

MARIA GORETTI DE GODOY SOUSA

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NASCER
MATERNIDADES EM PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, para fins de obtenção do título de Mestre em Vigilância em Saúde e Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos.

Área de concentração: Avaliação em Saúde

ORIENTADORA

PROF^a. DRA. ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS

BRASÍLIA

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Sousa, M. Goretti de G. - Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nacer Maternidades em Pernambuco/ Maria Goretti de Godoy Sousa – Brasília, 2006., 88 pp. (+ IX Anexos)

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz

Área de concentração: Avaliação em Saúde; Vigilância em Saúde.

Orientadora: Dra. Elizabeth Moreira dos Santos

Descritores: 1. Avaliação de programas 2. Avaliação 3. Transmissão vertical
4. Sífilis Congênita 5. Aids

DEDICATÓRIA

Às mulheres usuárias do SUS e dignas de uma atenção à saúde de qualidade, na qual lhes sejam assegurados os direitos a uma assistência adequada, a proteção das suas vidas e a dos seus conceitos.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer ao Programa Nacional de Dst/Aids, especialmente a assessoria de Monitoramento e Avaliação – M&A por ter propiciado a oportunidade de qualificação de recursos humanos nos Programas Estaduais e Municipais, através da Política de Institucionalização das ações de M&A, da formação de uma rede de avaliadores em nível local, ora cristalizada nesta primeira turma de Mestrado Profissional.

Ao CDC – Center for Disease Control and Prevention, pelo apoio ao Programa Nacional Dst/Aids no fomento de uma cultura avaliativa na gestão de programas de saúde no país. Pelo apoio técnico e financeiro neste processo de formação desses recursos humanos.

Gostaria de agradecer em especial, ao Dr. François Figueirôa, coordenador do Programa em Pernambuco, pelo apoio incondicional durante todo o processo, na realização do campo, na discussão dos achados e sobretudo na superação das dificuldades ocorridas durante o processo.

A Dra. Tereza Bezerra, à época gestora da Atenção Básica, e ao Dr. Paulo Frias do Grupo de Estudos em Avaliação do IMIP pela proposição de ampliação do nosso desenho inicial da Avaliação do Projeto Nascer, viabilizando através do apoio do Centro Colaborador da Secretaria de Saúde de Pernambuco na Política de M&A da Atenção Básica - IMIP, o treinamento, o desenho da amostra, o trabalho de campo com alunos do Curso de Especialização em Saúde da Família dessa Instituição, além do processamento dos dados.

A Carla Lourenço Andrade da Escola Nacional de Saúde Pública, sobretudo pela elaboração do desenho amostral e coordenação do processamento dos dados.

Aos residentes do IMIP que realizaram junto conosco todo o trabalho de campo.

A Ivanise Tibúrcio, pela seriedade e organização da supervisão do trabalho de campo, sem medir esforços, além do enorme carinho durante este processo.

Aos gestores locais das Maternidades foco desta avaliação e aos profissionais de saúde, pelo apoio e colaboração durante a realização do estudo, especialmente aos coordenadores locais do Projeto Nascer-Maternidades dessas unidades.

A toda a equipe do Programa Estadual de DST/Aids de Pernambuco, sempre solidária e compreensiva durante as minhas ausências no período da realização deste

mestrado, especialmente a Djair Sena, Líbia Roberta, Shirley Florêncio, Olímpia Domingues, Magaly Carvalho, Wilma Araújo, Gilva Soares, Aparecida Araújo, Cheyla, Glauce, enfim a todos.

Aos amigos do DENSP/FIOCRUZ, especialmente, Sônia Natal, Martha Thostes, Marly Cruz, Ana Reis, Beth Cardoso, Teca e Tiago.

A Beth Moreira minha orientadora, pela capacidade profissional e que apesar da distância geográfica e das muitas atribuições sempre que trabalhávamos, conseguíamos produzir intensamente. Pelo carinho, paciência e apoio constante.

Aos meus pais, pelas oportunidades que sempre me propiciaram, de crescimento pessoal, moral e intelectual, hoje cristalizado em mais uma etapa de vida vencida.

Às minhas irmãs Fátima e Lucile e, à minha sobrinha Marina, pelo apoio, solidariedade e carinho.

Ao Sérgio, pelo companheirismo, estímulo constante e compreensão pelas minhas ausências, sistemáticas nos últimos dois anos em função deste mestrado.

*“Não se acostume com o que não o faz feliz,
Revolte-se quando julgar necessário.
Alague seu coração de esperanças,
Mas não deixe que ele se afogue nelas.
Se achar que precisa voltar, volte!
Se perceber que precisa seguir, siga!
Se estiver tudo errado, comece novamente.
Se estiver tudo certo, continue.”*

Fernando Pessoa

ÍNDICE

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	1
1.1 APRESENTAÇÃO.....	2
1.2 O PROBLEMA	3
1.2.1. O Problema: Soroprevalência do HIV em Gestantes	3
1.2.2. O Problema: Soroprevalência da Sífilis Congênita	4
1.3. O CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL	5
1.3.1. O controle da transmissão vertical do HIV	5
1.3.2. O controle da transmissão vertical da Sífilis	7
1.4. O Projeto Nascer Maternidades.....	9
1.5 OBJETIVOS.....	10
1.5.1. Objetivo Geral:	10
1.5.2. Objetivos Específicos:	10
CAPÍTULO II – CONSIDERAÇÕES ACERCA DA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS	
11	
2.1. Avaliação Formativa e Avaliação Somativa	12
2.2 Avaliação Normativa.....	13
2.3 Pesquisa Avaliativa	13
CAPÍTULO III – RESULTADOS	15
ARTIGO I -ESTUDO DE AVALIABILIDADE: PENSANDO A AVALIAÇÃO DO	
PROJETO NASCER MATERNIDADES EM PERNAMBUCO	16
I. INTRODUÇÃO.....	18
1.1. A Intervenção: Projeto Nascer Maternidades	19
1.2. Estudos de Avaliabilidade	20
II. ESTUDO DE AVALIABILIDADE DO PROJETO NASCER-MATERNIDADES	
EM PERNAMBUCO	22
2.1 Compromisso entre avaliadores e usuários potenciais da avaliação: Identificação	
de Propósitos e objetivos	22
2.2 Descrição da Teoria do Programa ou Modelo Lógico do Programa (MLP) de	
Prevenção e controle da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade	
associada à sífilis congênita.....	23
2.3 Delimitação do Modelo Teórico da Avaliação:.....	25
a) Pergunta avaliativa:	25
b) Objetivos do Estudo da Avaliabilidade:	26
Geral: 26	
Específicos:.....	26
c) Pressuposto Teórico	26
d) Desenho da Avaliação.....	29
e) Matriz de Relevância, Dimensões da avaliação por componente do Programa e	
Matriz de Julgamento:	31
f) Acesso como categoria de avaliação.....	32
III. CRITÉRIOS PARA METAVALIAÇÃO.....	40
IV. LIÇÕES APRENDIDAS:.....	41
Referências	42
ARTIGO II - AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	
NASCER MATERNIDADES EM PERNAMBUCO	45
I. INTRODUÇÃO.....	47
1.1. A Intervenção	48
II. PESQUISA AVALIATIVA E ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO.....	49

III. CRITÉRIOS E DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO:	
ACESSO.....	50
IV. MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO	53
4.1. Perguntas avaliativas	53
4.2. Abordagem e Foco da Avaliação.....	54
4.3. Desenho da Avaliação	54
4.4. - Plano amostral nas maternidades	57
4.5. Coleta dos dados.....	58
V. RESULTADOS OBSERVADOS E DISCUSSÃO.....	61
5.1. Índices de Disponibilidade	62
5.1.1 Insumos para prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV e prevenção da morbimortalidade associada à sífilis congênita.....	63
5.1.2 Insumos para prevenção da transmissão vertical do HIV.....	63
5.1.3 Atividades para a prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV e redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita.....	64
5.2. Índice de Aceitabilidade	75
5.3. Índice de Responsividade	77
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	79
Referências	84
Referências	87
ANEXOS	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana
AZT – zidovudina
AZT- IV – zidovudina intravenosa
CDC – Center for Disease, Control and Prevention
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DST – Doença Sexualmente Transmissível
D.U. – Dilatação Uterina
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - SUS
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
LACEN – Laboratório Central de Pernambuco
LAMUSP – Laboratório Municipal de Saúde Pública do Recife
MS – Ministério da Saúde
M&A – Monitoramento e Avaliação
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS/MS
NV – Nascidos Vivos
PACTG – Pediatric Aids Clinical Trial Group, Protocolo-076
PE-DST/Aids – Programa Estadual de DST/Aids
PDR - Plano Diretor de Regionalização do SUS
PN-DST/Aids – Programa Nacional de DST/Aids
RMR – Região Metropolitana do Recife
RN – Recém-Nascido
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SAE – Serviço Ambulatorial Especializado
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Ministério da Saúde
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Ministério da Saúde
SIREX - Sistema de Requisição de Exames – LACEN-PE
SUS – Sistema Único de Saúde
TARV – Terapia Antiretroviral
TB – Tuberculose
VDRL – Venereology Disease Research Laboratory

RESUMO

Esta dissertação visa à avaliação da implementação do Projeto Nascer Maternidades no Estado de Pernambuco, que tem como principais objetivos a redução transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita.

No Brasil, as medidas para a eliminação da sífilis congênita fazem parte desde longa data, da rotina do pré-natal. Em relação à infecção pelo HIV, com o advento dos achados do PACT-076 em 1994, vêm sendo implementadas em todo o território nacional, as medidas que visam a prevenção da transmissão vertical do HIV e o controle da infecção/doença materna. Entretanto, as respostas ainda são diferenciadas entre as diversas regiões do país, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste.

O Estado de Pernambuco, situado na região Nordeste, ainda apresenta elevadas taxas de prevalência da sífilis congênita e ainda não conseguiu a redução dos níveis de transmissão vertical do HIV para patamares abaixo dos 2,0%, conforme parâmetros preconizados para o país. Esses fatos motivam o desenvolvimento desse processo de avaliação, com o propósito de apontar para as necessidades que promovam o aperfeiçoamento das ações de prevenção e controle dos agravos supracitados.

Inicialmente nesta dissertação são discutidos os temas relacionados à temática do estudo, através da apresentação do problema da transmissão vertical do HIV e da sífilis, as medidas para a prevenção e controle, bem como a teorização acerca da avaliação de programas. Ela está estruturada na forma de dois artigos, organizados de forma a apresentar todo o processo de desenvolvimento da avaliação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco.

No primeiro artigo é apresentado o Estudo da Avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades, que se constitui etapa inicial para: 1) a pactuação e definição dos principais usuários da avaliação; 2) conhecimento dos limites e perspectivas da intervenção; 3) a pesquisa documental e bibliográfica para a construção do Modelo Lógico do Programa, e para o desenho do Modelo Teórico da Avaliação desenvolvido.

É, portanto no primeiro artigo que são definidos os principais componentes da intervenção, bem como o processo de focalização dos aspectos mais relevantes que deveriam ser observados e que subsidiaram a construção da matriz de julgamento do grau de implementação das ações para o controle da transmissão vertical do HIV e da sífilis nas maternidades.

São ainda apontados os principais aspectos relacionados à metavaliação dessa iniciativa, baseados nas questões apontadas pelo “Joint Commitee on Patterns for Educational Evaluation”.

O segundo artigo trata da aplicabilidade do modelo teórico da avaliação, desenvolvido no Estudo da Avaliabilidade apresentado no primeiro artigo, construído a partir de um estudo de casos múltiplos imbricados.

Os casos foram obtidos em 16 maternidades, localizadas em 8 municípios constituídos de Recife (8 maternidades), Região Metropolitana do Recife - RMR (4 maternidades situadas em 4 municípios) e Interior do Estado (4 maternidades localizadas em 4 municípios), visando à definição do grau de implementação do Projeto Nascer em Pernambuco.

No segundo artigo, procurou-se descrever o grau de implementação do programa respondendo a um dos três componentes clássicos da avaliação de implementação, relacionado à compreensão das variações na implantação, enquanto os demais visam à explicação desses efeitos, através das relações com o contexto e, discutem suas relações com os efeitos da intervenção.

A categoria de análise utilizada para subsidiar o julgamento do grau de implementação foi o acesso, sendo este compreendido como o ajuste entre o sistema de saúde e a necessidade dos usuários. Na literatura são identificadas diversas dimensões de acesso por autores como Donabedian, A., Penchansky & Thomas, Aday, LA & Andersen, R.M., Oliveira, M.A. *et al*, assim como Travassos, C e Martins, M.

Neste estudo optou-se por contemplar as dimensões de acesso abordadas por Penchansky & Thomas relacionadas à disponibilidade (oportunidade e conformidade), aceitabilidade (relativa aos profissionais de saúde dessas maternidades) e a dimensão de responsividade (relacionada ao respeito à dignidade e à privacidade das usuárias). Esse último se constitui aspecto fundamental na política brasileira de assistência aos portadores do HIV/Aids, sobretudo no que diz respeito à testagem esclarecida e consentida.

É, portanto no segundo artigo que é caracterizado o grau de implementação do Projeto Nascer em Pernambuco, a partir dos relatos dos diversos conglomerados (Recife, RMR e Interior), sendo esta avaliação centrada nos momentos considerados de maior relevância para a instituição das intervenções e que visam promover a redução da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade por sífilis congênita, ou seja, o pré-parto, o parto e o pós-parto imediato, focando as dimensões de acesso relacionadas aos insumos e às atividades prioritárias.

ABSTRACT

This thesis aims to evaluate the implementation of the “Projeto Nascer” in Pernambuco Maternities, which main objective is to reduce the mother to child transmittance of HIV (MTCT) and the morbidity and mortality associated to congenital syphilis.

In Brazil, measures to eliminate the congenital syphilis are part of the pre natal care. Concerning the HIV infection, measures to prevent HIV-MTCT, control the infection and maternal illness, have been implemented on a national level since with the introduction of the PACT-076 findings in 1994. However, there has been observed different responses in the diverse regions of the country, particularly in the North and North East regions.

This thesis initially discusses the themes related to this study, by means of the presentation of the HIV and syphilis’ MTCT problem, the prevention and control measures, as well as the theories behind the programs evaluation. This thesis is structured in the form of two articles, which are organized aiming to present the evaluation development process of the “Projeto Nascer” in the Pernambuco Maternities Hospital.

The first article encompasses the Evaluability Assessment of “Projeto Nascer” in Pernambuco Maternities Hospitals, which initial stage is comprised of: 1) agreement and definition of the main users of the evaluation; 2) assessment of the perspectives and limitations of the intervention; 3) research of documents and bibliography for the development of the “Logical Model of the Program”, and the design of the Evaluation’s Theoretical Model.

Therefore, the first article defines the main components of the intervention, as well as the focalization process of the most relevant aspects of the observation, which have subsidized the development of the implementation’s level evaluation matrix of the actions to prevent the HIV-MTCT and the morbidity and mortality associated to congenital syphilis.

Additionally, this article demonstrates the main aspects related to the initiative’s metaevaluation, based on the questions pointed out by the “Joint Committee on Patterns for Educational Evaluation”.

The second article addresses the applicability of the evaluations’ theoretical model, developed in the Evaluability Assessment presented in the first article, and which was built up from the “imbricated multiples case study”.

The cases were obtained in 16 maternities, situated in 8 municipalities, of which eight are in Recife, four in Recife's Metropolitan Region (RMR), and four are in the country side (4 maternities in four municipalities), with the objective to define the implementation level of the "Projeto Nascir" in Pernambuco.

The second article attempted to describe the program's implementation level in response to one of the classic components of the implementation program evaluation, which relates to the understanding of the implementation variables, while the other components aim to explain the effects through its relation with the context, and to discuss its relation with the intervention effects.

The analysis category utilized to support the evaluation of the implementation level was access, which comprehends the alignment between the health system and the users' needs. Several dimensions of access are identified by authors such as Donabedian, A., Penchansky & Thomas, Aday, LA & Andersen, R.M., Oliveira, M.A. et al, as well as Travassos, C e Martins, M.

This study opted to contemplate the access' dimensions demonstrated by Penchansky & Thomas related to the availability (opportunity and accommodation), acceptability (concerning the health professionals in the maternities), and the dimensions of the responsiveness (related to respecting the dignity and privacy of the users). The later constitutes a fundamental aspect of the Brazilian policy in the assistance to HIV/AIDS, concerning elucidative and consented testing.

Consequently, the second article characterizes the implementation level of the "Projeto Nascir" in Pernambuco, as observed in the diverse clusters of Recife, RMR and country side. This evaluation focuses on the most relevant events for the institution of interventions, which aim to promote the reduction of the HIV-MTCT and the morbidity and mortality associated to congenital syphilis, i.e. pre puerperal, during and immediate post puerperal, focusing on the dimensions of access related to the input and priority activities.

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Este estudo é parte de um esforço em avaliação da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco/Programa Estadual de DST/Aids que sintetiza a convergência de duas iniciativas em institucionalização das ações de monitoramento e avaliação do Ministério da Saúde.

A primeira relativa às ações do PN-DST/ Aids, corporificadas no Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação PNA¹ que consiste principalmente na estratégia de descentralização e institucionalização dessas ações nos diversos níveis de gestão. Para implementá-la foram selecionados cinco Sítios de Excelência, um em cada uma das cinco macrorregiões do País sendo Pernambuco escolhido na Região Nordeste. Os critérios de escolha incluíam dentre outros, o perfil epidemiológico e as iniciativas em avaliação já existentes no Estado.

A segunda iniciativa é relacionada ao componente da Política Nacional de Institucionalização da Avaliação na Atenção Básica² – Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, através do Projeto Estratégico “Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde/Centros Colaboradores”. Em Pernambuco, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP é o Centro Colaborador no processo de institucionalização da avaliação/SAS/MS junto à Secretaria de Saúde do Estado. A atividade principal dos centros é o desenvolvimento da capacidade avaliativa dos Estados, de suas macrorregiões e notadamente, a capacitação de recursos humanos em avaliação.

Esta iniciativa foi inovadora no Estado de Pernambuco, por unir duas grandes Políticas de Institucionalização do M&A nos Programas de Saúde no país (Programa Nacional Dst/Aids e do Departamento de Atenção Básica) ambos da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS - Ministério da Saúde.

A proposta da avaliação do Projeto Nascer Maternidades no Estado segue o exemplo da avaliação realizada no nível nacional pelo PN DST/Aids, e desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP. O projeto em Pernambuco adaptou o quadro teórico e os instrumentos de coleta da pesquisa nacional, acrescentando ainda um outro instrumento que foi a entrevista com os profissionais de saúde das maternidades em foco nesta avaliação.

A execução deste projeto foi possível, graças aos recursos financeiros da Secretaria de Saúde de Pernambuco, provenientes do Programa Estadual de DST/Aids bem como do componente da Política Nacional para Institucionalização da Avaliação na Atenção Básica, executado por meio dos Centros Colaboradores, e que visa o fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde.

O Centro Colaborador em Pernambuco – Instituto Materno Infantil de Pernambuco Prof. Fernandes Figueira – IMIP, teve grande importância durante as fases de desenvolvimento deste processo de avaliação, colaborando especialmente com: a) viabilização do treinamento para desenvolvimento do campo; b) disponibilização de alunos da Residência em Saúde da Família dessa Instituição para o trabalho de campo; c) na viabilização do desenho amostral e, d) no processamento dos dados através da FIOCRUZ/ENSP.

A iniciativa de desenvolver a avaliação da implementação das ações do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco foi decorrência da inquietação em ver que a despeito da existência de uma proposta nacional e estadual de estruturação das ações de prevenção e controle da transmissão vertical, principalmente através do Projeto Nascer, os indicadores epidemiológicos em Pernambuco não apresentava sinais de redução dessa incidência. Esta inquietação é também compartilhada pela coordenação do Programa Estadual de DST/Aids no Estado, que sempre demonstrou total apoio ao desenvolvimento deste processo avaliativo.

1.2 O PROBLEMA

1.2.1. O Problema: Soroprevalência do HIV em Gestantes

Conforme estudo Sentinela do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids) em parturientes, as estimativas de soroprevalência do HIV nessa população na região Nordeste foram de 0,18% (ano 2000) e de 0,22% (ano 2004) ^{3,4}. Utilizando essas estimativas para Pernambuco – embora as mesmas tenham sido produzidas para análises nos níveis nacional e regional - verifica-se que em 2002 - 2003 (0,18%), e em 2004 (0,22%) a cobertura de gestantes soropositivas para o HIV que tiveram acesso ao uso do AZT-IV no momento do parto foi respectivamente de 15,3%, 27,8% e 26,4% do número esperado (tabela 1).

Tabela 1 - Cobertura de Testagem para o HIV e de Uso do AZT-IV em Parturientes.
Pernambuco, 2002 - 2004.

ANO	Nº de Nascidos Vivos SINASC	Estudo Sentinela - Estimativa de soroprevalência do HIV em parturientes Nº parturientes – PE	Nº de parturientes que usaram AZT - IV	Cobertura estimada de parturientes que fizeram uso de AZT - IV	Nº. de Gestantes testadas (SIREX)	Cobertura de testagem para o HIV pelo SUS	Gestantes testadas HIV ⁺ (SIREX)	Gestantes HIV ⁺ (SINAN)
2002	156.053	(0,18%) = 281	43	15,3%	15.813	10,4%	146	170
2003	151.677	(0,18%) = 273	76	27,8%	29.891	18,8%	208	251
2004	149.631	(0,22%) = 329	87	26,4%	34.520	23,5%	186	204

Tabela elaborada a partir das fontes: MS-PN-DST/Aids/DATASUS/SINASC/Programa Estadual de DST/Aids-PE/SINAN e SIREX - PE – setembro 2006

Nos últimos anos a principal forma de infecção pelo HIV/Aids em menores de 13 anos no Estado de Pernambuco tem sido através a transmissão vertical, representando essa via de transmissão, desde 1998, a forma de infecção de 100% dos casos com categoria de exposição conhecida nessa faixa etária, e ainda com tendência de crescimento⁵.

Verifica-se ainda que embora o diagnóstico e a profilaxia venham sendo ampliados nos últimos anos, a cobertura alcançada tem sido muito baixa. Em Pernambuco, segundo dados do SINASC/DATASUS, ao se analisar em 2004 a população de gestantes segundo número de consultas durante o pré-natal, evidenciou-se que a cobertura de gestantes assistidas que tiveram entre 1-3 consultas foi de 15.601 (10,5%) e a cobertura de gestantes assistidas no pré-natal com 4 ou mais consultas foi de 126.843 (84,8%). Dentre os nascimentos ocorridos no ano de 2004, 147.260 (98,4%) foram hospitalares.

Pode-se constatar que no Estado, embora a cobertura do pré-natal e de partos hospitalares sejam elevadas, ainda é muito pequeno o número de gestantes atendidas pela rede SUS, testadas para o HIV durante a gestação/parto, representando em 2004, apenas 23,5% das gestantes (segundo dados do SIREX - Sistema de Requisição de Exames HIV da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SIREX).⁶

É importante ressaltar a recomendação do Ministério da Saúde, para todos os profissionais de saúde que atuam na atenção ao pré-natal, que o teste anti-HIV seja oferecido com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes, independente da sua situação epidemiológica de risco para o HIV e/ou outra DST (Portaria 569/MS)⁷.

1.2.2. O Problema: Soroprevalência da Sífilis Congênita

O Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde divulgou no final de 2005⁸, que a taxa de prevalência da sífilis congênita no Brasil para o ano de 2004, foi estimada em 1,6 casos por mil nascidos vivos (NV). Em Pernambuco esta taxa, no mesmo

ano, segundo o PN-DST/Aids, representou 3,7 casos por mil NV, ocupando a terceira maior taxa no país, menor apenas que as observadas no Rio de Janeiro e no Espírito Santo.

Sabe-se que 40% dos casos não tratados de sífilis na gestação resultam em morte fetal, aborto espontâneo, natimorto ou ainda morte neonatal precoce. Por isso a importância de que as gestantes sejam testadas e que todas as parturientes também tenham a oportunidade de serem pesquisadas para sífilis na maternidade⁹. Esses são dados que merecem atenção, considerando-se que no Brasil, a sífilis congênita é de notificação obrigatória desde 1986.

Quando se analisam os casos de sífilis congênita notificados pelo SINAN-PE⁶, observa-se que em 2004 cerca de 81,1% dessas mães tiveram acesso ao pré-natal, e que apenas 15,7% dessas tiveram seus parceiros tratados. É uma situação que deixa evidenciada uma atenção pré-natal deficiente ou de baixa qualidade, pois certamente um aconselhamento adequado a essa população minimizaria as dificuldades de adesão desses parceiros.

Esse é um dado preocupante, sobretudo quando se analisa o perfil socioeconômico⁶ dessas mães de bebês com sífilis, pois 66,0% tinham até 07 anos de estudos, o que implica se tratar de um contingente populacional com menores chances de obter informações sobre a doença e suas formas de prevenção e controle.

Contudo é importante assinalar que por se tratarem de mulheres e crianças assistidas na rede SUS, não se justifica que não tenham tido acesso, no momento das consultas ao serviço de saúde, a maiores informações e conseqüentemente mais oportunidades para que o caso de sífilis congênita tivesse sido evitado e que tivesse ocorrido a quebra da cadeia de transmissão da doença.

1.3. O CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL

1.3.1. O controle da transmissão vertical do HIV

A testagem para o HIV no período gestacional é considerada hoje a estratégia mais eficaz para a redução da transmissão vertical, sendo, portanto crucial o aumento da cobertura de diagnóstico do HIV entre as gestantes durante o pré-natal e no momento do parto, se necessário. Para que isto aconteça é de grande importância que haja um maior estímulo para que os profissionais de saúde e as usuárias desses serviços de saúde adiram a

essa medida, e que ela se torne definitivamente incorporada às rotinas e que assim a transmissão vertical do HIV possa ser prevenida.

A maioria dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre tardiamente na gestação, e principalmente durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito. Os 35% restantes ocorrem intra-útero principalmente nas últimas semanas de gestação¹⁰.

O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão, que se renova em cada exposição (mamada), de 7% a 22%¹⁰, o que leva o MS/PN-DST/Aids a recomendar o uso da fórmula infantil, sendo assegurada a distribuição pelo SUS para todas as crianças expostas ao HIV durante os seis primeiros meses de idade.

A aquisição da fórmula infantil por Estados, Distrito Federal e Municípios habilitados pela Comissão Bipartite de cada Estado, se constitui um procedimento garantido inclusive com recursos extra-teto financeiro (Portaria GM/MS Nº 1.071/2003)¹¹. Destaca-se também que o financiamento dos exames de triagem e confirmatórios para o HIV¹² é garantido através de recursos extra-teto do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Os resultados do PACTG-076¹³ evidenciaram uma redução de 67,5% na taxa de transmissão vertical do HIV quando adotada a quimioprofilaxia com AZT durante a gestação, trabalho de parto e a não amamentação. Demonstrou-se nesse estudo uma taxa de transmissão de 8,3% no grupo tratado com o AZT e crianças não amamentadas e de 25,5% nas crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV que não receberam esse tratamento.

Após a publicação dos resultados desse estudo, vários outros vêm comprovando que intervenções com antiretrovirais, mesmo que realizadas tardiamente, e até como intervenção isolada (monoterapia com AZT na parturiente e no recém-nascido, por 42 dias), podem reduzir a transmissão vertical do HIV, demonstrando assim, que todo e qualquer momento com a gestante, parturiente ou puérpera se constitui em oportunidade para a redução da transmissão vertical do HIV¹⁴⁻¹⁶.

O uso da terapia antiretroviral - TARV combinada (uso de 3 ARV), inclusive com a introdução de inibidores de protease viral aos esquemas antiretrovirais combinados, quando necessários, vem mudando radicalmente a terapêutica do HIV, sendo capazes de reduzir cargas virais plasmáticas para níveis indetectáveis, melhorando o status clínico e consequentemente a sobrevida de pacientes.

Também a cesariana profilática (cesariana eletiva) tem sido associada a um efeito protetor contra a transmissão vertical do HIV, sendo, portanto recomendada, quando a

carga viral materna aferida na 34^a semana ou após esse período, for igual ou maior que 1.000 cópias/ml, ou desconhecida^{16,17}. A cirurgia cesariana profilática é aquela realizada antes do início do trabalho de parto, ou seja, antes da ruptura das membranas amnióticas e com dilatação cervical em até 3 a 4 cm.

1.3.2. O controle da transmissão vertical da Sífilis

A Sífilis Congênita é decorrente da disseminação do *Treponema pallidum* pela corrente sanguínea, e é transmitido da gestante para o bebê, podendo a infecção ocorrer em qualquer fase da gravidez, sendo maior o risco para as mulheres com sífilis primária ou secundária, que variam entre 70,0% e 100,0%. As conseqüências da sífilis materna sem tratamento incluem abortamento, natimortalidade, nascimentos prematuros, recém-nascidos com sinais clínicos de sífilis congênita e, muito mais freqüentemente, bebês aparentemente saudáveis que só desenvolvem sinais clínicos posteriormente¹⁸.

As principais formas clínicas são a sífilis congênita precoce, cujos sinais e sintomas surgem até os 02 anos de vida e a sífilis congênita tardia, cujos sinais e sintomas surgem a partir dos 02 anos de vida. É considerado natimorto por sífilis todo caso de óbito fetal com mais de 22 semanas de gestação ou peso maior que 500g, de mãe não tratada ou inadequadamente tratada para sífilis. O aborto por sífilis é todo caso de morte fetal com menos de 22 semanas de mãe não tratada ou inadequadamente tratada para sífilis, afastadas as causas de aborto não-espontâneo¹⁸.

