessitam deslocar-se de distâncias consideráveis para realizar a coleta. Os demais exames laboratoriais, como bioquímica e sorologias são realizados em laboratórios municipais e conveniados e seguem fluxo pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), assim como exames de imagem. O estado possui 17 hospitais regionais de gestão estadual, sendo que o Projeto Nascer – maternidades está implantado em nove hospitais. O estado possui cinco unidades dispensadoras de medicamentos ARV, localizadas nos SAE, e os hospitais com Projeto Nascer dispõem de ARV para realização da profilaxia da transmissão vertical para parturientes e recém-nascidos.

A SESAU-TO autorizou a realização do estudo no SAE do HDT/Araguaína, a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas autorizou o estudo no Núcleo de Assistência Henfil e a Secretaria Municipal de Saúde de Gurupi autorizou a realização do estudo no SAE da Policlínica Dr Luís dos Santos Filho.

Em relação aos municípios de Gurupi e Palmas, houve agilidade no trâmite da análise do projeto e autorização do estudo. Quanto à SESAU-TO, houve muita dificuldade para obtenção da autorização, devido a uma particularidade de fluxo: a SESAU-TO exige o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa para a autorização do estudo. Já o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP exige a autorização do local onde se dará o estudo para emissão do Parecer, o que atrasou sobremaneira a coleta de dados.

Os municípios de Paraíso e Porto Nacional não concederam autorização para a pesquisa, mesmo após encaminhamento de ofício pelo correio, depois, ofício entregue em mãos, diversos contatos telefônicos e ida da pesquisadora ao município. Portanto foram perdidas oito gestantes notificadas nesses locais, três em Porto Nacional e cinco em Paraíso.

Assim, foram analisados os SAE de Palmas, de Araguaína e de Gurupi. Cada um deles recebeu a denominação genérica de unidade A, unidade B e unidade C, aleatoriamente, para preservar a confidencialidade, dentro do possível, haja vista que se trata de apenas três serviços de saúde, com características distintas.

Foram encontradas, registradas no SINAN (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação) 96 casos de Gestante HIV no período de 2007 a 2009.

Foram incluídas no estudo as gestantes:

- Que iniciaram o acompanhamento nos três Serviços de Assistência Especializada (SAE) do Estado no período entre primeiro de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2009;

- Residentes no Estado do Tocantins;
- Que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal nos SAE estudados;
- Cujos prontuários foram encontrados.

Foram excluídas do estudo:

- Gestantes que iniciaram o pré-natal em SAE do estado antes de 1º de janeiro de 2007 ou após 31 de dezembro de 2009;
- Não residentes em municípios do Tocantins;
- Cujos prontuários não foram encontrados.
- Cujo diagnóstico ocorreu apenas por ocasião do parto ou que não realizaram consultas nos SAE.

Das gestantes levantadas, 58 prontuários atenderam aos critérios de inclusão (60%). A coleta de dados dos prontuários foi realizada pela própria pesquisadora, auxiliada por uma acadêmica de enfermagem treinada. As informações foram anotadas em um instrumento de coleta de dados elaborado para esse fim, adaptado

a partir do questionário utilizado por Ribeiro Filho (2004), adaptado às especificidades da gestante HIV+ (Apêndice 1). Os dados relacionados à estrutura foram coletados pela própria pesquisadora em instrumento próprio, elaborado para a pesquisa (Apêndice 2). Também foi realizado um diário de campo, no qual foram registrados aspectos observados em relação à atenção, durante a coleta de dados e que forneceu dados importantes para a análise da estrutura, bem como observações anotadas no roteiro de coleta de dados do prontuário.

Foi realizado um estudo piloto utilizando prontuários de gestantes atendidas no ano de 2006 e 2010, no SAE do município de Palmas, para validar o instrumento de coleta de dados.

A tabela 1 traz a distribuição dos casos de gestante HIV+ no período, de acordo com a unidade notificadora. As unidades que realizaram mais notificações foram o Núcleo de Assistência Henfil de Palmas e o HDT de Araguaína, que são os serviços com maior abrangência populacional.

Tabela 1 - Gestante HIV: total de casos notificados segundo município e unidade notificadora. Tocantins, 2007 a 2009.

Unidade notificadora	Município	n
Núcleo de Assistência Henfil	Palmas	32
Unidade de Saude Esperidiao Rezende da Gloria	Lagoa do Tocantins	1
Centro de Especialidades Medicas CEME	Porto Nacional	1
Policlínica de Paraíso	Paraíso do Tocantins	1
Unidade de Saúde da Família de Novo Jardim	Novo Jardim	1
Unidade de Saúde da Família Taquaruçu	Palmas	1
Unidade de Saúde da Família de Palmeirante	Palmeirante	1
Policlínica Luís Santos Filho	Gurupi	9
Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos	Palmas	7
Hospital e Maternidade Dom Orione	Araguaína	9
Hospital de Doenças Tropicais	Araguaína	27
Hospital Materno Infantil Tia Dedé	Porto Nacional	3
Serviço Ambulatorial Especializado	Porto Nacional	3
Total		96

Fonte: SINAN, Secretaria Estadual de Saúde, Tocantins.

Após a busca e análise nos prontuários, foram excluídas 22 gestações (23%) e perdidas outras 16 (16%). O banco de dados foi formado, então, de 58 gestações, sendo 34 do serviço A, 7 do serviço B e 17 do serviço C.

As gestações excluídas ou perdidas se encontram sistematizadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Casos notificados de Gestante HIV. Distribuição segundo o motivo da exclusão ou perda. Tocantins, 2007 a 2009.

Motivo da exclusão ou perda	n (%)
Pertencentes aos serviços excluídos da pesquisa	8 (21)
Identificadas durante o parto ou aborto	16 (42)
Iniciaram o acompanhamento fora do período da pesquisa	3 (8)
Duplicidade de registro no SINAN	3 (8)
Prontuário não encontrado	8 (21)
Total	38 (100)

Após a revisão dos instrumentos de coleta de dados quanto à presença de inconsistências e incompletitudes, foi realizada a digitação dos dados em planilha do Microsoft Excel. Os dados foram organizados em frequências e proporções.

Em relação à adequação do pré-natal, as gestantes estudadas foram categorizadas segundo o Índice de Kessner, modificado por Takeda em 1993 e citado no estudo de Koffman e Bonadio (2005), e de um índice adaptado que leva em conta a “linha de cuidado” da prevenção da transmissão vertical do HIV e os princípios do PHPN.

- Atenção adequada: gestantes que iniciaram o acompanhamento pré-natal especializado antes da vigésima semana, realizaram TARV/profilaxia, realizaram mais de seis consultas no serviço, realizaram hemograma, sumário de urina, VDRL, provas de função hepática e renal, lipidograma, glicemia de jejum, contagem de CD4 e

carga viral pelo menos duas vezes e realizaram a consulta de puerpério.

- Atenção inadequada: gestantes que iniciaram o acompanhamento e profilaxia após a 28ª semana, que tiveram menos de três consultas, que não realizaram os exames complementares preconizados ou não realizaram profilaxia com antirretrovirais.
- Atenção intermediária: todas as outras situações.

As gestantes também tiveram seu atendimento analisado quanto à realização dos procedimentos clínicos e obstétricos, como peso, IMC, altura uterina, ausculta dos BCF, avaliação da apresentação fetal, avaliação nutricional, imunização, que são atividades amplamente recomendadas para uma atenção pré-natal adequada, por permitirem a identificação de situações de risco para a gestante e o recém-nascido (BRASIL, 2005, 2006, 2007b).

Como o registro da idade gestacional não estava presente em todas as consultas, foi calculada, com base nas informações existentes no prontuário (Data da Última Menstruação, Data Provável do Parto, Idade Gestacional e resultados de ultrassonografia), uma IG para as consultas com esse dado não preenchido. Dessa forma, para o cálculo da distribuição das consultas por idade gestacional, foi utilizada essa “IG calculada”, e para análise da completitude dos registros, a “IG anotada”.

Em relação aos resultados de exames laboratoriais, analisou-se a realização dos seguintes exames: hemoglobina e hematócrito, glicemia de jejum, sumário de urina (EAS), provas de função renal (ureia e creatinina), provas de função hepática (Transaminase Oxalacética e Transaminase Pirúvica – TGO/TGP), lipidograma (colesterol total e frações e triglicérides), sorologia para sífilis (VDRL), além da

realização da contagem de células CD4 e da quantificação da carga viral, duas vezes durante a gestação, e PPD, Hepatite B (HBs-Ag, Anti-HBc-total, Anti-HBs), Hepatite C (Anti-HCV) e toxoplasmose, uma vez durante a gestação.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, sob o parecer nº 052/2011, pela Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins e pelas Secretarias Municipais de Saúde de Palmas e Gurupi (Anexos 3, 4 e 5).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Descrição da estrutura dos serviços

A gestação é um período no qual ocorrem mudanças significativas na vida da mulher. A atenção pré-natal deve se constituir em um processo que envolva a equipe de saúde, a gestante e seus familiares, a fim de se prevenir e também identificar e tratar situações que possam trazer riscos à saúde materna e, conseqüentemente, do feto (SANTOS; RADOVANOVIC & MARCON, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b), o fluxo de atenção a gestantes com HIV no Sistema Único de Saúde é organizado de forma a respeitar as especificidades regionais e locais, com a porta de entrada da gestante ocorrendo através das unidades básicas de saúde (UBS), unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou através dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que devem captar a gestante para o pré-natal e realizar os testes sorológicos para HIV. No caso das gestantes identificadas como soropositivas para o HIV durante a assistência pré-natal, é recomendado que a unidade de entrada realize o aconselhamento pós-teste, preencha a ficha de notificação e investigação de Gestante HIV+, inicie o atendimento clínico-obstétrico pelo médico e encaminhe a gestante para o serviço de referência de acordo com fluxo estabelecido pelo local.

As Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes (BRASIL, 2006), apontam que a gestante com diagnóstico do HIV deve ser encaminhada, preferencialmente, para um SAE (Serviço Ambulatorial Especializado), no qual terá seu acompanhamento clínico

como portadora do HIV, e que o pré-natal deverá ser realizado em serviço de referência durante toda a gestação.

O Protocolo indica que o médico da própria unidade de entrada da gestante solicite os exames de contagem de células T-CD4 e a Carga Viral, porém, na prática, esses exames são solicitados somente pelos médicos e unidades de saúde de referência, cadastrados no SISCEL (Sistema de Informação de Exames Laboratoriais).

As diretrizes do Ministério da Saúde permitem que os fluxos sejam organizados de acordo com as especificidades locais, o que foi verificado durante a realização da pesquisa.

Um resumo das principais características dos três serviços analisados se encontra no quadro 1.

A unidade A é um serviço de gestão municipal, exclusivo para atendimento de pessoas vivendo com HIV e Aids (PVHA), onde funcionam o SAE e o CTA. Verificou-se que a unidade também é referência para tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e de Hepatites Virais. De acordo com informações do SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), fornecidas pela Secretaria Estadual de Saúde, 195 pacientes retiraram antirretrovirais nessa unidade no mês de novembro de 2011. O serviço funciona em um prédio residencial alugado e adaptado. O local fica distante de pontos de ônibus, em uma quadra residencial. Apesar de haver placas indicativas próximas ao local, é difícil de encontrar pela primeira vez. O prédio se encontra deteriorado e tem um obstáculo à acessibilidade: o acesso aos consultórios se dá por meio de uma escada estreita, sem outro acesso alternativo. Possui consultórios médicos, salas de atendimento de enfermagem, psicologia, assistente social e farmácia. A equipe multiprofissional é exclusiva do

serviço e é composta por médicos (clínico, infectologista, ginecologista, urologista, pediatra e gastroenterologista). Pela manhã ocorre o atendimento pelo clínico e à tarde pelos demais médicos. O atendimento das gestantes portadoras do HIV é realizado pelo clínico ou pelo infectologista e pelo ginecologista na própria unidade.

Foi observado que na unidade A as gestantes têm três portas de entrada: o CTA, as UBS/USF do município, que encaminham a gestante diretamente para o serviço, e o próprio SAE, pois verificou-se que mulheres com diagnóstico prévio do HIV/aids procuram a unidade de forma direta. Apesar de o município ter unidades de referência para pré-natal de alto risco, o acompanhamento das gestantes é realizado pela equipe da unidade A (clínico, infectologista e ginecologista). Anotações nos prontuários permitem inferir que há referência e contrarreferência entre a equipe desse SAE e as UBS/ESF. Anotações nos prontuários de contato telefônico e por escrito com os profissionais da atenção básica do município e de municípios vizinhos foram encontradas, principalmente no caso de gestantes faltosas. As gestantes residentes em outros municípios acessam o SAE via Central de Regulação municipal. Verificou-se, pelo conteúdo dos prontuários, que o fluxo de encaminhamento das pacientes dentro da unidade é feito livremente: gestantes, no mesmo dia, foram atendidas pelo clínico, pelo ginecologista e pelos outros profissionais da equipe.

As gestantes com HIV são encaminhadas para o parto na maternidade pública de referência. Não há menção sobre conteúdo do encaminhamento nos prontuários, apenas anotação constando a data de agendamento da cesariana. Observou-se que no caso dessa unidade (A), o profissional que realiza o atendimento da gestante também trabalha na maternidade. No entanto há

contrarreferência da maternidade para o SAE, constando documento em alguns prontuários.

A unidade B (Quadro 1) é um serviço que funciona inserido em uma unidade de atenção secundária à saúde (policlínica). Nesse local funcionam diversos serviços: o SAE, a referência para pré-natal de alto risco, especialidades médicas como pediatria, cardiologia, neurologia e outras, referência para fisioterapia e nutrição, farmácia, sala de vacinas e serviço de referência em órtese. Nesse prédio também funcionam as coordenações do programa de DST/AIDS, de Hanseníase e de Tuberculose. O prédio é próprio, onde funcionava um hospital municipal. No mês de novembro de 2011, 39 pacientes retiraram ARV nesse serviço, segundo informações do SICLOM/Secretaria Estadual de Saúde

O espaço reservado para o SAE é pequeno, porém conta com uma sala para atendimento médico, uma sala para atendimento psicológico, uma sala para atendimento de enfermagem, sala da coordenação e arquivo. O acesso ao endereço é fácil, o serviço se localiza em área central e conhecida da cidade. A estrutura não apresenta obstáculos internos para pessoas com dificuldade de locomoção. As salas são amplas e todas têm banheiro (funcionam na estrutura das antigas enfermarias. A UDM se encontra na farmácia geral da policlínica. Esse SAE conta com equipe exclusiva composta por um médico clínico, um ginecologista, enfermeiro, psicologia e pessoal administrativo. Pela manhã ocorre o atendimento de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) e à tarde o atendimento de referência a pessoas com DST.

Nesse local a porta de entrada das gestantes ocorre através das UBS/USF. O pré-natal das gestantes com HIV é realizado na própria unidade pelos ginecologistas da referência em gestação de alto risco, sendo que o prontuário acompanha a paciente dentro da unidade (há anotação das consultas com o clínico do SAE e com

o ginecologista da referência). Observou-se nos diálogos entre os profissionais e pelos prontuários, que todos os atendimentos médicos, mesmo dentro da unidade, são mediados pela Central de Regulação do município. As gestantes de outras cidades são encaminhadas e a consulta é agendada pela Central de Regulação.

Esse serviço possui um livro de registro de todas as gestantes HIV+, no qual constam dados importantes para o acompanhamento, como informações sobre o pré-natal, o parto e o recém-nascido. As pacientes são encaminhadas para o parto no hospital regional público do município. As informações anotadas no prontuário mostraram que a equipe encaminha formalmente a gestante em folha de receituário comum e encaminha junto uma cópia do protocolo de prevenção da transmissão vertical durante o parto e há menção em prontuários, também, que a equipe se certifica de que o hospital possui os insumos necessários. No entanto, nenhum prontuário tinha formulário de contrarreferência do hospital.

A visita a esse serviço foi agendada por telefone e a equipe preferiu que a coleta de dados ocorresse em um dia da semana em que não havia atendimento, de forma que não foi possível observar como funciona o fluxo de atendimento. Durante a estada para a pesquisa, a equipe mostrou à pesquisadora uma estrutura anexa ao prédio, que está sendo reformada para ser a nova sede do SAE.