A sífilis congênita é ainda um sério problema para a Saúde Pública no Brasil, pela magnitude e principalmente porque é de difícil identificação nas fases primária e latente da doença que geralmente passa despercebida. A única forma de identificar a infecção por sífilis é o rastreamento sorológico, preferencialmente durante o pré-natal ou no parto.

Daí a grande importância da testagem em gestantes no início do pré-natal, no terceiro trimestre e no parto, considerando, a transcendência, expressa na severidade de altas taxas de letalidade – 40,0% dos casos de sífilis na gestação e sem tratamento, resultam em morte fetal, causando aborto espontâneo e natimorto, morte neonatal precoce, ou hospitalizações e seqüelas^{9,18}.

O diagnóstico da sífilis é realizado através do exame VDRL, que é uma sorologia não-treponêmica, indicada para o diagnóstico e seguimento terapêutico, podendo permanecer reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção, mas tendendo à

queda progressiva nas titulações, até sua negatificação, uma vez que não haja novas infecções.

Podem ser ainda usadas sorologias treponêmicas como o FTA-Abs, TPHA e o ELISA, úteis na exclusão de resultados de VDRL falsos-positivos. Em geral, os testes treponêmicos permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após a cura da infecção, sendo então contra-indicado seu uso para o acompanhamento. Testes treponêmicos reagentes em crianças maiores de 18 meses confirmam a infecção^{9, 18}.

Na gestante, o MS recomenda o teste VDRL no primeiro trimestre da gravidez ou na primeira consulta, e outro no início do terceiro trimestre da gravidez – 28ª semana para detectar infecção/reinfecção próximo ao final da gestação, podendo ainda evitar o caso de sífilis congênita. Na ausência de teste confirmatório (sorologia treponêmica) considerar para o diagnóstico as gestantes com VDRL reagente, com qualquer titulação, desde que não tratadas anteriormente^{6, 9, 18}.

O tratamento da sífilis em adulto é simples e de baixo custo. O MS/PN-DST/Aids considera adequado o tratamento com a Penicilina G Benzatina e a dosagem total e a quantidade de aplicações, depende do estadiamento da infecção: na sífilis primária (2.400.000 UI/IM, dose única), secundária (4.800.000 UI/IM em 2 doses, com intervalo semanal), ou terciária (7.200.000 UI/IM em 3 doses, com intervalo semanal)^{9, 18}.

O tratamento deve ser imediato em gestantes e seus parceiros (evitando a reinfecção da gestante), utilizando as mesmas dosagens acima recomendadas para a sífilis adquirida; O MS considera como tratamento inadequado para sífilis materna, a aplicação de qualquer outra terapia não-penicilínica, ou penicilínica incompleta (tempo e/ou dose); a instituição de tratamento dentro dos 30 dias anteriores ao parto; além dos casos de manutenção de contato sexual com parceiro não tratado¹⁸.

O diagnóstico do RN é realizado também com o VDRL em amostra de sangue periférico e deve ser realizado em RN cujas mães apresentaram resultado reagente na gestação ou parto ou em caso de suspeita clínica de sífilis congênita, sendo recomendado o tratamento e notificação imediata desses casos.

O tratamento recomendado tem uma duração de 10 a 14 dias, dependendo de aspectos relacionados ao tratamento anterior da mãe, ausência ou não de alterações clínicas, radiológicas, e/ou líquóricas no RN, podendo variar as dosagens e o tipo de penicilina, ou seja, poderá ser recomendada a Penicilina G Cristalina ou a Penicilina G Procaína ou a Penicilina G Benzatina¹⁸. Vale ressaltar que esses tratamentos foram preconizados até meados de 2005, data de início deste estudo avaliativo, quando então o MS publicou novo manual¹⁹ com alterações para o tratamento da neurosífilis em crianças.

1.4. O Projeto Nascer Maternidades

As primeiras iniciativas para o efetivo controle da transmissão vertical tiveram início no Brasil, em meados da década de 90, através do Ministério da Saúde/PN-DST/Aids, que vem implementando ações para o controle da transmissão vertical do HIV e da sífilis.

O MS publicou já em 1995, documento sobre “Considerações Gerais acerca do Binômio HIV/AIDS e Transmissão Vertical”^{apud 20}, após os resultados do Protocolo ACTG em 1994¹³, que demonstrou a eficácia do uso da zidovudina (AZT) em gestantes HIV+ durante a gestação, no parto e no recém-nascido durante seis semanas, para a redução do risco de transmissão vertical, além da não amamentação do recém-nascido para evitar o risco adicional de transmissão do HIV.

A Proposta de Eliminação da Sífilis Congênita²¹ teve início em 1997 com o projeto que tinha esse mesmo nome, o qual preconizava uma série de medidas para o diagnóstico e tratamento, além da criação dos GICSC – Grupos de Investigação e Controle da Sífilis Congênita nas maternidades. Os GICSC tinham como atribuição o diagnóstico, o tratamento e a notificação dos casos de sífilis congênita.

O Projeto Nascer Maternidades surgiu como um reforço às ações de prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no pré-natal, previstas na Portaria Ministerial n.º 569/SPS/MS⁷ que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS o PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento.

O Projeto Nascer Maternidades foi instituído, através da Portaria GM/MS n.º 2.104 de 19/11/2002²², tendo como objetivos a redução da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita. Esse projeto prevê entre suas ações: o aconselhamento para a testagem do HIV e da sífilis; o uso de teste rápido (TR) anti-HIV na admissão ao parto, para mulheres não testadas anteriormente; a administração às parturientes com TR reagente para o HIV, do AZT-IV durante o trabalho de parto e no parto; a administração do AZT xarope para o RN; a contra-indicação da amamentação para as portadoras do HIV e a alimentação da criança com fórmula infantil; o diagnóstico da sífilis na parturiente/puérpera (VDRL e TPHA); o tratamento e acompanhamento do casal e do recém-nascido e do recém-nascido com diagnóstico de sífilis; a notificação das gestantes/parturientes HIV positivo e crianças expostas ao HIV; e a notificação dos casos de sífilis congênita e em gestantes.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo Geral:

Contribuir para o diagnóstico da implementação das ações de controle da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita no âmbito do Projeto Nascer Maternidades no Estado de Pernambuco.

1.5.2. Objetivos Específicos:

1. Desenvolver o Estudo da Avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades no Estado de Pernambuco;
2. Aplicar o Modelo Teórico da Avaliação desenvolvido no Estudo da Avaliabilidade, a fim de caracterizar o grau de implementação da intervenção - Projeto Nascer Maternidades no Estado;
3. Determinar o grau de implementação das ações do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco.

CAPÍTULO II – CONSIDERAÇÕES ACERCA DA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

CONSIDERAÇÕES ACERCA DA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

Nas últimas décadas, o desenvolvimento científico-tecnológico em ritmo acelerado e a crescente responsabilização do Estado no financiamento de programas sociais geraram um aumento dramático nos gastos governamentais em programas de educação e de saúde pública. Crescem (especialmente por parte dos organismos financiadores) movimentos no sentido de que o diagnóstico e a justificação de necessidades e da racionalização dos gastos sejam realizadas e monitoradas^{23,24,25}.

Iniciativas de Monitoramento e Avaliação (M&A) passam a desempenhar um importante papel no gerenciamento de programas de saúde, assegurando que os recursos direcionados aos programas sejam utilizados adequadamente; que os serviços sejam acessados por todos que deles necessitem; que as atividades sejam realizadas de maneira oportuna e que os resultados sejam alcançados conforme o esperado. A função do gerenciamento facilita um uso mais efetivo e eficiente dos recursos humanos e financeiros e maiores benefícios em saúde para a população assistida – o que é especialmente relevante em áreas onde os recursos são limitados²⁵.

Usualmente a avaliação e o monitoramento servem a três propósitos: melhorar as ações do programa potencializando a tomada de decisão oportuna, prestar contas e atribuir o efeito à intervenção e produzir conhecimento através da pesquisa avaliativa. O foco deste estudo é a melhoria do programa a partir dos achados da avaliação e, portanto nele privilegia-se a abordagem de análise de implementação.

A avaliação de implementação é, portanto, fundamental para as organizações, uma vez que possibilita o planejamento, acompanhamento o controle, e sobretudo, a tomada de decisões visando o aperfeiçoamento e a melhoria de projetos/programas, seus processos, resultados e impactos.

2.1. Avaliação Formativa e Avaliação Somativa

A avaliação formativa caracteriza-se segundo Hartz²⁴, por ocorrer enquanto as ações do programa acontecem, permitindo o redirecionamento e a tomada de decisões para melhoria do programa.

Scriven, M.²⁶ afirma que a função da avaliação deve ser pensada de duas formas: no âmbito metodológico (metas) que consiste na coleta de dados, combinação destes com

critérios para produzir relações comparativas e na sua justificação; e no âmbito do contexto/papéis da avaliação que podem ser do tipo formativo, cujo circuito de retorno da avaliação permanece no âmbito de quem está desenvolvendo o projeto, servindo para a melhoria do seu produto e no papel somativo, cujo processo avaliativo no seu primeiro papel (formativo) pode servir para que os administradores decidam se o programa aperfeiçoado por este processo avaliativo, apresenta um avanço significativo que justifique a sua continuidade, em relação a alternativas existentes e que justifiquem seus custos.

2.2 Avaliação Normativa

A avaliação normativa permite avaliar os processos envolvidos na produção dos efeitos esperados por uma intervenção e sua relação com o contexto organizacional. Para Hartz²⁴, ela consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização – apreciação da estrutura, ou em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados, os serviços ou bens produzidos; – apreciação do processo, ou em que medida os serviços são adequados (dimensão técnica, interpessoal e da organização) para atingir os resultados esperados; e a apreciação dos resultados – consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem àqueles esperados, ou seja, aos objetivos aos quais a intervenção se propôs atingir.

A avaliação normativa pressupõe critérios e normas previamente definidos, que podem ser derivados de resultados de pesquisas avaliativas ou outros tipos de pesquisa, ou fundamentados em julgamentos de pessoas bem informadas ou *experts* na área. Avaliações normativas apóiam-se no postulado da existência de uma forte relação entre estas normas e critérios e os resultados ou efeitos reais do programa ou da intervenção²⁴.

Portanto as avaliações voltadas para a melhoria de programas devem considerar as relações entre o nível de implementação, sendo este influenciado por variáveis do contexto institucional e do contexto externo que podem interferir no desempenho do programa.

2.3 Pesquisa Avaliativa

Segundo Hartz, Z.²⁴ a pesquisa avaliativa “é um procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos... geralmente com

o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Para Contradriopoulos *et al*,^{24, 27, 28} os programas podem sofrer dois tipos de avaliação: a normativa, relativa a normas e critérios e a pesquisa avaliativa, que consiste em examinar por meio de procedimentos científicos, as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção. Esta trata de analisar a pertinência e os fundamentos teóricos (análise estratégica); os objetivos (análise da intervenção); a produtividade; os efeitos (análise de efetividade); o rendimento de uma intervenção e o contexto (análise de implantação) no qual se situa.

Para Hartz, Z.²⁴ a análise estratégica analisa a pertinência entre a intervenção e a situação problemática que a desencadeou; a análise da intervenção consiste em estudar a relação entre objetivos da intervenção e meios utilizados; a análise da produtividade em verificar o modo como os recursos são utilizados para produzir serviços, podendo ser medida em unidades monetárias ou físicas; a análise dos efeitos baseia-se na avaliação da influência dos serviços sobre os estados de saúde, ou seja, determina a eficácia destes serviços sobre a saúde da população; a análise do rendimento (ou da eficiência) consiste no relacionamento dos recursos empregados com os efeitos obtidos, sendo, portanto uma combinação da análise da produtividade econômica ou monetária e da análise de efeito.

Esta dissertação envolve a análise de dois primeiros produtos do estudo avaliativo realizado em Pernambuco, que são: o Estudo da Avaliabilidade da intervenção realizada por meio do Projeto Nascer Maternidades, para a prevenção da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita, e o segundo, o Estudo da Avaliação do grau de implementação dessa intervenção. Destaca-se, portanto, como uma avaliação formativa cujo foco é o processo, voltada principalmente, para a melhoria do programa.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

ARTIGO I -ESTUDO DE AVALIABILIDADE: PENSANDO A AVALIAÇÃO DO PROJETO NASCER MATERNIDADES EM PERNAMBUCO

RESUMO:

Introdução: Este estudo discute um Estudo de Avaliabilidade (EA) para as iniciativas do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco. O Ministério da Saúde (MS), instituiu em 2002, o Projeto Nascer Maternidades visando reduzir a transmissão vertical do HIV e a morbimortalidade associada à sífilis congênita. A diversidade do perfil epidemiológico destes agravos, associados à disparidade das condições dos serviços de saúde no país e no Estado, reforça a preocupação com a avaliação da implementação dessa iniciativa, sendo prioritária a compreensão do que ocorre com esse Programa. Pernambuco apresenta alta prevalência de sífilis congênita, baixa cobertura de testagem para o HIV e taxas de transmissão vertical do HIV ainda indesejáveis. O Programa Nacional de DST/Aids, mostrou que no ano de 2004, Pernambuco apresentou uma das maiores taxas de incidência de sífilis congênita. No Brasil, essa taxa foi 1,6 casos por mil nascidos vivos (NV) e em Pernambuco essa taxa foi 3,7 casos por mil NV em 2004, sendo a terceira maior taxa de incidência no país, seguida do Estado do Rio de Janeiro cuja taxa foi 5,4 casos por mil NV e do Estado do Espírito Santo (5,0 por mil NV).

Objetivos: estudar a avaliabilidade da análise de implementação das ações de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV e a morbimortalidade associada à sífilis congênita no Estado de Pernambuco com vistas a subsidiar as ações do Programa Estadual de DST/Aids.

Método: utilizou-se para a construção do estudo de avaliabilidade, as recomendações da literatura envolvendo: compromisso entre avaliadores e usuários potenciais da avaliação; descrição do modelo lógico do programa; pergunta avaliativa; modelo teórico da avaliação incluindo a sua metavaliação por especialistas em avaliação além de revisão bibliográfica.

Resultados: Construiu-se um Estudo de avaliabilidade, contemplando os componentes técnicos e estratégicos da intervenção e seus possíveis efeitos para acompanhamento sistemático. Selecionou-se a categoria acesso, abordando nesta as dimensões de: 1) disponibilidade (oportunidade e conformidade), 2) aceitabilidade e 3) responsividade.

Lições aprendidas: O EA desenvolvido propiciou uma descrição detalhada da intervenção - Modelo Lógico do Programa, das perguntas avaliativas, do Modelo Teórico da Avaliação e fundamentalmente do consenso sobre estes itens entre o interessados na avaliação. A decisão do início de um processo de avaliação é crítica para o trabalho do

avaliador, especialmente do avaliador interno. No campo da avaliação, os EA são chave para a identificação da necessidade, do desenho e dos limites da avaliação.

ABSTRACT

Evaluability Assessment: Rethinking the evaluation of “Projeto Nascir” in Pernambuco Maternities Hospitals

Introduction: The objective of this study is to discuss the Evaluability Assessment (EA) related to the initiatives of the “Projeto Nascir” in Pernambuco. In 2002, the Health Ministry/HM – established the “Projeto Nascir”, aiming to reduce the mother-to-child transmittance of HIV and the morbidity and mortality by Congenital Syphilis. The epidemiologic profile’s diversity of the aggravations, which are associated with the disparity of the country and Pernambuco State’s health services conditions, reinforce the concerns with the initiative of evaluation’s implementation, towards prioritaria understanding of the Programme development. Pernambuco demonstrates a high prevalence of congenital syphilis, low coverage of AIDS testing and undesirable AIDS’s mother-to-child transmittance levels. The National Program of DST/AIDS, has shown at that at the year 2004, Pernambuco had height incidence rate in congenital syphilis in the country. This rate in Brazil, was 1,6 per thousand born alive, while in Pernambuco, the was 3,7 cases per thousand born alive, which positioned Pernambuco in third place at national incidence rate, however being surpassed by Rio de Janeiro and Espírito Santo, which showed the higher rate, respectively, 5,4 cases and 5,0 cases per thousand born alive.

Objective: To study the Evaluability Assessment of the implementation analysis of the prevention and control actions of mother-to-child HIV transmittance and the morbidity and mortality by Congenital Syphilis in Pernambuco, towards obtaining subsidy to carry on the actions related to the State Programme on STD/AIDS.

Methodology: In order to build the Evaluability Assessment, academic literature recommendations have been used, which mainly entailed: commitment between appraisers and potential users; description of the Programme’s Logic Model; evaluation questions; Theoretic Model of the Evaluation, including a meta-evaluation performed by experts in evaluation, as well as a bibliography review.

Results: Development of the Evaluability Assessment contemplating the technical and strategic components of the intervention and its possible effects on a systematic follow up;

selection of the access category, which referred to the following dimensions: 1) availability (timeliness and accommodation), 2) acceptability e 3) responsiveness.

Learned lessons: The development of the EA provided a detailed description of the intervention – Logic Model of the Programme, of the evaluation questions, as well as of the Theoretical Evaluation Model, and above all it has served to show that there was a fundamental consensus on these above items by the people interested in this evaluation.

The initial decision to undertake an evaluation process is critical to the appraiser work, specially for the internal appraiser. In the evaluation field, the EA is key to identify the needs, the design and limits of the evaluation.

I. INTRODUÇÃO

Este artigo discute as etapas de um estudo de avaliabilidade (EA) para as iniciativas do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco, ou seja, das ações de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita em maternidades do Estado que aderiram ao projeto, com vistas a subsidiar as ações do Programa Estadual de controle das DST/Aids (PE-DST/Aids).

A sífilis congênita, a despeito da existência de alternativas para a sua prevenção e tratamento disponíveis na rede básica de saúde, e que representa um custo muito baixo, ainda persiste de forma acentuada no país.

No que diz respeito à infecção pelo HIV/Aids, a partir da década de 90, com a heterossexualização da epidemia houve um crescimento acentuado nos casos de Aids em mulheres e como consequência, aumentaram os casos em crianças por transmissão vertical. Nos últimos anos, sobretudo com a adoção de medidas para o controle dessa infecção, tem havido tendências de redução nas regiões Sul e Sudeste, mas nas regiões Norte e Nordeste do país, ainda há crescimento na casuística¹.

*Szwarcwald*² aponta que entre as falhas no processo de detecção precoce do HIV durante a gestação, podem ser citadas: a ausência do acompanhamento pré-natal; o início tardio deste acompanhamento o que não propicia tempo para uma resposta ao teste do HIV realizado e consequentemente da intervenção subsequente; o atendimento pré-natal, porém sem solicitação do teste para o HIV ou atendimento pré-natal com a realização do teste para o HIV, mas, com a ausência desse resultado laboratorial. Essas falhas são mais acentuadas nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo entre mulheres com pouca

escolaridade e residentes em municípios de menor porte, o que denota a importância do contexto externo no acesso às ações de saúde.

1.1. A Intervenção: Projeto Nascer Maternidades

Desde meados da década de 90, o Ministério da Saúde (MS) programou ações visando à prevenção da transmissão vertical do HIV³. As ações para a prevenção da sífilis congênita⁴ são mais antigas, constituindo a realização do teste de triagem dessa infecção (VDRL), exames este da rotina do pré-natal. A proposta de eliminação da sífilis teve início em 1997 com o projeto que levou esse nome e do HIV em 1996, a partir da divulgação dos resultados do Protocolo PACTG - 076,⁵ que demonstrou a eficácia do uso da zidovudina (AZT) em gestantes HIV+ durante a gestação e no parto, e tratamento do recém-nascido (RN) com AZT - xarope durante as seis primeiras semanas de vida.

A intervenção preconiza ainda a contra-indicação do aleitamento materno considerando o risco adicional de 7 a 22% a cada mamada. Estas ações de controle são consideradas prioritárias no enfrentamento desses agravos, os quais possuem características epidemiológicas semelhantes e envolvem a mesma população-alvo.

O Projeto Nascer Maternidades surgiu como um reforço às ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV no pré-natal, previstas na Portaria Ministerial de n.º569/SPS/MS de 01/07/2000,⁶ que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento– PHPN. Essa portaria indica a realização de três exames VDRL, (1ª consulta, 2º trimestre e no momento do parto) e o oferecimento do exame para detecção do HIV, durante o pré-natal (1ª consulta) e/ou parto. O Projeto Nascer Maternidades foi instituído em 2002, através da Portaria GM/MS n.º2.104⁷ pelo MS/PN-DST e AIDS e tem como objetivos a redução da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita.

Esse projeto preconiza: o aconselhamento pré e pós-teste para a detecção do HIV e a realização de exames para detecção da sífilis; o uso de teste rápido anti-HIV na admissão ao parto, para as mulheres não testadas anteriormente; a administração às parturientes HIV reagente do AZT-IV durante o trabalho de parto e parto até o clampeamento do cordão umbilical (dose de ataque e de manutenção); a administração do AZT - xarope para o RN; a contra-indicação da amamentação pelas portadoras do HIV, e a alimentação da criança com fórmula infantil; o diagnóstico da sífilis na puérpera (VDRL, FTA-Abs ou TPHA); o tratamento e acompanhamento do casal e do recém-nascido com diagnóstico de sífilis; a

notificação das gestantes/parturientes HIV+ e crianças expostas ao HIV e a notificação dos casos de sífilis congênita e em gestantes.

A diversidade do perfil epidemiológico dos casos de infecção pelo HIV e sífilis congênita, associados à disparidade das condições dos serviços de saúde reforçam a preocupação com a avaliação da implementação das ações, sendo prioritário a compreensão do que ocorre com o Programa objeto deste estudo.

Em Pernambuco, inicialmente houve a adesão de 16 maternidades ao Projeto Nascer Maternidades, tendo como critérios: o perfil epidemiológico, o volume de partos e principalmente a adesão da gestão da unidade de saúde. A partir daí, houve o desencadeamento do processo de capacitação local pelo PE-DST/Aids, e a organização dos serviços para a adoção do protocolo preconizado.

1.2. Estudos de Avaliabilidade

Os estudos de avaliabilidade (EA) segundo Trevisan, M. & Yi Min Huang⁸, foram desenvolvidos, inicialmente por Wholey, J.S em 1979, como um procedimento e método para determinar se programas ou intervenções estão prontos para serem avaliados. Para esse autor “*os estudos de avaliabilidade exploram objetivos, expectativas e informações, necessidades dos gestores de programas e a realidade destes programas. Wholey, J.S aponta que os produtos de um EA são: (1) um acordo sobre os objetivos do programa, efeitos subjacentes e indicadores de performance que podem ser realisticamente imputados ao programa, e (2) opções de avaliação/gerenciamento que representam formas pelas quais gestores podem mudar as atividades e objetivos do programa ou fazer uso das informações como meio de melhorar o desempenho do programa*”.

Thurston e Ramaliu⁹, revisando autores como Rossi & Frieman e Rutman, L. que abordaram sobre estudos de avaliabilidade, apontam que estes são definidos como um conjunto de procedimentos para avaliações planejadas, de forma que os interesses dos envolvidos sejam considerados e assim possam maximizar a utilidade da avaliação. O produto desejado é uma descrição abrangente do programa, das questões chave que devem ser abordadas, um plano de avaliação e uma concordância entre todos os envolvidos, significando, portanto avaliar e criticar até que a descrição do desenho do programa seja coerente e lógico.

Alguns autores sugerem que os estudos de avaliabilidade envolvem um processo que pressupõe algumas etapas, dentre esses, Smith, M. F (1989)¹⁰ propõe dez passos e Thurston (1991)⁹ defende que um EA deva incluir sete elementos. O quadro 1, a seguir,

compara as propostas a partir desses passos ou elementos propostos pelos referidos autores, demarcando os pontos em comum.

Observando-se o quadro 01 se verifica que há uma nítida coerência entre os autores em relação aos passos ou elementos de um estudo de avaliabilidade de um programa ou de uma intervenção.

Quadro 1 - Comparativo de etapas envolvidas num Estudo de Avaliabilidade:

Smith, M. F (1989)		Thurston, W. E., Ramaliu, A (1991)	
1	Determinar os propósitos, os envolvimento e identificar membros dos grupos de trabalho.	A	Limitação do programa por identificação das metas, objetivos, e atividades que constituem o programa.
2	Definir limites do programa a ser estudado		
3	Identificar e analisar documentos relativos ao programa;	B	Revisão dos documentos
4	Desenvolver uma clara Teoria do Programa, ou a lógica do programa e de como seus componentes interagem para produzir os resultados e mostrar os indicadores envolvidos para o alcance dos objetivos.	C	Modelagem dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas.
5	Identificar e entrevistar os usuários envolvidos	D	Supervisão do programa, ou obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera.
6	Descrever a percepção do Programa pelos usuários		
7	Identificar demandas dos usuários, interesses e diferenças nas percepções.		
8	Determinar a plausibilidade do modelo do programa	E	Desenvolvimento de um modelo de programa avaliável
9	Esboçar as conclusões e recomendações	F	Identificação de usuários da avaliação e outros principais envolvidos
10	Plano específico com os passos para utilização dos dados do estudo de avaliabilidade e que poderá continuar com a avaliação do programa, a revisão ou, o que não deverá mais ser feito.		
		G	Obtenção de um acordo quanto ao procedimento da avaliação.

Neste estudo de avaliabilidade será utilizado um modelo coerente com as recomendações da literatura, envolvendo as seguintes etapas e considerando padrões que assegurem a metavaliação:

1) Estabelecimento de compromisso entre avaliadores e usuários potenciais da avaliação, pressupondo uma *identificação dos propósitos e objetivos da intervenção*, seus *limites*, subsidiada pela revisão de documentos do programa e entrevistas com informantes chave ou entendimentos com usuários envolvidos para identificação das suas demandas e entendimentos sobre o programa;

2) *Descrição do modelo lógico do programa*, ou a teoria do programa, delimitando-se assim seus componentes, recursos disponíveis, atividades, resultados e impactos do programa, estabelecendo-se suas conexões causais, ou a obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera;

3) Delimitação do *modelo teórico da avaliação*, ou seja, buscar desenvolver a partir das *perguntas avaliativas*, um modelo de programa que seja avaliável;

4) Apontar critérios a serem considerados para o desenvolvimento de uma *metavaliação* por especialistas em avaliação.

A condução de estudos de avaliabilidade, desta forma, é relevante principalmente para aqueles que definem políticas, principais usuários de processos de avaliação. Esses estudos são, portanto, recomendados como passo inicial para as avaliações de programas, o que garante que as avaliações ocorram apenas quando os programas estão prontos para serem avaliados.

Desta maneira, como apontam Trevisan, M. & Yi Min Huang⁸, o EA é um processo realizado com o propósito de aumentar a probabilidade de que avaliações sejam oportunas, relevantes e responsáveis. Investimentos em estudos de avaliabilidade antes que uma avaliação seja conduzida é uma estratégia custo-efetivo para aumentar a implementação do programa, racionalizando os recursos da avaliação para aquelas que sejam realmente essenciais.

II. ESTUDO DE AVALIABILIDADE DO PROJETO NASCER-MATERNIDADES EM PERNAMBUCO

Será descrito deste item o Estudo da Avaliabilidade (EA) da implementação das ações de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita nas maternidades que aderiram ao Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco, com vistas a subsidiar as ações do PE - DST/Aids. A seguir, apresenta-se o detalhamento das etapas do EA, discutidas na introdução deste artigo.

2.1 Compromisso entre avaliadores e usuários potenciais da avaliação: Identificação de Propósitos e objetivos

O compromisso entre avaliadores e usuários da avaliação precedeu todo o processo avaliativo. Foram envolvidas diferentes gerências na Secretaria de Saúde do Estado reafirmando-se os propósitos e os objetivos do Projeto Nascer.

Como usuários potenciais dessa avaliação identificam-se: a gestão estadual do programa de controle das DST/Aids, principal responsável pela demanda do processo, além de outras instâncias relacionadas, considerando que o interesse era convergente àqueles de gerências de outros programas importantes como saúde da família, da mulher e da criança da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

São ainda potenciais usuários deste processo avaliativo, os demais níveis de gestão municipal, federal e filantrópico, onde se inserem as diversas unidades objeto dessa avaliação. Cada unidade de estudo foi convidada a participar do processo através de contactos telefônicos e documento formal encaminhado às gerências locais, as quais concordaram a priori com o processo.

A primeira etapa de identificação dos objetivos do Programa foi a análise documental que é bastante ampla no Projeto Nascer Maternidades, seja referente à legislação que o instituiu, como a outros aspectos de sua implementação. Ela compreende desde a descrição de mecanismos de financiamento, insumos necessários como testes rápidos para detecção do HIV, da sífilis (VDRL, hemoaglutinação para o *Treponema Pallidum* –TPHA), até manuais técnicos^{11,12,13} acerca de medidas para o manejo de casos de sífilis, gestantes HIV e de crianças expostas.

Isso certamente viabiliza a construção de indicadores e parâmetros para a avaliação de conformidade da implementação destas ações (normativa). Todos os documentos e legislações onde constavam metas, objetivos, insumos necessários, atividades e procedimentos foram analisados, visando à construção do modelo lógico do programa.