A unidade C (Quadro 1) é um serviço de gestão estadual, que se encontra inserido no ambulatório de um hospital de referência para doenças tropicais. O serviço é de fácil localização, fica na área central da cidade, e a estrutura é própria. Nesse ambulatório também está inserido o CTA. Segundo o SICLOM/Secretaria Estadual de Saúde, em novembro de 2011, 183 pacientes retiraram medicamentos antirretrovirais nessa unidade. A equipe multiprofissional é composta por médicos clínicos e infectologistas, ginecologistas, dermatologistas e outros, psicólogos,

assistentes sociais, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e farmacêuticos. A equipe não é exclusiva do SAE. As gestantes nesse serviço são referenciadas do CTA, que funciona no mesmo prédio, e de UBS/USF.

Durante a visita ao serviço para a coleta de dados, foi possível ver pouco a respeito da forma como se organiza o atendimento, porque o local estava passando por uma reforma e havia muitos profissionais de férias. A sala de arquivo havia sido deslocada para pintura, de forma que houve dificuldade para a equipe encontrar todos os prontuários. Foi possível verificar que se trata de um serviço que atende, além de PVHA, pessoas com hanseníase, tuberculose, leishmaniose e outras doenças infecciosas e que o atendimento funciona de acordo com a hora de chegada e não há dias nem horários específicos para atendimento de PVHA. O serviço conta com um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e com o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN) instalado. Na estrutura dessa unidade funciona internação convencional e hospital-dia.

As gestantes são encaminhadas pelas UBS/ESF para o SAE e para a maternidade de referência. Observou-se que o SAE encaminha as gestantes portadoras do HIV para realizar o pré-natal e o parto na referência para pré-natal de alto risco da cidade, que funciona em uma maternidade conveniada ao SUS, porém, nos prontuários, não foi encontrado nenhum documento de contrarreferência da maternidade.

Verificou-se que o laboratório de saúde pública que funcionava na estrutura do serviço mudou para outro prédio recentemente, de forma que, no período a que se refere a pesquisa, a coleta de exames de laboratório, inclusive de contagem de células T CD4 e Carga Viral, era realizada no local. Atualmente, a coleta de exames

funciona no local somente no período da manhã, e as amostras são transportadas para o prédio do laboratório, que fica em outro bairro.

Quadro 1 – Principais características da estrutura dos SAE analisados. Tocantins, 2007 a 2009.

Unidade	A	B	C
Características analisadas			
Tipo de unidade	Municipal	Municipal	Estadual
Tipo de prédio	Alugado, adaptado	Próprio	Próprio
Possui obstáculos internos que dificultam o acesso a pessoas com dificuldades de locomoção	Sim	Não	Não
Horários de atendimento visíveis	Só dos profissionais que atendem à tarde	Não	Não
Referencia pacientes para serviço de pré-natal de alto risco	Não	Sim	Sim
Referência para parto	Maternidade pública no próprio município	Hospital geral público no próprio município	Maternidade conveniada no próprio município
Atende gestantes de outros municípios	Sim	Sim	Sim
Equipe multidisciplinar exclusiva	Sim	Sim	Não
Unidade dispensadora de medicamentos ARV/IO/DST dentro da unidade	Sim	Sim	Sim
Coleta de exames laboratoriais na própria unidade	Não	Sim	Sim
Coleta de CD4 e Carga Viral na própria unidade	Não possui. Coleta realizada no LACEN	Não possui. Coleta realizada no LACEN	Sim
Realiza pré-consulta de enfermagem	Não	Sim	Não
Utiliza a Busca Consentida (Termo de Consentimento no prontuário)	Não	Sim, a maioria dos prontuários possui	Não
Possui protocolos escritos	Não	Não	Não

Todos os SAE analisados possuem Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) e realizam teste rápido diagnóstico (TRD). Duas dessas unidades, a A e a C, possuem equipe do CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento.

Foram raros os prontuários que apresentavam formulário de contrarreferência da maternidade na unidade A. Nas unidades B e C, nenhum prontuário apresentou essa informação. Na unidade A, os resumos de alta encontrados traziam

informações genéricas, do tipo “cesariana, sem intercorrências”. O resumo de alta é um “documento essencial para o acompanhamento posterior do paciente” (SCHOUT & NOVAES, 2007). No caso das gestantes HIV+, são informações importantes o uso ou não do AZT endovenoso, o tipo de parto, o tempo de ruptura das membranas, a administração de AZT ao recém-nascido e inibição da lactação, essenciais para o preenchimento das informações das fichas de investigação de gestante HIV+ do SINAN e para o acompanhamento da criança exposta (BRASIL, 2007b).

Foi observado que a organização dos prontuários é específica em cada serviço. Também foi constatado que as características próprias de cada serviço quanto ao registro contribuíram para a completude menor ou maior das informações coletadas para este trabalho.

Um detalhe importante a respeito da unidade A foi que, apesar de haver formulários padronizados para registro de anamnese, dos dados da gestação (ficha perinatal¹ padronizada no município e outro formulário da unidade), de exames laboratoriais e de modificações na terapia antirretroviral (TARV), foi observado que apenas um médico e um enfermeiro do serviço os utilizam, demonstrando que nem todos os profissionais possuem compromisso com o registro de informações, procedimentos recomendados como boas práticas em relação ao atendimento pré-natal e também dos SAE (FEBRASGO, 2001, BRASIL, 2008b). O quadro 2 (na próxima página) resume as informações relacionadas à organização dos prontuários em cada SAE.

¹ A ficha perinatal é utilizada no município sede dessa unidade, como parte do prontuário da gestante, e contém as mesmas informações do cartão da gestante.

Quadro 2 – Resumo das características de organização dos prontuários nos SAE analisados. Tocantins, 2007 a 2009.

Unidade	A	B	C
Características analisadas			
Prontuários em arquivo separado dos demais pacientes, em ordem alfabética	Sim	Sim	Sim, mas na mesma sala
Registro das consultas	Sim	Sim	Sim
Registro sistemático de exames laboratoriais em formulário próprio no prontuário	Sim, a maioria dos prontuários possui	Sim, alguns prontuários possuem	Não
Registro detalhado de informações – ficha própria para anamnese	Sim	Não	Não
Cartão de aprazamento de vacinas	Não	Sim	Não
Ficha perinatal ou formulário com informações da gestação, ou “espelho” do cartão da gestante	Em alguns prontuários	Não	Não
Cadastro no SISPRENATAL	Alguns prontuários	A maioria dos prontuários	Não
Resultados de CD4 e CV	Sim	Sim	Sim
Formulários de encaminhamento das unidades de origem	Alguns	Alguns	Alguns
Formulário de contrarreferência da maternidade	Alguns	Nenhum	Nenhum
Formulário de encaminhamento para a maternidade	Nenhum	Alguns	Alguns
Anotação da equipe multiprofissional	Frequente	Frequente	Raro

De acordo com Schout & Novaes (2007), a gestão da produção de informação acerca da assistência à saúde impacta sobre todas as atividades desenvolvidas e, segundo as autoras, para sua implementação, é necessário que haja uma cultura organizacional de produção de informação, na qual todos os membros da equipe se sintam corresponsáveis pela sua gestão e utilização.

4.2 Perfil das gestantes

Diversos estudos apontam que certas condições sociais maternas como a idade, a renda e a escolaridade têm influência sobre os resultados da assistência pré-natal. Silveira & Santos (2004), identificaram características como escolaridade, idade, paridade, estado civil e renda materna, dentre outras, como variáveis confundidoras em estudos que correlacionavam a adequação do pré-natal com o

peso ao nascer. Lima, Costa & Dourado (2008), em estudo realizado na cidade de Salvador, observaram que as gestantes com menor renda tenderam a iniciar o acompanhamento pré-natal e a realizar o rastreamento sorológico para HIV e sífilis mais tarde. Nesse estudo, 1/5 das gestantes eram adolescentes, 90% eram pardas ou negras e mais da metade possuía ensino fundamental completo.

Silva & Monteiro (2010), avaliando a atenção pré-natal em Palmas – TO, com mulheres primigestas, observaram que cerca de 21% eram adolescentes, 73% eram não-brancas, 63% tinham renda familiar entre um e dois salários mínimos, 27,7% possuía menos de oito anos completos de estudo e 88,1% tinham companheiro. Dos 87 óbitos maternos ocorridos no Tocantins no período de 2004 a 2008, descritos no trabalho de Silva & Noletto (2010), 80% ocorreram em mulheres de cor preta e parda, 60% solteiras, e mais da metade tinha menos de oito anos de estudo. Millena Falcão (2011), em seu trabalho, que revisou prontuários de gestantes que realizaram o pré-natal na atenção básica em Palmas – TO encontrou 21% de gestantes adolescentes, 68% tinham cor parda e 54% concluíram o ensino médio.

A tabela 3 (página 62) resume as características sócio-demográficas das gestantes estudadas. Observamos que as gestantes estudadas tinham idade mediana de 25 anos (18 a 46 anos), sendo que a maioria (93%, n= 53) se encontravam na faixa etária entre 20 e 34 anos. Na unidade A foram identificadas gestantes menores de 19 anos (9%, n=3) e maiores de 35 anos (6%, n=2). Nas unidades B e C a totalidade de gestantes analisadas estava na faixa etária de 20 a 34 anos. A escolaridade da maioria das gestantes infectadas pelo HIV estudadas foi baixa: 69% (n=40) possuíam até o ensino fundamental completo, sendo que 33 gestantes (57%) tinham completado apenas a quarta série do Ensino Fundamental. Na unidade C essa proporção foi maior, sendo observado que 57% (n=11) tinham

até a quarta série completa do Ensino Fundamental. A maioria das gestantes (81%, n=47) era de raça/cor parda e preta. Quanto à situação conjugal, a maioria era solteira (55%, n=32).

Tabela 3 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com a faixa etária, escolaridade, raça/cor e situação conjugal segundo unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

FAIXA ETÁRIA				
	UNIDADE			Total
	A	B	C	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<19	3 (9)	0	0	3 (4)
20-34	29 (85)	7 (100)	17 (100)	53 (93)
>35	2 (6)	0	0	2 (3)
Total	34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
ESCOLARIDADE				
Analfabeta	3 (9)	0	2 (12)	5 (9)
1ª -4ª inc. do EF	2 (6)	0	1 (6)	3 (5)
4ª completa do EF	14 (41)	3 (43)	8 (47)	25 (43)
5ª-8ª inc. do EF	1 (3)	0	0	1 (2)
EF completo	5 (15)	0	1 (6)	6 (11)
EM incompleto	7 (20)	3 (43)	3 (17)	13 (22)
Superior incompleto	2 (6)	1 (14)	0	3 (5)
Não anotado	0	0	2 (12)	2 (4)
Total	34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
RAÇA/COR				
Branca	6 (18)	2 (29)	2 (12)	10 (17)
Preta	6 (18)	2 (29)	1 (6)	9 (15)
Parda	22 (64)	3 (42)	13 (76)	38 (66)
Não anotado	0	0	1 (6)	1 (2)
Total	34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
SITUAÇÃO CONJUGAL				
Casada	11 (32)	2 (29)	3 (18)	16 (27)
Solteira	14 (41)	5 (71)	13 (76)	32 (55)
Separada	1 (3)	0	0	1 (2)
Viúva	1 (3)	0	0	1 (2)
União estável	6 (18)	0	0	6 (10)
Não anotado	1 (3)	0	1 (6)	2 (4)
Total	34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
TOTAL	34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)

Quanto à ocupação (Tabela 4), das 56 gestantes com ocupação anotada, observamos que mais da metade das gestantes (n=29) eram donas de casa, ou seja, exerciam atividade não remunerada em sua residência. As demais ocupações, em sua maioria, são consideradas de baixa remuneração. Em relação à renda, 89% não possuíam a informação no prontuário. Das seis mulheres com renda preenchida, todas pertenciam à unidade A, e a renda anotada variou de R\$ 390,00 (n=2) a R\$ 780,00 (n=1). Os dados demonstram que os SAE não possuem como rotina a coleta e atualização dessa informação. Os prontuários onde a informação estava preenchida eram daqueles casos que foram atendidos ou receberam visita domiciliar do assistente social e possuíam ficha social.

Tabela 4 - Distribuição das gestantes analisadas de acordo com a ocupação. Tocantins, 2007 a 2009.

Ocupação	n (%)
Dona de casa	29 (50)
Empregada doméstica	6 (9)
Estudante	5 (8)
Profissional do sexo	4 (7)
Lavadora	4 (7)
Assistente financeira	1 (2)
Auxiliar de serviços gerais	1 (2)
Conferente	1 (2)
Desempregada	1 (2)
Escrivã	1 (2)
Secretária	1 (2)
Servidora pública	1 (2)
Vendedora	1 (2)
Não anotado	2 (3)
Total	58 (100)

Quanto ao município de residência, o maior número de gestantes com HIV analisadas reside na capital (29%, n=17), Palmas. Menos da metade das gestantes estudadas (38%, n=22) das gestantes HIV+ eram residentes nos municípios-sede

dos SAE: 17 em Palmas, 3 em Gurupi e 2 em Araguaína. Cerca de um terço das gestantes residia em municípios com menos de 10 mil habitantes (31%, n=18), e 17% residiam em municípios com população entre 10 e 20 mil habitantes. Para preservar a confidencialidade, os nomes dos municípios de residência das gestantes foram suprimidos, pois em sua maioria se trata de municípios de pequeno porte, de forma que os casos estão distribuídos por Regional de Saúde (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com a regional de saúde de residência. Tocantins, 2007 a 2009.

Regional de Saúde	Unidade			Total
	A	B	C	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Araguaia-Tocantins	0	0	4 (23)	4 (7)
Araguaína	0	0	3 (18)	3 (5)
Augustinópolis	0	0	4 (23)	4 (7)
Cantão	5 (15)	0	0	5 (9)
Capim Dourado	17 (50)	0	0	17 (30)
Centro-Sul	0	6 (86)	0	6 (10)
Cultura do Cerrado	0	0	0	0
Extremo Sudeste	1 (3)	0	0	1 (2)
Lobo Guará	1 (3)	0	1 (6)	2 (3)
Médio Araguaia	0	0	3 (18)	3 (5)
Miracema	3 (9)	0	0	3 (5)
Portal do Bico	0	0	2 (12)	2 (3)
Porto Nacional	1 (3)	0	0	1 (2)
Sudeste	6 (17)	0	0	6 (10)
Sul Angical	0	1 (14)	0	1 (2)
Total	34 (100)	6 (100)	17 (100)	58 (100)

Observamos que os municípios com maior número de casos, neste estudo, foram aqueles situados próximos à Rodovia BR-153, próximos à fronteira com o estado da Bahia e também municípios na região do Bico do Papagaio, que faz fronteira com os estados do Maranhão e Pará. Também ficou evidenciado que a

maioria das gestantes necessita deslocar-se por distâncias consideráveis para realizar o acompanhamento nos três serviços estudados.

Nas anotações dos prontuários e nas observações feitas, principalmente na unidade A, evidencia-se que as gestantes têm medo da exposição do seu diagnóstico e por isso têm dificuldades em conseguir transporte gratuito na prefeitura de seus municípios para os SAE. Observamos que na unidade A houve gestantes originadas das regionais do Capim Dourado, Cantão, Miracema, Extremo Sudeste, Sudeste e Porto Nacional. Na unidade B, gestantes das regionais Sul Angical e Centro Sul. Na unidade C, gestantes das regionais do Portal do Bico, Médio Araguaia, Lobo Guará, Araguaia-Tocantins, Araguaína e Augustinópolis.

Em resumo, as gestantes estudadas em sua maioria são jovens, solteiras, pardas ou negras, de baixa escolaridade, exercem funções não remuneradas ou com baixa remuneração e residem em municípios pequenos, refletindo as tendências da epidemia de HIV/aids de atingir cada vez mais mulheres, com situação socioeconômica desfavorecida, baixa escolaridade e em municípios menores (BARCELOS & BASTOS, 1996; FONSECA et al, 2000; RODRIGUES-JÚNIOR & CASTILHO, 2004).

Em relação ao número de gestações, 10 prontuários não continham a informação (17%), o que demonstra falha de registro, haja vista que um dos itens importantes na consulta é o registro detalhado da história obstétrica. Daqueles com a história obstétrica anotada (n=48), verificou-se que a maioria estava na segunda ou terceira gestação (Tabela 6, página 66). Também se verificou que algumas gestantes já conheciam seu estado sorológico para o HIV de pré-natal anterior.

Tabela 6 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com o número de gestações. Tocantins, 2007 a 2009.