Além da análise documental procedeu-se à revisão bibliográfica, sendo analisados estudos e pesquisas relacionadas ao controle da transmissão vertical realizados, tanto no país, a exemplo do Estudo Sentinela-Parturientes, como internacionais, como o PACT-076⁸ marco para a recomendação da terapia antiretroviral em gestantes/parturientes.

Para complementar a identificação dos propósitos e objetivos da intervenção, foram também feitos contatos e entrevistas com informantes chaves, nos diferentes níveis de gestão das unidades foco da avaliação. As entrevistas abrangeram ainda profissionais diretamente envolvidos na coordenação estadual do Projeto Nascer em Pernambuco visando levantar as diferentes percepções sobre a intervenção.

2.2 Descrição da Teoria do Programa ou Modelo Lógico do Programa (MLP) de Prevenção e controle da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita

O Modelo Lógico do Programa (figura 1- pág.27 e 28) foi construído tomando por base o modelo utilizado pelo Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação do PN-DST e Aids (PNA)¹⁴. O MLP compreende a descrição do programa, ou seja, explicita a racionalidade que articula o problema e as ações de controle. A base teórica do controle

segue a abordagem para avaliação de programas do CDC - Centers for Disease Control and Prevention¹⁵.

Este modelo articula as dimensões estratégicas do programa, isto é, interrupção da transmissão vertical e o manejo do caso aos seus componentes técnicos (vigilância, assistência e prevenção). A esse modelo o PNA acrescenta mais uma dimensão estratégica (promoção de vida com qualidade), além da possibilidade de inclusão de algum componente inovador. A incorporação desse último visa permitir a acomodação do modelo à diversidade do mundo real.

Tradicionalmente avaliações de uma intervenção consideram as dimensões da estrutura, processo e resultados, conforme discutido por Hartz¹⁶, baseada em Donabedian e Contrandriopoulos. No modelo utilizado, optou-se por considerar a estruturação do PNA¹⁷, que considera os insumos, as atividades, os produtos, os resultados e o impacto.

Os modelos são representações visuais e sistemáticas que visam representar as relações entre intervenção e efeitos esperados, ou seja, devem incluir as relações entre os recursos necessários à operacionalização, às atividades planejadas e as mudanças ou resultados que o programa pretende alcançar. Além disso, nos permitem focalizar e identificar questões apropriadas e informações relevantes necessárias ao M&A de programas.

Modelos lógicos apresentam de uma forma sensível como o programa deverá funcionar, sob certas condições para resolver os problemas identificados. De acordo com Chen (1990)¹⁸ a teoria do programa deve ser tanto prescritiva quanto descritiva, podendo explicar os elementos do programa, bem como a sua lógica.

Para McLaughlin&Jordan¹⁹ as vantagens de se usar o modelo lógico são: a) propiciar uma compreensão comum e expectativas para os recursos necessários, o público a ser atingido e resultados esperados; b) descrever o desenho do programa e apontar ajustamentos críticos; c) mostrar o lugar do programa dentro da organização identificando a hierarquia dos problemas, particularmente aqueles com vários níveis de gerenciamento; d) apontar um equilíbrio entre medidas chaves do desempenho que apontem para as questões da avaliação, melhorando assim a coleta e utilização dos dados.

No modelo desenvolvido neste estudo, priorizam-se os aspectos relacionados à interrupção da transmissão vertical do HIV e o tratamento adequado dos RN com sífilis congênita, bem como o manejo dos casos (mãe/parceiro e recém-nascido) no pós-parto, considerando que o foco desta avaliação são as medidas de controle realizadas desde a admissão até a saída da puérpera da maternidade.

Foram então destacados em relação a cada componente técnico do programa (prevenção, assistência e vigilância epidemiológica) os seus objetivos e os seus componentes estruturais, ou seja, os insumos necessários, as atividades a serem desenvolvidas, os produtos e resultados esperados. A clarificação desses elementos subsidiará a definição dos critérios pactuados de análise e de julgamento do grau de implementação do programa. O indicador de impacto é destacado, embora não haja a pretensão de avaliá-lo. Deve-se enfatizar o papel desse modelo para a construção da matriz de relevância e de julgamento para as categorias/dimensões da avaliação.

As ações para prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis, compreendem quatro momentos operacionais das atividades de controle: pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto imediato. Entretanto o foco desse estudo concentrou-se naqueles que ocorreram na maternidade– Projeto Nascer Maternidades. É importante ressaltar que se entende como atividades de avaliabilidade, o detalhamento da teoria do programa, a construção e pactuação consensuada do modelo com os usuários potenciais da avaliação.

Na figura 1 (pág. 27 e 28), o Modelo Lógico do Programa, detalha os três momentos operacionais que ocorrem na maternidade, indicando onde as atividades ocorrem, quem as realiza e quando devem ocorrer. Essa divisão potencializa possibilidades de ajustamentos uma vez que se identifiquem problemas na implementação. Para cada componente técnico estão descritos objetivos e para cada componente estrutural o modelo apresenta indicadores a serem utilizados em M&A.

2.3 Delimitação do Modelo Teórico da Avaliação:

O Modelo teórico da Avaliação (MTA) inclui as perguntas avaliativas, o desenho do estudo da avaliação e a descrição das técnicas de consenso utilizadas para pactuar as matrizes de julgamento. Outro elemento importante a ser pactuado são os padrões e pontos de corte para classificar os achados relativos ao programa. Nesta avaliação, o grau de implementação será classificado enquanto implementado, parcialmente implementado ou crítica.

a) Pergunta avaliativa:

O Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco é passível de avaliação do seu grau de implementação?

b) Objetivos do Estudo da Avaliabilidade:**Geral:**

Desenvolver o estudo da avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades no Estado de Pernambuco.

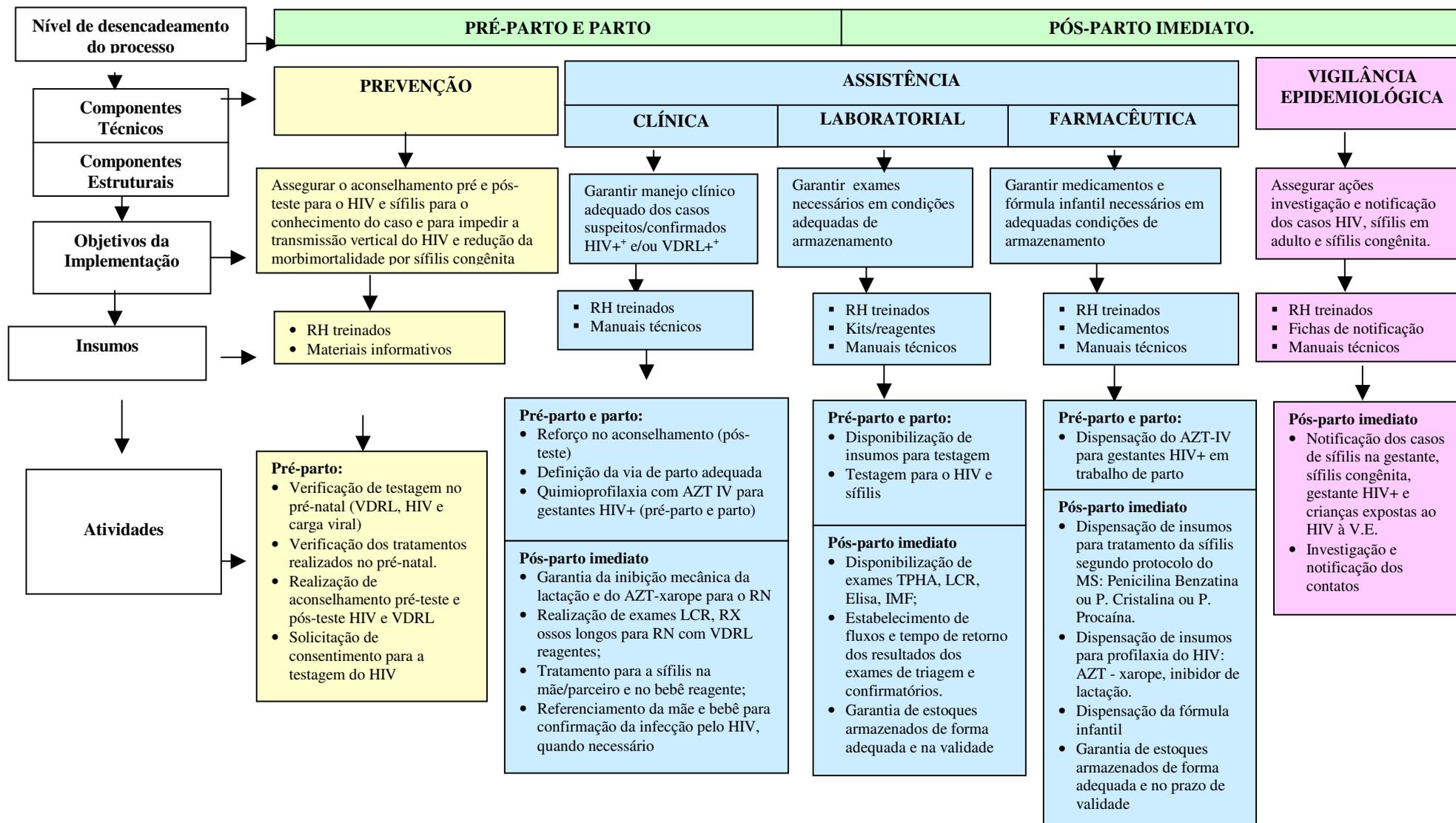
Específicos:

- Articular com gestores e demais interessados na avaliação do Projeto Nascer Maternidades para a identificação consensos sobre a intervenção;
- Realizar pesquisas documentais e bibliográficas sobre o Projeto Nascer Maternidades;
- Elaborar o Modelo Lógico do Projeto Nascer Maternidades;
- Construir o Modelo Teórico da Avaliação do Projeto Nascer Maternidades
- Apontar critérios de Metavaliação considerados neste Estudo de Avaliabilidade

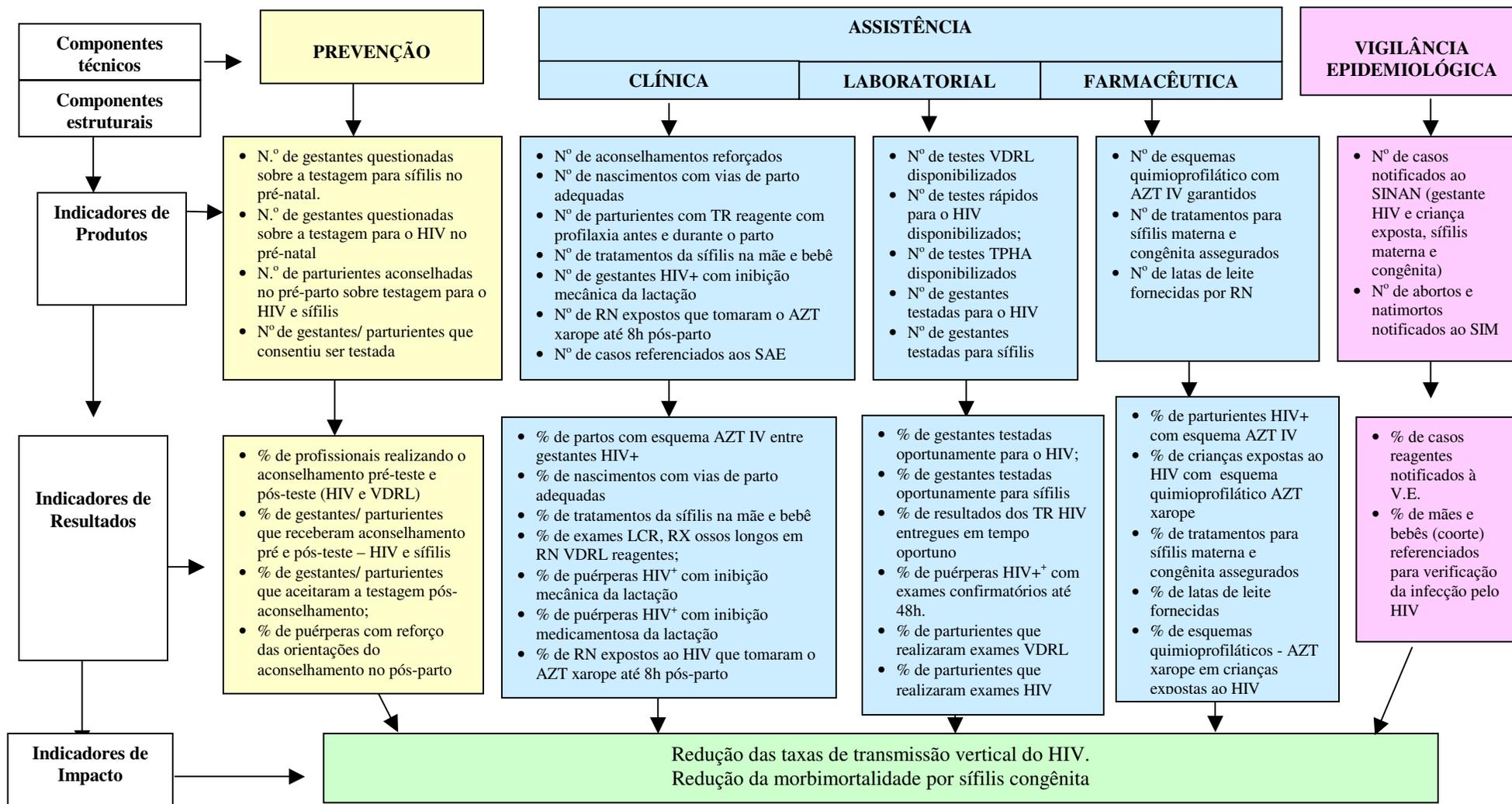
c) Pressuposto Teórico

O Estudo da Avaliabilidade da intervenção potencializa o desenvolvimento da avaliação, antecipando os principais aspectos da avaliação, passíveis e relevantes para a caracterização do grau de implementação do Projeto Nascer Maternidades .

Figura 1 - Modelo Lógico do Programa – Projeto Nascer Maternidades



Modelo Lógico do Programa - Projeto Nascer Maternidades (continuação)



d) Desenho da Avaliação

Considerando-se a diversidade dos contextos externo e organizacional na implementação do Projeto Nascer Maternidades, as múltiplas unidades de observação (maternidades) distribuídas em diferentes regiões do Estado, e o fato das mesmas pertencerem a diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (Federal, Estadual, Municipal e conveniadas), optou-se pela estratégia de avaliação *estudo de casos múltiplos imbricados*.

O estudo de caso^{20,21} é uma investigação empírica de fenômenos contemporâneos, dentro do seu contexto real, podendo ser utilizada quando deliberadamente se pretende lidar com condições contextuais, acreditando-se que estas podem ser altamente pertinentes ao fenômeno estudado, ou seja, dificilmente este fenômeno pode ser isolado ou dissociado do seu contexto.

Os estudos de casos podem referir-se a um *caso único ou múltiplos casos* e como aponta Yin²¹, têm papel de destaque na pesquisa de avaliação, pois dentre outras aplicações, pode *explicar* vínculos causais em intervenções da vida real que são complexas demais para levantamentos ou estratégias experimentais. Estudos de caso são considerados métodos apropriados para analisar a implantação de programas²⁰.

Neste estudo pretende-se então trabalhar com casos múltiplos incorporados ou com níveis de análise imbricados. Projetos de casos múltiplos são considerados como mais robustos, pois cada caso deve servir a um propósito específico no escopo global da investigação e seguem a lógica da replicação. Daí a importância nos estudos de caso do desenvolvimento de uma estrutura teórica que explicita as condições sob as quais um fenômeno pode ocorrer (replicação literal) ou pode não ocorrer (replicação teórica). A replicação permite generalizar com mais confiança os resultados de uma pesquisa.

Este estudo envolverá a análise de implementação do Projeto Nascer Maternidades nos dois momentos críticos para a realização das ações de controle: pré-parto, parto e pós-parto imediato.

O estudo foi constituído dos casos múltiplos (Recife, Região Metropolitana excluída Recife e Interior) com níveis de análise imbricada considerando as dimensões de acesso e os componentes estruturais do programa (insumos, atividades). As fontes de informação se referem às organizações, população alvo (usuárias do serviço) e, profissionais de saúde. As unidades de observação em cada caso (quadro 2 - pág. 30) foram as maternidades que efetivamente aderiram ao Projeto Nascer Maternidades até a data da proposição desta avaliação (junho 2005). A partir deste critério foram excluídas

duas maternidades, devido à adesão recente, além de duas outras maternidades na Região Metropolitana, que apesar da adesão formal, nunca efetivamente adotaram os procedimentos.

Quadro 2 – Estudo de Avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco
Unidades de análise dos casos/conglomerados

1- RECIFE	2 - Região Metropolitana – RMR (Excluído Recife)	3 - INTERIOR
Unidades de Observação	Unidades de Observação	Unidades de Observação
1. Instituto Materno Infantil de PE - IMIP	1. Maternidade Pe. Geraldo Leite Bastos - Cabo de Santo Agostinho	1. Hospital Regional Dom Malan - Petrolina
2. Maternidade Professor Barros Lima	2. Hospital Tricentenário - Olinda	2. Hospital João Murilo de Oliveira - Vitória de Sto. Antônio.
3. Hospital Agamenon Magalhães	3. Maternidade Municipal Brites de Albuquerque – Olinda	3. Hospital Regional Jesus Nazareno - Caruaru
4. Hospital das Clínicas	4. Maternidade Municipal Amiga da Família - Camaragibe	4. Hospital Regional Dom Moura - Garanhuns
5. Hospital Barão de Lucena		
6. Centro Integrado de Saúde A. de Medeiros		
7. Maternidade Professor Bandeira Filho		
8. Policlínica Arnaldo Marques		

Este estudo foi composto por três grupos em dois momentos (A e B) descritos no quadro 3, pág. 31: a) um grupo cujas informações foram obtidas a partir dos prontuários, entrevistas e observação direta (grupo completo). Nesse caso, estudaram-se 10% dos nascidos vivos durante o período da coleta dos dados (2005) em cada maternidade e em cada conglomerado, totalizando 163 observações. b) um segundo grupo, cujas informações foram obtidas através dos prontuários e de entrevistas (grupo parcial) e compreendeu 20% (N=315) dos nascidos vivos de cada unidade dos referidos conglomerados, também período da coleta dos dados; e, c) um terceiro grupo cujas informações foram obtidas apenas a partir do prontuário hospitalar (grupo prontuário).

Este terceiro grupo, representa 100% de uma amostra das gestantes/parturientes, baseada no número de nascidos vivos nas maternidades do estudo em 2004, correspondendo a 1.537 mulheres, distribuídas em três conglomerados (Recife, RMR e Interior); Representa então, os prontuários de 30% (163+315=478) de parturientes atendidas no período do estudo – 2005 e os prontuários de 70% (1.059) de parturientes atendidas nessas maternidades no ano de 2004.

O momento A, refere-se aos nascidos vivos durante o período da pesquisa no ano de 2005, incluindo-se a observação do pré-parto e/ou a descrição das atividades pelas gestantes (entrevistas) e a análise das atividades registradas em prontuários. Essa etapa totalizou 478 mulheres nos três conglomerados. A amostra para cada situação de observação também está incluída no plano amostral. Foi ainda incluído neste momento,

o estudo da infra-estrutura, insumos e procedimentos existentes na instituição para implementação das ações de controle dos agravos, tomando como referência as recomendações do programa (questionários: Institucional, Farmácia e Laboratório e entrevistas com os profissionais de saúde).

**Quadro 3 – Estudo de Avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco
Número de observações por fonte de informação.**

MOMENTO	TIPO	FONTE DE INFORMAÇÃO	Nº.	INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS
A	Completo	Σ 10% dos NV 2004 em cada maternidade	163	Prontuário, Entrevista e Observação do pré-parto.
	Parcial	Σ 20% dos NV 2004 em cada maternidade	315	Entrevista e Prontuário
B	Σ 70% dos NV 2004 em maternidade		1.059	Apenas o Prontuário
	RECIFE / RMR / Interior			
	Total da Amostra PERNAMBUCO		1.537	
	Total de prontuários (todos os casos HIV e VDRL+ e não captados pela-amostra)		848	
TOTAL DE PRONTUÁRIOS			2385	

O momento B envolveu o estudo de 70% da amostra de nascidos vivos no ano de 2004. Considerando-se a baixa prevalência do HIV para viabilizar a investigação dos casos, propôs-se o estudo de prontuários de todas as parturientes assistidas nessas maternidades e que foram HIV e VDRL reagentes, notificadas ou identificadas em registros laboratoriais, no ano de 2004, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro, o. Ressalte-se que esses prontuários são além dos prontuários 1.537 amostrados acresceu outras 848 mulheres/prontuários para a análise.

e) Matriz de Relevância, Dimensões da avaliação por componente do Programa e Matriz de Julgamento:

O modelo teórico da avaliação compreende também duas matrizes fundamentais: a relevância e a de julgamento. A matriz de relevância aponta dos aspectos relativos à implementação do Projeto Nascer e sua relação com o acesso às medidas de controle pela população alvo.

A categoria acesso adotada por Penchansky, R & Thomas, J.W.²² foi escolhida para subsidiar os critérios de julgamento do sucesso do grau da implementação do Projeto Nascer. Nesse sentido, entende-se acesso como o ajuste entre necessidades dos usuários e o sistema de saúde, ou seja, não apenas como oferta ou uso dos serviços pelo usuário.

f) Acesso como categoria de avaliação

A abordagem do grau de implementação através da categoria acesso^{23,24,25}, possibilita a inclusão de critérios de utilização, tais como cobertura e aceitabilidade, bem como da incorporação das análises de qualidade, especialmente das dimensões de oportunidade e conformidade. Acesso significa então, oferta e utilização do serviço, intensidade dessa utilização considerando ainda a qualidade dos serviços.

No contexto dessa avaliação abordou-se a qualidade como conformidade às recomendações do Programa Nacional, tomadas como padrão ouro. Além da oferta de serviços, a disponibilidade inclui a subdimensão de oportunidade (timeliness) ou seja, a prestação do serviço no momento da necessidade técnica da ação e, a adequação relacionada ao tempo gasto pelo cliente para ser atendido.

Nessa avaliação utilizou-se então a categoria acesso de Penchansky & Thomas, como a categoria capaz de envolver as dimensões necessárias para a avaliação do processo de implementação, após adaptá-la à realidade estudada. As dimensões consideradas foram: a) disponibilidade (availability), sendo esta entendida como uma composição das subdimensões de oportunidade (timeliness) e adequação (accommodation), esta última aqui abordada enquanto conformidade; b) aceitabilidade (acceptability), e incluindo ainda a dimensão c) responsividade (responsiveness).

As dimensões de acessibilidade geográfica (accessibility) e de poder aquisitivo (affordability) foram excluídas, pois se pretende abordar o grau de implementação do nas maternidades do Projeto Nascer-Maternidades. Todas as unidades de observação desta avaliação são públicas ou conveniadas com o SUS, não significando com essa observação, negar a importância dessas dimensões de acesso, quanto ao direcionamento para os serviços, tais como custos com a locomoção e outros custos envolvidos.

O processo de adaptação das dimensões baseou-se em estudo já realizado no país^{23,25} e as dimensões de acesso, adotadas por Penchansky & Thomas e adaptadas para este estudo, encontram-se detalhadas a seguir:

a) Disponibilidade - Explicita a existência dos insumos (exames, medicamentos, fórmula infantil, recursos humanos), e serviços (aconselhamento, testagem, manejo clínico-obstétrico) de acordo com a necessidade da demanda. A disponibilidade é geralmente mensurada através de indicadores de produção. Esta disponibilidade deve ser oportuna, ou seja, no momento exigido para que as medidas de controle sejam

efetivas, além da conformidade com os padrões de qualidade. A adequação é a relação entre a forma como os serviços se organizam para adequar-se às necessidades dos clientes e a capacidade desses clientes se adequarem à oferta desses serviços.

b) Aceitabilidade – (Acceptability) se refere às atitudes dos usuários para com os provedores e dos profissionais de saúde para com os usuários, tecnologias e as atividades do Programa. A aceitação será então observada neste estudo, no que diz respeito às reações dos profissionais de saúde em relação às usuárias e à adoção das medidas ou tecnologias de controle.

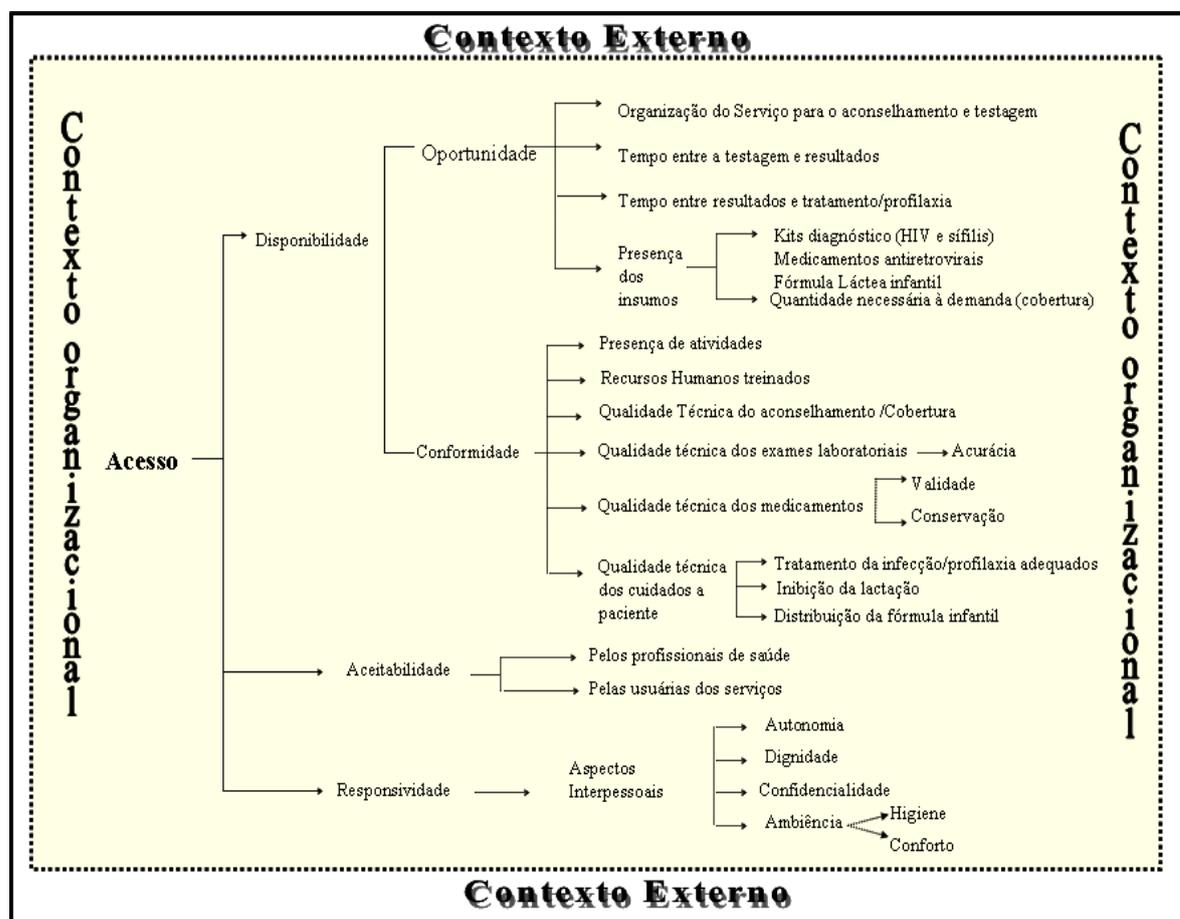
Neste estudo procurou-se abordar ainda a dimensão de responsividade²⁶ ampliando a compreensão do acesso para incorporar o respeito à dignidade, à privacidade das usuárias, além do compromisso com a não discriminação. Assim, duas dimensões importantes relacionadas ao acesso, não referidas por Pechansky & Thomas²², são incluídas nesse estudo: as dimensões de qualidade e responsividade.

c) Responsividade foi caracterizada como a dimensão que elabora a interface entre serviço e usuário no que se refere ao respeito à autonomia, dignidade e privacidade do usuário. Inclui ainda aspectos referentes ao manuseio ético do paciente.

Vale ressaltar que essas dimensões são complementares e têm entre si áreas de sobreposição, portanto a sua separação é meramente acadêmica e didática. Assim, as matrizes de relevância e de julgamento foram construídas considerando as dimensões de acesso escolhidas: disponibilidade (oportunidade e conformidade), aceitabilidade e responsividade, pontuando os elementos estruturais do programa e descrevendo, através dessa pontuação, o grau de implementação do Projeto Nascer Maternidades.

Na figura 2, a seguir, encontram representadas as dimensões de acesso consideradas, valendo ressaltar que para este estudo a aceitabilidade será abordada apenas na perspectiva do profissional de saúde. Considerando-se que o acesso envolve a oferta, a utilização do serviço, e a intensidade dessa utilização, ele, portanto envolve elementos do contexto organizacional e externo.

Figura 2 – Estudo de Avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco
Diagrama representativo da dimensão ACESSO e suas sub-dimensões



Na matriz de relevância (quadro 4, pág. 35) destacam os componentes estruturais do programa (insumos e atividades) que são críticos para implementação e a quais dimensões do acesso esses componentes se relacionam prioritariamente. Ela foi construída utilizando uma escala de relevância referida como: muito relevante (RRR), relevante (RR) ou pouco relevante (R), sugerindo dessa forma, que componentes serão destacados na avaliação e na pontuação utilizada para o julgamento.