Número de gestações	n (%)
1	5 (9)
2	13 (22)
3	17 (29)
4	5 (9)
5	4 (7)
6	2 (3)
8	1 (2)
12	1 (2)
Não anotado	10 (17)
Total	58 (100)

Quanto ao perfil clínico (Tabela 7, página 67), as características das unidades analisadas variaram. Na unidade A, número considerável de casos (n=22, 65%) já conhecia seu estado sorológico antes do pré-natal atual, sendo que cinco (15%) já eram pacientes com aids em uso de terapia antirretroviral (TARV). As demais eram mulheres vivendo com HIV em acompanhamento, com diagnóstico em oportunidade anterior à gestação, seja em gestação anterior ou não. Já nas unidades B e C, predominaram os casos de diagnóstico do HIV durante o pré-natal atual. Observou-se que nos serviços A e C correram casos de gestantes com duas gestações no período de estudo, sendo três na unidade A e duas na unidade C. Cabe ilustrar o caso de uma gestante com diagnóstico do HIV em 2000 e que no período de estudo estava em sua quarta gestação na condição de portadora do HIV.

É importante considerar que o advento da TARV reduziu sobremaneira o risco de transmissão vertical do HIV, de forma que mulheres que vivem com o vírus atualmente têm condições de engravidar com baixo risco de infecção para o recém-nascido. No entanto, Santos et al. (2002), discutem sobre a dificuldade que os profissionais de saúde têm para discutir as questões relacionadas a sexualidade, concepção e contracepção com as pessoas que vivem com HIV/aids, para além da

prevenção da transmissão vertical. Em 2010, o Departamento de DST/aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde lançou o Suplemento III das Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008, que aborda as condutas relacionadas ao planejamento da reprodução para pessoas com HIV/aids (BRASIL, 2010).

Tabela 7 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas segundo a época do diagnóstico da infecção pelo HIV e a situação clínica de acordo com a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

	UNIDADE			Total n (%)
	A n (%)	B n (%)	C n (%)	
Diagnóstico do HIV				
Antes do pré-natal atual	22 (65)	1 (14)	1 (6)	24 (41)
Durante o pré-natal atual	12 (35)	6 (86)	16 (94)	34 (59)
Total	34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Situação clínica				
PVHA em TARV	5 (15)	0	0	5 (8)
PVH	17 (50)	1 (14)	0	18 (31)
Não se aplica*	12 (35)	6 (86)	16 (94)	34 (59)
Não anotado	0	0	1 (6)	1 (2)
Total	34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)

* Não se aplica: gestantes diagnosticadas na gestação atual.

Em relação ao acesso ao SAE (Tabela 8, página 68), se observou que 38 gestantes (65%) iniciaram o pré-natal em outra unidade, a maioria em UBS/USF (60%, n=35) e 5% (n=3) foram encaminhadas de outro SAE. Na unidade A observamos dois casos diferentes, um em que a gestante foi atendida com sinais de DST e teve o diagnóstico do HIV no SAE/CTA, e outro caso em que a mulher vivia com HIV, foi atendida com sinais de DST e teve a gestação diagnosticada em USG pélvica. Principalmente na unidade A, observamos que gestantes com diagnóstico prévio do HIV procuraram o SAE diretamente. Em relação a informações sobre o pré-natal realizado nas unidades de origem, a informação é escassa: em um caso há relato que a gestante havia realizado 4 consultas em seu local de origem. Em outro caso, há relato que a gestante não realizou nenhuma consulta e chegou tardiamente

ao SAE, apesar de ter estado sorológico conhecido, porque no município de residência “não havia médico”. Em outro caso a gestante morava no município sede do SAE, conhecia seu estado sorológico, iniciou pré-natal em USF e não relatou sua condição sorológica, iniciando o acompanhamento no SAE tardiamente.

Tabela 8 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas segundo a forma de acesso ao SAE de acordo com a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

Forma de acesso	Unidade			Total
	A	B	C	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Referenciada de UBS/USF	20 (59)	4 (58)	15 (88)	39 (67)
Procurou o SAE diretamente,	9 (26)	1 (14)	0	10 (16)
Referenciada de Hospital/Maternidade	1 (3)	1 (14)	0	2 (4)
Referenciada de outro SAE	2 (6)	0	0	2 (4)
Atendida no SAE/CTA com DST e realizou diagnóstico do HIV	2 (6)	0	0	2 (4)
Não anotado	0	1 (14)	2 (12)	3 (5)
Total	34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)

Assim, dividiram-se as gestantes estudadas em dois grandes grupos: as que iniciaram o pré-natal em outro serviço (n=41), que inclui as que foram encaminhadas de UBS ou de outro SAE; e as que iniciaram o pré-natal nos SAE (n=17), incluídas as que foram encaminhadas de hospital ou maternidade, as que acessaram o SAE espontaneamente e as que não tinham a informação anotada.

Entre as gestantes que tinham registro de terem sido encaminhadas de outras unidades, sejam elas SAE, UBS/USF ou hospital (71%, n=41), observamos que apenas 15 (36%) prontuários apresentavam documento de referência. Esse documento foi encontrado com mais frequência na unidade C (10 gestantes, 59%, n=17). Na unidade A, de um total de 34 gestantes estudadas, apenas 4 prontuários possuíam documento de referência (12%). Nessa última, em um caso o profissional do PSF veio acompanhando a gestante, em outros 2 a UBS/USF avisou os profissionais do SAE por telefone sobre a gravidez e a paciente foi convocada.

Nas três unidades, o profissional que realizou o primeiro atendimento para a maioria absoluta das gestantes estudadas foi médico (92%, n= 53). Em 8% dos casos (n=5), o primeiro atendimento no SAE foi feito por enfermeiro. Proporcionalmente, a unidade B teve a maior frequência de realização do primeiro atendimento por enfermeiro (42%, n=3), porque esse serviço tem por rotina a realização da pré-consulta com enfermeiro.

Entre os 34 casos de gestante com diagnóstico da infecção pelo HIV durante o pré-natal, foi calculado o tempo entre a coleta da sorologia e a primeira consulta no SAE. Foram excluídos desse cálculo dois casos que não tinham a data do diagnóstico do HIV anotada. O menor tempo foi zero (diagnóstico por teste rápido no mesmo dia) e o maior tempo foi de 5 meses e 21 dias. O tempo médio decorrido entre a coleta da sorologia e a consulta no SAE foi de 58 dias (1 mês e 28 dias). Apenas 31% (10 casos de 32), tiveram um intervalo de tempo entre a coleta da sorologia e a primeira consulta no SAE até 30 dias.

Constatou-se, entre os casos analisados, que o tempo decorrido entre a coleta da sorologia e a primeira consulta no SAE foi longo, e considerando-se a época de início do pré-natal, pode comprometer os cuidados em relação à profilaxia da transmissão vertical. Convém ressaltar que a maioria das gestantes reside em municípios de pequeno porte, que encaminham as amostras para laboratórios em municípios maiores. A título de exemplo, um dos casos de gestante HIV excluídos da pesquisa na unidade C foi diagnosticado no momento do parto porque a sorologia solicitada no pré-natal não havia chegado a tempo, refletindo baixa qualidade do pré-natal.

Em 28 de julho de 2005 o Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 34/SVS/MS, instituiu o fluxograma para diagnóstico do HIV através de testes rápidos

em situações especiais. Em 14 de outubro de 2009, foi publicada a portaria SVS/MS nº 151/2009, que simplificou o fluxograma e as etapas para diagnóstico da infecção pelo HIV, com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção no país. Díaz-Bermudez (2007) afirma que a implantação do diagnóstico da infecção pelo HIV por meio de testes rápidos no país foi uma resposta ao fenômeno de interiorização da epidemia, porque nos municípios menores das Regiões Norte e Nordeste a cobertura do teste anti-HIV em gestantes é menor e os resultados dos testes convencionais demoram a chegar, principalmente pela precariedade da estrutura de diagnóstico e assistência nesses locais. Durante a coleta de dados observamos que muitos dos municípios menores encaminham as amostras para o Laboratório Central de Saúde Pública, em Palmas ou em Araguaína, para realização dos testes anti-HIV, que, para muitos municípios, ficam a mais de 500 Km de distância.

4.3 A primeira consulta

De acordo com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2001) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a primeira consulta deve ser realizada o mais precocemente possível, preferencialmente no primeiro trimestre, de forma que qualquer condição que ponha em risco a saúde do binômio mãe/filho possa ser identificada e assistida a tempo. Entre as atividades que devem ser realizadas na primeira consulta, ressaltam-se a anamnese completa, com registro em ficha ou formulário dos dados de identificação, dados sócio-econômicos, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos, condições e hábitos de vida, exame físico e ginecológico. O Ministério da Saúde recomenda que, no

caso das gestantes com diagnóstico do HIV, o profissional identifique condições que exijam tratamento imediato, como manifestações de infecções oportunistas (IO) e/ou outras DST, estabeleça vínculo e realize aconselhamento de acordo com a necessidade e solicite exames de laboratório, além de preencher a notificação de Gestante HIV (BRASIL, 2007b).

Em relação ao número de consultas, o Ministério da Saúde recomenda que a gestante de baixo risco realize no mínimo seis (BRASIL, 2005). A assistência pré-natal só pode ser considerada completa se a mulher realizar a consulta de puerpério, até 42 dias após o parto. Para as gestantes com HIV, nesta consulta, são realizadas atividades como orientação sobre a não amamentação e sobre o preparo da fórmula infantil, orientação sobre a prevenção de DST e da reinfecção pelo HIV, orientações e encaminhamentos relacionados ao planejamento familiar, e a suspensão ou manutenção da TARV, de acordo com critérios clínicos e imunológicos, além de suporte individual e familiar àquelas mulheres que foram diagnosticadas durante o parto. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; 2007a), recomenda que a decisão de manter ou suspender a TARV seja realizada pelo médico do SAE, 15 dias após o parto.

A FEBRASGO (2001) recomenda que a gestante HIV +, seja acompanhada por uma equipe multiprofissional, composta por clínico com experiência ou infectologista, ginecologista/obstetra, pediatra, enfermeiro, psicólogo, nutricionista e assistente social. Essa equipe deve agir não só nos aspectos médicos, mas tratar a gestante de forma holística, considerando situações de origem psicológica, familiar e social.

É necessário observar que a primeira consulta no SAE não é necessariamente a primeira consulta de pré-natal, haja vista que muitos dos casos

estudados foram encaminhados durante o pré-natal. No nosso estudo, observamos que 41 gestantes chegaram aos SAE vindo de outros serviços, e outras 17, através de demanda espontânea ou encaminhadas de hospitais/maternidades ou não tinham a informação.

As Tabelas 9 e 10 (páginas 73 e 74) resumem a distribuição das consultas realizadas pelas gestantes HIV+ estudadas, de acordo com a forma de entrada no SAE (Iniciaram o pré-natal em outras unidades (n=41) ou no SAE (n=17)). Observamos que entre as 41 gestantes que iniciaram o pré-natal em outras unidades e foram encaminhadas para o SAE, apenas 6 (15%) realizaram a consulta no primeiro trimestre, metade delas realizou consulta de puerpério e apenas 1 realizou mais de seis consultas.

Tabela 9 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas que iniciaram o pré-natal em outras unidades segundo o número de consultas, idade gestacional de início do acompanhamento no SAE e realização da consulta de puerpério* no SAE. Tocantins, 2007 a 2009.

Unidade	n consultas	Idade gestacional do início do pré-natal				Total
		1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre		
		Até 13	De 14 a 20	De 21 a 27	Mais de 28	
A	1	1	1	2 (1)	2 (2)	6 (3)
	2	0	0	0	3 (3)	3 (3)
	3	3 (1)	0	2 (2)	2 (2)	7 (5)
	4	0	1 (1)	1	0	2 (1)
	5	0	0	1 (1)	1 (1)	2 (2)
	6	0	0	1 (1)	0	1 (1)
	7	0	0	1 (1)	0	1 (1)
	Total		4 (1)	2 (1)	8 (6)	8 (8)
B	5	0	0	1	0	1
	8	0	0	1	0	1
	9	0	0	1 (1)	0	1 (1)
	13	1 (1)	0	0	0	1 (1)
	Total		1 (1)	0	3 (1)	0
C	1	0	0	0	2 (2)	2 (2)
	2	0	0	0	5 (2)	5 (2)
	3	0	0	0	5 (2)	5 (2)
	4	1	0	0	0	1
	5	0	1 (1)	0	0	1 (1)
	7	0	1	0	0	1
	Total		1	2 (1)	0	12 (6)
Total geral		6 (3)	4 (2)	11 (7)	20 (14)	41

*Observação: O número de gestantes que realizou a consulta de puerpério está entre parênteses.

Tabela 10 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas que iniciaram o pré-natal nos SAE segundo o número de consultas, a IG de início do acompanhamento e realização de consulta de puerpério* no SAE. Tocantins, 2007 a 2009.

Unidade	n consultas	IG início do pré-natal				Total
		1º Trimestre	2º Trimestre		3º Trimestre	
		Até 13	De 14 a 20	De 21 a 27	Mais de 28	
A	1	1	0	0	0	1
	3	0	1 (1)	1 (1)	1 (1)	3 (3)
	6	2 (2)	1 (1)	0	0	3 (3)
	7	1 (1)	2 (1)	0	0	3 (2)
	8	1	0	0	0	1
	17	1 (1)	0	0	0	1 (1)
	Total		6 (4)	4 (3)	1 (1)	1 (1)
B	1	0	0	0	1	1
	11	1 (1)	0	0	0	1 (1)
	14	0	1 (1)	0	0	1 (1)
	Total	1 (1)	1 (1)	0	1	3 (2)
C	1	0		0	1	1
	5	0	1	0	0	1
	Total	0	1	0	1	2
Total geral		7 (5)	6(4)	1 (1)	3 (1)	17 (11)

*Observação: O número de gestantes que realizou a consulta de puerpério está entre parênteses.

A Idade Gestacional (IG) de entrada no SAE, para as mulheres que tiveram o HIV diagnosticado durante o pré-natal, reflete dois dados importantes relacionados à atenção primária à saúde: a captação precoce da gestante para o pré-natal e a solicitação e recebimento dos resultados de exames laboratoriais em tempo oportuno. Para as mulheres vivendo com HIV/AIDS, se relaciona ao vínculo com o SAE e à facilidade ou não de acesso ao mesmo, uma vez que muitas mulheres residem em outros municípios. Do total de gestações estudadas, a IG de início do atendimento no SAE variou de 5 semanas até 39 semanas, com uma média de 22,8 semanas, mediana de 24,5 semanas (Figura 2).

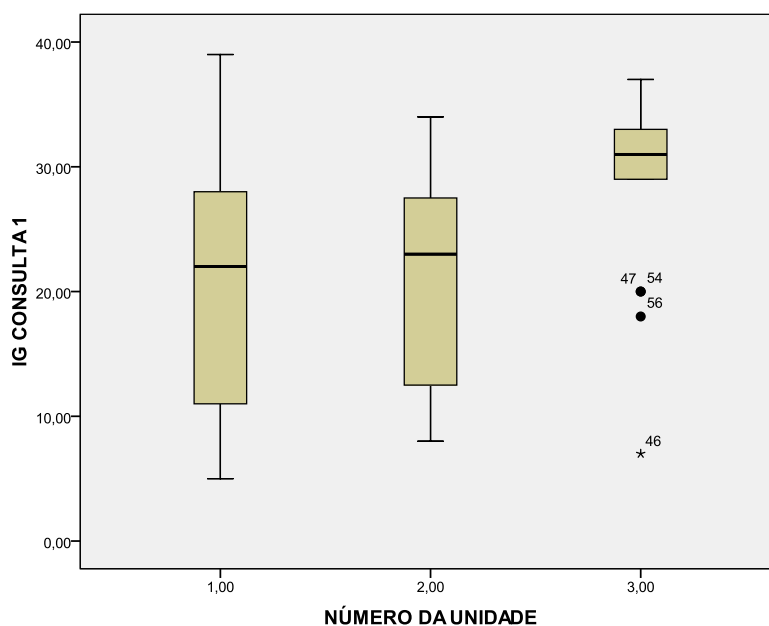
Outros aspectos a serem considerados são o número de filhos, a idade e a situação conjugal: as mulheres com maior número de gestações, as sem

companheiro e as adolescentes tendem a iniciar o pré-natal mais tarde (SILVEIRA & SANTOS, 2004).

Para as gestantes com infecção pelo HIV, o atendimento precoce é importante, para que se institua, oportunamente, a TARV para prevenção da transmissão vertical do vírus e se identifiquem e tratem condições clínicas e obstétricas que tragam prejuízo à saúde da mãe e do feto. Quanto mais tarde a gestante chega ao SAE, menos tempo de TARV ela receberá.

Observamos que as gestantes estudadas, em média, acessam o SAE no segundo trimestre nas unidades A e B, enquanto na unidade C, em média, as gestantes iniciam o acompanhamento no terceiro trimestre. Na unidade A, a IG da primeira consulta variou de 5 semanas a 39 semanas, com média de cerca de 22 semanas. Na unidade B, a média foi ligeiramente maior, em torno de 23 semanas. Na unidade C, a média de IG na primeira consulta foi de 32 semanas.

Figura 1 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas segundo a idade gestacional da primeira consulta no SAE. Tocantins, 2007 a 2009.



Legenda: 1 – Unidade A 2 – Unidade B 3 – Unidade C

A coleta de dados sobre história pessoal e familiar é de suma importância, tanto para identificação de situações de risco para a gravidez, quanto para o acompanhamento da pessoa vivendo com HIV/aids. Atualmente, com o aumento da sobrevivência dos pacientes em TARV, efeitos colaterais como dislipidemia, lipodistrofia, doenças cardiovasculares e metabólicas têm ocorrido e a identificação de fatores de risco é importante para a instituição de medidas protetoras, como a mudança do estilo de vida (BRASIL, 2008a). De acordo com a FEBRASGO (2001), a história familiar se reveste de importância principalmente quanto a doenças congênitas, gemelaridade e malformações.

Em relação aos demais dados de anamnese (tabelas 11 e 12), 24 prontuários (41%, n= 58), não possuíam registro da história familiar, e 17 (29%, n= 58) não possuíam registro de antecedentes pessoais. O SAE com maior proporção de registro de antecedentes familiares foi a unidade A, com 85% (29 de 34), seguida pela unidade B, com 3 de 7 prontuários (43%), e por fim a unidade C, com registro em apenas 2 de 17 prontuários (12%). Observou-se que em relação a antecedentes familiares de doenças congênitas e gemelaridade não havia anotação em nenhum prontuário.

Entre os antecedentes familiares, 24% (n=14) possuíam registro de hipertensão arterial, 16% de diabetes (n=9), 10% de Acidente Vascular Cerebral (n=6) e 5% de câncer (n=3).

Tabela 11 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com a frequência e proporção de anotação dos antecedentes familiares segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

Antecedentes familiares		Unidade			Total n (%)
		A n (%)	B n (%)	C n (%)	
Hipertensão arterial	Sim	12 (35)	1 (14)	1 (6)	14 (24)
	Não	15 (44)	1 (14)	1 (6)	17 (29)
	Não anotado	5 (15)	5 (71)	15 (88)	25 (43)
	Não sabia	2 (6)	0	0	2 (3)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Diabetes	Sim	7 (21)	1 (14)	1 (6)	9 (16)
	Não	20 (59)	1 (14)	1 (6)	22 (38)
	Não anotado	5 (15)	5 (71)	15 (88)	25 (43)
	Não sabia	2 (6)	0	0	2 (3)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Câncer	Sim	3 (9)	0	0	3 (5)
	Não	23 (68)	2 (29)	2 (12)	27 (47)
	Não anotado	6 (18)	5 (71)	15 (88)	26 (45)
	Não sabia	2 (6)	0	0	2 (3)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Doença mental	Sim	1 (3)	0	0	1 (2)
	Não	26 (76)	2 (29)	2 (12)	30 (52)
	Não anotado	5 (15)	5 (71)	15 (88)	25 (43)
	Não sabia	2 (6)	0	0	2 (3)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Acidente vascular cerebral	Sim	6 (18)	0	0	6 (10)
	Não	21 (62)	2 (29)	2 (12)	25 (43)
	Não anotado	5 (15)	5 (71)	15 (88)	25 (43)
	Não sabia	2 (6)	0	0	2 (3)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Cardiopatias	Sim	3 (9)	1 (14)	0	4 (7)
	Não	24 (71)	1 (14)	2 (12)	27 (47)
	Não anotado	5 (15)	5 (71)	15 (88)	25 (43)
	Não sabia	2 (6)	0	0	2 (3)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)

O levantamento de dados da história pessoal é importante para a determinação do risco gestacional. Em relação ao uso de drogas ilícitas, seu uso é apontado como fator associado à menor sobrevivência das pessoas com aids quando comparado a pacientes não usuários de drogas (GUÍBU et al., 2008), além de ser considerado um fator de risco para a transmissão materno-fetal do HIV (BRASIL, 2006). O uso de tabaco na gestação associa-se a problemas como baixo peso ao nascer (SILVEIRA & SANTOS, 2004).

A FEBRASGO (2001) ressalta que as gestantes portadoras de doenças crônicas devem ser rigorosamente acompanhadas pelo seu médico, em conjunto com o serviço de pré-natal, haja vista risco maior de eventos adversos à saúde da mãe e do feto nesses casos.

Quanto aos antecedentes pessoais (Tabela 12, p. 79), foi observado que 9% das gestantes possuíam história de transfusão de sangue (n=5), 7% (n=4) das gestantes possuíam antecedentes de hanseníase, 2% (n=1) tinham história de hepatite B, 2% tinham história de anemia (n=1), 2% doença mental (n=1), e 2% de hipotireoidismo (n=1). Em relação ao uso de tabaco, 7%(n=4) tinham história positiva, sendo uma fumante no período de ocorrência da gestação. Quanto ao uso de drogas, 7% tinham história de uso de drogas ilícitas (n=4) sendo que duas gestantes, uma na unidade A e outra na unidade B, tinha história de uso de crack anotada. A gestante da unidade A, apesar de ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre, realizou apenas 3 consultas e não aderiu à TARV. Observou-se que não houve registro de gestantes com história de cardiopatia, doença renal, diabetes ou hipertensão arterial, consideradas situações de alto risco gestacional.

Tabela 12 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com a frequência e proporção de anotação dos antecedentes pessoais segundo unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

		Unidade			Total
		A	B	C	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hipertensão arterial	Não	30 (88)	4 (57)	4 (24)	38 (65)
	Não anotado	4 (12)	3 (43)	13 (76)	20 (35)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Diabetes	Não	30 (88)	4 (57)	5 (29)	39 (67)
	Não anotado	4 (12)	3 (43)	12 (71)	19 (33)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Cardiopatía	Não	30 (88)	4 (57)	5 (29)	39 (67)
	Não anotado	4 (12)	3 (43)	12 (71)	19 (33)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Doença renal	Não	30 (88)	4 (57)	5 (29)	39 (67)
	Não anotado	4 (12)	3 (43)	12 (71)	19 (33)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Rubeola	Não	30 (88)	4 (57)	5 (29)	39 (67)
	Não anotado	4 (12)	3 (43)	12 (71)	19 (33)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Hanseníase	Sim	3 (9)	1 (14)	0	4 (7)
	Não	28 (82)	3 (43)	5 (29)	36 (62)
	Não anotado	3 (9)	3 (43)	12 (71)	18 (31)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Tuberculose	Não	30 (88)	4 (57)	5 (29)	39 (67)
	Não anotado	4 (12)	3 (43)	12 (71)	19 (33)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Alergia	Não	29 (85)	4 (57)	5 (29)	38 (65)
	Não anotado	5 (15)	3 (43)	12 (71)	20 (35)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Transfusão	Sim	4 (12)	1 (14)	0	5 (9)
	Não	26 (76)	4 (57)	5 (29)	35 (60)
	Não anotado	4 (12)	2 (29)	12 (71)	18 (31)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Uso de Drogas	Sim	2 (6)	2 (29)	0	4 (7)
	Não	27 (79)	3 (42)	7 (41)	37 (64)
	Não anotado	5 (15)	2 (29)	10 (59)	17 (29)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
Tabagismo	Sim	2 (6)	0	2 (12)	4 (7)
	Não	28 (82)	5 (71)	5 (29)	38 (65)
	Não anotado	4 (12)	2 (29)	10 (59)	16 (28)
Total		34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)

Foi observado durante a coleta de dados que a unidade A possui formulário de anamnese, o que facilitou o acesso às informações. Porém, dado importante é que, apesar de possuir esse formulário, foi observado que ele é preenchido de forma

completa por apenas um profissional médico dessa unidade. Observou-se que no caso de gestantes que não foram atendidas por esse profissional, o formulário se encontrava vazio ou incompleto, ou seja, a informação, nesse caso, é produto do compromisso profissional individual, e não de uma equipe. Na unidade C, foi observado que os antecedentes estavam registrados nos prontuários em que a primeira consulta foi realizada em conjunto com acadêmicos de medicina. Na unidade B, esse registro foi realizado no geral por enfermeiro.

O Ministério da Saúde (2007b) coloca a importância de que a mulher vivendo com HIV/AIDS planeje suas gestações de forma a ter sua saúde protegida e minimizar o risco de transmissão do vírus ao filho e ao parceiro. Dessa forma, recomenda que o planejamento reprodutivo faça parte das orientações, inclusive, durante o pré-natal.

Santos et al. (2002), em seu estudo sobre sexualidade e anticoncepção em mulheres vivendo com HIV, observaram que mulheres com HIV, principalmente aquelas jovens e com poucos filhos, têm intenção de ter mais filhos. Também observaram que o desejo de ter filhos vem acompanhado do medo relacionado ao preconceito e à falta de apoio, assim como a intenção de não ter filhos nem sempre se traduz na tomada de medidas para evitá-los, de forma que as autoras discutem a importância do aconselhamento e do apoio dos profissionais de saúde às demandas sexuais e reprodutivas das mulheres com HIV, para que possam ter filhos da forma mais segura possível ou evitá-los de forma adequada.

Em relação aos antecedentes ginecológicos (Tabela 13, p. 82), 64% (n=34) dos prontuários não traziam anotação sobre uso de método contraceptivo pela gestante. Desmembrando os dados por unidade, isso equivaleu a 41% (n=14) na unidade A, 86% (n=6) na unidade B e 100% dos prontuários da unidade C. Dos

casos onde esse dado estava registrado, 3 utilizavam contraceptivo oral, 3 usavam contraceptivo injetável, 5 utilizavam preservativos e 10 não usavam nenhum método contraceptivo.

Em relação à história de DST pregressa, 43% (n=25) dos prontuários não traziam essa informação. Na unidade A foi encontrada a maior frequência de anotação, 88% (n=30). Na unidade B, a informação estava presente em 28% (n=2) e na unidade C, em nenhum prontuário (n=17). Entre as gestantes com a história de DST registrada, 36% (n=21) não tinham história de DST, 3% (n=2) tinham história de sífilis, 2% (n=1) tinha história de herpes simples, 2% (n=1) de verrugas genitais, 12% (n=7) de corrimento vaginal e 2% (n=1) de úlcera genital.

O Ministério da Saúde (2006) recomenda que a citologia oncótica, para as gestantes com HIV, seja realizada a cada três anos, depois de dois resultados anuais negativos. Para mulheres com HIV, neoplasia cervical invasiva faz parte da relação de sinais, sintomas e doenças indicativas de imunodeficiência (BRASIL, 2008a).

Poucos prontuários tinham anotada a informação sobre data e resultado de citologia oncótica do colo do útero anterior à gestação atual. Apenas 12% (n=7) dos prontuários tinham a informação. Convém ressaltar que, em todos esses casos, porque o exame havia sido realizado no próprio SAE, das pacientes que estavam em acompanhamento para HIV/AIDS ou outra DST.

Tabela 13 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com a frequência e proporção de registro dos antecedentes ginecológicos segundo unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

Uso de método contraceptivo	Unidade			Total n (%)
	A n (%)	B n (%)	C n (%)	
Oral	3 (9)	0	0	3 (5)
Injetável	2 (6)	1 (14)	0	3 (5)
Barreira	5 (14)	0	0	5 (9)
Nenhum	10 (29)	0	0	10 (17)
Não anotado	14 (41)	6 (86)	17 (100)	37 (64)
Total	34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)
História de DST	n (%)	n (%)	n (%)	Total
Úlcera genital	1 (3)	0	0	1 (2)
Corrimento vaginal	5 (15)	1 (14)	1 (6)	7 (12)
Verrugas genitais	1 (3)	0	0	1 (2)
Herpes simples genital	1 (3)	0	0	1 (2)
Sífilis	2 (6)	0	0	2 (3)
Sem história	20 (60)	1 (14)	0	21 (36)
Não anotado	4 (12)	5 (71)	16 (94)	25 (43)
Total	34 (100)	7(100)	17(100)	58(100)
Registro de citologia anterior	n (%)	n (%)	n (%)	Total
Sim	6 (18)	1 (14)	0	7 (12)
Não anotado	28 (82)	6 (86)	17 (100)	51 (88)
Total	34(100)	7(100)	17(100)	58(100)

Em relação à história obstétrica (Tabela 14, p. 83), observou-se maior frequência de registro de informações. A informação com menor completude foi o ano de nascimento do último filho (40%, n=23). A história obstétrica não estava anotada em 10% (n=6) dos prontuários. A data da última menstruação estava anotada somente para metade das gestantes estudadas. Ressalta-se a importância da pesquisa e registro da idade do último filho para o cálculo do intervalo entre os partos. Da mesma forma, a história de aborto prévio, partos prematuros, doença hipertensiva específica da gravidez devem ser considerados sempre pelo risco de reincidência (FEBRASGO, 2001).

Tabela 14 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com a frequência e proporção de registro da história obstétrica segundo unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

% de registro dos antecedentes obstétricos	Unidade			Total (n=58)
	A (n=34)	B (n=7)	C (n=17)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Número de gestações	29 (85)	6 (86)	13 (77)	48 (83)
Número de partos normais	27 (79)	6 (86)	13 (77)	46 (79)
Número de cesarianas	27 (79)	6 (86)	13 (77)	46 (79)
Número de abortos	27 (79)	6 (86)	13 (77)	46 (79)
Número de filhos vivos	31 (9)	6 (86)	11 (65)	48 (83)
Ano de nascimento do último filho	17 (50)	1 (14)	5 (31)	23 (40)
Data da última menstruação	21 (62)	6 (86)	3 (18)	30 (51)

A primeira consulta de pré-natal requer um exame físico e ginecológico detalhado, com registro, pelo menos, da idade gestacional estimada, data provável do parto, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), pressão arterial, presença de edema, altura uterina, batimentos cardíacos fetais (BCF) da vigésima semana em diante, e apresentação fetal (BRASIL, 2005). A tabela 15, na p. 84, resume o percentual de registro dos dados clínicos e obstétricos da primeira consulta.

Observou-se que os dados clínicos com maior frequência de anotação são a pressão arterial e o peso. A apresentação fetal, os BCF e o IMC foram os dados com menor percentual de registro. Na unidade A, só houve registro de IMC em interconsultas com o nutricionista, e em nenhuma consulta médica, apesar de essa unidade registrar a altura no formulário de anamnese da maioria dos prontuários (26 de 34). Na unidade B, o registro do IMC foi realizado sempre na pré-consulta de enfermagem.

Quanto aos sinais e sintomas de imunodeficiência, apenas uma gestante, na unidade B, foi avaliada como sintomática. Ela teve o diagnóstico do HIV durante a gravidez, internada devido a uma pneumocistose e se encontrava em uso de TARV e Sulfmetoxazol+Trimetoprim. Dentre as gestantes com queixas descritas na primeira consulta, destacam-se 3 com queixa de corrimento vaginal e/ou dor no

baixo ventre, uma com verrugas genitais, duas com sintomas gastrintestinais e duas com sintomas respiratórios. Em 43 dos 58 prontuários havia registro de solicitação de exames laboratoriais (74,13%). Em 16% dos prontuários (n=9), havia registro de que a paciente veio com resultados de exames laboratoriais da unidade de origem. Em 14% (n=8), os resultados estavam anotados.