Quadro 4 - Estudo de Avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco
Indicadores de implementação segundo componentes estruturais e níveis de relevância por dimensão de acesso.

Pré-parto e parto		Dimensões de Acesso				
		Disponibilidade		Aceitabilidade	Responsividade	
		Oportunidade	Conformidade			
Insumos	I1	RH treinados	RR	RRR	RR	RR
	I2	Materiais informativos /Manuais técnicos	RR	RR	RR	R
	I3	Kits/reagentes para exames VDRL	RRR	RRR	R	R
	I4	Kits/reagentes HIV-Teste rápido	RRR	RRR	R	R
	I5	Medicamentos (AZT-IV)	RRR	RRR	I	R
	A1	Realização do aconselhamento pré-teste	R	RR	RR	RRR
	A2	Verificação de testagem no pré-natal (VDRL, HIV e carga viral)	RRR	RR	R	RR
	A3	Verificação dos tratamentos realizados no pré-natal. (sífilis ou quimioprofilaxia para o HIV)	RR	RR	R	RR
	A4	Solicitação de consentimento para a testagem do HIV	R	RR	RR	RRR
	A5	Testagem para o HIV	RRR	RR	R	R
	A6	Testagem para a sífilis	RR	RR	R	R
	A7	Realização de ações de aconselhamento pós-teste	R	RR	RRR	RRR
	A8	Definição via de parto de acordo com recomendações/consenso para prevenção da transmissão vertical do HIV/gestantes	RRR	RR	R	R
	A9	Aplicação do esquema quimioprofilático AZT IV - parturientes HIV	RRR	RRR	RR	R
A10	Retorno dos exames de triagem – HIV (TR) até 30 min	RRR	RRR	RR	R	
Pós-parto imediato		Oportunidade	Conformidade	Aceitabilidade	Responsividade	
Insumos	I6	Kits/reagentes para exames TPHA	RRR	RR	R	R
	I7	Kits/reagentes HIV - Elisa	RRR	RR	R	R
	I8	Medicamentos (AZT-xarope)	RRR	RR	R	R
	I9	Medicamentos (inibidor de lactação)	RRR	RR	R	R
	I10	Medicamentos (penicilina benzatina 600 ou 1200mil ui, Penicilina cristalina ou procaína)	RRR	RR	R	R
	I11	Exames RX de ossos longos	R	RRR	R	R
	I12	Exames LCR	R	RRR	R	R
	I13	Disponibilização da fórmula infantil ao RN	RR	RRR	RR	R
Atividades	A11	Realização de ações de aconselhamento pré-teste e pós-teste	RR	RR	RR	RRR
	A12	Solicitação de consentimento para a testagem do HIV	R	RR	RR	RRR
	A13	Testagem para o HIV	RR	RR	RR	R
	A14	Testagem para a sífilis	RR	RRR	RR	R
	A15	Início da quimioprofilaxia com AZT xarope até 8h pós-parto, aos RN de mães sem esquema AZT IV (dose de ataque e manutenção) durante pré-parto e parto.	RRR	RR	RR	R
	A16	Inibição mecânica da lactação até confirmação diagnóstica, (antes de iniciar inibidor de lactação).	R	RRR	RR	RR
	A17	Inibição medicamentosa da lactação nas puérperas HIV+	RR	RRR	RRR	R
	A18	Realização de tratamento adequado para a sífilis no bebê.	RRR	RR	RR	R
	A19	Realização de tratamento adequado para a sífilis na mãe	RRR	RR	RR	R
	A20	Retorno do exame confirmatório – HIV até 48h	RR	RRR	RR	R
	A21	Retorno dos resultados dos exames de sífilis até 24 h	RR	RRR	RR	R
	A22	Notificação dos casos de sífilis congênita, gestantes HIV+ e crianças expostas.	R	RRR	RR	R
A23	Referenciar mãe e bebê para acompanhamento da infecção - HIV	R	RRR	RR	R	
A24	Maternidade permite acompanhante	R	R	R	RRR	
A25	Maternidade com ambiente físico limpo e agradável				RRR	

Para a construção das matrizes de julgamento foram destacados apenas os insumos e atividades muito relevantes, segundo os momentos ou células operacionais (pré-parto, parto e pós-parto imediato) e seu respectivos componentes estruturais (insumos e atividades), destacando-se segundo dimensões da avaliação (acesso), os parâmetros definidos para o julgamento, descrição do indicador e suas respectivas pontuações (quadros 6 a 11 – pág. 37 a 39).

Na definição das pontuações optou-se pelo não estabelecimento de pesos ou pontuações diferenciadas, uma vez que para o julgamento, serão considerados, aqueles insumos e atividades consideradas como *muito relevantes*.

O modelo adotado para os intervalo dos escores dos indicadores (insumos e atividades) da matriz de julgamento se baseou no estudo de Cosendey *et al*²⁴, porém adaptando-o a partir da utilização de decis (quadro 5, abaixo) e não quartis para essa pontuação por considerar que um intervalo menor pode discriminar melhor as frequências observadas. Para as variáveis dicotômicas (presença ou ausência) foi considerada respectivamente a pontuação máxima (dez) ou mínima (zero).

Quadro 5 – Padrões estipulados para pontuação dos indicadores (intervalo dos escores)

PONTUAÇÃO DOS INDICADORES OBSERVADOS			
Pontuação Esperada			Para variáveis dicotômicas
90,1-100,0% =10	50,1 a 60,0 % =6	10,1 a 20,0% =2	Respostas afirmativas = 10 Respostas negativas = 0
80,1 a 90,0% = 9	40,1- 50,0% =5	1,0 a 10,0% =1	
70,0 a 80,0 % =8	30,1- 40,0% =4	<0,9% =0	
60,1 a 70,0 % =7	20,1 a 30,0% =3		

Para a avaliação do índice de disponibilidade (insumos e atividades) serão utilizadas informações provenientes dos diversos instrumentos de coleta dos dados, se considerada a importância de contrastá-las entre observado no período do estudo, seja a partir dos questionários preenchidos na farmácia e laboratório para levantamento da disponibilidade dos insumos (quadro 6, página 37), da observação do pré-parto (quadro 7, página 37) ou mesmo da entrevista com as mulheres (quadro 8, página 38), estes últimos na página 37, com o observado nos registros dos prontuários (quadro 9, página 38).

Quadro 6 – Estudo de Avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco
Matriz de Julgamento para o Índice de Disponibilidade (Insumos)

Componente Estrutural	DIMENSÕES DE ACESSO						Grau de Implementação	
	Índices de Disponibilidade			N	% obs	P.E		P.A
INSUMOS (INFORMAÇÕES DOS QUESTIONÁRIOS: LABORATÓRIO, FARMÁCIA, E PROFISSIONAL DE SAÚDE)	Sífilis Oportunidade	Havia VDRL			10		Respostas afirmativas= 10 Respostas negativas = 0	
		Havia Penicilina Benzatina			10			
		Nos últimos 12 meses nunca faltou P. Benzatina			10			
		Havia Penicilina Cristalina ou procaína			10			
		Nos últimos 12 m nunca faltou P. Cristalina ou Procaína			10			
	INSUMOS - Sífilis Oportunidade					50		
	Sífilis Conformidade	Havia TPHA ou FTA-Abs			10		Respostas afirmativas= 10 Respostas negativas = 0	
		Exames TPHA ou FTA-Abs no prazo de validade			10			
		Penicilina Benzatina na validade			10			
		Penicilina Cristalina ou procaína na validade			10			
		Proporção de profissionais treinados para ações do Projeto Nascer			10			$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prof.saúde}}{\text{N}^\circ \text{ total de de prof.saúde}} \times 100$
	INSUMOS – Sífilis Conformidade					50		
TOTAL PARA INSUMOS SÍFILIS					100			
HIV Oportunidade	Havia teste rápido			10		Respostas afirmativas= 10 Respostas negativas = 0		
	Havia AZT-IV			10				
	Nos últimos 12 meses nunca faltou AZT - IV			10				
	Havia AZT - xarope			10				
	Nos últimos 12 meses nunca faltou AZT - xarope			10				
	Havia inibidor de lactação			10				
Nos últimos 12 meses nunca faltou inibidor lactação			10					
INSUMOS - HIV Oportunidade					70			
HIV Conformidade	Teste rápido na validade			10		Respostas afirmativas= 10 Respostas negativas = 0		
	AZT-IV na validade			10				
	AZT - xarope na validade			10				
	Inibidor de lactação na validade			10				
	Havia fórmula láctea			10				
	Proporção de profissionais treinados para ações do Projeto Nascer			10			$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prof.saúde}}{\text{N}^\circ \text{ total de de prof.saúde}} \times 100$	
INSUMOS – HIV Conformidade					60			
TOTAL PARA INSUMOS AIDS					130			
TOTAL PARA INSUMOS SÍFILIS E HIV					230			
GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO								

CE (componente estrutural) I1=Insumo1....In A1=Atividade1, .An..

PE= Pontuação Esperada; PA= Pontuação Alcançada.

Quadro 7– Estudo de Avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco
Matriz de Julgamento para o Índice de Disponibilidade (Atividades)

Componente Estrutural	DIMENSÕES DE ACESSO						Grau de Implementação	
	Índices de Disponibilidade			N	% obs	P.E		P.A
ATIVIDADES (INFORMAÇÕES DA OBSERVAÇÃO PRÉ-PARTO)	Oportunidade	Proporção de mulheres questionadas sobre HIV e sífilis no pré-natal			10		$\frac{\text{N}^\circ \text{ resp afirmativ}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas observ pré-parto}} \times 100$	
		Proporção de mulheres testadas no pré-parto para sífilis			10			
		Proporção de mulheres testadas p/ HIV no pré-parto			10			
	ATIVIDADES – Oportunidade Sífilis					20		
	ATIVIDADES – Oportunidade HIV					20		
	Conformidade	Proporção de mulheres aconselhadas sobre o exame VDRL			10		$\frac{\text{N}^\circ \text{ resp. afirmat}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas observ pré-parto}} \times 100$	
		Proporção de mulheres aconselhadas sobre o exame HIV			10			
		Proporção de mulheres com consentimento solicitado para o HIV			10			
	ATIVIDADES – Conformidade Sífilis					10		
	ATIVIDADES – Conformidade HIV					20		
TOTAL DISPONIBILIDADE DE ATIVIDADES					60			
GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO								

Quadro 8 – Estudo de Avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco
Matriz de Julgamento para o Índice de Disponibilidade (Atividades)

Componente Estrutural	DIMENSÕES DE ACESSO						Grau de Implementação	
	Índices de Disponibilidade			N	%obs	P.E		P.A
ATIVIDADES (INFORMAÇÕES ENTREVISTAS MULHER)	Oportunidade	Proporção de mulheres que teve sangue colhido na admissão			10		Nº resp afirm x 100 Nº respostas entrevistas	
		Proporção de mulheres informa testagem sífilis na admissão			10			
		Proporção de mulheres informa testagem HIV na admissão			10			
	ATIVIDADES – Oportunidade Sífilis					20	10	
	ATIVIDADES – Oportunidade HIV					20	10	
	Conformidade	Proporção de mulheres informadas do “por quê” desses exames				10		Nº respostas afirmativas x 100 Nº total de respostas nas entrevistas
		Proporção de mulheres HIV+ informadas para não amamentar				10		
Proporção de mulheres HIV+ não levaram o RN ao seio na sala de parto					10			
ATIVIDADES – Conformidade Sífilis					10			
ATIVIDADES – Conformidade HIV					30			
TOTAL DISPONIBILIDADE DE ATIVIDADES						60		
GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO								

Quadro 9 – Estudo de Avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco
Matriz de Julgamento para o Índice de Disponibilidade (Atividades)

Componente Estrutural	DIMENSÕES DE ACESSO							Grau de Implementação	
	Índices de Disponibilidade			N	%obs	P.E	P.A		%
ATIVIDADES (INFORMAÇÕES DOS PRONTUÁRIOS)	Sífilis Oportunidade	Proporção de mulheres testadas no pré-parto (1)			10			Nº resp afirm x 100 Nº respostas	
		Proporção de RN com sífilis tratados na maternidade			10				
		Proporção de mulheres tratadas na maternidade			10				
	ATIVIDADES - Sífilis Oportunidade					30	N	%	
	Sífilis Conformidade	Proporção de mulheres testadas na maternidade				10			Nº resp afirm x 100 Nº respostas
		Proporção de RN que fez VDRL				10			
		Proporção de RN que fez RX ossos longos				10			
		Proporção de RN que fez LCR				10			
		Proporção de tratamentos adequados nos RN				10			
		Proporção de tratamentos adequados nas mãe				10			
		Proporção de RN referenciados				10			
		Proporção de parceiros rastreados				10			
		Proporção de mães referenciadas				10			
	Proporção de casos sífilis congênita notificados				10				
	ATIVIDADES - Sífilis Conformidade					100	N	%	
	TOTAL DISPONIBILIDADE DE ATIVIDADES - Sífilis					130	N	%	
	HIV Oportunidade	Proporção de mulheres testadas no pré-parto				10			Nº resp afirm x 100 Nº respostas
		Proporção de mulheres com profilaxia AZT-IV				10			
		ELISA-HIV até 48h (prontuário)				10			
		Inibição medicamentosa até 48h				10			
ATIVIDADES - HIV Oportunidade					40	N	%		
HIV Conformidade	Proporção de mulheres testadas na maternidade(2)				10			Nº resp afirm x 100 Nº respostas	
	Proporção de mulheres HIV+ com via de parto adequada (3)				10				
	Proporção de mulheres HIV c/ inib.mecânica da lactação				10				
	Proporção de mulheres HIV c/ inib. medicam. da lactação				10				
	Proporção de RN com profilaxia AZT-xarope				10				
	Proporção de RN que recebeu Fórmula Láctea Infantil				10				
	Proporção de RN referenciados				10				
	Proporção de mães referenciadas				10				
	Proporção de parceiros rastreados				10				
Proporção gestante HIV/crianças exposta notificados				10					
ATIVIDADES - HIV Conformidade					100	N	%		
TOTAL DISPONIBILIDADE DE ATIVIDADES HIV					140	N	%		
TOTAL GERAL					270	N	%		
Grau de Implementação									

1 Dentre as mulheres que foram testadas na maternidade

2 Excluídas aquelas com diagnóstico CID-10=B24 (HIV) na admissão ou se fez teste anti- HIV no pré-natal ou antes desse período

3 Via de parto adequada: parto cesariana eletiva -CE ou vaginal quando indicados segundo recomendações do MS (CE, se

CV < 1.000 cópias/ml e membranas amnióticas íntegras e dilatação cervical em até 4cm na admissão ao parto.

Quanto ao índice de aceitabilidade, foram considerados nesta avaliação, os indicadores de aceitabilidade das atividades preconizadas pelo Projeto Nascer Maternidades pelos profissionais de saúde das maternidades (quadro 10, pág. 39). Optou-se por avaliar os profissionais de saúde, sobretudo porque as atividades exigem

mudanças de atitudes do profissional que assiste à mulher, especialmente no tocante à realização do aconselhamento e solicitação de consentimento para a testagem do HIV.

Quadro 10– Estudo de Avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco
Matriz de Julgamento para o Índice de Aceitabilidade (Atividades)

		DIMENSÕES DE ACESSO								
Componente Estrutural		Índice de Aceitabilidade						Grau de Implementação		
		Entrevistas com Profissionais de saúde				N	% obs		P.E	P.A
ATIVIDADES (INFORMAÇÕES ENTREVISTA PROFISSIONAL DE SAÚDE)	HIV	Proporção de profissionais que acha importante o aconselhamento HIV			10		Nº de respostas afirmativas _____ x 100 Nº total de respostas entrevista profis. de saúde			
		Proporção de profissionais com treinamento PN que sempre aconselha			10					
		Proporção de profissionais que nunca solicita o HIV sem aconselhamento e/ou consentimento			10					
		Proporção de profissionais que realiza aconselhamento pós-HIV+			10					
		Proporção de profissionais que sempre notifica o caso gestante HIV+			10					
		Proporção de profissionais que sempre encaminha o RN exposto			10					
			Índice de Aceitabilidade ATIVIDADES - HIV				60			
	Sifilis Congênita	Proporção de profissionais que acha importante o aconselhamento sífilis			10		Nº de respostas afirmativas _____ x 100 Nº total de respostas entrevista profis. de saúde			
		Proporção de profissionais com treinamento no PN que sempre aconselha			10					
		Proporção de profissionais que sempre aconselha pós-VDRL+			10					
Proporção de profissionais que sempre notifica o caso sífilis congênita				10						
Proporção de profissionais que sempre notifica o caso da gestante com sífilis				10						
		Índice de Aceitabilidade ATIVIDADES - Sífilis Congênita				50				

Para a avaliação do índice de responsividade, utilizar-se-ão os dados provenientes, também, da observação do pré-parto (quadro 11, abaixo), onde foram registrados aspectos da ambiência e do respeito à parturiente.

Quadro 11 – Estudo de Avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco
Matriz de Julgamento para o Índice de Responsividade (Atividades)

		DIMENSÕES DE ACESSO								
Componente Estrutural		Índice de Responsividade						Grau de Implementação		
		OBSERVAÇÕES DO PRÉ-PARTO				N	% obs		P.E	P.A
ATIVIDADES (INFORMAÇÕES DA OBSERVAÇÃO DO PRÉ-PARTO)	Proporção de observações onde os membros da equipe se dirigem à parturiente por designação respeitosa			10		Nº de respostas afirmativas _____ x 100 Nº total de respostas observ pré-parto				
	Proporção de observações cujos membros da equipe se dirigem à parturiente pelo nome?			10						
	Proporção de mulheres que teve acompanhante no pré-parto?			10						
	Proporção de observações onde se registrou boas condições de ambiente e vestuário adequado			10						
	Proporção de observações onde se registrou boas condições de limpeza e ausência de insetos			10						
			TOTAL ATIVIDADES				50	N	%	
		Grau de Implementação								

Considerando-se a validade de critérios, optou-se pela utilização de parâmetros já validados em outros estudos,^{16,23,24} e também baseado em estudos recomendados pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde^{23,24}. Assim para o julgamento do grau de implementação utilizar-se-ão os seguintes pontos de corte, explicitados no quadro 12, página 40.

Quadro 12 – Estudo de Avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco
Parâmetros para classificação do grau de implementação

Percentual	Grau de implementação
□ 80,0%	Implementado
40,0 ~ 79,9%	Parcialmente implementado
≤ 39,9 %	Implementação crítica ou não implementada

III. CRITÉRIOS PARA METAVALIAÇÃO

Entende-se por metavaliação os processos que asseguram qualidade à avaliação realizada. Nesse estudo serão considerados os padrões do Joint Committee on Patterns for Educational Evaluation²⁷, reconhecidos internacionalmente, de *Utilidade, Viabilidade, Propriedade e Precisão*. Estes padrões são usualmente utilizados também em avaliações em saúde constituindo o núcleo central do modelo para avaliações de programas em saúde pública do CDC²⁸.

Os padrões de *utilidade* contemplam o quanto e como a avaliação atendeu as necessidades de seus usuários potenciais. Com relação a isso, esta avaliação respondeu as demandas do gestor estadual dos programas de DST/Aids, Saúde da Mulher e da Criança, servindo para indicar como adequar a implementação do Projeto Nascer Maternidades.

No que diz respeito à *viabilidade*, pretendeu-se garantir procedimentos práticos no processo de avaliação, de forma prudente para não interferir na viabilidade política durante o processo avaliativo, além de ser eficiente para produzir informações de valor significativo aos interessados e aos usuários dos serviços, de forma que os recursos utilizados possam ser justificados.

Para assegurar os padrões de *propriedade* o processo avaliativo seguiu normas legais e éticas, submetendo o projeto a Comitês de Ética em Pesquisa, solicitando termos de consentimento aos entrevistados. Esta avaliação esteve acima de tudo orientada para o serviço, já que os interessados são coordenadores de políticas públicas voltadas ao controle de DST/Aids no Estado, devendo esta ser completa e justa ao buscar denotar os pontos positivos e limitações do programa, possibilitando a valorização dos aspectos de sucesso e a correção das falhas existentes.

No que se refere aos padrões de *precisão* ou acurácia, foram examinados documentos e informações que propiciaram uma descrição clara do programa e dos contextos organizacional e externo, a partir de fontes de informação confiáveis e

válidas. Os instrumentos e o desenho da avaliação incluíram a descrição dos propósitos e dos procedimentos, visando conclusões e julgamentos fidedignos com o compromisso da imparcialidade, e que refletissem de forma justa os resultados da avaliação.

IV. LIÇÕES APRENDIDAS:

O EA desenvolvido para a avaliação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco, propiciou uma descrição detalhada da intervenção, das perguntas avaliativas relevantes ao processo de implementação da intervenção, do modelo teórico da avaliação e fundamentalmente do consenso sobre estes itens entre o interessados na avaliação. A decisão do início de um processo de avaliação é crítica para o trabalho do avaliador, especialmente do avaliador interno. No campo da avaliação, os EA são chaves para a identificação da necessidade, do desenho e dos limites da avaliação.

Na figura 3 (página seguinte), se pode observar um modelo de todo o ciclo da avaliabilidade do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco, desde o processo de envolvimento com os usuários potenciais no processo avaliativo até o desenho do Modelo Lógico do Programa e do Modelo Teórico da Avaliação.

4. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Projeto de Eliminação da sífilis congênita – 1997. Acessado em <http://www.aids.gov.br/diagnostico/documentos e publicações em janeiro, 2005>.
5. Connor, Edward M.; Sperling, Rhoda S.; Gelber, Richard; Kiselev, Pavel et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *The New England Journal of Medicine*, vol, 331, n. 18, november, 3, 1994.
6. Brasil. - Ministério da Saúde - Portaria Ministerial n. ° 569 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS o PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal. Brasília, 01 de junho de 2000.
7. Brasil. Ministério da Saúde - Portaria Ministerial n.º 2104 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS o Projeto Nascer. Brasília, 19 de novembro de 2002.
8. Trevisan, M.S. & Yi Min Huang – Evaluability Assessment: A Primer. Acessado em <http://www.pareonline.net>, 11/02/2006 – A peer reviewed journal – Practical Assessment, Research & Evaluation.
9. Thurston, W. E., Ramaliu, A. – Avaliação da avaliabilidade de um programa para sobreviventes de tortura: Lições aprendidas, in, *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 20, no 2, pág. 1-25, 2005. Canadian Evaluation Society.
10. Smith, M. F. – Evaluability Assessment - A practical approach, apud, Trevisan, M.S. & Yi Min Huang – Evaluability Assessment: A Primer. Acessado em <http://www.pareonline.net>, 11/02/2006 – A peer reviewed journal – Practical Assessment, Research & Evaluation.
11. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids - Projeto Nascer – Versão Preliminar. Série F – Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2003.
12. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antiretroviral em Gestantes – Série Manuais, Nº 46. Brasília, 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em crianças – Série Manuais Nº 18. Brasília, 2004.
14. Santos, Elizabeth M. et al – Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação. Versão preliminar. Ministério da Saúde - Programa Nacional de DST/Aids – Assessoria de Monitoramento e Avaliação. Brasília, julho, 2005.

15. Rugg, Deborah et al – Global Advances in Monitoring and Evaluation of HIV/Aids: From Aids Case Reporting to Program Improvement. Jossey-Bass and American Evaluation Association, number 103, fall 2004.
16. Hartz, Zulmira M. A (org.) – Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, 1997.
17. Brasil. - Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST/Aids – Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa. 1ª. Edição, Brasília, abril 2005.
18. Chen, H.T. – Theory-driven evaluations, apud, McLaughlin, J.A & Jordan, G.B. – Logic models: A tool for telling your program’s performance story. Evaluation and Program Planning 22 (1999), 65-72. Elsevier Science
19. McLaughlin, J.A & Jordan, G.B. – Logic models: A tool for telling your program’s performance story. Evaluation and Program Planning 22 (1999), 65-72. Elsevier Science
20. Yin, Robert K. – Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 2ª. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
21. Yin, Robert K. (1989), apud, Contandriopoulos, André-Pierre et al,- A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos, in Hartz, Z – Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, 1997.
22. Pechansky R. & Thomas J.W. The concept of access – Definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care 1981;19;128-129.
23. Oliveira, Maria Auxiliadora et al – Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/Aids no município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 18(5): 1429-1439, set-out, 2002.
24. Cosendey, M.A et al – Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2): 395-406, mar-abr, 2003.
25. Travassos, C e Martins, M. – Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 20 Sup. 2 S190 – S198, 2004.
26. De Silva, Amala – A Framework for measuring Responsiveness. GPE Discussion Paper Series: no 32. WHO/EIP/GPE/EBD, 1999.
27. Joint Committee on Patterns for educational Evaluation (1994). The Program Evaluation Patterns, p. 88, Sage – Thousand Oaks, London and New Delhi.
28. CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Framework for Program Evaluation in Public Health. MMWR, vol 48/ Nº RR-11. September, 17, 1999.

ARTIGO II - AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NASCER MATERNIDADES EM PERNAMBUCO

RESUMO

Introdução: Este estudo visa à análise da implementação das ações de prevenção e controle da transmissão vertical (TV) do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita nas unidades de saúde com Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco, instituído em 2002. A intervenção prevê a abordagem da parturiente, visando o aconselhamento, testagem, tratamento e encaminhamento da mãe e do recém-nascido, quando necessário, além da notificação dos casos.

A taxa de transmissão vertical do HIV, no Nordeste, é de 11,0% e da sífilis congênita varia de 30,0% a 100,0% dependendo do estágio da infecção materna. A compreensão do que ocorre com o Programa é prioritária, considerando que o Estado tem uma alta prevalência de sífilis congênita, baixa cobertura de testagem para o HIV e taxas de transmissão vertical do HIV ainda indesejáveis.

Objetivo: avaliar e caracterizar o grau de implantação das ações de prevenção e da transmissão vertical do HIV e de redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita no Estado de Pernambuco com vistas a subsidiar as ações do Programa Estadual de DST/Aids.

Método: estudo de casos múltiplos imbricados a partir dos conglomerados Recife, RMR e Interior do Estado, considerando a categoria acesso nas dimensões de disponibilidade (oportunidade e conformidade), aceitabilidade e responsividade. Consiste em um estudo de corte transversal, em dois momentos, em uma amostra de 1.537 prontuários, baseado no n.º de nascidos vivos em 2004: A) ano 2005, período do campo, consistindo de observações de pré-parto (10%), entrevistas com puérperas (20%), e prontuários das mulheres observados e/ou entrevistadas. Questionários (institucional, farmácia, laboratório) e entrevista com profissionais de saúde (15%); B) ano 2004, que consistiram da análise de 70% dos prontuários amostrados para aquele ano, além daqueles de todos os casos HIV+ e VDRL+ em 2004, considerando a baixa prevalência destes agravos.

Resultados: em Pernambuco, observou-se que, quanto à disponibilidade de insumos tanto para a sífilis quanto para o HIV o Programa encontra-se implementado. Para o índice de disponibilidade, subdimensões oportunidade e conformidade das atividades de

prevenção da TV/HIV e da redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita, os níveis de implementação foram parciais, com menores níveis para a prevenção do HIV. Foi crítica a implementação do aconselhamento, sobretudo no conglomerado Interior. Quanto à aceitabilidade pelos profissionais de saúde, o grau de implementação foi satisfatório e quanto à responsividade a implementação foi parcial.

Conclusão: É necessário redirecionar as atividades de prevenção da TV do HIV e Sífilis em Pernambuco, com ênfase na importância do aconselhamento pré e pós-teste, na ampliação da cobertura de testagem para HIV e sífilis no pré-natal e na maternidade, e na implementação das adequadas medidas de prevenção e controle desses agravos, sobretudo no conglomerado Interior do Estado.

ABSTRACT

Introduction: This study intends to analyze the implementation of prevention of HIV mother to child transmission – MTCT and of morbidity and mortality associated with Congenital Syphilis in the state of Pernambuco. This intervention established in 2002, foresees a direct contact with the woman in labor, including: counseling, testing, treatment and follow up of the mother and the newborn infant, when needed, as well as the surveillance of the occurrence. The HIV - MTCT in Northeast is 11,0% and the risk to syphilis mother-to-child transmission varies from 30,0% to 100,0%, depending on the maternal infection stage. It is a priority to follow up and understand the development of this program because the State of Pernambuco possesses a high prevalence of syphilis, low coverage of HIV examination and unwanted levels of mother to child transmittance. **Objectives:** Evaluate and describe the level of implementation of the preventive actions of HIV- MTCT and of morbidity and mortality associated with Congenital Syphilis in the state of Pernambuco, aiming to subsidize the actions of the STD/Aids State Programme.

Methodology: Study of overlapped multiple cases in the overpopulated areas of Recife, Recife's Metropolitan Region (RMR) and the countryside, as well as the study of access category in its dimensions of availability (opportunity and accommodation), acceptability and responsiveness. It consists of a vertical cut in two moments of a sample of 1.537 cases, based on the number of born alive in 2004 year: A) the moment of the study in 2005, it consisted of antenatal observation (10%), interviews with the mothers (20%), as well as hospital records from these women, observed and interviewed. Form fulfilling with information on the institution, pharmacy, laboratory and health care professionals interview (15%); B) in 2004, it consisted of an analysis of hospital records from 70% of

the sample cases, in addition to all HIV+ and VDRL+, considering the low prevalence of these infections.