Tabela 15 - Distribuição dos casos de gestante HIV+ analisados de acordo com a frequência e proporção de registro dos dados clínicos e obstétricos na primeira consulta segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

% Dados registrados	Unidade			Total
	A (n=34)	B (n=7)	C (n=17)	(n=58)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Idade gestacional	18 (52)	4 (57)	1 (6)	26 (45)
Data provável do parto	21 (62)	0	3 (18)	24 (41)
Peso	32 (94)	6 (86)	17 (100)	55 (95)
Altura	26 (76)	1 (14)	0	27 (47)
Índice de Massa Corporal	0	2 (29)	0	2 (3)
Pressão arterial	32 (94)	5 (71)	17 (100)	54 (93)
Altura uterina	10 (29)	1(14)	0	11 (19)
Batimentos cardíacos fetais	1 (3)	0	0	1 (2)
Apresentação fetal	2 (6)	0	0	2 (3)
Solicitação de exames	23 (67)	5 (71)	15 (88)	51 (88)
Queixa	1 (3)	7 (100)	17 (100)	57 (98)
Sinais de imunodeficiência	1 (3)	7 (100)	17 (100)	57 (98)
Vacina antitetânica	14 (41)	5 (71)	0	19 (33)

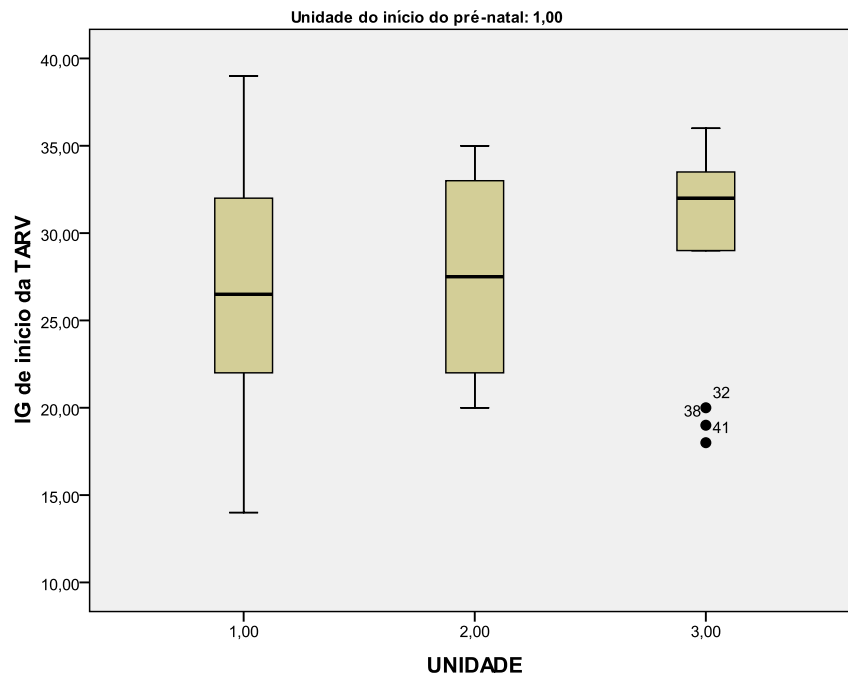
A instituição de profilaxia com TARV ou tratamento com TARV é realizada a critério do médico, a partir da avaliação clínica e laboratorial da gestante. A diferença básica entre as duas é que a profilaxia com TARV poderá ser interrompida após o parto. Em relação à idade gestacional de início da TARV/profilaxia, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; 2007b) recomenda que seja realizada a partir da décima quarta semana de gestação e, naquelas gestantes que chegam após esse período, que seja iniciada o mais breve possível. O início da TARV depende diretamente da

época da gestação em que a mulher chega ao SAE: se o pré-natal na atenção básica é de baixa qualidade, com início tardio do acompanhamento e demora nos resultados dos exames laboratoriais, a gestante HIV positiva irá receber a TARV/profilaxia por menos tempo.

No grupo de prontuários analisados, quando foram analisadas todas as gestantes em conjunto, foi observado que a IG média de início da TARV foi de 25,94 semanas de gestação, com um desvio-padrão de 7,43 semanas, com uma mediana de 27 semanas. Quando analisamos a gestantes separando as que iniciaram o pré-natal no próprio SAE e as que foram encaminhadas de outras unidades, observamos diferenças no início da TARV (Figuras 2 e 3). As figuras mostram que as gestantes que iniciaram o pré-natal no SAE, em média, iniciaram a TARV/profilaxia na 19ª semana, e as gestantes encaminhadas de outras unidades, iniciaram a TARV/profilaxia em média na 27ª semana de gestação.

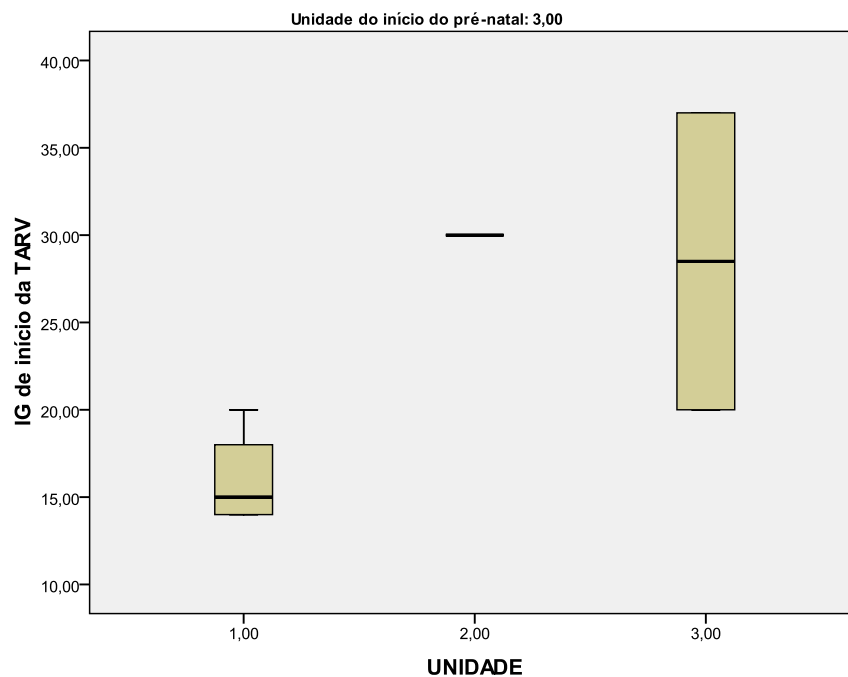
Em relação ao início da TARV/profilaxia por SAE, os dados mostram que, em média, as gestantes da unidade A iniciam mais cedo (27ª semana para as gestantes procedentes de outras unidades e 15 semanas para as gestantes que iniciaram o acompanhamento no próprio SAE). As gestantes da Unidade C iniciaram a TARV/profilaxia, em média, com IG maior.

Figura 2 - Distribuição das gestantes HIV+ estudadas que iniciaram o pré-natal em outras unidades de acordo com a IG de início da TARV/profilaxia. Tocantins, 2007 a 2009.



Legenda: 1 – Unidade A 2 – Unidade B 3 – Unidade C

Figura 3 - Distribuição das gestantes HIV+ estudadas que iniciaram o pré-natal nos SAE de acordo com a IG de início da TARV/profilaxia. Tocantins, 2007 a 2009.



Legenda: 1 – Unidade A 2 – Unidade B 3 – Unidade C

O Ministério da Saúde recomenda que a zidovudina (AZT) deve fazer parte da TARV/profilaxia sempre que possível, em combinação com nelfinavir (NFV) ou nevirapina (NVP). A partir de meados de 2007, o nelfinavir foi recolhido² das unidades dispensadoras de ARV pela então Coordenação Nacional de DST/aids, que recomendou sua substituição por outros ARV. Alguns antirretrovirais são contraindicados para uso na gestação, são eles o efavirenz (EFZ), hidroxiureia e amprenavir (APV), a associação de didanosina e estavudina (DDI/d4T), o indinavir (IDV). O abacavir (ABC) deve ser usado com cautela na gestação, pois pode produzir hipersensibilidade pulmonar (BRASIL, 2006). No recorte de tempo estudado, verificamos que algumas gestantes ainda utilizaram o NFV. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b), recomenda que o AZT em monoterapia seja reservado para as gestantes com nível de células T CD4 acima de 200/mm³ e com carga viral abaixo de 1000 cópias/ml. Contudo, ressalva-se que a terapia antirretroviral potente é capaz de reduzir a carga viral da gestante a níveis indetectáveis, o que não é possível com a monoterapia com o AZT.

Em relação ao tipo de TARV/profilaxia instituída (tabela 16, p. 88), observou-se que cerca de dois terços das gestações analisadas receberam a combinação AZT+3TC+NVP (Zidovudina, Lamivudina e Nevirapina). Também se observa que um total de 6 gestantes já estavam em TARV, sendo que em um caso, a paciente se encontrava em uso de EFZ e omitiu a gravidez, tendo realizado a primeira consulta no SAE com 38 semanas pela DUM, ocasião na qual o EFZ foi substituído por nevirapina e foi encaminhada com urgência para a maternidade de referência para realizar rotina laboratorial e ultrassonografia. No prontuário consta informação de

² Fonte: Perguntas e respostas sobre o recolhimento do nelfinavir pelo laboratório Roche. 23 de junho de 2007. Fonte: http://www.sbinfecto.org.br/anexos/PN%20DST-Aids_Perguntas%20e%20respostas%20sobre%20o%20recolhimento%20do%20Nelfinavir.pdf

que não iniciou pré-natal no município de origem porque não havia médico. Encontrado também outro caso individual importante, no qual a gestante não aceitou o diagnóstico do HIV e jogou os medicamentos no lixo porque o teste do seu parceiro teve resultado negativo. Nesse prontuário constam anotações de três buscas ativas sem sucesso, sendo que a paciente só iniciou acompanhamento periódico após o nascimento do bebê.

Observou-se ainda dois casos de monoterapia com zidovudina (AZT) entre os casos estudados, sendo que ambas as gestantes tinham contagem de células T CD4 maior que 200 e Carga Viral abaixo de 1000 cópias por ml.

Tabela 16 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com o tipo de TARV/profilaxia prescrita segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

TARV	Unidade			Total
	A	B	C	
AZT+3TC+NVP	22 (65)	4 (57)	12 (71)	38 (65)
AZT+3TC+LPV/r	3 (9)	0	0	3 (5)
AZT+3TC+NFV	3 (9)	0	3 (18)	6 (10)
NÃO SE APLICA*	4 (12)	2 (29)	0	6 (10)
TDF+3TC+NVP	1 (3)	0	0	1 (2)
AZT+3TC+ATV	0	0	1 (6)	1 (2)
AZT	0	1 (14)	1 (6)	2 (3)
NÃO ANOTADO	1 (3)	0	0	1 (2)
Total	34 (100)	7 (100)	17 (100)	58 (100)

* PVHA em TARV.

Quanto ao tempo de uso de TARV, não foram encontradas, nos documentos do Ministério da Saúde, critérios sobre adequação do tempo de uso pela gestante. Ambas as publicações consultadas recomendam que a TARV/profilaxia seja instituída a partir da 14^a semana de gestação, e no caso de a gestante chegar ao SAE após esse período, deve ser instituída o mais breve possível (BRASIL, 2006,

2007b). Convém ressaltar que o risco de transmissão vertical do HIV está relacionado à carga viral materna, então é desejável que a gestante utilize a TARV/profilaxia por tempo suficiente para haver redução da mesma, sendo que nas mulheres com CV acima de 1000 cópias/ml a cesariana eletiva é obrigatória.

Observou-se que 22% (n=9) das gestantes que iniciaram o pré-natal em outras unidades realizaram até 4 semanas de TARV/profilaxia, ou seja, menos de um mês. Já entre as que iniciaram o pré-natal nos SAE, 70% (n=12), realizaram mais de 13 semanas (Tabela 17).

Os casos classificados como “ignorado” e “não se aplica” se relacionam a 6 gestantes que já estavam em TARV antes da gestação, e as outras 2 são: uma que teve TARV prescrita com 18 semanas mas usou irregularmente e uma que não teve o esquema de TARV e data de início anotado no prontuário.

Tabela 17 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com o tempo de uso de TARV/profilaxia segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

		Unidade			Total
		A	B	C	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Iniciaram o pré-natal em outras unidades					
Tempo de uso de ARV (em semanas)	Ignorado/não se aplica*	3 (14)	0	0	3 (7)
	Até 4	6 (27)	0	3 (20)	9 (22)
	De 5 a 8	3 (14)	2 (50)	6 (40)	11 (27)
	De 9 a 12	2 (9)	0	2 (13)	4 (10)
	De 13 a 19	6 (27)	2 (50)	3 (20)	11 (27)
	Mais de 20	2 (9)	0	1 (7)	3 (7)
Total		22 (100)	4 (100)	15 (100)	41 (100)
Iniciaram o pré-natal no SAE					
					Total
Tempo de uso de ARV (em semanas)	Ignorado/não se aplica*	3 (25)	2 (67)	0	5 (29)
	De 13 a 19	4 (33)	0	1 (50)	5 (29)
	Mais de 20	5 (42)	1 (33)	1 (50)	7 (41)
Total		12 (100)	3 (100)	2(100)	17 (100)

*Ignorado/Não se aplica: mulheres em TARV antes da gestação

2.4 Consultas subseqüentes

Em relação às consultas subseqüentes em gestantes com HIV, se recomenda que sejam acompanhadas em um SAE por clínico com experiência ou infectologista, além do acompanhamento por obstetra. As consultas devem ser mensais até a 32ª semana, quinzenais da 32ª à 36ª semana, e semanais a partir da 36ª semana (BRASIL, 2006, 2007b; FEBRASGO, 2001). De acordo com a FEBRASGO (2001), qualquer número de consultas abaixo de seis é considerado inadequado. O PHPN também considera um mínimo de seis consultas para uma assistência pré-natal de qualidade. Considerando as recomendações da FEBRASGO, uma mulher com parto a termo, que iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, deveria realizar no mínimo 11 consultas.

Quanto ao conteúdo das consultas, destaca-se a avaliação clínica em relação a queixas e a sinais e sintomas de imunodeficiência, bem como sinais e sintomas de outras DST, que devem ser adequadamente tratadas. O exame clínico-obstétrico deve incluir o peso e o IMC, a pressão arterial, a pesquisa de edema, a medida da altura uterina, a ausculta dos BCF e a avaliação da apresentação fetal. Espera-se que o peso, a pressão arterial, o cálculo da idade gestacional e a altura uterina estejam anotadas em todas as consultas. Considerando que os BCF e a apresentação fetal não são detectados precocemente, não se espera que os mesmos estejam anotados no total de consultas, porém, segundo Koffmann & Bonadio (2005), registros como “inaudível” ou “indefinido”, indicam que a avaliação foi realizada pelo profissional.

As gestantes soropositivas estudadas realizaram, nos SAE, entre 1 e 17 consultas. Chama a atenção o número de gestantes que realizou 3 consultas ou

menos (59%, n=34), sendo que apenas 7% (n=4) realizou onze consultas ou mais no SAE.

Para cálculo dos dados clínicos e obstétricos (Tabela 18), foram somadas todas as consultas e todos os registros. Observou-se que o dado com maior frequência de registro foi a avaliação de sinais e sintomas de imunodeficiência (98%) e o registro de queixas (97%), além da pressão arterial e do peso. Os dados com registro menos frequente foram a apresentação fetal e o IMC. Quanto à pesquisa de edema, foi observado que não constava registro, exceto no registro de queixa da gestante em raros prontuários (n=3).

Tabela 18 - Distribuição das gestantes HIV+ analisadas de acordo com o registro de dados clínicos e obstétricos nas consultas subseqüentes segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

% Dados registrados	Unidade		
	A (n=105)	B (n=54)	C (n=32)
	n (%)	n (%)	n (%)
Idade gestacional	49 (47)	14 (26)	5 (16)
Data provável do parto	10 (10)	5 (9)	15 (47)
Peso	89 (85)	47 (87)	24 (75)
Índice de Massa Corporal	0	5 (9)	0
Pressão arterial	93 (89)	46 (85)	25 (78)
Altura uterina	48 (46)	20 (37)	0
Batimentos cardíacos fetais	23 (22)	10 (18)	0
Apresentação fetal	2 (2)	3 (6)	0
Solicitação de exames	27 (26)	15 (28)	6 (19)
Queixa	101 (96)	52 (96)	31 (97)
Sinais de imunodeficiência	104 (99)	53 (98)	31 ()

As gestantes com HIV devem realizar todos os exames laboratoriais considerados essenciais para o pré-natal, como hemoglobina/hematócrito, sumário de urina, glicemia de jejum, VDRL, sorologia para toxoplasmose e hepatite B. É recomendado que o médico realize, no primeiro atendimento, exames

complementares, que servirão para o monitoramento dos efeitos colaterais da TARV/profilaxia, como provas de função hepática e renal (transaminases, ureia e creatinina), lipidograma, urocultura para pesquisa de infecção urinária assintomática, além de marcadores sorológicos para Hepatite B (Anti-HBc total e Anti-HBs) e Hepatite C (Anti-HCV) e o teste tuberculínico, além da contagem de células CD4 e da Carga Viral. A recomendação é que o hemograma e a dosagem de enzimas hepáticas sejam repetidos antes do final da gestação, bem como se realize um exame de carga viral por volta da 34ª semana para definição da via de parto (BRASIL, 2006; 2007b). Se recomenda que a gestante realize uma ultrassonografia por trimestre, ou, no mínimo, uma até por volta da vigésima semana, quando ainda é possível determinar a idade gestacional (FEBRASGO, 2001).