Results: It has been observed that the input availability, to prevention of syphilis and HIV-MTCT is implemented. There has been observed a partial implementation level of prevention activities availability (opportunity and accommodation) of mother to child, HIV and syphilis, and lower levels of HIV control. The counseling implementation has been critical, especially in the countryside. Concerning acceptability from the health care professionals showed a satisfactory implementation level, whilst with partial responsiveness levels.

Conclusion: It is essential to redirect the prevention activities to MTCT of syphilis and HIV during antenatal and childbirth care in Pernambuco, with emphasis on the importance of the pre and pos test counseling, enlarge the HIV and syphilis testing coverage and implementation of adequate control measures, mainly in the countryside.

I. INTRODUÇÃO

Este artigo pretende apresentar os resultados da avaliação do grau de implementação do Projeto Nascer-Maternidade, realizada em Pernambuco. Ele faz parte de uma trilogia, que consistiu no primeiro artigo, de um estudo da avaliabilidade desse projeto.

Neste artigo serão apresentados os resultados da avaliação do grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e morbimortalidade por sífilis congênita nas 16 maternidades, definidas no estudo da avaliabilidade em Pernambuco.

O presente estudo avaliativo teve como área de abrangência, o Estado de Pernambuco. O Estado apresentou em 2004, a terceira maior taxa de incidência de Aids na Região Nordeste (8,9/100.000) e o maior número de casos de gestantes HIV e crianças expostas entre 2000 e 2005 (801 notificações), enquanto a Bahia e o Ceará notificaram nesse mesmo período, respectivamente, 493 e 445 casos. Em relação à Sífilis Congênita, Pernambuco apresentou a maior taxa de incidência (3,7/1.000 NV em 2004) para a Região Nordeste, e a terceira maior taxa em todo o país.

Neste estudo, parte-se do pressuposto que o controle da transmissão vertical da do HIV e da redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita estão relacionados aos níveis de implementação dessas ações na atenção ao pré-natal, parto e pós-parto.

1.1. A Intervenção

Desde a década de 90, o Ministério da Saúde – MS, através do Programa Nacional de DST/Aids – PN-DST/Aids vem implementando ações visando o controle da transmissão vertical da sífilis¹ e do HIV² como atividades prioritárias, pois, esses agravos são passíveis de controle, desde que haja uma abordagem adequada na assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério.

A despeito da existência no Brasil da disponibilidade de testes e da medicação profilática que possibilitam a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita, as crianças continuam sendo infectadas. Isso se deve ao fato de que muitas mulheres residentes na região Nordeste, ainda chegam nas maternidades sem terem feito o pré-natal (5,4%), ou, aquelas que mesmo tendo tido tal assistência não tiveram os exames HIV realizados (45,4%)³.

Segundo dados do MS, de um total de 95% das mulheres que fizeram o pré-natal no Brasil, somente 52% realizaram o teste anti-HIV e, em populações de baixa escolaridade este percentual é de apenas 19%³.

Inúmeros fatores interferem na transmissão vertical do HIV como os níveis de carga viral, o uso de antiretrovirais durante a gestação, o parto e pelos recém-nascidos, a via de parto e a amamentação. A introdução do Protocolo PACTG-076 (Pediatric Aids Clinical Trial Group)^{4,5} para redução da transmissão vertical do HIV a partir do uso da zidovudina (AZT), quando usada durante a gestação, trabalho de parto, parto e, pelos recém-nascidos expostos ao HIV+, em solução oral durante seis semanas viabiliza uma redução de cerca de 67,5% dos casos.

É ainda recomendado no PACTG-076 que a puérpera não amamente, e que seja utilizado o uso da fórmula infantil para o bebê, considerando que o risco adicional dessa via de transmissão é de 7,0 a 22,0%, a cada mamada, devido à alta detecção do vírus no colostro, sendo portanto contra-indicado o aleitamento materno por mulheres portadoras do HIV, bem como o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra mulher)⁵.

Estudo da Sociedade Brasileira de Pediatria aponta uma taxa de transmissão vertical do HIV de 11,0% para a Região Nordeste do país⁶. Em relação à sífilis congênita, as taxas de transmissão vertical variam de 70,0% a 100,0%, nas fases primária e secundária da infecção, e de 30,0% na fase terciária da infecção materna⁷.

Considerando as limitações operacionais do Programa de Prevenção da TV do HIV e da Sífilis por ocasião do pré-natal, e considerando que o momento do parto se

constitui ocasião importante para prevenir a maior parte dos casos por TV do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita, o MS lançou o Projeto Nascer Maternidades em 2002^{5,8}.

Apesar do momento do parto não ser o mais oportuno para o aconselhamento e testagem do HIV, para a maioria das mulheres que desconhecem seu status sorológico, esta pode ser a única oportunidade de terem acesso ao aconselhamento, ao teste para a pesquisa do HIV e ao tratamento quimioprofilático da transmissão vertical, uma vez que a cobertura de partos hospitalares no país e em Pernambuco, é superior a 90,0%⁵.

Diante destas constatações considerou-se relevante avaliar a implementação das ações de saúde relacionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV e morbimortalidade associada à sífilis congênita em 16 maternidades que aderiram ao Projeto Nascer-Maternidades no Estado de Pernambuco, sobretudo porque nestas unidades ocorrem cerca de 33,0% dos nascimentos do Estado. Esta avaliação tem como foco subsidiar estratégias para a melhoria do programa e conseqüentemente para o maior controle da transmissão vertical desses agravos.

II. PESQUISA AVALIATIVA E ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO

Para Hartz⁹ a pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Trata-se, portanto de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

A análise de implantação ou implementação em uma pesquisa avaliativa consiste por um lado, em medir a influência que pode ter a variação do grau de implantação de uma intervenção sobre os efeitos. Por outro lado, consiste em observar influências do ambiente ou do contexto sobre como, quanto e em que grau de conformidade a intervenção foi implantada.

Geralmente a análise de implementação inclui as relações entre os processos e os meios necessários para que eles ocorram. Supera-se desta forma as avaliações do tipo “caixa preta”, ou dos efeitos da intervenção ou programa, que não analisam variáveis como diferenças no nível de implantação e contexto – processos.

Ainda segundo Hartz⁹, este tipo de análise é pertinente nas situações com objetivos semelhantes, em que existe uma grande diversidade em resultados obtidos, porém implantadas em contextos diversificados.

A análise de implantação, uma vez que especifica as condições de produção dos efeitos¹⁰, contribui para aumentar o potencial de generalização ou validade externa da pesquisa avaliativa pelo princípio da explicação.

Para Denis&Champagne¹⁰ análises de implantação podem ser organizadas em três componentes: 1) Análise dos determinantes contextuais do grau de implantação, sendo aqui o grau de implantação uma variável dependente em relação às características contextuais da implantação; 2) a análise da influência da variação da implantação sobre os efeitos observados. Neste tipo de análise a variável independente é o grau de implantação e os efeitos observados com a introdução da intervenção são as variáveis dependentes; 3) análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados.

Este estudo tem, portanto como objetivo geral descrever o grau de implementação do Projeto Nascer - Maternidades em Pernambuco, e como objetivos específicos os seguintes aspectos: 1) caracterizar se insumos e atividades nessas maternidades seguem as normas preconizadas; 2) averiguar a adesão dos profissionais de saúde aos procedimentos preconizados e, 3) caracterizar o grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita, considerando a dimensão do acesso nas diferentes regiões/conglomerados.

III. CRITÉRIOS E DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO:

ACESSO

Tradicionalmente avaliações de uma intervenção consideram as dimensões da estrutura, processo e resultados, conforme discutido por Hartz⁹, baseada em Donabedian e Contrandriopoulos. O CDC – Center for Disease, Control and Prevention no Framework for Public Health Evaluation¹¹ contempla a implementação através das relações entre insumos, atividades, produtos, resultados e impactos. Vale destacar que nas análises que abordam o grau de implementação, esses modelos consideram, respectivamente, estrutura e processos ou insumos, atividades e produtos, priorizando a oferta do serviço ou intervenções e a ela aplicando os critérios de qualidade.

Uma discussão interessante que emerge de estudos recentes^{12,13} em avaliação de programas é a utilização da categoria acesso como estratégia para abordar graus de implementação. A utilização dessa categoria pode ampliar o escopo de indicadores de grau de implementação que prioriza a oferta de serviços incluindo indicadores de utilização dos mesmos.

Usualmente o grau de implantação é mensurado através da produção (nº.de testes realizados) de produtividade (nº.de testes realizados por hora profissional), da concentração (nº.de testes realizados por paciente) e do rendimento (custo do teste por paciente).

A abordagem do grau de implementação através da categoria acesso, possibilita a inclusão de critérios de utilização, tais como cobertura e aceitabilidade, bem como da incorporação das análises de qualidade, especialmente nas dimensões de conformidade e oportunidade. Acesso significa então, oferta e utilização do serviço considerando-se a intensidade dessa utilização e a qualidade da ação realizada, ou seja, entre os serviços e os usuários.

As autoras Travassos, C. e Martins, M¹³ resgatam conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde em diversos autores como Donabedian, que usa o conceito de acessibilidade, sendo esta compreendida nas dimensões sócio-organizacional (oferta de serviços) e geográfica (distância/tempo/custo da locomoção), expressando as características da oferta que intervêm na relação entre as características dos indivíduos e o uso dos serviços, incluindo ainda a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados para atender às necessidades dos pacientes.

Essas autoras apontam ainda, que Andersen ^{apud} 13 prioriza o termo acesso, enquanto um dos elementos do sistema de saúde, relacionado à organização do serviço não apenas a entrada nestes serviços, mas também a continuidade do seu uso, sendo, portanto o acesso mediado por fatores individuais predisponentes, como gênero, fatores capacitantes ou meios disponíveis às pessoas para obterem estes cuidados e as necessidades de saúde, percebidas tanto pelo indivíduo quanto pelo profissional de saúde.

Andersen amplia o conceito de acesso incorporando a dimensão da utilização dos serviços de saúde a partir da discussão de elementos como: a) *acesso potencial* - fatores capacitantes, predisponentes, necessidades de saúde e de fatores contextuais, sendo esses últimos relacionados à política de saúde/oferta; e b) *acesso realizado*, esse abordado ainda enquanto acesso efetivo – o uso levando à melhoria de saúde do usuário; e, c) o acesso eficiente – uso levando à melhoria no estado de saúde e satisfação em relação ao volume de serviços utilizados para alcançar esta melhoria.

Oliveira, M. A. *et al* ¹², assim como Travassos, C e Martins, M. ¹³ abordam ainda a contribuição de Penchansky & Thomas¹⁴ que utilizam o termo acesso enquanto o grau de ajuste entre clientes e sistema de saúde, ampliando o conceito de Donabedian ao

incluir atributos não relacionados apenas à oferta, mas à relação entre esta e os indivíduos.

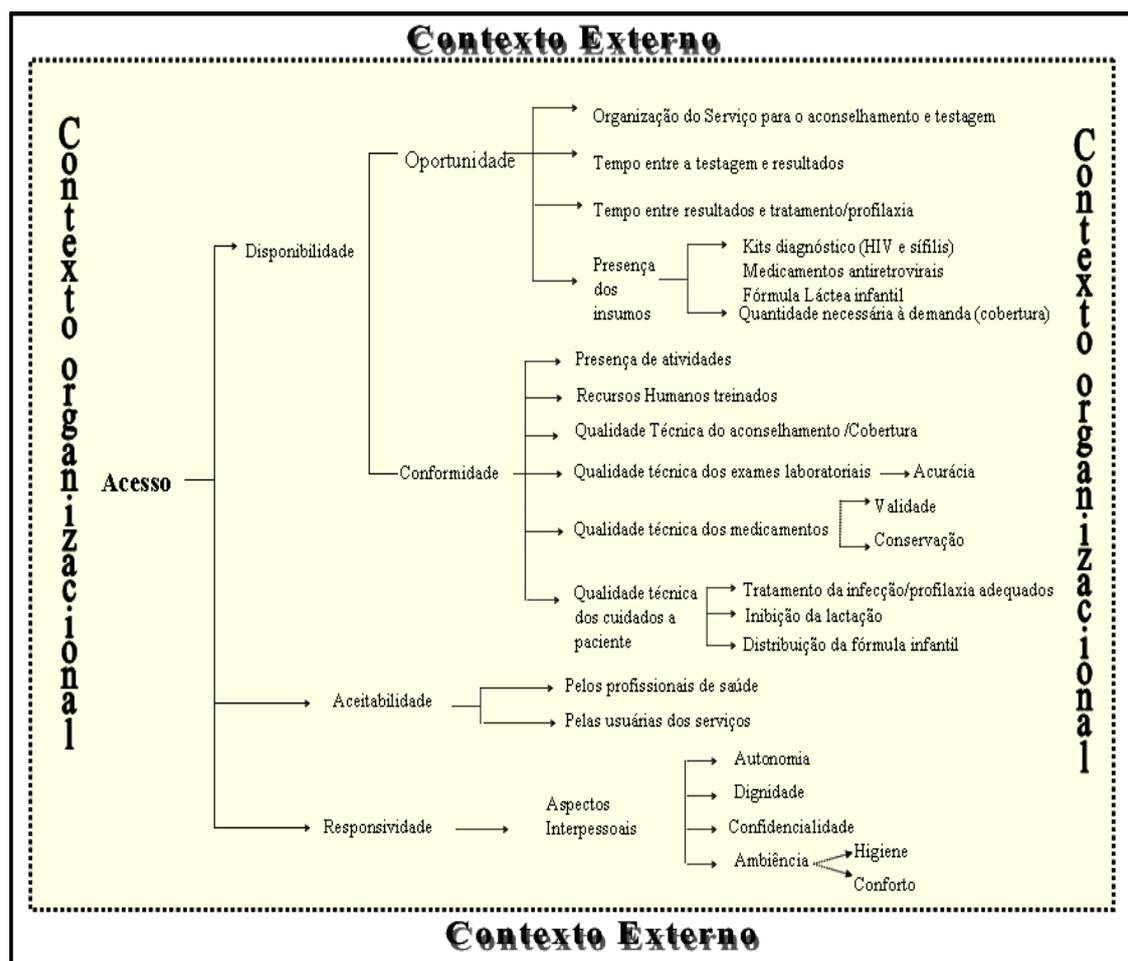
Penchansky & Thomas identificam cinco dimensões que compõem o conceito de acesso, tais como: 1) disponibilidade (*availability*) – volume e tipo de serviço em relação às necessidades dos clientes; 2) acessibilidade (*accessibility*)– relacionada à existência dos serviços no lugar e momento requerido pelo cliente; 3) adequação (*accommodation*) – maneira como são organizados os recursos para seu fornecimento e a habilidade dos clientes para se adaptar a eles; 4) aceitabilidade (*acceptability*) – refere-se às atitudes tanto de provedores da assistência, quanto de clientes no que diz respeito às características e práticas dos serviços; e 5) poder aquisitivo (*affordability*) – capacidade de compra pelos clientes em relação ao custo.

O autor refere que essa categorização é meramente didática, havendo uma inter-relação importante entre todas elas, sobretudo entre disponibilidade e adequação, reforçando as relações entre acesso e a oportunidade (*timeliness*).

Neste estudo a dimensão adequação será abordada enquanto conformidade. A definição de acesso compreenderá uma adaptação dessas dimensões para abordar o grau de implementação das ações do Projeto Nascer-Maternidades. Considerou-se então importante as seguintes dimensões: 1) disponibilidade, envolvendo esta as subdimensões de oportunidade e de conformidade, 2) a aceitabilidade de Penchansky & Thomas e 3) a responsividade, caracterizada pelo respeito à autonomia, dignidade e privacidade da usuária. Na avaliação do nível de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade por sífilis congênita nessas maternidades, serão, portanto priorizados como dimensões da avaliação, a categoria acesso nas dimensões referidas.

Procurou-se ainda acrescentar a dimensão de responsividade¹⁵ na compreensão do acesso para incorporar o respeito à dignidade, a autonomia, o compromisso com a não discriminação, além do direito à privacidade das usuárias, incluindo ainda aspectos referentes ao manuseio ético da paciente, elementos de grande importância nas ações do Projeto Nascer – Maternidades, e a ambiência (higiene e limpeza) como especificado no diagrama a seguir (figura 1, página 53).

Figura 1 – Diagrama representativo da dimensão ACESSO e suas sub-dimensões



IV. MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO

4.1. Perguntas avaliativas

Este estudo tem como objetivo responder às seguintes perguntas avaliativas:

A. Pergunta Avaliativa Geral:

As ações de controle da transmissão vertical do HIV e da redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita no Estado de Pernambuco estão sendo implementadas em conformidade com o que preconiza o Projeto Nascer?

B. Perguntas avaliativas específicas:

1. Os insumos e atividades nas maternidades participantes com Projeto Nascer Maternidades seguem as normas preconizadas?
2. Os profissionais de saúde seguem os procedimentos preconizados pelo Projeto Nascer Maternidades?

3. Qual é o grau de implementação das ações de prevenção e controle da transmissão vertical HIV e da morbimortalidade por sífilis congênita, considerando a dimensão do acesso nas diferentes regiões/conglomerados?

4.2. Abordagem e Foco da Avaliação

O estudo tem uma abordagem normativa, por considerar os critérios e normas previamente definidas para a intervenção e tem ainda uma abordagem formativa, uma vez que ocorreu no momento em que as ações do programa estão acontecendo, permitindo o redirecionamento e a tomada de decisões. O foco desta avaliação é a melhoria do Programa de Controle das DST/Aids no Estado de Pernambuco.

4.3 Desenho da Avaliação

Este é um estudo transversal por conglomerados e envolveu a avaliação do grau de implementação do Projeto Nascer-Maternidades nos dois momentos críticos para a realização das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita na maternidade: pré-parto, parto e pós-parto imediato. Para resolver a dificuldade operacional, ligada ao fato de não se encontrar gestantes soropositivas para o HIV e/ou com sífilis no momento da coleta dos dados, optou-se em função da baixa prevalência, por examinar os prontuários de todos os casos de gestantes HIV e de crianças com diagnóstico de sífilis congênita, ocorridos em 2004 nessas maternidades e notificados ao SINAN, bem como os casos identificados através de registros de laboratório dessas unidades.

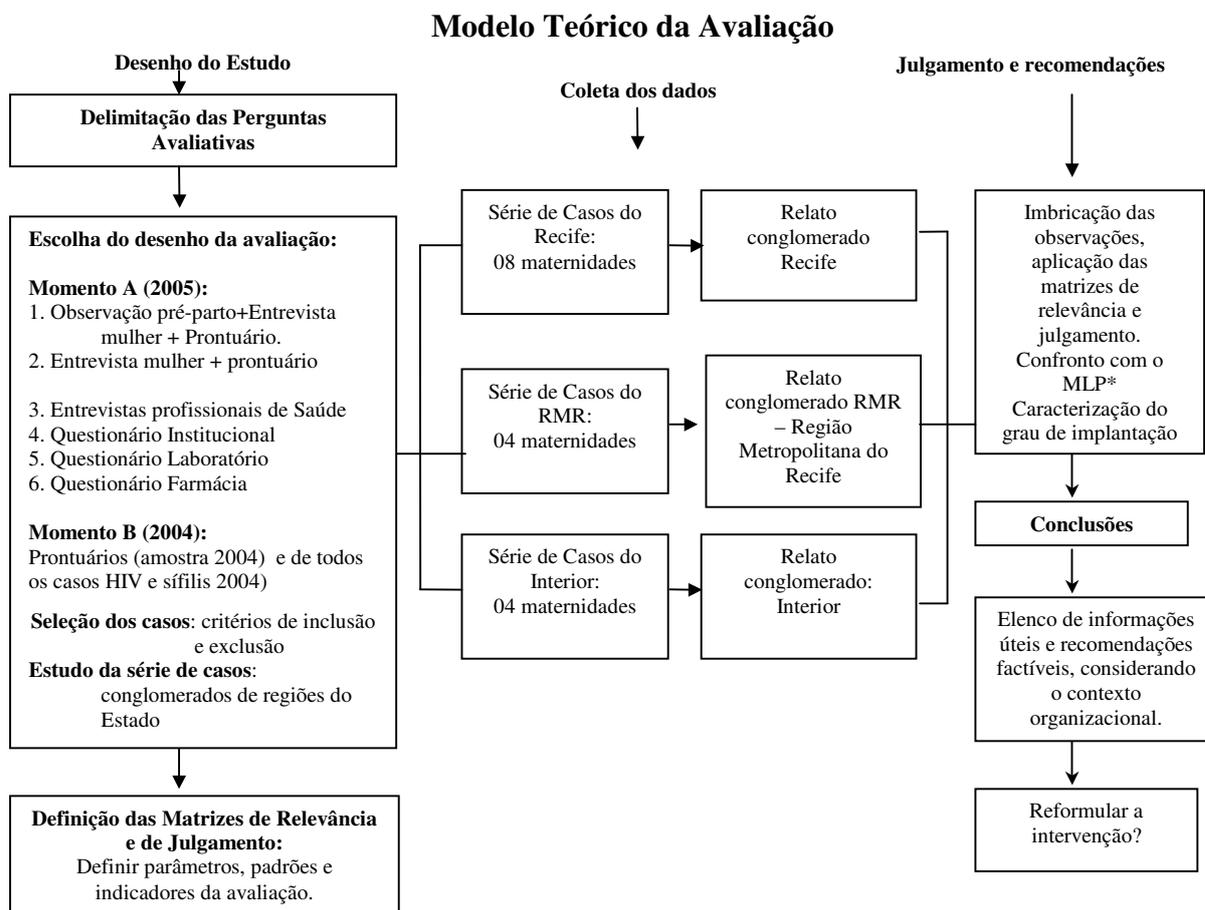
Nesta avaliação, optou-se pela estratégia do *estudo de casos múltiplos imbricados*. Os estudos de casos podem referir-se a um *caso único ou múltiplos casos* e como aponta Yin¹⁶, eles têm papel de destaque na pesquisa avaliativa, podendo *explicar* vínculos causais em intervenções da vida real, que são complexas para levantamentos, ou em estratégias experimentais. Estudos de caso são considerados métodos apropriados para análises de implantação de programas^{9,10,17}.

Casos múltiplos incorporados ou com níveis de análise imbricados são considerados mais robustos, pois cada caso deve servir a um propósito específico no escopo global da investigação e estes seguem a lógica da replicação.

Neste estudo, os casos múltiplos foram definidos por três níveis de análises: 1) Recife, 2) Região Metropolitana excluída Recife e 3) Interior do Estado, e foram imbricados considerando-se as dimensões de acesso além dos componentes estruturais

do programa (insumos, atividades), conforme explicitado a seguir, no Modelo Teórico da Avaliação (figura 2 - abaixo).

Figura 2 – Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco



(*) Modelo Lógico do Programa

As unidades de observação, em cada caso, foram 16 maternidades que aderiram à implantação das ações do Projeto Nascer-Maternidades, até a data da proposição desta avaliação em junho de 2005 e localizadas em: Recife (08 maternidades), Vitória de Santo Antão (1 maternidade); Olinda (2 maternidades), Caruaru (1 maternidade); Garanhuns (1 maternidade); Petrolina (1 maternidade); Camaragibe (1 maternidade) e Cabo de Santo Agostinho (1 maternidade).

Assim, este estudo compreendeu três conjuntos relacionados, descritos no quadro 1 – página a seguir: a) um grupo de observações cujas informações foram obtidas a partir dos prontuários, entrevistas e observação direta (grupo completo). Nas observações diretas, foi estudado um grupo de parturientes, correspondente a 10% dos

nascidos vivos (NV) em 2004 de cada maternidade, em cada conglomerado, assistidas em 2005, período da pesquisa (N=163); b) um segundo grupo, cujas informações foram obtidas através dos prontuários e de entrevistas (grupo parcial) e compreendeu 20% dos NV (N=315) de cada unidade, dos referidos conglomerados, também assistidas em 2005; e, c) um terceiro grupo para o qual as informações foram obtidas a partir apenas do prontuário hospitalar (grupo prontuário).

Esse terceiro grupo representa 70% da uma amostra das parturientes, baseada no número de nascidos vivos nas maternidades do estudo em 2004, e também assistidas nesse mesmo ano, correspondendo a 1.059 mulheres distribuídas nos três conglomerados (Recife, RMR e Interior).

Quadro 1 – Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco
Número de observações por fonte de informação.

MOMENTO	TIPO	FONTE DE INFORMAÇÃO	Nº.	INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS
A 2005	Completo	Σ 10% dos NV 2004 em cada maternidade	163	Prontuário, Entrevista e Observação do pré-parto.
	Parcial	Σ 20% dos NV 2004 em cada maternidade	315	Entrevista e Prontuário
B 2004	Σ 70% dos NV 2004 em maternidade		1.059	Apenas o Prontuário
	RECIFE / RMR / Interior Total da Amostra PERNAMBUCO		1.537	
	Total de prontuários (todos os casos HIV e VDRL+ e não captados pela-amostra)		848	
TOTAL DE PRONTUÁRIOS			2385	

O momento A, refere-se a nascidos vivos durante o período da pesquisa, no ano de 2005, incluindo-se a observação do pré-parto, a descrição das atividades pelas puérperas (entrevistas) e a análise das atividades registradas em prontuários. Nessa etapa totalizou 478 mulheres, distribuídas nos três conglomerados. A amostra para cada situação de observação também está incluída no plano amostral. Foi ainda incluído nessa fase, o estudo da infra-estrutura, insumos e procedimentos existentes para implementação das ações de controle dos agravos, tendo como referência recomendações do PN-DST/Aids (questionários: institucional, farmácia e laboratório, além da entrevista com profissionais de saúde).

O momento B envolveu o estudo de 70% da amostra de nascidos vivos e assistidos no ano de 2004, nas instituições participantes desta avaliação, tendo apenas o prontuário médico como fonte de informação. O total da amostra dos momentos A e B constituiu-se de 1.537 prontuários (quadro 2). Considerando-se a baixa prevalência do HIV para

viabilizar a investigação, propôs-se ainda acrescentar à amostra do estudo, os prontuários de todas as parturientes assistidas nessas 16 maternidades, que tiveram exames reagentes para o HIV e ao VDRL, notificadas ou identificadas em registros laboratoriais, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2004, o que acresceu mais 848 prontuários, totalizando então 2.385, o número de prontuários avaliados.

4.4.- Plano amostral nas maternidades

Para o momento A, realizado no período do estudo (junho a setembro de 2005) estabeleceu-se uma amostra de prontuários, entrevistas com puérperas (20% dos prontuários amostrados) e de observações da assistência ao parto (10% dos prontuários amostrados). Para o cálculo do tamanho da amostra, estabeleceu-se como indicador principal a ser estimado a proporção de nascidos vivos nessas maternidades no ano de 2004.

A opção metodológica foi pela construção de um modelo de amostragem aleatória estratificada, baseada no número de nascidos vivos/SINASC para o ano de 2004, embora sabendo que esta opção metodológica implica em um viés na escolha, considerando que cerca de 40% dos casos de sífilis congênita, por aborto ou natimorto, não seriam amostrados. Justificou-se este modelo de amostragem por permitir inferências para diversos segmentos da população, que são os conglomerados.

O número de NV foi utilizado como uma aproximação para o número estimado de prontuários necessários para o estudo, ficando a amostra composta por três conglomerados: 1) Maternidades que aderiram ao Projeto, situadas na cidade de Recife; 2) Maternidades que aderiram ao Projeto, situadas na Região Metropolitana, exceto as de Recife e, 3) Maternidades que aderiram ao Projeto, situadas no Interior. O tamanho *global* da amostra foi calculado através do modelo de amostragem aleatória simples, em um universo de 49.176 nascidos vivos destas maternidades, utilizando a fórmula proposta por Cochran, 1977¹⁸, totalizando 1.537 prontuários para todo o Estado.

Conforme já mencionado, o número de prontuários para cada maternidade de cada conglomerado dependeu do número de nascidos vivos, em 2004 em cada maternidade. Trata-se de uma alocação proporcional ao tamanho de cada maternidade para cada conglomerado. No quadro 2 (pág.58), são apresentados os números de prontuários por maternidade para cada conglomerado de análise. Vale considerar que foi adotado um valor mínimo de 05 observações de pré-parto por maternidade.

A seleção dos prontuários para revisão no ano de 2004 foi feita através de processo de amostragem sistemática na listagem em ordem alfabética dos nascidos vivos, por maternidade, e se consistiu dos N elementos da população (NV no mês) reunidos em grupos definidos por um intervalo de amplitude (N / n) e sorteio aleatório de um elemento de cada grupo para compor a amostra. Assim, andou-se de 5 em 5 até atingir o tamanho de prontuários de cada maternidade. O número inicial (início casual) foi sorteado entre 1 e 5 (Silva, 2001)¹⁹, permitindo selecionar prontuários de nascimentos ocorridos ao longo de todos os meses.

Quadro 2 - Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco
Números de prontuários, entrevistas mães e observações do pré-parto por conglomerado.

Estrato/Nome do Estabelecimento	(1) Nº. de Nascidos Vivos - 2004	(2) Proporção Nascidos Vivos	(3) Nº. de prontuários de mães entrevistadas	(4) Nº. de prontuários de observação pré-parto	(5) Nº. de prontuários em 2004	(6) Nº. total de prontuários *
RECIFE						
Instituto Materno Infantil de PE	5.639	0,2086	36	18	122	176
Unidade Mista Professor Barros Lima	4.798	0,1775	30	15	105	150
Hospital Agamenon Magalhães	2.264	0,0838	15	8	48	71
Hospital das Clínicas	1.754	0,0649	11	6	38	55
Hospital Barão de Lucena	2.629	0,0973	17	9	56	82
C. Integrado de Saúde A. de Medeiros	4.234	0,1566	27	14	91	132
Unidade Mista Prof. Bandeira Filho	3.410	0,1261	22	11	74	107
U. Mista Policlínica A. Marques	2.304	0,0852	15	8	49	72
Total Recife	27.032	1,0000	173	89	583	845
REGIÃO METROPOLITANA (excluída Recife)						
Maternidade Pe. Geraldo Leite Bastos	1.194	0,1426	8	5	25	38
Hospital Tricentenário	3.912	0,4673	25	13	84	122
Maternidade Municipal Brites de Albuquerque	2.119	0,2531	14	7	45	66
Maternidade Amiga da Família	1.147	0,1370	8	5	23	36
Total Região Metropolitana	8.372	1,0000	55	30	177	262
INTERIOR						
Hospital Dom Malan	3.644	0,2646	23	12	79	114
Hospital João Murilo de Oliveira	1.792	0,1301	12	6	38	56
Hospital Jesus Nazareno	5.449	0,3957	34	17	119	170
Hospital Dom Moura	2.887	0,2096	18	9	63	90
Total Interior	13.772	1,0000	87	44	299	430
TOTAL PERNAMBUCO	49.176		315	163	1.059	1.537

(*) Somatório das colunas 3 e 4 (prontuários 2005) e da coluna 5 (2004)

Em relação às entrevistas com profissionais de saúde, a amostra foi constituída de 15% de médico(a)s e enfermeiro(a)s que trabalhavam na atenção ao parto e cuidados com o bebê nas 16 maternidades participantes do estudo. O número desses profissionais era informado no questionário institucional, coletado no momento A deste estudo.

4.5. Coleta dos dados

No Quadro 3, página 59, encontram-se descritos todos os instrumentos de coleta utilizados. Ele explicita em quais momentos da avaliação esses se referiam, os

responsáveis pela informação e a que pergunta avaliativa se reportavam, ou seja, no momento A, os dados foram obtidos a partir da análise dos questionários aplicados: - Institucional (anexo I) junto à direção da maternidade; para a averiguação da estrutura e insumos existentes na Farmácia²⁰ e no Laboratório^{21,22} (anexos II e III); registros em prontuários (anexo IV); observação do pré-parto (anexo V); questionários aplicados junto às puérperas internadas nessas maternidades – Entrevistas mulher (anexo VI); e junto aos profissionais de saúde (anexo VII).

No momento B, foram analisados todos os prontuários, das parturientes com exames para o HIV e VDRL reagentes, no ano de 2004, considerando-se que esses agravos são de baixa prevalência e assim, poderiam não ser incluídos no sorteio aleatório, o que prejudicaria a análise dos procedimentos relacionados a essa população. Foram ainda analisados todos os prontuários das parturientes amostradas (quadro 2 - plano amostral, pág 58).

O objetivo da utilização dessas diversas fontes de informação (quadro 3, abaixo) foi verificar os registros e relatos das condutas e orientações no serviço, acerca da prevenção da transmissão vertical do HIV e do diagnóstico e tratamento oportuno dos casos de sífilis congênita.

Quadro 3 – Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco
Instrumentos de coleta dos dados

Fase do estudo	Quem	Técnica	Objetivos Específicos (*)
Momento A			
Institucional	Gerência da maternidade	Aplicação por profissionais de saúde (nível superior) do roteiro institucional (anexo II).	1 e 3
Farmácia	Responsável pela farmácia da maternidade	Aplicação por profissionais de saúde (nível superior) do roteiro farmácia (anexo III).	1 e 3
Laboratório	Responsável pelo laboratório da maternidade	Aplicação por profissionais de saúde (nível superior) do roteiro laboratório (anexo IV).	1 e 3
Observação do Pré-parto	10% do universo amostrado por maternidade	Aplicação por profissionais de saúde (nível superior) do roteiro (anexo VI).	2 e 3
Entrevista com mãe	20% do universo amostrado por maternidade e 10 % das parturientes observadas no pré-parto	Aplicação por profissionais de saúde (nível superior) dos roteiros: entrevista semi-estruturada com mãe (anexo VII).	2 e 3
Prontuários	10% da amostra - observação do pré-parto 20% da amostra por maternidade – mães entrevistadas	Aplicação por profissionais de saúde (nível superior) do roteiro prontuários (anexo V).	2 e 3
Profissionais de saúde	15% profissionais por conglomerado (médicos e enfermeiros) da ginecologia, obstetrícia e neonatologia.	Aplicação por profissionais de saúde (nível superior): entrevista semi-estruturada junto aos profissionais de saúde (anexo VIII).	2 e 3
Momento B			
Prontuários 2004 01/12/2004 a 31/12/2004	Todos os casos HIV+ e VDRL reagentes em 2004 (SINAN e registros de laboratório) Amostra aleatória das parturientes (70%)	Aplicação por profissionais de saúde (nível superior) do roteiro prontuário (anexo III).	2 e 3

(*) Objetivos específicos:

- 1) caracterizar se insumos e atividades nessas maternidades seguem as normas preconizadas;
- 2) averiguar a adesão dos profissionais de saúde aos procedimentos preconizados e,
- 3) caracterizar o grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita, considerando a dimensão do acesso nas diferentes regiões/conglomerados

Pretendeu-se assim, verificar os procedimentos e condutas adotadas, encaminhamentos no momento da admissão da gestante ao parto e no pós-parto imediato, visando à classificação dos procedimentos e condutas tomadas; de acordo com padrões definidos pelo Ministério da Saúde²²⁻²⁴.

O questionário aplicado junto aos profissionais de saúde visou ao levantamento de dados como: treinamentos e/ou qualificações recebidas; níveis de conhecimento e de utilização de procedimentos preconizados (aceitabilidade) para a prevenção da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita na rotina dos serviços.

Os procedimentos preconizados para o Projeto Nascer-Maternidades são aqueles definidos pelo Ministério da Saúde/PN-DST/Aids e pelo Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento – PHPN²⁵, coordenado pela área técnica do MS/Saúde da Mulher, a cerca das condutas para a prevenção da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita^{5,22-24,26,27}, a partir dos quais foi desenvolvida a matriz de julgamento e de definição dos níveis de implementação do Projeto Nascer-Maternidades.

Todos os dados obtidos foram processados em bancos de dados, criados a partir das categorias de análise que se pretende investigar (EPI INFO 2000 e ACCESS, e exportados para análises no SPSS®).

Os relatórios de análise foram tabulados em planilhas do *software Excel*, segundo dimensões da avaliação para cada conglomerado, constituindo assim as matrizes de julgamento. Essas matrizes estão apresentadas na análise dos resultados e estão organizadas a partir dos índices de disponibilidade (oportunidade e conformidade), aceitabilidade e responsividade, apontados como critérios de acesso nessa avaliação.

Nessas matrizes são apresentados os percentuais obtidos para os indicadores, as pontuações esperadas, e as pontuações alcançadas, visando à caracterização da implementação. Destaca-se que, para a avaliação desses índices, foram trianguladas as informações provenientes dos diversos instrumentos de coleta de dados, ou seja, dos registros dos prontuários médicos; das observações do pré-parto e das entrevistas com as puérperas e as entrevistas com os profissionais de saúde.

Os padrões utilizados para os escores dos indicadores de insumos e das atividades da matriz de julgamento (quadro 4, página 61) se basearam no estudo de Cosendey *et al*²⁴, adaptando-os porém, a partir da utilização de decis. Nas variáveis dicotômicas (presença ou ausência) foi considerada a pontuação máxima (dez) ou mínima (zero).

Quadro 4 – Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades -PE
Padrões estipulados para pontuação dos indicadores (intervalo dos escores)

PONTUAÇÃO DOS INDICADORES OBSERVADOS			
Pontuação Esperada			Para variáveis dicotômicas
90,1-100,0% =10	50,1 a 60,0 %=6	10,1 a 20,0%=2	Respostas afirmativas = 10 Respostas negativas = 0
80,1 a 90,0%= 9	40,1- 50,0% =5	1,0 a 10,0%=1	
70,0 a 80,0 %=8	30,1- 40,0%=4	<0,9%=0	
60,1 a 70,0 %=7	20,1 a 30,0%=3		

Os parâmetros utilizados para o julgamento da implementação, basearam-se em outros estudos^{8,28,29} já validados, e são explicitados da seguinte forma:

1. Implementado, para uma pontuação referente a 80,0% e mais;
2. Parcialmente implementado, para uma pontuação de 40,0% até 79,9%;
3. Implementação crítica ou não implementada, para uma pontuação menor que 39,9%;

V. RESULTADOS OBSERVADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados a partir da síntese dos relatos de cada conglomerado (Recife, RMR e Interior) imbricados para a caracterização do grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita no Estado de Pernambuco. A seguir, encontram-se os resultados observados para as dimensões de acesso às ações de prevenção TV do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita (quadros 5 a 10, páginas 62 a 78).

Esses relatos envolveram indicadores relacionados aos componentes estruturais explicitados no modelo lógico do programa (insumos e atividades), e ainda às dimensões de acesso definidas para a avaliação dessa intervenção conforme detalhado na matriz do julgamento (quadros 5 a 10, páginas 62 a 78).

Foram avaliados separadamente os indicadores relativos a insumos e às atividades, provenientes das informações de diferentes fontes, considerando-se a importância de se confrontar os dados, uma vez que nem todas as informações são registradas em prontuários. Tal procedimento visou à obtenção de um maior detalhamento para definição dos níveis ou graus de implementação.

Os indicadores relativos aos insumos referiam-se à existência de kits e reagentes; medicamentos e fórmula infantil, armazenados de forma adequada e no prazo de validade; exames realizados por laboratórios externos; a existência de recursos humanos treinados para a realização das ações preconizadas pelo Projeto Nascer-

Maternidades; todos esses insumos organizados de acordo com os momentos críticos da intervenção.

Os indicadores relacionados às atividades diziam respeito às ações preconizadas para a efetiva prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita nas maternidades, tais como: a realização do aconselhamento; da testagem consentida para o HIV e sífilis; profilaxia com o AZT-IV na mãe HIV + e com o AZT-xarope nos recém-nascidos (RN) expostos; a inibição da lactação; o tratamento para a sífilis (mãe e filho), além do rastreamento de parceiros; notificação e referenciamento dos casos de HIV+ e sífilis detectados na mãe, no parceiro e no RN.

5.1. Índices de Disponibilidade

Os indicadores relacionados à disponibilidade dizem respeito à existência de insumos e atividades de maneira *oportuna*, ou seja, no momento exigido para que prevenção da TV do HIV e redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita fosse efetiva e, em *conformidade*, ou seja, atendesse aos padrões e normas de controle e qualidade preconizados.

O quadro 5, (página 63) e as figuras 3 e 4 (página 75), apontam que quanto à disponibilidade dos insumos para prevenção da TV do HIV e para a redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita, o programa em Pernambuco está implementado, com índices de 93,1% e 91,0% respectivamente.

Entretanto, esses resultados não são uniformes no tocante às subdimensões de oportunidade e conformidade, sobretudo quando comparados os achados entre os dois agravos.

Quadro 5 – Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco
Matriz de Julgamento para o Índice de Disponibilidade (INSUMOS)

Componente Estrutural	DIMENSÕES DE ACESSO						Grau de Implementação		
	Índices de Disponibilidade		N	%obs	P.E	P.A		%	
INSUMOS	Sífilis Oportunidade	Havia VDRL	16	100,0	10	10	Respostas afirmativas= 10 Respostas negativas = 0		
		Havia Penicilina Benzatina	16	100,0	10	10			
		Nos últimos 12 meses nunca faltou Penicilina Benzatina	16	100,0	10	10			
		Havia Penicilina Cristalina ou procaína	16	100,0	10	10			
		Nos últimos 12 meses nunca faltou Penicilina Cristalina ou Procaína	15	93,8	10	10			
		INSUMOS - Sífilis Oportunidade		50		50		100,0	Implementado
	Sífilis Conformidade	Havia TPHA ou FTA-Abs	8	50,0	10	5	Respostas afirmativas= 10 Respostas negativas = 0		
		Exames TPHA ou FTA-Abs no prazo de validade	7	87,5	10	9			
		Penicilina Benzatina na validade	16	100,0	10	10			
		Penicilina Cristalina ou procaína na validade	16	100,0	10	10			
		Proporção de profissionais treinados para ações do Projeto Nascer	133	65,2	10	7		$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prof.saúde}}{\text{N}^\circ \text{ total de prof.saúde}} \times 100$	
		INSUMOS - Sífilis Conformidade		50		41			82,0
	TOTAL PARA INSUMOS SÍFILIS					100	91	91,0	Implementado
	HIV Oportunidade	Havia teste rápido	15	93,8	10	10	Respostas afirmativas = 10 Respostas negativas = 0		
		Havia AZT-IV	15	93,8	10	10			
		Nos últimos 12 meses nunca faltou AZT - IV	9	56,3	10	6			
		Havia AZT - xarope	15	93,8	10	10			
		Nos últimos 12 meses nunca faltou AZT - xarope	13	81,3	10	9			
		Havia inibidor de lactação	15	93,8	10	10			
		Nos últimos 12 meses nunca faltou inibidor lactação	14	87,5	10	9			
INSUMOS - HIV/AIDS Oportunidade			70		64	91,4		Implementado	
HIV Conformidade	Teste rápido na validade	15	93,8	10	10	Respostas afirmativas= 10 Respostas negativas = 0			
	AZT-IV na validade	15	93,8	10	10				
	AZT - xarope na validade	15	93,8	10	10				
	Inibidor de lactação na validade	15	93,8	10	10				
	Havia fórmula infantil	15	93,8	10	10				
	Proporção de profissionais treinados para ações do Projeto Nascer	133	65,2	10	7		$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prof.saúde}}{\text{N}^\circ \text{ total de prof.saúde}} \times 100$		
	INSUMOS - HIV Conformidade		60		57			95,0	Implementado
	TOTAL PARA INSUMOS AIDS						130	121	93,1

5.1.1 Insumos para prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV e prevenção da morbimortalidade associada à sífilis congênita

O índice de disponibilidade de insumos para a sífilis foi de 91,0%, portanto nesse aspecto o programa está implementado. Os insumos para a detecção do *Treponema pallidum*, se encontram disponibilizados, na totalidade das unidades de observação, apontando assim que dimensão disponibilidade, subdimensão de oportunidade o programa está totalmente implementado. Entretanto, na subdimensão conformidade, apesar do nível de implementação de 82,0%, ressalta-se a inexistência de exames para o diagnóstico treponêmico como o FTA-Abs, ou do TPHA, em todas as unidades do conglomerado Interior, além de algumas unidades no Recife e RMR.

5.1.2 Insumos para prevenção da transmissão vertical do HIV

Quanto aos insumos para a prevenção da TV do HIV, detectou-se a inexistência de quaisquer ações em uma das unidades do Interior, não havendo a disponibilidade do teste rápido, nem de quaisquer outros insumos ou atividades. Tal situação contribuiu

para a redução dos índices naquele conglomerado (quadro 5, pág. 63), implicando em um nível de implementação parcial na subdimensão oportunidade (91,4%).

Contribuiu ainda para esses resultados, a falta episódica no último ano, de AZT-IV e AZT-xarope, respectivamente em 3 e 2 maternidades. Quanto à subdimensão conformidade dos insumos para a prevenção da TV/HIV, ressaltou-se que onde esses existiam, se encontravam em condições adequadas ao uso, estando assim implementada essa subdimensão, nessas maternidades.

Ainda analisando a dimensão da disponibilidade/subdimensão conformidade de insumos como recursos humanos treinados para as ações do Projeto Nascer - Maternidades, a principal razão para menores índices foi a disponibilidade desigual de profissionais treinados nas ações do Projeto Nascer nos conglomerados (Recife-65,2%; RMR-83,3% e Interior-41,2%), contribuindo para um grau de implementação de 65,2% (parcialmente implementado) em Pernambuco.

5.1.3 Atividades para a prevenção da transmissão vertical (TV) do HIV e redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita

Para a análise da dimensão de acesso relacionado à disponibilidade e componente estrutural atividades, os dados foram avaliados a partir da triangulação das informações dos seguintes instrumentos: observação do pré-parto; entrevistas com a mulher; e dos registros em prontuários (quadros 6, página 65 e quadros 7 e 8, pp.67 e 68).

Considerando-se que, sobretudo informações sobre aconselhamento não são usualmente registradas em prontuários, essa atividade foi avaliada a partir dos dados da observação no pré-parto (N=163) e também dos relatos da entrevista com a mulher (N=478).

a. Observação do Pré-parto

No quadro 6 (página 65), a partir dos achados obtidos por meio das observações do pré-parto, o nível de implementação do programa foi *crítico* (31,7%). Considerando que, sobretudo para o HIV, a testagem na admissão é o momento mais oportuno, os achados apontam assim uma implementação parcial no índice de disponibilidade/subdimensão oportunidade, respectivamente, de 50,0% e 45,0% para a sífilis e para o HIV.

Quadro 6– Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco
Matriz de Julgamento para o Índice de Disponibilidade (Atividades)

Componente Estrutural	DIMENSÕES DE ACESSO						Grau de Implementação		
	Índices de Disponibilidade			N	%obs	P.E		P.A	%
ATIVIDADES (INFORMAÇÕES DA OBSERVAÇÃO PRÉ-PARTO)	Oportunidade	Proporção de mulheres questionadas s/ HIV e sífilis no pré-natal	62	38,0	10	4	Nº de respostas afirmativas _____ x 100 Nº total de respostas observ pré-parto		
		Proporção de mulheres testadas no pré-parto para sífilis	84	51,5	10	6			
		Proporção de mulheres testadas p/ HIV no pré-parto	76	46,6	10	5			
	ATIVIDADES – OPORTUNIDADE SÍFILIS					20	10	50,0	Parcial
	ATIVIDADES – OPORTUNIDADE - HIV					20	9	45,0	Parcial
	Conformidade	Proporção de mulheres aconselhadas sobre o exame VDRL	14	8,6	10	1	Nº de respostas afirmativas _____ x 100 Nº total de respostas observ pré-parto		
		Proporção de mulheres aconselhadas sobre o exame HIV	15	9,2	10	1			
		Proporção de mulheres c/ consentimento solicitado para o HIV	24	14,7	10	2			
	ATIVIDADES – CONFORMIDADE SÍFILIS					10	1	10,0	Crítica
	ATIVIDADES – CONFORMIDADE - HIV					20	3	15,0	Crítica
TOTAL DISPONIBILIDADE DE ATIVIDADES					60	19	31,7	Implementação Crítica	
GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO									

Apenas 38,8% das mulheres foram questionadas sobre testagem no pré-natal e, testadas na admissão para a sífilis e para o HIV, respectivamente, foram 51,6% e 46,6% das parturientes. Quanto à subdimensão conformidade (aconselhamento e consentimento para testagem do HIV), tanto para as ações de sífilis quanto do HIV, os níveis foram extremamente críticos, respectivamente, 10,0% e 15,0%.

Apenas 9,2%, das parturientes receberam aconselhamento sobre o exame VDRL e 14,7% sobre o exame HIV. É importante destacar que nessa subdimensão, os níveis foram críticos em todos os conglomerados, sendo de 16,7%; 26,7% e 0,0%, respectivamente, para o Recife, RMR e Interior do Estado.

Analisando-se a realização da testagem para o HIV no pré-parto (subdimensão oportunidade), momento este crucial para o desencadeamento de medidas de prevenção TV/HIV, apenas 46,6% das mulheres foram testadas em Pernambuco (quadro 6, acima). Esse é um dado preocupante, pois segundo estimativas do Estudo Sentinela - Parturiente/MS 2004³, a região nordeste apresentou a menor cobertura de testagem para o HIV na gestação (testagem consentida e conhecimento dos resultados pela mulher - 31,3%), apontando assim que, pelo menos 68,7% das mulheres dessa região chegam à maternidade desconhecendo seu status sorológico para o HIV.

Foram testadas para o HIV na admissão ao parto em Recife, 58,4%; na RMR, 66,7% e no Interior apenas 9,1%. Constata-se assim, que a probabilidade de fazer um teste rápido na admissão à maternidade é muito maior para as mulheres do Recife e RMR (p=0,000) que para aquelas do conglomerado Interior.

Em relação à testagem para a sífilis, nas observações do pré-parto, também houve diferença significativa entre os conglomerados, respectivamente de 62,9%; 40,0% e 36,4%, para Recife, RMR e Interior. Para o Estado de Pernambuco, esse

percentual foi de 51,5%, com uma probabilidade maior de realização do exame para sífilis na admissão ao parto, em Recife e RMR ($p=0,004$).

Vasconcelos, A.³³, no estudo da qualidade da assistência a gestantes e parturientes portadoras do HIV/Aids, também observa a precariedade das ações de aconselhamento, apontando que 31,8% das parturientes referiram que o teste anti-HIV foi realizado sem que elas soubessem. É enfatizado ainda nesse estudo, a precária qualidade da informação fornecida entre as mulheres que as tinham recebido, constatando-se assim a pouca compreensão das explicações recebidas acerca do tratamento, referência e riscos da transmissão do HIV para a criança, durante a gestação, parto e pela amamentação.

Esse é um dado preocupante, pois o aconselhamento e testagem esclarecida além de serem um dos pilares do Projeto Nascer-Maternidades e da Política Nacional de controle das DST/Aids, não devem jamais ser negligenciados, em quaisquer que sejam as oportunidades de orientar usuário(a)s dos serviços de saúde, sobretudo os de natureza pública, cuja demanda é constituída em sua maioria de pessoas com menores níveis de escolaridade, renda e de informações sobre questões de saúde e prevenção de doenças.

Neste estudo em Pernambuco, quanto ao perfil das mulheres, verificou-se ser constituído de jovens. 82,2% das mulheres tinham menos de 30 anos, sendo 25,3%, adolescentes, ou seja, entre os 10 e 19 anos. A maioria tem pouca escolaridade, constatando-se que 65,1% tinham até sete anos de estudo. A renda *per capita* mediana nas famílias foi de R\$ 380,00. O aconselhamento, além de ser um direito da usuária, é fundamental como estratégia de prevenção para evitar comportamentos de risco, e novas infecções.

b. Entrevista com a parturiente

No quadro 7 (página 67), quando analisadas as respostas da entrevista com a mulher, observa-se que embora 68,2% tenham informado que seu sangue foi coletado na admissão para o parto, apenas 21,3% e 24,4%, respectivamente, informaram saber que haviam sido testadas para a sífilis e para o HIV. Esses resultados levam as ações na dimensão disponibilidade/subdimensão oportunidade, a um nível de implementação parcial (50,0%) para ambos os agravos.

Quanto à subdimensão conformidade, o nível foi considerado crítico para a sífilis, pois apenas 16,6% das parturientes afirmaram receber explicações sobre os exames realizados na admissão para o parto. Para o HIV, embora com um grau de implementação parcial (63,3%), é importante apontar que 28,6% das puérperas HIV+

levaram o seu RN ao seio na sala de parto, sugerindo esse achado, que para essas mulheres o diagnóstico ocorreu após o parto.

Quadro 7 – Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco
Matriz de Julgamento para o Índice de Disponibilidade (Atividades)

Componente Estrutural	DIMENSÕES DE ACESSO						Grau de Implementação	
	Índices de Disponibilidade		N	%obs	P.E	P.A		
ATIVIDADES (INFORMAÇÕES ENTREVISTAS MULHER)	Oportunidade	Proporção de mulheres que teve sangue colhido na admissão	326	68,2	10	7	$\frac{\text{N}^\circ \text{ respostas afirmativas}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas nas entrevistas}} \times 100$	
		Proporção de mulheres informa testagem sífilis na admissão	95	21,3	10	3		
		Proporção de mulheres informa testagem HIV na admissão	109	24,4	10	3		
	ATIVIDADES – Oportunidade Sífilis				20	10	50,0	Parcial
	ATIVIDADES – Oportunidade - HIV				20	10	50,0	Parcial
	Conformidade	Proporção de mulheres informadas do por quê desses exames	54	16,6	10	2	$\frac{\text{N}^\circ \text{ respostas afirmativas}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas nas entrevistas}} \times 100$	
		Proporção de mulheres HIV+ informadas para não amamentar	6	85,7	10	9		
		Proporção mulheres HIV+ não levou RN ao seio na sala/ parto	5	71,4	10	8		
	ATIVIDADES – Conformidade Sífilis				10	2	20,0	Crítica
	ATIVIDADES – Conformidade -HIV				30	19	63,3	Parcial
TOTAL DISPONIBILIDADE DE ATIVIDADES					60	32	53,3	Implementação Parcial
GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO								

Os resultados críticos, tanto das entrevistas quanto das observações do pré-parto, apontam que o aconselhamento, ainda não faz parte ou não foi incorporado pelos profissionais de saúde, especialmente no conglomerado Interior, onde essas atividades simplesmente não acontecem.

c. Prontuários

A partir dos dados dos prontuários (N=2.385), o nível de implementação das ações do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco foi parcial (quadro 8, pág.68) nas duas subdimensões da disponibilidade - oportunidade e conformidade, tanto para a redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita quanto para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

Analisando-se ainda o índice de disponibilidade das atividades para o controle da TV, em relação ao manejo dos *casos com anti-HIV e VDRL reagentes*, é importante destacar que esses dados foram obtidos principalmente dos registros de prontuários, englobando portanto, os momentos A e B (2005 e 2004), pois no momento A deste estudo foram captados apenas 16 casos de sífilis, 6 casos HIV e 1 caso sífilis e HIV associados.

c.1 - A redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita

A testagem para sífilis, pelos registros dos prontuários (quadro 8, abaixo), apresentou uma cobertura na maternidade de 92,9%, ocorrendo essa testagem no pré-parto em 62,6% dos casos. Embora seja uma cobertura elevada, ela ainda merece atenção uma vez que a testagem para a sífilis, na maternidade deve ser de 100,0%. Pelas normas do MS/Portaria N°. 766/2004, a realização do exame VDRL é obrigatória em todos os partos, abortos e curetagens, e esses resultados devem ser anexados ao prontuário médico.

Quadro 8 –Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco
Matriz de Julgamento para o Índice de Disponibilidade (Atividades)

Componente Estrutural	DIMENSÕES DE ACESSO						Grau de Implementação		
	Índices de Disponibilidade		N	%obs	P.E	P.A		%	
ATIVIDADES (INFORMAÇÕES DOS PRONTUÁRIOS)	Sífilis Oportunidade	Proporção de mulheres testadas no pré-parto ¹	1387	62,6	10	7			
		Proporção de RN tratados na maternidade	454	78,7	10	8			
		Proporção de mulheres tratadas na maternidade	484	68,7	10	7			
	ATIVIDADES - Sífilis Oportunidade					30	22	73,3	Parcial
	Sífilis Conformidade	Proporção de mulheres testadas na maternidade	2215	92,9	10	10	Nº resp. afirmativas x 100 Nº total de respostas prontuário		
		Proporção de RN que fez VDRL	597	80,2	10	9			
		Proporção de RN que fez RX ossos longos	111	14,9	10	2			
		Proporção de RN que fez LCR	397	53,4	10	6			
		Proporção de tratamento adequado no RN	446	90,3	10	10			
		Proporção de tratamento adequado na mãe	470	97,1	10	10			
		Proporção de RN referenciados	118	20,6	10	3			
		Proporção de parceiros rastreados	118	16,7	10	2			
		Proporção de mães referenciadas	55	7,8	10	1			
		Proporção de casos sífilis congênita notificados	338	59,0	10	6			
	ATIVIDADES - Sífilis Conformidade					100	59	59,0	Parcial
	TOTAL - ATIVIDADES Sífilis					130	81	62,3	Implementação Parcial
	HIV Oportunidade	Proporção de mulheres testadas no pré-parto	815	37,5	10	4	Nº resp. afirmativas x 100 Nº total de respostas prontuário		
		Proporção de mulheres com profilaxia AZT-IV	98	64,9	10	7			
		ELISA-HIV até 48h (prontuário)	30	19,9	10	2			
		Inibição medicamentosa até 48h	53	35,1	10	4			
	ATIVIDADES - HIV Oportunidade					40	17	42,5	Parcial
	HIV Conformidade	Proporção de mulheres testadas na maternidade ²	1119	52,8	10	6	Nº resp. afirmativas x 100 Nº total de respostas prontuário		
		Proporção de mulheres HIV com via de parto adequada ³	137	91,3	10	10			
Proporção mulheres HIV c/inib. mecânica da lactação		112	74,2	10	8				
Proporção mulheres HIV c/inib. medicamen. lactação		70	46,4	10	5				
Proporção de RN com profilaxia AZT-xarope		135	95,7	10	10				
Proporção de RN que recebeu Fórmula Láctea Infantil		71	47,7	10	5				
Proporção de RN referenciados		69	47,9	10	5				
Proporção de mães referenciadas		65	43,0	10	5				
Proporção de parceiros rastreados		29	19,2	10	2				
Proporção de gestante HIV/criança exposta notificados		114	75,5	10	8				
ATIVIDADES - HIV Conformidade					100	64	64,0	Parcial	
TOTAL - ATIVIDADES HIV/AIDS					140	81	57,9	Implementação Parcial	

1 Dentre as mulheres que foram testadas na maternidade

2 Excluídas aquelas com diagnóstico CID-10=B24 (HIV) na admissão ou se fez teste anti- HIV no pré-natal ou antes desse período

3 Via de parto adequada: parto cesariana eletiva -CE ou vaginal quando indicados segundo recomendações do MS (CE, se

CV < 1.000 cópias/ml e membranas amnióticas íntegras e dilatação cervical em até 4cm na admissão ao parto.