Para as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), é recomendada a realização periódica de hemograma, provas de função hepática e renal, glicemia de jejum e lipidograma, além da contagem de células T-CD4 e Carga Viral (CV), e de sorologia para sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatites virais B e C, citomegalovírus, dentre outras. Assim, observamos que algumas gestantes, que já eram PVHA antes da gestação, não realizaram testes para hepatites e PPD, mas tinham registro anterior à gestação. O mesmo ocorreu para CV e CD-4: não computou-se aquelas que tinham realizado recentemente, antes da gestação.

Foi observado que, devido às especificidades locais, os profissionais também solicitam com frequência sorologia para doença de Chagas, Rubéola, Citomegalovírus e HTLV-1, porém, não era objetivo desse estudo avaliar a realização desses exames.

Entre as gestantes que iniciaram o pré-natal em outras unidades e foram encaminhadas para os SAE (Tabela 19, p. 94), observamos que 39% não tinham

registro de resultado de hemograma e metade (51%) não possuía registro de sumário de urina e de VDRL. Quanto à realização da CV, observou-se que metade das gestantes possui um resultado e apenas 12% realizaram duas CV e receberam os resultados antes do parto. Na unidade C, 60% delas não possuíam resultado de CV anotado. Para os exames de bioquímica realizados com o fim de monitorar os efeitos da TARV (provas de função hepática e renal e lipidograma), em todas as unidades, mais de dois terços das gestantes não possuía registro de resultado.

Entre as gestantes que iniciaram o pré-natal no SAE (Tabela 20, p. 95), observamos que apenas 42% possuíam 2 registros ou mais de hemograma, 18% de sumário de urina e 12% de VDRL. Metade (53%) não tinha registro de resultado de enzimas hepáticas (TGO/TGP), e 65% não possuía registro do resultado das provas de função renal e do lipidograma. Quanto à contagem de células T-CD4, observamos que 41% não tinha resultado anotado, e 35% não possuía resultado de contagem de CD4. Apenas 18% das gestantes realizaram a segunda CV e receberam o resultado antes do parto.

Tabela 19 - Distribuição das gestantes HIV+ que iniciaram o pré-natal em outras unidades de acordo com o número de registros de resultados de exames laboratoriais segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

Número de registros	A (n=22)	B (n=4)	C (n=15)	Total (n=41)
Exame	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Hemograma				
0	8(36)	1(25)	7(47)	16(39)
1	10(45)	1(25)	7(47)	18(44)
≥2	4(18)	2(50)	1(7)	7(17)
Sumário de urina				
0	12(55)	1(25)	8(53)	21(51)
1	8(36)	1(25)	6(40)	15(37)
≥2	2(9)	2(50)	1(7)	5(12)
VDRL				
0	11(50)	1(25)	9(60)	21(51)
1	9(41)	3(75)	6(40)	18(44)
≥2	2(9)	0	0	2(5)
Carga Viral				
0	7(32)	1(25)	9(60)	17(42)
1	12(55)	2(50)	5(33)	19(46)
≥2	3(14)	1(25)	1(7)	5(12)
Contagem de CD4				
0	6(27)	1(25)	8(53)	15(37)
1	13(59)	2(50)	6(40)	21(51)
≥2	3(14)	1(25)	1(7)	5(12)
TGO/TGP				
0	13(59)	3(75)	10(67)	26(63)
1	8(36)	1(25)	4(26)	13(32)
≥2	1(5)	0	1(7)	2(5)
Ureia/creatinina				
0	13(59)	4(100)	10(67)	27(66)
1	7(32)	0	5(33)	12(29)
≥2	2(9)	0	0	2(5)
Lipidograma				
0	15(68)	3(75)	11(73)	29(71)
1	7(32)	1(25)	4(27)	12(29)
≥2	0	0	0	0

Tabela 20 - Distribuição das gestantes HIV+ que iniciaram o pré-natal nos SAE de acordo com o número de registros de resultados de exames laboratoriais segundo a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

Exame	A n=12 n(%)	B n=3 n(%)	C n=2 n(%)	Total n=17 n(%)
Hemograma				
0	4(33)	0	1(50)	5(29)
1	2(17)	2(67)	1(50)	5(29)
≥2	6(50)	1(33)	0	7(42)
Sumário de urina				
0	6(50)	0	2(100)	8(47)
1	4(33)	2(67)	0	6(35)
≥2	2(17)	1(33)	0	3(18)
VDRL				
0	3(25)	0	2(100)	5(29)
1	7(58)	3(100)	0	10(59)
≥2	2(17)	0	0	2(12)
Carga Viral				
0	5(42)	1(33)	1(50)	7(41)
1	4(33)	2(67)	1(50)	7(41)
≥2	3(25)	0	0	3(18)
Contagem de CD4				
0	4(33)	1(33)	1(50)	6(35)
1	5(42)	2(67)	1(50)	8(47)
≥2	3(25)	0	0	3(18)
TGO/TGP				
0	6(50)	2(67)	1(50)	9(53)
1	5(42)	0	1(50)	6(35)
≥2	1(8)	1(33)	0	2(12)
Ureia/creatinina				
0	8(67)	2(67)	1(50)	11(65)
1	3(25)	0	1(50)	4(23)
≥2	1(8)	1(33)	0	2(12)
Lipidograma				
0	8(67)	2(67)	1(50)	11(65)
1	3(25)	1(33)	1(50)	5(29)
≥2	1(8)	0	0	

Em relação aos testes sorológicos para hepatites virais, toxoplasmose, PPD, citologia oncótica do colo do útero, urocultura e ultrassonografia (Tabela 21), observamos que entre as gestantes que iniciaram o pré-natal em outras unidades e foram encaminhadas para os SAE, apenas 7% possuíam registro de PPD, 46% de sorologia para toxoplasmose e HBs-Ag. O procedimento com maior proporção de registro foi a ultrassonografia: 51% possuíam pelo menos um registro.

Tabela 21 - Distribuição das gestantes HIV+ que iniciaram o pré-natal em outras unidades segundo o número de registros de resultados de PPD, marcadores sorológicos para Hepatites B e C, urocultura, citologia oncótica e ultrassonografia de acordo com a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

Número de registros Exame	Unidade			Total (n=41) n(%)
	A (n=22) n(%)	B (n=4) n(%)	C (n=15) n(%)	
PPD	3(14)	0	0	3(7)
Urocultura	3(14)	0	1(7)	4(10)
Sorologia para toxoplasmose	11(50)	1(25)	7(48)	19(46)
HBs-Ag	10(45)	3(75)	6(40)	19(46)
Anti HBc-Total	9(41)	1(25)	3(20)	13(32)
Anti HBs	7(32)	1(25)	2(13)	10(24)
Anti-HCV	9(41)	0	2(13)	11(27)
Citologia oncótica	3(14)	1(25)	2(13)	6 (15)
Ultrassonografia (pelo menos um registro)	14(64)	3(25)	4(27)	21(51)

Entre aquelas que iniciaram o pré-natal nos SAE (Tabela 22), observou-se que 18% tinham registro de PPD, menos da metade (47%) tinham registro de HBs-Ag e dois terços possuíam pelo menos um registro de ultrassonografia. Foi observado que a urocultura foi realizada somente nas gestantes que tiveram alterações no sumário de urina.

Tabela 22 - Distribuição das gestantes HIV+ que iniciaram o pré-natal em outras unidades segundo o número de registros de resultados de PPD, marcadores sorológicos para Hepatites B e C, urocultura, citologia oncótica e ultrassonografia de acordo com a unidade. Tocantins, 2007 a 2009.

Número de registros Exame	Unidade			Total (n=17) n(%)
	A (n=12) n(%)	B (n=3) n(%)	C (n=2) n(%)	
PPD	2(17)	1(33)	0	3(18)
Urocultura	1(8)	0	0	1(6)
Sorologia para toxoplasmose	6(50)	1(33)	1(50)	8(47)
HBs-Ag	7(58)	1(33)	0	8(47)
Anti HBc-Total	6(50)	1(33)	0	7(41)
Anti HBs	6(50)	0	0	6(35)
Anti-HCV	5(42)	1(33)	0	6(35)
Citologia oncótica	2(17)	1(33)	0	3 (18)
Ultrassonografia (pelo menos um registro)	8(67)	3(100)	0	11(65)

2.5 Adequação da assistência às gestantes com HIV

Em relação à adequação da assistência às gestantes com HIV, tomando como referência o Índice de Kessner, modificado por Takeda (1993, citada por KOFFMAN & BONADIO, 2005), observamos que em sua maioria não atingiram os critérios de qualidade estabelecidos, mesmo quando foi considerada como parâmetro a IG de início de 20 semanas, como normatiza o PHPN, ao invés do início no primeiro trimestre (Tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição do total de Gestantes HIV analisadas de acordo com os indicadores do Índice de Kessner modificado. Tocantins, 2007 a 2009.

Indicador	Nível de qualidade	Unidade			Total
		A	B	C	
Número de consultas	Adequado	10	5	1	16
	Inadequado	10	1	8	19
	Intermediário	14	1	8	23
	Total	34	7	17	58
Número de consultas combinado ao trimestre de início*	Adequado	8	3	1	12
	Inadequado	14	1	13	28
	Intermediário	12	3	3	18
	Total	34	7	17	58
Número de consultas combinado ao trimestre de início e realização da consulta de puerpério	Adequado	6	3	1	10
	Inadequado	19	3	16	38
	Intermediário	9	1	0	10
	Total	34	7	17	58
Número de consultas combinado ao trimestre de início e realização da consulta de puerpério e exames laboratoriais	Adequado	0	0	0	0
	Inadequado	23	3	16	42
	Intermediário	11	4	1	16
	Total	34	7	17	58

*Considerando-se adequada IG de início até a 20ª semana.

Em relação ao número de consultas, realizaram seis ou mais consultas nos SAE 16 gestantes: dez na unidade A, cinco na unidade B e apenas uma na unidade C. Proporcionalmente, a unidade B teve a maior frequência de gestantes com número de consultas adequado (71%, sendo 5 de um total de 7 gestantes). A unidade A teve 29% das gestantes com número de consultas abaixo de três, ou seja, inadequado. Na unidade C, 8 gestantes(47%, n=17) realizaram menos de três consultas. As gestantes com número de consultas intermediário (entre três e cinco consultas) foram 14 na unidade A, uma na unidade B e oito na unidade C.

No caso estamos considerando as consultas de pré-natal realizadas nos SAE. É possível que a maioria dessas gestantes tenha realizado consultas em outros serviços de saúde, como as Unidades de Saúde da Família ou unidades de

atendimento ao pré-natal de alto risco, como é o caso da unidade C, na qual as gestantes realizam o acompanhamento com a infectologia, ao passo que o pré-natal de alto risco é realizado em uma maternidade conveniada. Contudo, os prontuários não trazem informações sobre o acompanhamento das gestantes em seus locais de origem e com frequência não há documentos de referência e contrarreferência.

Ao combinar o número de consultas ao trimestre de início (até a vigésima semana de gestação), observamos que doze gestantes (20%, n=58) obtiveram assistência adequada, sendo oito na unidade A, três na unidade B e apenas uma na unidade C. Podemos observar que a maioria das gestantes estudadas teve acesso ao SAE somente após a vigésima semana (46 gestantes ou 79%), apesar de boa parte delas (17 gestantes, 29%) terem iniciado o acompanhamento nos mesmos através de demanda espontânea e 41% delas conhecerem seu estado sorológico para o HIV antes da gestação atual. Lima et al. (2008), em seu estudo, encontraram associação entre maior paridade e baixa escolaridade com início tardio do pré-natal. A população desse nosso estudo tem, em sua maior parte, essas características, no entanto seriam necessários mais estudos para testar essa hipótese.

Ao se associar a realização da consulta de puerpério ao número de consultas e à idade gestacional de início do acompanhamento, podemos observar que o número de gestantes HIV+ com assistência adequada reduziu-se para nove gestantes, ou 15% do total, sendo seis na unidade A (18%, n=34) e três (43%, n=7) na unidade B. Na unidade C, uma gestante teve sua assistência classificada como adequada. Ao mesmo tempo, 38 gestantes tiveram sua assistência classificada como inadequada (65%, n=58).

Ao adicionarmos o critério de realização de todos os exames laboratoriais preconizados, observamos que nenhuma gestante estudada preencheu o critério de

qualidade. Um total de 42 gestantes (72%, n=58), teve sua assistência pré-natal considerada inadequada, sendo 23 gestantes na unidade A, três gestantes na unidade B e 16 gestantes na unidade C. Obtiveram classificação intermediária 16 Gestantes (28%), sendo 11 gestantes na unidade A, quatro gestantes na unidade B e uma gestante na unidade C.

Esse resultado nos permite refletir sobre a completude do registro dos resultados dos exames: verificou-se que nos prontuários a anotação de que foram solicitados exames é frequente, no entanto os resultados não foram anotados. Outro questionamento se faz em relação à rede laboratorial, quanto ao tempo decorrido entre a solicitação, a coleta, a entrega dos resultados e a chegada desses às mãos dos profissionais que realizam o acompanhamento das gestantes.

5 RECOMENDAÇÕES

As recomendações serão entregues para a Coordenação Estadual de DST/aids do Tocantins. Para cada um dos SAE estudados, serão realizadas recomendações específicas e será agendada com cada serviço uma reunião para repasse de uma síntese dos resultados daquele serviço e discussão das recomendações.

Com base nos resultados, recomenda-se:

- Implantação do fluxograma de diagnóstico do HIV por testes rápidos nos municípios de difícil acesso, principalmente na região do Extremo-Sudeste, Capim Dourado e Bico do Papagaio.
- Pactuar as responsabilidades dos municípios em relação ao deslocamento das gestantes com HIV para os serviços de referência, e também monitorar o cumprimento desse dever pelos municípios.
- Realizar ações de educação permanente dos profissionais da atenção primária em relação ao diagnóstico e tratamento das DST, diagnóstico e manejo do HIV, acolhimento, aconselhamento pré e pós-teste e sigilo profissional;
- Realizar educação permanente dos profissionais de toda a rede de saúde estadual quanto à vigilância da infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas;
- Implantar a busca consentida (Instrução Normativa GM/MS nº 1626, de 2007) nos SAE que não o fizeram ainda; além de utilizar os critérios de

abandono fixados pelo Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde;

- Estabelecer fluxos de referência e informação entre os serviços de pré-natal de alto risco, os SAE, as maternidades e as unidades de atenção primária, de forma a melhorar a qualidade das informações dos prontuários e o acompanhamento efetivo das gestantes HIV+;
- Adoção de formulários padronizados para o registro de informações pelos SAE, principalmente a unidade B e C, de forma a melhorar a consistência e a completitude dos dados dos prontuários e a comunicação entre os diversos profissionais das equipes multidisciplinares. Realizar reuniões de equipe de forma a incentivar o comprometimento de todos os membros das equipes dos SAE com a qualidade das informações;
- Criação de uma forma de cadastro e acompanhamento das gestantes pelos SAE, para detecção das gestantes faltosas e desencadeamento de busca ativa imediata, como um caderno ou planilha eletrônica;
- Instituição de protocolos de atenção pelas equipes locais e definição interna, com base em recomendações de boas práticas, de indicadores para monitoramento e avaliação da qualidade da assistência prestada às gestantes.
- Realizar convênios com o fim de garantir transporte gratuito para as gestantes HIV+ terem menos dificuldade em acessar os SAE.

6 CONCLUSÕES

No presente estudo, verificamos que os três SAE analisados possuem estrutura física e recursos humanos e insumos indispensáveis para a prestação de cuidados às gestantes com HIV, com exceção da rede laboratorial. Observamos que cada um dos serviços organiza a assistência à gestante de uma forma diferente: a unidade A realiza toda a assistência especializada no SAE, a unidade B referencia a gestante para serviço de pré-natal de alto risco dentro da própria unidade e a unidade C referencia as gestantes para unidade de referência para pré-natal de alto risco em outra unidade. Isso se refletiu no número menor de consultas que as gestantes realizaram nesse serviço.

No entanto, observou-se que os serviços não possuem protocolos escritos e apenas a Unidade B havia implantado a Busca Consentida. Além disso, quando foi adicionado ao critério de qualidade a realização dos exames recomendados, observou-se que nenhuma gestante HIV teve sua assistência considerada adequada.