É ainda válido ressaltar que, também para redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita, observou-se que há diferenças entre os conglomerados Recife, RMR e Interior, ou seja, foram testados na maternidade, respectivamente,

92,8%; 98,5% e 89,2% e, mostrou-se que, dentre as mulheres testadas, essa ocorreu na admissão ao parto, respectivamente, 76,8%; 67,7% e apenas 23,2%. Esses resultados apontam também, que há uma maior probabilidade de testagem, e de que esta ocorra já na admissão para o parto, nos conglomerados Recife e RMR, que no Interior ($p=0,000$).

Neste estudo, entre as 2.385 mulheres envolvidas, 2.215 (92,9%), fizeram exame VDRL (quadro 8, pág.68 e gráfico 2, pág.70) e destas, 744 (31,2%) eram casos sífilis, pois seus exames foram reagentes e, em 15 desses casos (0,6%), havia a associação com o HIV. Dentre os RN cujas mães foram casos sífilis, 597 (80,2%) fizeram exames VDRL, significando que 19,9% dos RN não foram testados e conseqüentemente perderam oportunidade de tratamento, apesar dessas mães terem exames reagentes para a sífilis. Dos RN testados, 567 (95,0%), também tiveram resultados reagentes. Apenas 111 (14,9%) fizeram RX de ossos longos. Esses percentuais foram semelhantes nos três conglomerados.

Em relação ao exame do líquido céfalo raquidiano – LCR, este foi realizado em apenas 397 casos (53,4%) sendo, entretanto, enorme a diferença entre os conglomerados. No Interior, apenas 7,4% o fizeram, enquanto que no Recife e RMR, respectivamente, 70,3% e 44,5% dos casos de sífilis congênita fizeram o LCR.

Mais uma vez, fica marcada a diferença na implementação do Projeto Nascer Maternidades, no índice de disponibilidade, sobretudo na subdimensão da conformidade, no conglomerado Interior. O exame LCR até pode não ser realizado, desde que se realize o tratamento como um caso de neurosífilis, ou seja, devido à impossibilidade de um diagnóstico específico, trata-se como se fosse a situação mais grave. Entretanto, isso contribui para o aumento do período da internação e dos custos hospitalares para o SUS, além do desgaste emocional, ainda maior, para as famílias das parturientes.

Vasconcelos, A.L.³³, em recente estudo sobre a qualidade da assistência prestada a gestantes e parturientes portadoras do HIV/Aids em quatro capitais brasileiras, observou que 86,2% das mulheres foram testadas para a sífilis na maternidade. Considerando-se que, pelas diretrizes do Projeto Nascer-Maternidades e do PHPN, dever-se-iam testar todas as mulheres admitidas ao parto para a Sífilis, meta esta, também pactuada na Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde - PPI-VS, constata-se que ainda é necessário empreender muitos esforços para o alcance desses objetivos.

No tocante ao tratamento da mãe com sífilis, em apenas 68,7% dos casos havia registro, e dentre os casos tratados, 97,1% foram de acordo com o preconizado pelo MS. Esses resultados não apresentaram diferenças significativas entre os diversos

conglomerados. Entretanto, a proporção de registros sobre rastreamento de parceiros foi de apenas 15,9%, não havendo diferenças marcantes entre todos os conglomerados e para apenas 7,8% dessas mulheres, foi registrada a referência para seguimento do tratamento.

Em relação aos casos de sífilis congênita, dentre as 567 crianças com exames VDRL reagentes, havia registro de que 87,1% dos casos receberam tratamento na maternidade, e dentre esses, 90,3% seguiram as recomendações do MS. Houve enorme significância entre a realização deste tratamento, e de que esse ocorresse de forma adequada, entre os conglomerados. Em Recife, 94,2% dos casos receberam tratamento, e desses, 91,9% tiveram tratamento adequado; Na RMR, 78,1% receberam tratamento e desses que receberam tratamento, 82,9% foram adequados. No Interior, apenas 65,9% dos casos de sífilis congênita foram tratados e dentre os tratados, 90,7% foram adequados.

Esses dados merecem atenção, uma vez que cerca de 31,3% das mães com sífilis e 12,9% dos casos de sífilis congênita, em Pernambuco, não receberam qualquer tratamento, havendo desta forma uma importante perda de oportunidade para o tratamento da mãe e do parceiro e para a redução da morbimortalidade por sífilis congênita. Esses percentuais podem ser ainda maiores, considerando-se que, 2,9% das mães e 9,7% dos casos de sífilis congênita não tiveram tratamento adequado.

Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco

Gráfico 1 - Índice de Disponibilidade, subdimensão Oportunidade Atividades para prevenção da morbimortalidade associada à sífilis congênita

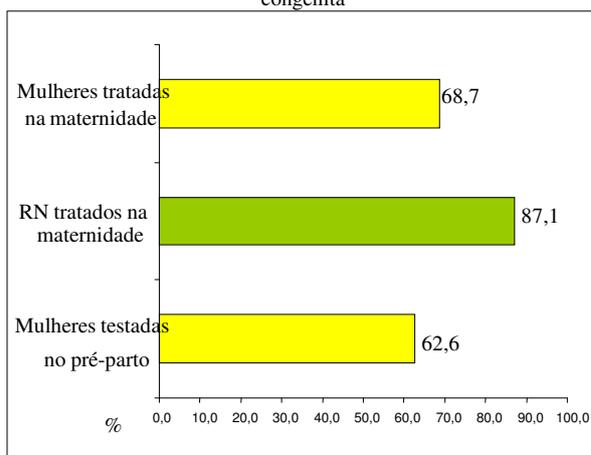
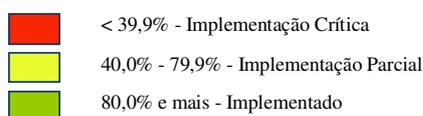
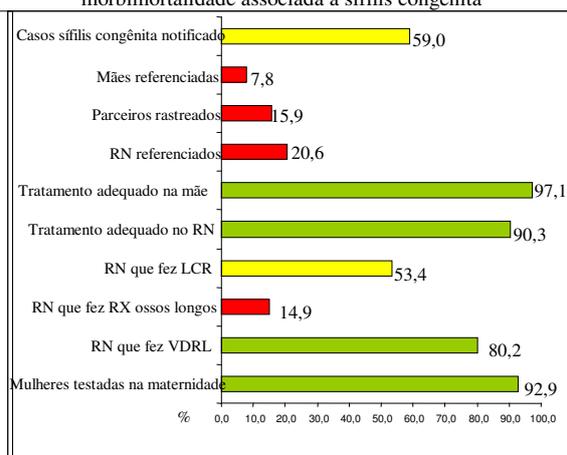


Gráfico 2 - Pernambuco - Índice de Disponibilidade, subdimensão Conformidade Atividades para prevenção da morbimortalidade associada à sífilis congênita



No tocante à notificação dos casos de sífilis congênita, observou-se que essa aconteceu em apenas 59,0% e houve registros acerca de referenciamento para apenas 20,6% desses casos. As diferenças entre os diversos conglomerados não foram significativas, embora os percentuais em Recife tenham sido um pouco maiores, sendo notificados 67,4% e referenciados, 22,1%. Nos gráficos 1 e 2 (pág. 70), podem-se observar os indicadores para avaliação do índice de disponibilidade (oportunidade e conformidade) para as atividades de prevenção da morbimortalidade associada à sífilis congênita.

c.2 - A prevenção da transmissão vertical do HIV

Em relação ao HIV, a cobertura de testagem na maternidade, foi de apenas 52,8% entre as mulheres com status sorológico desconhecido na admissão para o parto, (conformidade), sendo apenas 37,5% testadas no pré-parto (oportunidade).

Existem diferenças dessa testagem do HIV nos conglomerados, tendo sido observada entre as parturientes, admitidas com status sorológico desconhecido em Recife, RMR e Interior, respectivamente, 66,5%; 46,0% e 21,7%. Evidencia-se novamente que a maior chance da testagem para o HIV na maternidade e, no pré-parto, ocorreu em Recife e na RMR que no Interior ($p=0,000$). Dentre as mulheres testadas, em Recife, 52,4% foram testadas no pré-parto, na RMR foram 26,7% e no Interior, apenas 12,0% foram testadas no pré-parto.

Esse percentual de testagem para o HIV em Pernambuco, embora superior ao encontrado na pesquisa nacional da avaliação do Projeto Nascer-Maternidades, que correspondeu a 31,9%, ainda está muito distante do ideal. Também nesse aspecto será preciso um enorme esforço para melhorar esse desempenho, principalmente no Interior, pois o preconizado pelo Projeto Nascer-Maternidades é a testagem de todas as mulheres admitidas na maternidade, cujos resultados para o HIV sejam desconhecidos na admissão ao parto.

Quanto às atividades envolvidas na dimensão de disponibilidade, subdimensão oportunidade para as ações de prevenção da TV/HIV (quadro 8, pág. 68 e gráfico 3, pág.73), os achados relacionam-se a 151 casos (136 HIV e 15 HIV/sífilis). Quanto ao manejo do caso, verifica-se ainda no quadro 8 e no gráfico 3, que embora esse índice para Pernambuco tenha sido parcial (42,5%), a diferença entre os conglomerados foi muito acentuada.

Enquanto Recife apresentou um índice de 47,5%, os achados na RMR e no Interior, foram respectivamente, 35,0% e 22,5%. Nesses dois últimos conglomerados, apenas 16,7% e 14,3% dos casos HIV+ tiveram acesso ao AZT-IV (dose de ataque e manutenção), enquanto em Recife esse percentual foi de 69,6%.

Fatores que contribuem para esses baixos percentuais podem estar ligados à dilatação uterina (DU) no momento da admissão ao parto. Os casos HIV positivos da RMR e do Interior, apresentaram DU \geq 5cm, respectivamente, em 83,3% e 57,1% dos casos, enquanto em Recife, esse percentual foi de 37,8%. Tais resultados apontam para o fato das mulheres terem sido admitidas em trabalho de parto avançado, e demonstram a dificuldade de acesso às maternidades, principalmente para aquelas do Interior.

Analisando a subdimensão conformidade (quadro 8, pág. 68 e gráfico 4, pág.73) para o manejo do caso HIV, embora em 91,3% desses, a via de parto tenha sido adequada, segundo as diretrizes do MS, para 8,7% das parturientes isso não ocorreu, tendo inclusive ocorrido um parto a fórceps em Recife. É importante mais uma vez, apontar as diferenças marcantes entre os conglomerados: Recife (92,0%), RMR (100,0%) e Interior (71,4%), muito embora a proporção de partos vaginais nesses conglomerados tenham sido respectivamente, 27,3%; 50,0% e 80,0%. Tais resultados certamente são determinados por maiores percentuais de mulheres admitidas ao parto com maior dilatação uterina nesses dois últimos conglomerados, conforme já apontado, e associada à não disponibilidade imediata do resultado do teste rápido anti-HIV (TR).

Merece atenção, a informação dada por técnicos responsáveis pelos laboratórios dessas unidades, sobre o intervalo de tempo para o resultado do TR que deveria ser de até 30 minutos. Verificou-se que isso só aconteceu em apenas 56,7% das unidades. Esses percentuais também apresentaram diferenças entre os diversos conglomerados (Recife-37,5%, RMR-100% e Interior-50,0%).

Em Pernambuco, 79,4% das puérperas HIV+ foram submetidas à inibição mecânica da lactação. Esses percentuais nos demais conglomerados foram: Recife - 80,3%; RMR - 80,0% e Interior apenas 50,0%. Quanto à inibição medicamentosa da lactação, havia registros de realização em apenas 46,6% dos casos em Pernambuco, e nos conglomerados esses percentuais foram respectivamente, 47,1%, 33,3% e 42,9%.

Vasconcelos, A.L.³³, observou que 19,0% das parturientes HIV+, não fizeram uso do AZT-IV, e que para 44,8% o parto foi vaginal. Na avaliação nacional do Projeto Nascer-Maternidades, constatou-se que 18,0% das parturientes HIV+ não receberam a profilaxia com AZT-IV e que cerca de 43,0% foram submetidas a parto vaginal.

Os resultados acima mencionados provavelmente refletem a precariedade do fluxo de retorno de exames para a confirmação do TR anti-HIV, como o Elisa. Nos registros dos prontuários, esse retorno ocorreu em até 48h para apenas 19,9% dos casos no Estado, conforme preconiza o Projeto Nascer-Maternidades. Nos diversos conglomerados, esses percentuais foram: Recife - 20,3%, RMR - 33,3% e no Interior, esse percentual foi 0,0%.

No que se refere à inibição da lactação, também foi significativo o percentual de não realização deste procedimento. A maioria das puérperas HIV+ foi submetida à inibição mecânica (74,2%). Entretanto em relação à inibição medicamentosa, em Pernambuco, observou-se que essa ocorreu para apenas 46,4% das puérperas.

Esse dado é preocupante, considerando-se o contexto sócio-econômico e cultural no Nordeste, fatores que potencializam a continuidade da amamentação no retorno ao lar, sobretudo porque há evidências da precariedade do aconselhamento realizado. Em outras palavras, cerca de 26,0% das crianças, provavelmente continuarão expostas ao HIV no pós-parto, pela amamentação, risco este, totalmente evitável.

Entre as sete mulheres HIV reagentes, captadas e entrevistadas no período do estudo, embora esse seja um número pequeno, dentre estas, 28,6% levaram o bebê ao seio ainda na sala de parto. Esse dado corrobora o fato de que para uma boa parcela das mulheres testadas na admissão ao parto, ou mesmo no pós-parto, o TR não está tendo um retorno em tempo oportuno para o desencadeamento das medidas profiláticas.

Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco

Gráfico 3 - Pernambuco - Índice de Disponibilidade, subdimensão Oportunidade Atividades para Prevenção da TV/ HIV

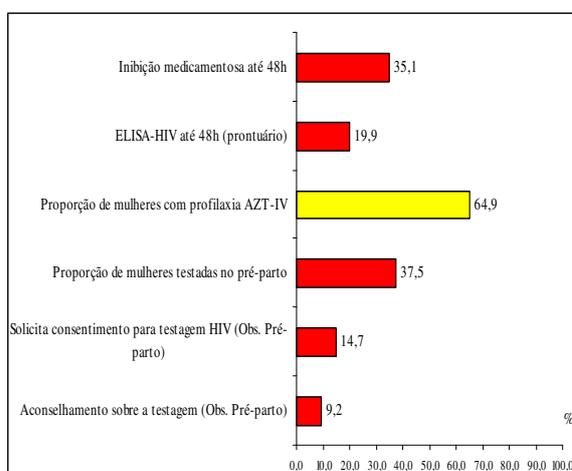
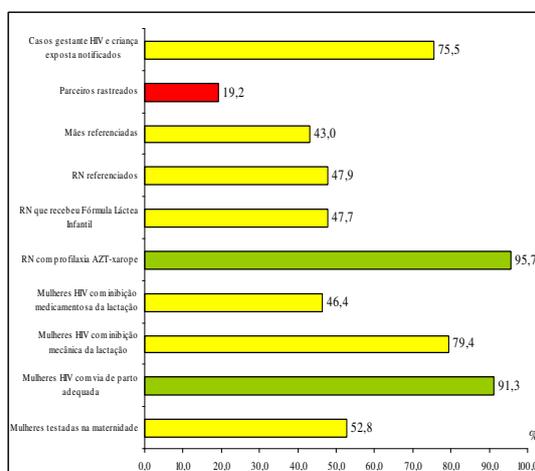


Gráfico 4 - Pernambuco - Índice de Disponibilidade, subdimensão Conformidade Atividades para Prevenção da TV/ HIV



■ < 39,9% - Implementação Crítica
■ 40,0% - 79,9% - Implementação Parcial
■ 80,0% e mais - Implementado

Observou-se em Pernambuco, dentre as crianças expostas ao HIV, que 95,7%, (quadro 8, pág. 68 e gráfico 4, acima) receberam a profilaxia com o AZT- xarope, não havendo diferenças marcantes entre os diversos conglomerados. É uma cobertura elevada do AZT - xarope para o RN e esses percentuais se aproximam dos observados no estudo de Vasconcelos, A.L, (90,0%), entretanto, ainda há uma parcela de crianças expostas perdendo oportunidades para a prevenção da TV do HIV, sobretudo em unidades que são referência para tais medidas.

Ainda em relação à subdimensão conformidade para atividades relevantes no momento pós-parto, como: a dispensação da fórmula infantil (47,7%); o referenciamento dos casos gestante HIV+ (43,0%) e crianças expostas (45,7%); e a notificação dos casos (75,5%), observou-se que os níveis de implementação foram também parciais e críticos para o rastreamento de parceiros (19,2%).

Os resultados acima foram semelhantes aos observados na avaliação nacional do Projeto Nascer-Maternidades³², que demonstrou: 49,0% com fórmula infantil dispensada; 42,5% das puérperas HIV+ referenciadas; 40,0% dos RN expostos referenciados; 60,0% dos casos notificados e 23,0% dos parceiros rastreados para o HIV.

No tocante ao encaminhamento dos casos (puérperas HIV+ e crianças expostas), havia registros de que apenas 47,9% dos RN e 43,0% das mães foram encaminhadas a Centros de Referência para seguimento da soro-infecção, sendo esses percentuais diferenciados entre os conglomerados (Recife – 45,5%; RMR – 75,0% e Interior – 57,1%).

Quanto à notificação, havia registro dessa atividade em 77,5% dos casos de gestante HIV e crianças expostas, sendo, entretanto diferenciados esses percentuais nos conglomerados (Recife – 76,8%; RMR – 50,0% e Interior – 71,4%).

A síntese do grau de implementação da dimensão disponibilidade e suas subdimensões de oportunidade e conformidade, tanto para os insumos quanto para atividades para prevenção do HIV e redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita nas maternidades com Projeto Nascer avaliadas, encontra-se demonstrada nas figuras 3 e 4 (página 75).

Observou-se então que na *dimensão disponibilidade de insumos*, tanto para as ações de prevenção do HIV quanto para as ações de redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita nas maternidades com Projeto Nascer avaliadas, foram considerados como implementados, com índices de 91,0% 93,1% respectivamente.

Entretanto, no tocante a disponibilidade de atividades, tanto para as ações de prevenção do HIV quanto para as ações de redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita nas maternidades com Projeto Nascer avaliadas, foram considerados como parcialmente implementadas, com índices de 55,3% e 53,0%, respectivamente.

Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco

Figura 3 - Sífilis - Diagrama do Grau de Implementação, segundo dimensão/subdimensões de acesso: Disponibilidade

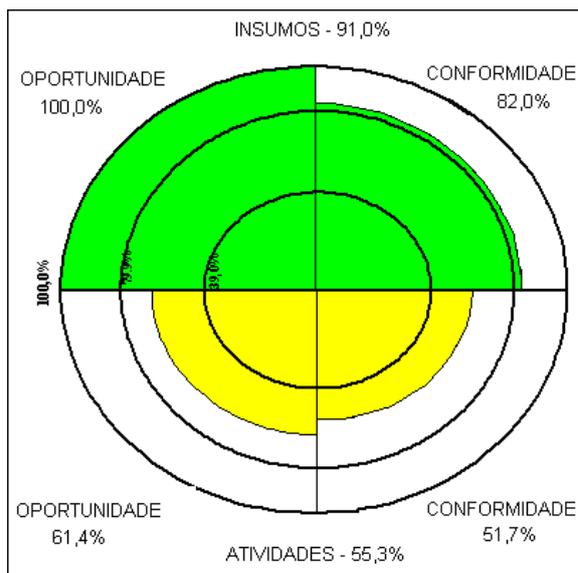
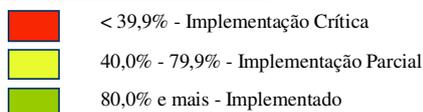
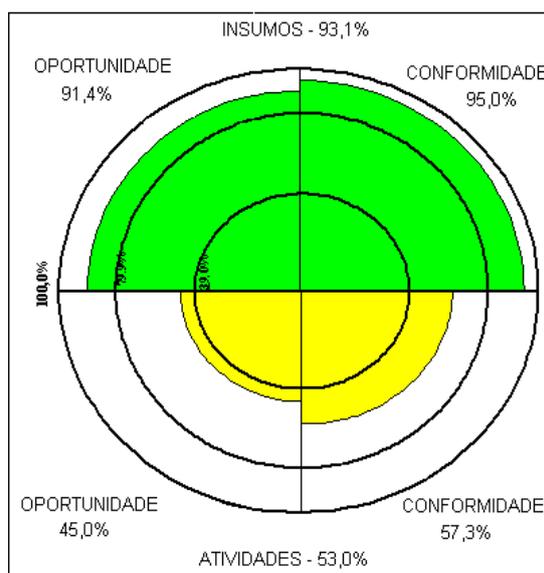


Figura 4 - HIV - Diagrama do Grau de Implementação, segundo dimensão/subdimensões de acesso: Disponibilidade



5.2 Índice de Aceitabilidade

Para a elaboração desse índice foram consideradas as respostas dos profissionais de saúde entrevistados (N=209 – médico(a)s e enfermeiro(a)s). A opção de avaliar esse índice se justificou pelo fato de que a adesão de profissionais de saúde, é um elemento chave para quaisquer processos que impliquem em mudanças de práticas de saúde. Outrossim, é importante destacar que quando a mulher é bem aconselhada, dificilmente há a recusa de testagem ou de quaisquer outros procedimentos que visem à proteção do conceito.

No Estudo Sentinela-parturientes 2004³, o índice de recusa de testagem para o HIV foi de 3,4% para o Brasil, e de 8,8%, para o Nordeste, sendo aliás, o mais elevado dentre todas as regiões do país, o que certamente reflete a precariedade nas ações de aconselhamento, também demonstrada neste estudo.

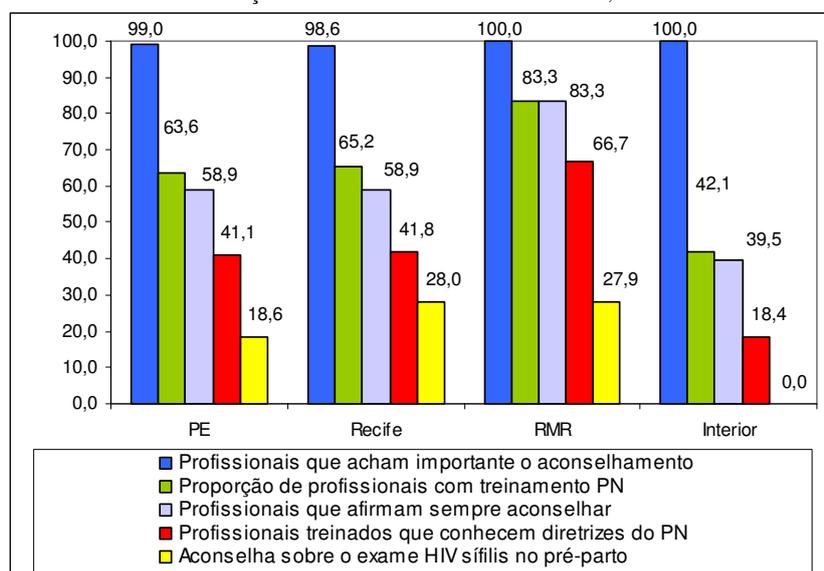
Quadro 9– Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco
Matriz de Julgamento para o Índice de Aceitabilidade (Atividades)

		DIMENSÕES DE ACESSO							
Componente Estrutural		Índice de Aceitabilidade					Grau de Implementação		
		Entrevistas com Profissionais de saúde			N	% obs	P.E	P.A	%
ATIVIDADES (INFORMAÇÕES ENTREVISTA PROFISSIONAL DE SAÚDE)	HIV	Proporção de profissionais que acha importante o aconselhamento HIV		207	99,0	10	10	Nº de respostas afirmativas $\times 100$ Nº total de respostas entrevista profis. de saúde	
		Proporção de profissionais com treinamento PN que sempre aconselha		85	63,9	10	7		
		Proporção de profissionais que nunca solicita o HIV sem aconselhamento e/ou consentimento		105	53,8	10	6		
		Proporção de profissionais que realiza aconselhamento pós-HIV+		203	99,5	10	10		
		Proporção de profissionais que sempre notifica o caso gestante HIV+		113	85,0	10	9		
		Proporção de profissionais que sempre encaminha o RN exposto		144	81,4	10	9		
			Índice de Aceitabilidade ATIVIDADES - HIV			60	51	85,0	Implementado
	Sífilis Congênita	Proporção de profissionais que acha importante o aconselhamento sífilis		207	99,0	10	10	Nº de respostas afirmativas $\times 100$ Nº total de respostas entrevista profis. de saúde	
		Proporção de profissionais com treinamento no PN que sempre aconselha		85	63,9	10	7		
		Proporção de profissionais que sempre aconselha pós-VDRL+		189	92,6	10	10		
		Proporção de profissionais que sempre notifica o caso sífilis congênita		104	53,1	10	6		
		Proporção de profissionais que sempre notifica o caso da gestante com sífilis		109	53,2	10	6		
		Índice de Aceitabilidade ATIVIDADES - Sífilis Congênita			50	39	78,0		Parcial

Ao se analisar o resultado global para a dimensão de acesso relacionada à aceitabilidade, pode-se dizer que em Pernambuco (quadro 9, acima), o Projeto Nascer-Maternidades apresentou um índice 85,0% (Implementado) para as atividades de prevenção do HIV e de 78,0% (parcial) para as atividades voltadas à redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita.

Apesar da quase totalidade dos profissionais (99,0%) assegurarem na entrevista ser importante o aconselhamento, dentre todos, 123 (58,9%) afirmam sempre aconselhar e dentre aqueles que receberam treinamento apenas 85 (63,9%). Porém, quando contrastado esses dados com os da observação direta do pré-parto, apenas 16,6% das mulheres foram realmente aconselhadas (gráfico 5, abaixo).

Gráfico 5 – Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco
Proporção de profissionais de saúde treinados, conhecimento de diretrizes do Projeto Nascer-Maternidades e realização de aconselhamento. Pernambuco, 2005.



Porém, é importante ressaltar que tanto para a sífilis quanto para o HIV, foram elevados os percentuais de profissionais que afirmaram sempre aconselhar após exames VDRL ou HIV reagentes, apontando assim para o fato de que o aconselhamento está mais relacionado às orientações para tratamento, que enquanto medida de prevenção, conforme se preconiza que seja também realizado para as mulheres cujos resultados foram não reagentes.

Esses são dados importantes, e como aponta Souza, L.R.³¹ em estudo que analisa também o perfil dos profissionais entrevistados neste estudo, encontrou-se uma significância estatística ($p=0,006$) entre aqueles que conheciam as diretrizes do Projeto Nascer-Maternidades e haviam recebido treinamento, embora não tenha sido significativo esse conhecimento e a realização das ações de aconselhamento. Observou-se ainda que o conhecimento dessas diretrizes era inversamente proporcional ao tempo decorrido entre a entrevista do estudo e a realização do treinamento.

5.3 Índice de Responsividade

O índice de responsividade abordado neste estudo enquanto dimensão de acesso às ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita, apresentou em Pernambuco um nível de implementação parcial, alcançando um índice de 78,0%. A responsividade está relacionada às condições de respeito à dignidade da usuária do serviço de saúde, aos direitos humanos e à ambiência nas unidades de observação.

No quadro 10, pág. 76, verifica-se que este índice ficou em um limite fronteiro, e a principal razão para este desempenho foi a pequena proporção de mulheres, apenas 32,5%, que teve direito à acompanhante no pré-parto. Ao verificar esses dados nos diversos conglomerados, constata-se novamente que os achados no Interior interferiram negativamente nesses resultados, uma vez que apenas 2,3% dessas parturientes tiveram direito à acompanhante no pré-parto, enquanto esses percentuais foram, respectivamente, de 43,8% e de 43,3%, para o Recife e RMR. É importante assinalar que apesar de 50,0% das maternidades avaliadas, do Interior do Estado, eram habilitadas como Hospitais Amigos da Criança.