A maioria das gestantes HIV+ estudadas se encontrava na faixa etária dos 20 aos 34 anos, tinha baixo nível de escolaridade, era solteira e apresentava condição socioeconômica desfavorável, refletida pela execução de ocupações de baixa ou nenhuma remuneração. A análise da renda foi prejudicada pela falta de registro dessa informação nos prontuários.

Quanto à completude dos registros dos prontuários, observou-se que os dados com maior percentual de registro são a pressão arterial e o peso, sendo conveniente ponderar que, nos três SAE, esses dados são anotados pelo pessoal da

enfermagem, antes da consulta médica. Também se observou que a anotação de queixas e de sinais e sintomas de imunodeficiência é alta, enquanto dados obstétricos, como a idade gestacional, a DUM, a DPP, a altura uterina, os BCF e a apresentação fetal são menos registrados, sendo que a apresentação e o IMC são os dados com menor percentual de registro.

Quanto aos exames laboratoriais, observou-se que entre as gestantes que não iniciaram o pré-natal no SAE, a proporção que não realizou hemograma e sumário de urina é alta, 39 e 51%, respectivamente. A sorologia para sífilis também não foi realizada em 51% dos casos. Quanto às gestantes que iniciaram o acompanhamento nos SAE, metade não realizou sumário de urina, e um terço não realizaram hemograma e VDRL. Convém ressaltar que pode estar havendo a solicitação dos exames, porém os resultados dos mesmos não vem sendo registrados, ou ocorre demora entre a solicitação dos exames e a chegada dos resultados. Em alguns casos de gestantes que iniciaram o pré-natal em outras unidades, observamos que a unidade de procedência encaminhou junto com o documento de referência, os resultados dos exames já realizados, que foram incluídos no nosso estudo.

Quanto à adequação da assistência pré-natal, observamos que nenhuma teve sua atenção adequada pelo índice proposto. Ainda, proporção expressiva teve sua atenção pré-natal considerada inadequada (72%).

No estado do Tocantins, onde proporção expressiva dos 139 municípios possui menos de 5 mil habitantes segundo o IBGE (53,23%), e só existem cinco serviços de referência em HIV/aids, observou-se que as gestantes precisam percorrer longas distâncias para buscar cuidados, e os exames laboratoriais muitas vezes não são feitos no próprio local e há uma demora expressiva até a chegada

dos resultados do teste anti-HIV, que, em média, é de 2 meses (58 dias). Isso pode estar se refletindo na perda de oportunidade de realizar assistência adequada à gestante com HIV, que também corrobora a quantidade de gestantes que não preencheram os critérios do estudo por terem sido diagnosticadas somente no momento do parto (16 gestantes de um total de 96). Outro fator que deve ser considerado é que parte significativa das gestantes estudadas reside em municípios muito pequenos, onde é mais difícil manter o sigilo profissional entre todos os envolvidos na assistência. Isso foi anotado no prontuário de uma gestante, que relatou para o profissional que era difícil conseguir transporte no município para chegar ao SAE porque tinha receio de revelar sua condição sorológica.

Mesmo entre as gestantes com sorologia conhecida antes da gestação, observou-se que houve demora para o início do acompanhamento, sendo que em um caso a gestante era PVHA em tratamento com efavirenz, contraindicado na gestação, e mesmo assim, só realizou o primeiro atendimento no SAE no oitavo mês. Diversos estudos afirmam que quanto maior o número de filhos, mais tarde a mulher inicia o pré-natal, e observamos em nosso estudo que 45% das gestantes estudadas tinha entre 3 e 5 gestações (n=26). No entanto, é necessário realizar novos estudos, para que se possam compreender os fatores que podem estar influenciando no não cumprimento das ações essenciais para uma assistência adequada a todas as gestantes portadoras do HIV.

Em nosso estudo encontramos algumas limitações:

- Os critérios de qualidade foram aplicados considerando o atendimento realizado apenas nos SAE;

- O acesso aos SAE é influenciado diretamente pelo acesso precoce ao pré-natal na atenção básica e ao recebimento dos resultados do teste anti-HIV, portanto, mulheres que chegaram aos SAE no terceiro trimestre podem ter iniciado o pré-natal tardiamente já em sua unidade de origem, ou receberam tardiamente os resultados do teste anti-HIV;
- Observou-se sub-registro de informações clínicas e obstétricas, que podem ter influenciado o baixo grau de adequação aferido;
- Algumas diferenças entre os SAE estudados se devem ao tipo de fluxo de atendimento, por exemplo, na unidade C as gestantes realizam o acompanhamento da condição de pessoa com HIV, enquanto a atenção à gestação é feita em unidade de referência para gestantes de alto risco.
- Neste estudo focamos apenas na descrição do nível de qualidade encontrado, sem abordar os fatores do contexto que influenciam principalmente o acesso e a utilização dos SAE pelas gestantes.

Assim, observou-se que o presente estudo, mais do que respostas, permitiu o levantamento de uma série de questões, para serem respondidas com estudos futuros:

- Quais são os fatores que estão influenciando o tempo entre a coleta dos testes anti-HIV e a chegada dos resultados, principalmente nos pequenos municípios das regiões mais distantes e inacessíveis do Tocantins?
- Como estão organizados os serviços de pré-natal na atenção primária no estado do Tocantins?

- Qual é o percurso das gestantes com HIV, do início do pré-natal no seu local de residência até a chegada aos serviços de referência?
- Como as questões sexuais e reprodutivas estão sendo abordadas pelos profissionais dos SAE e como as mesmas são vistas pelas mulheres com HIV em nosso estado, dadas as características socioeconômicas e culturais locais?
- Quais são os fatores do contexto institucional e do contexto externo que influenciam no acesso das gestantes vivendo com HIV aos SAE e o grau de qualidade da assistência prestada?

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Renata Bessa de. **A implementação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Duque de Caxias – RJ, na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde.** 2005. 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; SILVA, Raimunda Magalhães da. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV em gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 13, no. 06, p. 1899-1906, 2008.

BARCELLOS C., BASTOS F.I. Redes sociais e difusão da Aids no Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam.** 1996; nº 121, p. 11-24.

BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na terceira década.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 569, de 1º de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis - Manual de Bolso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008. Suplemento III – Tratamento e Prevenção**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. 7. Ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. **Qualiaids: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em aids no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Ano VI, nº 01, Brasília: 2010b.

_____, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Ano VIII, nº 01, Brasília: 2011.

_____, _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria SVS/MS Nº 151, de 14 de outubro de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, Ana Maria de et al . Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, vol 40, suplemento. p 18-22, 2006.

COIMBRA, Liberata C.; SILVA, Antonio A. M.; MOCHEL, Maria T. S. S. B. Alves *et al*. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, vol. 37, no. 4, p. 456-462, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). **Avaliação em Saúde**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

DÍAZ-BERMUDEZ, Ximena Pamela. Uma questão de tempo: a implantação da estratégia do teste rápido para diagnóstico da infecção do HIV no Brasil. In: DHALIA, Carmen de Barros Correia; DÍAZ-BERMUDEZ, Ximena Pamela. **Teste Rápido: por que não? Estudos que contribuíram para a política de ampliação da testagem para HIV no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

DONABEDIAN, Avedis. The Seven Pillars Of Quality. **Arch Pathol Lab Med**, vol. 114, p. 1115-1118. Novembro de 1990.

_____. The definition of quality: a conceptual exploration. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring, Volume I: The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Harbor, Health Administration Press, 1980.

DUARTE, Geraldo; QUINTANA, Silvana Maria; EL BEITUNE, Patrícia. Estratégias que reduzem a Transmissão Vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol. 27, no. 12, p. 768-778, 2005a.

_____. Fatores que influenciam a Transmissão Vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol. 27, no. 11, p. 698-705, 2005b.

FALCÃO, Millena Silva. **Avaliação da qualidade do pré-natal nas unidades de saúde de Palmas – TO**. 2011. Artigo. (Bacharelado em Enfermagem). Centro Universitário Luterano de Palmas. Palmas – TO.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Assistência Pré-Natal – Manual de Orientação**. Rio de Janeiro: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; 2001.

FONSECA, Maria Goretti et al . AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2000 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700007&lng=pt&nrm=iso. acessos em 31 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700007>.

GALVÃO, Marli T. Gimenez; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; MARCONDES-MACHADO, Jussara. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. **Rev. Saúde Pública**, 2004, vol. 38, no. 2, p. 194-200.

GIANVECCHIO, Rosângela P.; GOLDBERG, Tâmara B. L.; Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. **Cad. Saúde Pública**, vol. 21, no.2, p 581-588, Rio de Janeiro, mar./abr., 2009.

GONÇALVES, Carla Vitola; CESAR, Juraci Almeida; MENDOZA-SASSI, Raul A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 25, no. 11, p. 2507-2516, Rio de Janeiro, Nov./2009.

GUIBU I. A., BARROS M. B. A., CORDEIRO M. R. D. et al.; Estudo de sobrevivência de pacientes de AIDS no Brasil, 1998 a 1999 – Fase I – Regiões Sul e Sudeste. In: **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Ano V, nº 01, Brasília: dezembro de 2008.

KOFFMAN, Márcia Duarte; BONADIO, Isabel Cristina. Avaliação da Atenção Pré-natal em Uma Instituição Filantrópica da Cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, Vol. 5 (Suplemento 1): p. S23-S32, dez., 2005.

KOTELCHUCK, Milton. An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Edequacy of Prenatal Care Utilization Index. **Am. Journal of Public Health**, vol. 84, no. 9, p. 1414-1420, 1994.

LAURENTI, Ruy. Objetivos de desenvolvimento do milênio. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 1, Fev. 2005.

LIMA, Bruno Gil de Carvalho; COSTA, Maria da Conceição do Nascimento; DOURADO, Maria Inês Costa. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, vol. 17, no. 2, p. 123-153, abr.-jun. 2008.

MACÊDO, Vilma Costa de *et al.* Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. vol.25 no. 8. Rio de Janeiro: Agosto de 2009.

MELO, Victor Hugo; AGUIAR, Regina Amélia Lopes Pessoa; LOBATO, Ana Cristina de Lacerda *et al.* Resultados maternos e perinatais de dez anos de assistência obstétrica a portadoras do vírus da imunodeficiência humana. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol. 27, no. 11, p. 683-690, 2005.

NEMES, M. I. B. *et al.* Avaliação da qualidade de assistência no Programa de Aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, suplemento 2, p. S310-S321, 2004.

NISHIMOTO, Teresa Maria Isaac; ELUF NETO, José; ROZMAN, Mauro Abrahão. Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação das

medidas de controle no município de Santos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, vol. 51, no 1, p. 54-60, 2005.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, vol. 14, suplemento 1, p. 25-32, Rio de Janeiro, 1998.

PAIVA, Vera et al. A vulnerabilidade das mulheres ao hiv é maior por causa dos condicionantes de gênero? Artigo traduzido de: **Cuadernos Mujer Salud** vol. 3, 1998, Red de Salud de Las Mujeres Latino Americanas Y Del Caribe, Pag 34-38. Disponível em: <http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/mulheres-vulner.pdf>. Acessado em 15 de janeiro de 2012.

_____ et al . Sem Direito de Amar?: A Vontade de Ter Filhos Entre Homens (e Mulheres) Vivendo Com o HIV. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 2, 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 30 de janeiro de 2012.

POTTER, Patricia A., PERRY, Anne G. **Documentação e registro**. In: _____. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 6. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2005.

RIBEIRO FILHO, Benedito. Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM. 2004. 93f. Dissertação (Mestrado Interinstitucional da CAPES). Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane. Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

RODRIGUES-JÚNIOR, Antonio Luiz; CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Ago 2004, vol.37, no.4, p.312-317.

SANTOS, Aliny de Lima; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; MARCON, Sonia Silva. Assistência pré-natal: Satisfação e expectativas. **Rev. Rene**. Vol. 11, Número Especial, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/>. Acesso em 10 de maio de 2011.

SANTOS, Naila J. S.; BARBOSA, Regina Maria; PINHO, Adriana A. *et al*. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, vol. 25, Suplemento 2, p S321-S333, Rio de Janeiro, 2009.

_____ et al . Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, Aug. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 30 de Janeiro de 2012.

SCHOUT, Denise; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Ago. 2007. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 23 de Janeiro de 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400015>.

SCRIVEN, Michael. Metodologia da Avaliação. In: WORTHEN, Blaine; SANDERS, James R; FITZPATRICK, Jody L. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Gente/EDUSP/Instituto Fonte/Instituto Ayrton Senna, 2004.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da Qualidade em Saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, vol. 23., p. 81-92, set./dez. 1999.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia de Giácomo; CECATTI, José Guilherme. Avaliação preliminar do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Vol 26, no. 7, p. 517-525, 2004.

SILVA, Ana Paula Sobrinho; NOLETO, Elenilde dos Remedios Nogueira Gomes. **Mortalidade materna no estado do Tocantins, de 2004 a 2008: Perfil sóciodemográfico e causal**. 2010. Artigo (Bacharelado em Enfermagem). Centro Universitário Luterano de Palmas. Palmas – TO.

SILVA, Manuela Barreto; MONTEIRO, Pedro Sadi. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO, 2009. **Com. Ciências Saúde**. 2010; vol. 21 nº 1, p. 21-30. Disponível em: http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol21_1_04adequacaoprenatal.pdf. Acessado em 18 de dezembro de 2011.

SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; SOUZA, Kleyde Ventura. História, Conquistas e Perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, vol. 14, no. 4, p. 585-593, 2005.

SILVEIRA, Denise S.; SANTOS, Iná S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, vol. 20, no. 5, p 1160-1168, Rio de Janeiro, Set.-Out./2004.

SILVEIRA, Denise Silva da; SANTOS, Iná Silva dos; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Fev 2001.

SOUZA JR, Paulo Roberto Borges de; SZWARCOWALD, Célia Landmann; BARBOSA JR, Aristides *et al.* Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. **Rev. Saúde Pública**, vol. 38, no. 6, p. 764-772, dez. 2004.

SZWARCOWALD, Célia Landmann et al. HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. **Braz J Infect Dis**, Salvador, v. 12, n. 3, Junho de 2008.

_____.; BARBOSA JUNIOR, Aristides; MIRANDA, Angélica E.; PAZ, Leidijany Costa. Resultados do Estudo Sentinela-Parturiente, 2006: Desafios para o Controle da Sífilis Congênita no Brasil. **J Bras Doenças Sex Transm**, Vol. 19, no. 3-4, p. : 128-133., 2007. ISSN: 0103-4065.

TOCANTINS (Estado). Secretaria Estadual da Saúde. Gerência Técnica DST/AIDS. **Dados Epidemiológicos.** Disponível em: http://www.saude.to.gov.br/mostra_programa.php?codigo=128&tab=tab11&codigo_filho=132. Acessado em 20 de abril de 2010.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização.** Palmas: Secretaria Estadual de Saúde, 2002.

TREVISAN, Maria do Rosário; DE LORENZI, Dino Roberto Soares; ARAÚJO, Natacha Machado; ÉSBER, Khaddour. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol. 24, no. 5, p. 293-299, 2002.

VASCONCELOS, Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos; HAMANN, Edgar Merchán. 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. Saúde Matern. Infant.**, Vol. 5, no. 4, p. 483-492, Recife, out. / dez., 2005.

VUORI, Hannu. **A Qualidade da Saúde.** Tradução de Maria José Lindgren Alves. Rio de Janeiro: novembro de 1988.

YUNES, João; CAMPOS, Oswaldo; CARVALHO, Vera S. S. Assistência à infância, à adolescência e à maternidade no Brasil. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, vol. 103, no. 1, 1987.

APÊNDICES

Apêndice 1 - ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO – PRONTUÁRIO

Iniciais da gestante: _____ Unidade: _____ Nº notificação _____ Data notificação: _____

01 - Identificação			
Data de nascimento ___/___/_____	Raça/cor()	Escolaridade()	Situação conjugal()
Ocupação _____	familiarR\$ _____		Renda _____
UF de residência _____	Município de residência _____		
02 - Dados clínicos – Primeira consulta			
Data do diagnóstico da infecção pelo HIV ___/___/_____	Diagnóstico do HIV ()	Situação clínica ()	
Procedente de outra unidade de saúde? () Nome da Unidade de Origem: _____ UF da Unidade de Origem: _____ Município da Unidade de Origem: _____ Forma de acesso ao serviço () Profissional que realizou o primeiro atendimento () Data da primeira consulta de pré-natal no SAE ___/___/_____			
Antecedentes familiares <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doenças Congênitas <input type="checkbox"/> Gemelaridade <input type="checkbox"/> Câncer de mama			
Antecedentes pessoais <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Doenças Mentais <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Hepatites Virais <input type="checkbox"/> Transfusões de Sangue <input type="checkbox"/> Uso de drogas <input type="checkbox"/> DST			
Antecedentes Ginecológicos Menarca ___/___/_____ Uso de método contraceptivo() Último PCCU: ___/___/_____ Doenças Sexualmente Transmissíveis ()			
Antecedentes Obstétricos Número de Gestações _____ Número de partos normais _____ Número de cesarianas _____ Número de abortos _____ Número de filhos vivos _____ Data de nascimento do último filho ___/___/_____			
Gestação atual Data da última menstruação ___/___/_____ Peso _____Kg Altura _____m PAS _____mmHg PAD _____mmHg Altura Uterina _____cm Sinais e sintomas indicativos de imunodeficiência <input type="checkbox"/> Emagrecimento <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dermatite <input type="checkbox"/> Adenomegalia <input type="checkbox"/> Monilíase oral () <input type="checkbox"/> Outros Presença de sinais de DST () Situação vacinal (dT) () Atividades realizadas na primeira consulta: Prescrição de ARV: _____ Prescrição de medicamentos para IO: _____ Prescrição de medicamentos para DST: _____ Prescrição de profilaxia para anemia: _____ Outras atividades: <input type="checkbox"/> Notificação Gestante HIV <input type="checkbox"/> Consulta de enfermagem <input type="checkbox"/> Atendimento psicológico <input type="checkbox"/> Atendimento com assistente social <input type="checkbox"/> Aconselhamento <input type="checkbox"/> Dispensação de insumos de prevenção Exames solicitados <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Sumário de Urina <input type="checkbox"/> Urocultura <input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea e fator RH <input type="checkbox"/> Coombs indireto <input type="checkbox"/> Glicemia de Jejum <input type="checkbox"/> Teste de resistência à glicose <input type="checkbox"/> Carga Viral <input type="checkbox"/> Contagem de células T Cd4+ <input type="checkbox"/> AST (TGO) <input type="checkbox"/> ALT (TGP) <input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> Lipidograma <input type="checkbox"/> Sorologia para Toxoplasmose <input type="checkbox"/> HBS-Ag <input type="checkbox"/> Anti-HBc total <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HCV <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> Bacterioscopia de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Pesquisa de clamídia e gonococo em secreção vaginal <input type="checkbox"/> Citologia oncológica <input type="checkbox"/> USG			

CONSULTAS SUBSEQUENTES

Consulta nº _____ Data: ___/___/_____

Peso _____Kg Altura _____m Pressão Arterial ___/___mmHg Altura Uterina _____cm

Apresentação fetal _____ BCF _____BPM

Sinais e sintomas indicativos de imunodeficiência

() Emagrecimento () Diarreia () Tosse () Febre () Dermatite () Adenomegalia () Monilíase oral
() Outros

Presença de sinais de DST ()

Resultados de exames

Hemoglobina _____g/dL Hematócrito _____% Sumário de Urina () Bacteriúria Leucócitos _____ () Muco Hemácias _____ () Urocultura Tipo Sanguíneo _____ Fator RH _____ () Coombs indireto
Glicemia de Jejum _____mg/dL Teste de tolerância à glicose _____ Carga Viral _____cópias/ml
Contagem de células T Cd4+ _____µL AST (TGO) _____mg/dL ALT (TGP) _____mg/dL Uréia) _____mg/dL
Creatinina) _____mg/dL Colesterol total) _____mg/dL Colesterol HDL) _____mg/dL Colesterol
VLDL _____mg/dL Colesterol LDL _____mg/dL Sorologia para Toxoplasmose () IGG () IGM () HBS-
Ag () Anti-HBc total () Anti-HBs () Anti-HCV VDRL _____ () Bacterioscopia de secreção vaginal
() Pesquisa de clamídia e gonococo em secreção vaginal () Citologia oncótica () USG

Prescrição de ARV: _____

Prescrição de medicamentos para IO: _____

Prescrição de medicamentos para DST: _____

Prescrição de profilaxia para anemia: _____

Outras prescrições _____

Solicitação de exames laboratoriais

() Hemograma () Sumário de Urina () Glicemia de Jejum () Carga Viral () Contagem de células
T Cd4+ () AST (TGO) () ALT (TGP) () Uréia () Creatinina () Lipidograma () VDRL () USG

Prescrição de profilaxia para anemia ()

Outras atividades: () Notificação Gestante HIV () Consulta de enfermagem () Atendimento
psicológico () Atendimento com assistente social () Aconselhamento () Dispensação de insumos
de prevenção

CONSULTA DE PUERPÉRIO

Data: ___/___/_____

Peso _____Kg Altura _____m Pressão Arterial ___/___mmHg

Sinais e sintomas indicativos de imunodeficiência (marcar mais de uma opção):

() Emagrecimento () Diarreia () Tosse () Febre () Dermatite () Adenomegalia () Monilíase oral
() Outros

Presença de sinais de DST (marcar mais de uma opção): ()

TARV

Prescrição de ARV: _____

Prescrição de medicamentos para IO: _____

Prescrição de medicamentos para DST: _____

Prescrição de profilaxia para anemia: _____

Prescrição de medicamentos para DST()

Outras prescrições _____

Outras atividades: () Consulta de enfermagem () Atendimento psicológico () Atendimento com
assistente social () Aconselhamento () Dispensação de insumos de prevenção

Registro de atividades de educação em saúde

() Atividades de incentivo à adesão () Aconselhamento reprodutivo () Cuidados com o RN
() Prevenção da transmissão horizontal do HIV () Prescrição de contraceptivo
() Outros _____

DADOS SOBRE O PARTO

Data do parto: ___/___/_____

Evolução da gravidez: ()

Tipo de parto: ()

Situação do recém-nascido: ()

Profilaxia ARV durante o trabalho de parto: ()

Administração de AZT oral para o RN: ()

Inibição da lactação: ()

Aleitamento materno do RN: ()

Ocorrência de aleitamento cruzado: ()

Registro de dados sobre o RN: Peso_____g Estatura_____cm Apgar 1ºmin____ Apgar 5ºmin_____

Apêndice 2 - Roteiro para coleta de dados sobre a estrutura dos serviços

Obs: com adaptações do questionário QUALIAIDS (BRASIL, 2008).

1 - Perfil da unidade:

1 Unidade específica para atendimento de PVHA.	<input type="checkbox"/>
3 Serviço inserido em outra unidade ambulatorial.	
5 Serviço inserido em hospital.	

2 – Esfera de Gestão:

1 Municipal	<input type="checkbox"/>
3 Estadual	
5 Federal	

6 - Número de pacientes em acompanhamento

Adultos	
Crianças	
Gestantes	

7 - Horário e turnos de atendimento estão visíveis para usuários e funcionários?

1 – Sim 3 – Não

Horário de funcionamento: Manhã: _____ Tarde: _____

8 - Composição da equipe multiprofissional:

Profissional	Quantidade	Carga horária semanal	Exclusivo para SAE? <input type="checkbox"/>	Tempo de trabalho no serviço	Capacitado em Assistência ao HIV/aids	Ano da última capacitação
Clínico						
Infectologista						
Ginecologista: obstetra						
Pediatra						
Enfermeiro						
Assistente social						
Psicólogo						
Farmacêutico						

9 – Acesso

O serviço está localizado em região de fácil acesso a transporte coletivo?	<input type="checkbox"/>
Estrutura física é acessível a pessoas com mobilidade reduzida?	<input type="checkbox"/>

10 - Agendamento

O serviço possui norma escrita para atendimento e agendamento?

Se sim, ela está acessível para funcionários e pacientes?

Preencher no caso de haver norma escrita:**O atendimento de gestantes novas é feito:**

1 - Pelo médico, no mesmo dia;

2 – Por profissional não médico de nível superior, no mesmo dia;

3 – Por profissional de nível médio;

4 – Agendado consulta para outro dia. **Pacientes que chegam ao serviço sem agendamento prévio:**

1 - São atendidos por profissional médico, no mesmo dia;

3 - São atendidos por profissional de nível médio e se necessário por médico;

5 - São atendidos por profissional de nível superior e se necessário por médico;

7 - São agendados para outro dia;

O serviço utiliza o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os pacientes, de acordo com a Instrução Normativa 1626?

O encaminhamento de pacientes para o serviço é realizado:

1 – Em formulário padronizado.

3 – Por telefone.

5 – Não é realizado encaminhamento formal.

11 – Existência de estrutura física:

Número de consultórios médicos: ____

Número de salas para atendimento de enfermagem: ____

Número de salas para atendimento individual por outros profissionais: ____

Número de salas para atendimento em grupo: ____

12 – Acesso a exames de laboratório

12.1 Tipo de laboratório:

1 - próprio 3 - conveniado 5 - Não possui

12.2 A coleta de exames ocorre:

1 Na própria unidade 2 Em outra unidade 3 Alguns na unidade e outros fora da unidade

4 Não se aplica

12.3 Tempo médio de entrega do resultado de exames de laboratório:

1 – Até 7 dias

3 – 8 a 15 dias

5 – 16 a 30 dias

7 – 31 a 45 dias

9 – mais de 46 dias

11 – imprevisível

13 – Especialidades

Há fluxos de referência e contra-referência estabelecidos para:	1 – Sim	3 – Não
Cardiologia <input type="checkbox"/>		
Urologia <input type="checkbox"/>		
Ultrassonografia <input type="checkbox"/>		
Gastroenterologia <input type="checkbox"/>		
Hospital/maternidade para gestação de alto risco <input type="checkbox"/>		
Hospital geral <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico por imagem <input type="checkbox"/>		
Histopatologia <input type="checkbox"/>		

14 – Busca de gestantes faltosas

No caso de falta à consulta agendada, a rotina é:	
1- Aguarda retorno espontâneo;	<input type="checkbox"/>
3 – Convoca aquelas com intercorrências ou gravidade clínica;	
5 – Convoca todas as faltosas;	
7 – Não há controle rotineiro de faltosas;	

15 – Atividades educativas

As gestantes participam de grupos? <input type="checkbox"/>	1 – Sim	3 – Não
Se sim, que tipo de grupo: _____		

16 – Possui UDM? Sim Não

17 – Dispensa insumos de prevenção? Sim Não

18 – Padronização de registros

Os registros dos atendimentos que possuem formulários padronizados são:
Identificação do paciente;
Anamnese; <input type="checkbox"/>
Exame físico; <input type="checkbox"/>
Exames laboratoriais; <input type="checkbox"/>
Registro de consultas e atendimentos da equipe multiprofissional; <input type="checkbox"/>
Formulário de referência e contrarreferência; <input type="checkbox"/>
Formulário de solicitação de exames; <input type="checkbox"/>
Outros, especificar: <input type="checkbox"/>

Observações:

ANEXOS

Anexo 1

Critérios para a atenção pré-natal estabelecidos pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

1. Primeira consulta até o 4º mês de gestação.
2. Garantir a realização dos seguintes procedimentos:
 - 2.1. No mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.
 - 2.2. Uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.
 - 2.3. Exames laboratoriais:
 - a) ABO-Rh, na primeira consulta;
 - b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
 - c) Urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
 - d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
 - e) Hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta.
 - 2.4. Oferta de teste de HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população maior que cinquenta mil habitantes.
 - 2.5. Aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
 - 2.6. Atividades educativas.
 - 2.7. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subseqüentes.
 - 2.8. Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Fonte: BRASIL, 2000.

Anexo 2

Indicadores de Processo e de Resultado estabelecidos para avaliação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

1. Indicadores de Processo

1.1-Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);

1.2-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal;

1.3-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;

1.4-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos;

1.5-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;

1.6-Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.

1.7-Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

2. Indicadores de Resultado

2.1- Percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município

2.2 - Percentual de Recém-nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município

3-Indicadores de Impacto

3.1-Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município comparando com o do ano anterior;

3.2-Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município comparando com o do ano anterior;

3.3-Razão de mortalidade materna no município comparando com o do ano anterior;

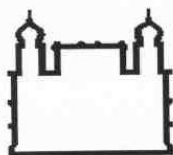
3.4-Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município comparando com o do ano anterior;

3.5- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município comparando com o do ano anterior;

3.6- Coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparando com o do ano anterior.

Fonte: Brasil, 2000.

Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 08 de novembro de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 52/11
CAAE: 0063.0.031.000-11

Título do Projeto: “Avaliação da atenção pré-natal às gestantes com HIV nos serviços ambulatoriais especializados do Tocantins”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisadora Responsável: Mônica Bandeira

Orientadora: Marina Ferreira de Noronha

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 22 / 03 / 2011

Data de apreciação: 13 / 04 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Prof. Angela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

Anexo 4 – Autorização da SESAU - TO

Governo do
TOCANTINS
O Estado da Livre Iniciativa
e da Justiça Social

SECRETARIA DA
SAÚDE
www.saude.to.gov.br

OFICIO/SESAU/GABSEC Nº 1239/2012

Palmas, 13 de fevereiro de 2012

A Sua Senhoria, a Senhora
Ângela Fernandes Esher Moritz
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

ASSUNTO: Liberação de Pesquisa.

Senhora Coordenadora,

Considerando a Portaria/SESAU 762, de novembro de 2011.

Informamos para comprovação junto ao comitê de ética dessa instituição, que o projeto de pesquisa de Monica Bandeira, cujo título é **Avaliação da atenção pré-natal às gestantes com HIV nos serviços ambulatoriais especializados do Tocantins** foi avaliado pelo setor técnico correspondente e pela direção do Hospital de Doenças Tropicais, município de Araguaína-TO.

Por terem sido favoráveis a realização da pesquisa, considerando-a relevante para o sistema de saúde local e estadual, conforme o Parecer Técnico da Unidade, sua realização foi liberada pela Superintendência da Escola Tocantinense do SUS.

Em anexo estão as cópias dos documentos comprobatórios.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos na Diretoria de Gestão da Educação em Saúde/Coordenação de ciência, Tecnologia e Inovação, através do telefone 3218-1795, ou por e-mail: dges.cti@saude.to.gov.br.

Atenciosamente,

RAIMUNDO NONATO PIRES DOS SANTOS
Secretário de Estado da Saúde

José Gestão Almirão Nader
Superintendente Geral
SESAU/TO

Secretaria de Estado da Saúde, Praça dos Girassóis, Centro
CEP: 77007-015 - Palmas/TO Tel.: 3218-1700/3218-1713

Anexo 5 – Autorização da SMS de Palmas

PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
Secretaria de Saúde
Edifício Durval Silva, QD. 103 Sul, Rua SO-07, Lt. 03, Centro – CEP 77.015-030
Telefone: (63) 3218-5332 / E-mail: saude@palmas.to.gov.br

**RELATÓRIO DA ANÁLISE DE PROJETO PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO
DE PROJETO E PESQUISA**

Nº 01 – 19/2011

INSTITUIÇÃO: Secretaria Municipal de Palmas

PESQUISADORA: Mônica Bandeira

TÍTULO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL ÀS
GESTANTES COM HIV NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS
ESPECIALIZADOS DO TOCANTINS

PARECER

Após reunião da Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa e de acordo com a resolução 196/96 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e que, determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, concluiu-se que a referida pesquisa atende às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, estando sua execução liberada.

SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO

Palmas, 14 de abril de 2011


Michelle Queiroz Barreto

Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas
Comissão de Avaliação
de Projetos e Pesquisas

Anexo 6 – Autorização da SMS de Gurupi

ESTADO DO TOCANTINS
MUNICÍPIO DE GURUPI - TO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício GAB nº 612 / 2011

Gurupi-TO, 12 de setembro de 2011.

Ilma. Sra.
MÔNICA BANDEIRA
Coordenadora do Programa Municipal de DST/AIDS
Secretaria Municipal de Saúde de Palmas
PALMAS - TO

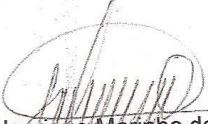
Assunto: Coleta de dados de prontuários do SAE-Gurupi

Senhora Coordenadora,

Em virtude do Ofício nº 01/2011, vimos informar à V. Sa., que Autorizamos a coleta de dados dos prontuários das Gestantes HIV positivas que iniciaram pré-natal no SAE-Gurupi, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2009.

Solicitamos, que a data da coleta de dados seja acordada com a Coordenação Municipal de DST/AIDS, para que a equipe do SAE-Gurupi, possa atendê-la com a atenção merecida durante a pesquisa.

Atenciosamente,


José Henrique Marinho de Oliveira
Secretário Municipal de Saúde


Tempo de construir