Observou-se ainda, que embora não se tenha referência a maus tratos, fato esse também reafirmado entre as mulheres entrevistadas, pode-se concluir que as

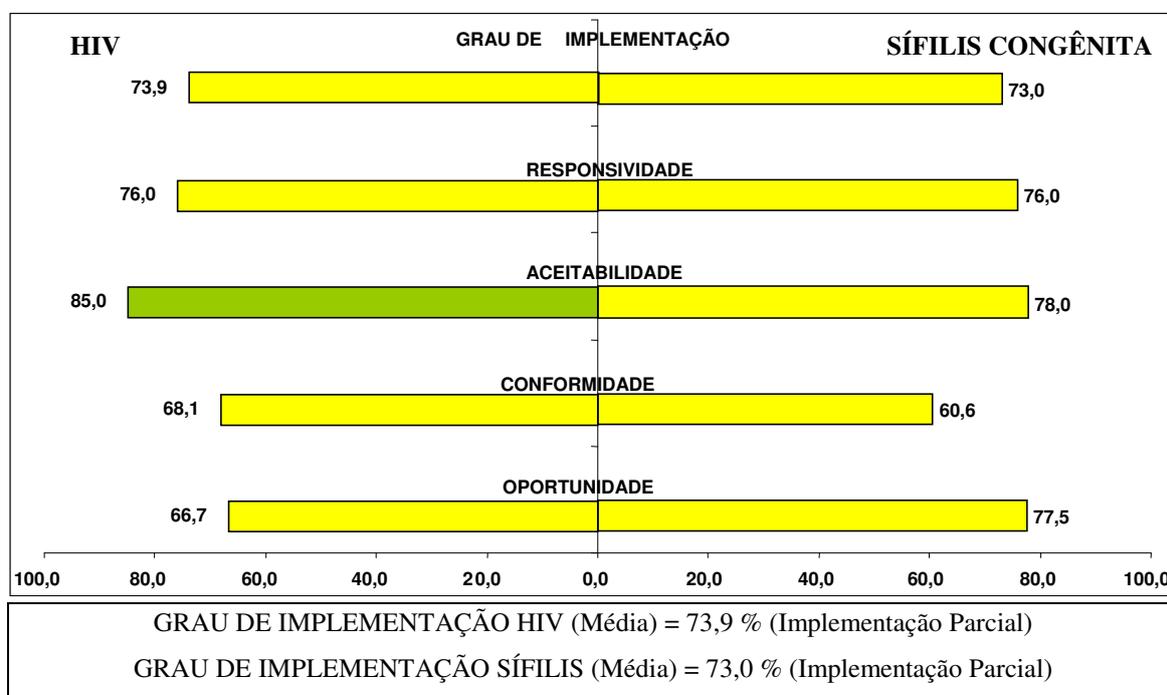
parturientes ainda são tratadas de forma impessoal, pois cerca de 30,0% das mulheres, em todos os conglomerados, não foram abordadas pelos seus próprios nomes.

Quadro 10–Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco
Matriz de Julgamento para o Índice de Responsividade (Atividades)

DIMENSÕES DE ACESSO							Grau de Implementação
Componente Estrutural	Índice de Responsividade						
	OBSERVAÇÕES DO PRÉ-PARTO						Nº de respostas afirmativas x 100 Nº total de respostas observ pré-parto
	N	%obs	P.E	P.A	%		
ATIVIDADES INFORMACOES DA OBSERVAÇÃO PRÉ-PARTO	Proporção de observações onde os membros da equipe se dirigem à parturiente por designação respeitosa	153	93,9	10	10		
	Proporção de observações onde membros da equipe se dirigem à parturiente pelo nome?	105	64,4	10	7		
	Proporção de mulheres que teve acompanhante no pré-parto?	53	32,5	10	4		
	Proporção de observações onde se registrou boas condições de ambiente e vestuário adequado	125	76,5	10	8		
	Proporção de observações onde se registrou boas condições de limpeza e ausência de insetos	136	83,6	10	9		
	TOTAL - ATIVIDADES			50	38	76,0	
GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO							Implementação Parcial

No gráfico 6, abaixo, observa-se a síntese do grau de implementação das atividades do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco para a prevenção da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita e, considerando as dimensões de acesso definidas para a caracterização do grau de implementação.

Gráfico 6 - Estudo de Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer-Maternidades em Pernambuco
Grau de Implementação do Projeto, segundo Agravo e Dimensões de Acesso



- < 39,9% - Implementação Crítica
- 40,0% - 79,9% - Implementação Parcial
- 80,0% e mais - Implementado

É importante destacar que o índice de disponibilidade nas subdimensões de oportunidade e conformidade envolve os componentes estruturais do programa (insumos e atividades). O grau de implementação, considerando-se todas as dimensões de acesso, foi calculado a partir da média do grau de implementação de cada dimensão/subdimensão de acesso.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A partir dos resultados apresentados é possível então, apontar que as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da redução da morbimortalidade associada à sífilis congênita nas maternidades no Estado de Pernambuco, no que diz respeito à *disponibilidade de insumos*, de forma global apresentaram, níveis satisfatórios de implementação, uma vez que esses índices foram superiores a 80,0%. É importante lembrar que os insumos estavam disponíveis, em condições de armazenamento adequadas e no prazo de validade.

Porém, essa disponibilidade não foi uniforme para o controle dos dois agravos (sífilis congênita e HIV). Houve menores níveis de implementação para a subdimensão de oportunidade, sobretudo pela falta de insumos para a prevenção da TV do HIV. É relevante apontar que os índices dessa subdimensão foram desiguais no tocante ao aspecto regional, sendo menores esses níveis de implementação no conglomerado Interior do Estado, o que consequentemente contribuiu para a redução do índice para Pernambuco.

Tal fato, com o processo de avaliação já foi revisto, uma vez que na maternidade de um dos municípios do conglomerado Interior onde inexistiam os insumos para a testagem do HIV, bem como dessas atividades. Houve a organização e retomada dessa atividade naquela maternidade.

É importante reforçar o monitoramento das atividades nessas maternidades, seja através da dispensação de insumos, ou do acompanhamento periódico através de supervisões locais, do apoio constante a essas unidades de referência, para que se alcancem resultados mais eficazes.

Ainda no tocante à disponibilidade, subdimensão conformidade para o insumo, profissional de saúde treinado nas ações do Projeto Nascer-Maternidades, não houve nível satisfatório de implementação, pois apenas 65,2% desses profissionais haviam recebido treinamento específico. Destaca-se a disparidade entre as regiões, pois no

conglomerado Interior, apenas 42,1% dos profissionais apresentaram esse perfil, enquanto na RMR, 80,0% dos profissionais haviam sido treinados.

Portanto este estudo aponta como uma das estratégias a serem adotadas, a capacitação sistemática para as equipes locais, considerando-se a alta rotatividade e a reduzida disponibilidade de horários de profissionais de saúde, sobretudo dos médicos(as), principalmente no conglomerado Interior. O ideal é que essas capacitações ocorram na própria unidade de trabalho, pois eventos em locais externos, costumam ter baixa adesão de médicos, que alegam outros vínculos públicos ou privados.

Quanto à caracterização da *disponibilidade das atividades* para prevenção da transmissão vertical do HIV e da morbimortalidade associada à sífilis congênita, os níveis de implementação merecem uma maior atenção, sobretudo no que diz respeito ao aconselhamento e à testagem consentida, avaliados neste estudo a partir da observação direta no pré-parto, e das entrevistas com as puérperas. Esses níveis de implementação foram *críticos*, ou seja, inferiores a 39,9%, destacando-se ainda que para o conglomerado Interior, foram simplesmente inexistentes.

Nesse estudo, se destaca a impossibilidade de avaliar atividades como aconselhamento e a testagem consentida em registros de prontuários, devido à inexistência dessas anotações. Reforça-se portanto a necessidade de um trabalho sistemático junto aos profissionais de saúde para a realização dessa atividade, importante tanto para a comprovação em caso de estudos avaliativos e de monitoramento, mas sobretudo como garantia em caso de quaisquer recursos que aleguem a testagem não esclarecida ou consentida para o HIV.

Ainda em relação à disponibilidade das atividades, os níveis de implementação foram parciais, se consideradas todas as atividades envolvidas nos índices de oportunidade e conformidade.

Contribuiu para a redução do nível de implementação das atividades para prevenção da morbimortalidade associada à sífilis congênita, sobretudo na dimensão disponibilidade, subdimensão conformidade, a baixa cobertura de exames para o diagnóstico treponêmico na parturiente, além da quase inexistência de exames fundamentais para o diagnóstico da sífilis congênita, sobretudo da neurosífilis, principalmente no conglomerado do Interior.

Este é um dado preocupante e aponta para a necessidade de organização da capacidade de diagnóstico dos laboratórios dessas maternidades, sobretudo no Interior, pois a inexistência de exames treponêmicos e do LCR acaba aumentando os custos em internação devido a um tratamento mais prolongado como forma de assegurar a

terapêutica para a neurosífilis, além da possibilidade de tratamento desnecessário devido à falta de precisão diagnóstica.

No tocante à dimensão aceitabilidade pelo profissional de saúde, embora este índice tenha sido respectivamente de 84,0% (sífilis) e 90,0% (HIV), ou seja, implementados, é importante enfatizar que esses resultados foram provenientes dos relatos apenas dos profissionais de saúde, o que pode ser considerado uma limitação neste estudo.

É importante lembrar que despeito de um percentual significativo de profissionais fazerem referência de que é importante e que sempre aconselham, ficou claro que essa é uma atividade mais enfatizada após a confirmação dos casos sífilis congênita e/ou HIV. Os dados de observação direta, e das entrevistas com as puérperas, evidenciaram que o aconselhamento é uma atividade com nível de implementação crítica ou mesmo inexistente.

Deste processo avaliativo fica então patente, a necessidade de trabalhar junto às gestões locais e, junto aos profissionais de saúde, principalmente da ginecologia e obstetrícia que atuam na admissão ao parto, uma maior adesão acerca da importância do aconselhamento.

Essa é uma atividade importante dentro das diretrizes do Projeto Nascer-Maternidades, além de ser um direito da gestante/parturiente, e acima de tudo, um dever do profissional de saúde. Um bom aconselhamento potencializa a prevenção de futuras exposições a situações de risco, de novas infecções, reduz as possibilidades de recusa da testagem para o HIV e sífilis e, sobretudo, facilita a aceitação da inibição da lactação, considerando-se a carga simbólica desse ato na nossa cultura.

Reforça-se mais uma vez, a necessidade de um trabalho de sensibilização junto aos profissionais de saúde, de forma contínua e sistemática, considerando-se que em geral há uma longa distância entre a compreensão da importância de realização de algum procedimento e a efetiva incorporação dessa prática de forma rotineira.

Em relação ao índice de responsividade, o nível de implementação foi parcial, sobretudo pela impessoalidade da relação dos profissionais com as parturientes, bem como pelos limites ao direito de acompanhante na maternidade. As condições de higiene e limpeza foram satisfatórias, porém houve menores resultados para condições do ambiente como ventilação, vestuário para as parturientes e para os leitos hospitalares, sobretudo nas unidades do conglomerado do Interior do Estado.

É importante fomentar as atividades preconizadas na PHPN do parto humanizado, em especial o respeito ao direito ao acompanhamento por familiares e amigos e ao tratamento voltado ao indivíduo/ser humano.

Durante o processo de realização desta avaliação, já foi possível redirecionar alguns aspectos, à medida que as observações apontavam para a necessidade desse redirecionamento das atividades. Na maternidade do Interior onde inexisteriam quaisquer atividades para a prevenção da TV/HIV, houve por parte da coordenação estadual do Projeto Nascer-Maternidades, uma articulação com a gestão local daquela maternidade, e logo a seguir foi iniciada a testagem rápida para o HIV.

Houve uma discussão junto a alguns núcleos de epidemiologia, sobretudo no Interior, acerca da importância de busca ativa de casos, tanto de HIV quanto de sífilis congênita, declarados nos livros de registros de laboratório dessas unidades. Essa iniciativa é uma estratégia útil para a redução da subnotificação de casos. Também foi realizado um treinamento em outra unidade do Interior, dirigida aos profissionais de saúde.

É necessário definir fluxos de testagem, pois ficou evidente na maioria das unidades de saúde, que a testagem e o retorno dos resultados dos exames não está acontecendo em tempo oportuno, sobretudo do teste rápido para o HIV que é uma metodologia que propicia esses resultados em quinze a vinte minutos, sendo esta a razão do seu uso nas maternidades, tendo um custo bem mais elevado, porém justificado, considerando-se a necessidade de uma tomada de decisão imediata para a prevenção da TV/HIV.

O que se preconiza é que o exame seja realizado na própria triagem, como ocorre em algumas unidades, pois o encaminhamento em tubos para o laboratório da unidade, junto aos demais exames, como classificação sanguínea ou VDRL aumenta o tempo de retorno dos resultados, perdendo-se assim, a sua principal finalidade. Também o exame confirmatório do resultado do teste rápido anti-HIV, no caso de uso de apenas um teste rápido, precisa ocorrer em tempo oportuno, a fim de permitir a inibição medicamentosa da lactação antes da alta hospitalar.

Considera-se ainda fundamental um trabalho mais articulado com os programas de saúde da mulher e o PACS/PSF, no intuito de ampliar na atenção pré-natal, as atividades de aconselhamento e testagem para a sífilis, com a realização dos dois exames de VDRL preconizados e do HIV no início da gestação, e repetindo-se a testagem quando indicado. Neste aspecto, a referência laboratorial também precisa ser envolvida para agilização dos fluxos e retorno oportuno dos resultados.

Em Pernambuco, a cobertura do pré-natal é superior a 95,0%, e a despeito disso, uma grande parcela das mulheres está sendo admitida ao parto com o seu status sorológico ignorado, tanto para a sífilis quanto para o HIV.

É recomendável que os resultados desta avaliação sejam apresentados aos gestores municipais, a fim de sensibilizá-los. Para tal existem fóruns apropriados, como os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) – iniciando-se pelos municípios onde existem maternidades vinculadas ao Projeto Nascer-Maternidades; a Comissão Intergestora Bipartite (CIB); além do Conselho Estadual de Saúde (CES).

É preciso ainda, que as instâncias formadoras introduzam nos seus currículos informações sobre os riscos da transmissão vertical de doenças como a sífilis, o HIV e outras DST, assim como sobre as medidas de prevenção e controle existentes para o para esses agravos. Essa iniciativa deve ser articulada junto às Universidades e os Programas de Residência Médica, às escolas técnicas de enfermagem, ou outras categorias afins.

Enfim, muito há a ser feito, e esta avaliação teve este propósito, ou seja, ela deve ser vista não como um mecanismo de condenação das equipes nos níveis estadual, municipais ou locais, nos diversos conglomerados, mas, acima de tudo como um instrumento que pretende subsidiar uma discussão no coletivo, acerca do que não está sendo efetivo, para que possamos redirecionar nossas práticas, e desta forma atingir melhores indicadores de saúde nessas regiões e no Estado como um todo.

Que Pernambuco, não seja mais o Estado com a segunda maior taxa de incidência da sífilis congênita, e, que consigamos reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV a exemplo do que ocorre nas regiões Sul e Sudeste do país, e também a morbimortalidade associada à sífilis congênita, pois, como diz Luiz Fernando Veríssimo: *“preferir a derrota prévia à dúvida da vitória é desperdiçar a oportunidade de merecer. Para os erros há perdão, para os fracassos, chance...”*

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Projeto de Eliminação da sífilis congênita – 1997. Disponível em <http://www.aids.gov.br/diagnostico/documentos e publicações>. Acesso em 20 de jan. 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Relatório da reunião do grupo de trabalho sobre “Capacitação para profissionais que atuam em Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA”. Brasília, 23 e 24/03/1999.
3. Szwarcwald, Célia L. - Relatório: Primeiros Resultados do Estudo-Sentinela Parturiente 2004. Disponível em <http://www.aids.gov.br/área técnica/epidemiologia/hiv, monitoraids>. Acesso em 21 jan 2005.
4. Connor, Edward M.; Sperling, Rhoda S.; Gelber, Richard; Kiselev, Pavel et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *The New England Journal of Medicine*, vol, 331, n. 18, november, 3, 1994.
5. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids - Projeto Nascer – Versão Preliminar. Série F – Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2003.
6. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Estimativas da Taxa de Transmissão Vertical do HIV por Grande Região, 2002, *In: Indicadores do Plano Nacional de Avaliação*. Disponível em <http://www.aids.gov.br/área técnica/monitoraids> acesso em 15 jul 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde – Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Coleção DST aids. Série Manuais, 62. Brasília, 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde - Portaria Ministerial n.º 2104 – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde/ SUS, o Projeto Nascer – Maternidades. Brasília, 19 de novembro de 2002.
9. Hartz, Zulmira M. A (org.) – Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, 1997.
10. Denis, J.L e Champagne, F. – Análise da Implantação. *In: Hartz, Z. M. A (org.) – Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro, 1997.
11. Rugg, Deborah et al – Global Advances in Monitoring and Evaluation of HIV/Aids: From Aids Case Reporting to Program Improvement. Jossey-Bass and American Evaluation Association, number 103, fall 2004.

12. Oliveira, Maria Auxiliadora et al – Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/Aids no município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 18(5): 1429-1439, set-out, 2002.
13. Travassos, C e Martins, M. – Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 20 Sup. 2 S190 – S198, 2004.
14. Penchansky R. & Thomas J.W. The concept of access – Definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care 1981;19;128-129.
15. De Silva, Amala – A Framework for measuring Responsiveness. GPE Discussion Paper Series: no 32. WHO/EIP/GPE/EBD, 1999.
16. Yin, Robert K. – Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 2ª. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
17. Santos, Elizabeth M. et al – Dimensão Técnico Operacional – Modelo Lógico do Programa. Apostila do curso de especialização em avaliação de programas de processos endêmicos com ênfase em DST/HIV/Aids – ENSP. Rio de Janeiro, 2004.
18. Cochran, W. Sampling Techniques. New York: John Wiley & Sons, 1977.
19. Silva, N. N. Amostragem Probabilística. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.
20. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Instruções para o preenchimento dos Relatórios de Medicamentos/Aids (versão janeiro/2005)
21. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Diagnóstico Sorológico da Sífilis – Curso 06 – TELELAB – Sistema de educação à distância para profissionais de laboratório de saúde pública e unidades hemoterápicas. Brasília, 1998.
22. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Diagnóstico do HIV – Testes de triagem – Curso 07 – TELELAB – Sistema de educação à distância para profissionais de laboratório de saúde pública e unidades hemoterápicas. Brasília, 1998.
23. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antiretroviral em Gestantes – Série Manuais Nº 46. Brasília, 2004.
24. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em crianças – Série Manuais Nº 18. Brasília, 2004.
25. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Cadernos de Atenção Básica Programa de Saúde da Família – Transmissão Vertical

- do HIV - Secretaria de Atenção a Saúde/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Vigilância a Saúde / Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília, 2004.
26. Brasil. - Ministério da Saúde - Portaria Ministerial n.º 569 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS o PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal. Brasília, 01 de junho de 2000.
27. Brasil. Ministério da Saúde – Portaria Ministerial n.º 1.071- Determina a qualificação dos Estados, Distrito federal e Municípios para o recebimento de recursos por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC para a disponibilização da fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV. Brasília, 10 de Julho de 2003.
28. Brasil. Ministério da Saúde – Portaria Ministerial n.º 2.458 - Determina a qualificação dos Estados, Distrito federal e Municípios para o recebimento de recursos por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC quando da realização dos procedimentos necessários para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Brasília, 29 de dezembro de 2003.
29. Oliveira, Maria Auxiliadora et al – Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/Aids no município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 18(5): 1429-1439, set-out, 2002.
30. Cosendey, M.A et al – Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2): 395-406, mar-abr, 2003.
31. Souza, L.R. - Conhecimento, condutas e práticas dos profissionais de saúde sobre o controle e a prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis congênita em maternidades com o Projeto Nascer. Pernambuco, 2005. Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-Graduação *latu sensu* de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva CPqAM/FIOCRUZ/MS. Recife, 2006.
32. Santos Elizabeth M. *et al.* - Avaliação do grau de implantação do Programa de controle de transmissão vertical do HIV e Sífilis em maternidades do “Projeto Nascer”, Relatório preliminar, Brasília, julho 2006
- Vasconcelos, Ana Lúcia R. - A epidemiologia na avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes portadoras do HIV e seus recém-nascidos. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor. Brasília, novembro 2005.

Referências

1. Santos, Elizabeth M. *et al* – Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação. Versão preliminar. Ministério da Saúde - Programa Nacional de DST/Aids – Assessoria de Monitoramento e Avaliação. Brasília, julho, 2005. Brasil. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção a Saúde - Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização. Brasília, 2005.
2. Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Avaliação na Atenção Básica: Caminhos da Institucionalização. Brasília, 2005.
3. Brasil. - Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST/Aids – Dados Sentinela HIV - série até 1997 a 2000. Disponível em <http://www.aids.gov.br/documentos e publicações>.
4. Szwarcwald, Célia L. - Relatório: Primeiros Resultados do Estudo-Sentinela Parturiente 2004, em 21/01/2005. Acessado em <http://www.aids.gov.br/área técnica/epidemiologia/hiv>, março 2006.
5. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde – Programa Estadual de DST/Aids – Relatório da Vigilância Epidemiológica. Fevereiro, 2006.
6. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde – Programa Estadual de DST/Aids – Boletim Informativo DST/Aids. Ano IV, nº 01, 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde – Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Coleção DST aids. Série Manuais, 62. Brasília, 2005.
8. Brasil. - Ministério da Saúde - Portaria Ministerial n.º 569 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS o PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal. Brasília, 01 de junho de 2000.
9. Brasil. - Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST/Aids - Boletim Epidemiológico Aids-DST. Ano II no 01- jan. a jun. de 2005 – Brasília, 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids - Projeto Nascer – Versão Preliminar. Série F – Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2003.
11. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids - Projeto Nascer – Versão Preliminar. Série F – Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2003.
12. Brasil. Ministério da Saúde – Portaria Ministerial n.º 1.071- Determina a qualificação dos Estados, Distrito federal e Municípios para o recebimento de recursos por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC para a

- disponibilização da fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV. Brasília, 10 de Julho de 2003.
13. Brasil. Ministério da Saúde – Portaria Ministerial n.º 2.458 - Determina a qualificação dos Estados, Distrito federal e Municípios para o recebimento de recursos por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC quando da realização dos procedimentos necessários
 14. Connor, Edward M.; Sperling, Rhoda S.; Gelber, Richard; Kiselev, Pavel et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *The New England Journal of Medicine*, vol, 331, n. 18, november, 3, 1994
 15. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antiretroviral em Gestantes – Série Manuais Nº 46. Brasília, 2004.
 16. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em crianças – Série Manuais Nº 18. Brasília, 2004.
 17. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Cadernos de Atenção Básica Programa de Saúde da Família – Transmissão Vertical do HIV - Secretaria de Atenção a Saúde/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Vigilância a Saúde / Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília, 2004.
 18. Stringer, Jeffrey *et al.* – Cesariana profilática para prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana – Caso para restrições, in, *JAMA Brasil*,– vol. 4 – no 2 março, 2000.
 19. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Cartilha Sífilis na gravidez - Trate com carinho; Acessado em [http:// www.aids.gov.br/biblioteca](http://www.aids.gov.br/biblioteca), em janeiro 2005.
 20. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Série manuais nº 62. Brasília, 2005.
 21. Vasconcelos, A. L. R - Transmissão vertical do HIV entre mulheres assistidas em maternidades públicas de referência de quatro capitais brasileiras: uma análise dos fatores de risco. Artigo1 da tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor. Brasília, 2005.

22. Brasil. Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids – Projeto de Eliminação da sífilis congênita – 1997. Acessado em [http://www.aids.gov.br/diagnostico/documentos e publicações](http://www.aids.gov.br/diagnostico/documentos_e_publicacoes) em janeiro, 2005
23. Brasil. Ministério da Saúde - Portaria Ministerial n.º 2104 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS o Projeto Nascer. Brasília, 19 de novembro de 2002.
24. Rugg, Deborah *et al* – Global Advances in Monitoring and Evaluation of HIV/Aids: From Aids Case Reporting to Program Improvement. Jossey-Bass and American Evaluation Association, number 103, fall 2004.
25. Hartz, Zulmira M. A (org.) – Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, 1997.
26. WHO – World Health Organization – A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities. Field test version. Geneva, 2004.
27. Scriven, M – O conceito de avaliação. In, Introdução à avaliação de programas sociais - Coletânea de textos. Instituto Fonte –Rio de Janeiro, 2004.
28. Frias, P. G. – Análise de implantação do projeto de redução da mortalidade infantil em dois municípios de Pernambuco com semelhantes condições de vida, 2001, in Unidade didático-operacional – Meta-avaliação do curso de especialização em avaliação de programas de processos endêmicos com ênfase em DST/HIV/Aids – ENSP/PN- DST/Aids –CDC – Tulane University -2004
29. Matida, Álvaro H. - Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(1):37-47, jan-fev, 2004.

ANEXOS

Anexo I – Questionário Institucional



SECRETARIA DE SAÚDE

Questionário Institucional PESQUISA AVALIATIVA DO PROJETO NASCER

QUESTIONÁRIO | | | | | | | |

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Entreviste o diretor do estabelecimento; na sua ausência o profissional por ele indicado.
Para todo questionário, preencher 88 para não se aplica e 99 para não informado.

I. Identificação do questionário

1. CGC do Hospital	
2. Município	
3. Entrevista em / /	4. Entrevistador (nome)
5. Revisado por	6. Data / /
7. Digitado em / /	8. Digitador

II. Identificação do entrevistado

9. Nome	
10. Cargo	
11. Profissão	

III. Condições gerais da maternidade

12. Quantos leitos obstétricos existem neste hospital?	
13. Quantos leitos de UTI para adulto existem neste hospital?	
14. Quantos leitos de UI para adulto existem neste hospital?	
15. Quantos leitos de UTI neonatal existem neste hospital?	
16. Quantos leitos de UI neonatal existem neste hospital?	
17. Quantos nascimentos ocorrem por mês neste hospital? (anotar dado mais recente)	
18. Existe comissão de análise de óbito?	1. Sim 2. Não
19. Existe comissão de revisão de prontuário?	1. Sim 2. Não
20. Existe comissão de ética?	1. Sim 2. Não
21. Existe comissão de controle de infecção hospitalar?	1. Sim 2. Não
22. Qual a taxa de infecção hospitalar da maternidade no mês anterior?	, %
23. Qual a taxa de infecção hospitalar da UTI neonatal no mês anterior?	, %
24. Número de casos de gestantes HIV+ notificados no período de 01/01/04 a 31/12/04	
25. Número de casos de Sífilis congênita notificados no período de 01/01/04 a 31/12/04	

26. Número de casos de Sífilis na gestação notificados no período de 01/01/04 a 31/12/04	□□□□
27. A instituição permite a presença de acompanhante durante a internação para o parto? 1. Sim 2. Não	□□

IV. Composição das Equipes da maternidade (*não considerar ambulatório ou pré-natal*)

Profissionais	PLANTÃO	DIARISTA
	Número	Número
28. Obstetras	□□□	□□□
29. Pediatras	□□□	□□□
30. Neonatologistas	□□□	□□□
31. Anestesistas	□□□	□□□
32. Cirurgião geral	□□□	□□□
33. Clínico geral	□□□	□□□
34. Enfermeiras	□□□	□□□
35. Enfermeiras obstétricas	□□□	□□□
36. Aux/Téc de enfermagem	□□□	□□□
37. Fisioterapeutas	□□□	□□□
38. Fonoaudiólogos	□□□	□□□
39. Psicólogos	□□□	□□□
40. Nutricionistas	□□□	□□□
41. Assistentes sociais	□□□	□□□
42. Farmacêuticos	□□□	□□□
43. Dentistas	□□□	□□□
44. Residentes (R1, R2 e R3)	□□□	□□□
45. Acadêmicos	□□□	□□□

14. Qual o critério usado para reposição de medicamentos?	

15. Quantas vezes faltou Penicilina Benzatina (600.000UI) nos últimos 12 meses?	__ _
16. Quantas vezes faltou Penicilina Benzatina (1.200.000UI) nos últimos 12 meses?	__ _
17. Quantas vezes faltou Penicilina Cristalina nos últimos 12 meses?	__ _
18. Quantas vezes faltou Penicilina Procaína nos últimos 12 meses?	__ _
19. Quantas vezes faltou AZT injetável nos últimos 12 meses?	__ _
20. Quantas vezes faltou AZT comprimido nos últimos 12 meses?	__ _
21. Quantas vezes faltou AZT xarope nos últimos 12 meses?	__ _
22. Quantas vezes faltou Inibidor da lactação injetável nos últimos 12 meses?	__ _
23. Quantas vezes faltou Inibidor da lactação em comprimidos nos últimos 12 meses?	__ _
24. Quantas vezes faltou fórmula láctea para o recém-nascido nos últimos 12 meses?	__ _
Se não faltou = 00	Se não teve nos últimos 12 meses = 88

IV. Observações do entrevistador sobre a farmácia

Descrever a impressão quanto:		
25. Presença de poeira, lixo exposto	1. Sim 2. Não	__ _
26. Presença de mofo, infiltrações	1. Muita 2. Alguma 3. Pouca 4. Nenhuma	__ _
27. Incidência de luz solar sob os medicamentos	1. Maioria 2. Algumas 3. Poucas 4. Nenhuma	__ _
28. Caixas de remédio em contato direto com o chão, parede ou teto	1. Muitas 2. Algumas 3. Poucas 4. Nenhuma	__ _
29. Telas nas janelas	1. Todas 2. Algumas 3. Nenhuma	__ _

V. Informações sobre conservação de insumos: (Observação para registro)

29. Há geladeira e/ou freezer próprio no setor?	1. Sim 2. Não	__ _
30. A geladeira condiciona outros materiais como alimentos, etc?	1. Sim 2. Não	__ _
31. A geladeira e/ou freezer tem termômetro para registro de controle da temperatura?	1. Sim 2. Não	__ _
32. É realizado o registro sistemático da temperatura da geladeira/freezer?	1. Sim 2. Não	__ _

III. Dados sobre o teste de HIV

Este laboratório utiliza mecanismos de controle de qualidade para testagem anti-HIV, isto é, envia amostras cegas para laboratório de referência dos seguintes exames?			
20. Teste rápido	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
21. Elisa	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
22. W. Blot	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
23. IMF	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
24. Qual a seqüência de testagem utilizada?			

IV. Dados sobre o teste de sífilis

25. Esta maternidade realiza testes para diagnóstico da Sífilis?				1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
Teste	Realiza 1. Sim 2. Não	POP* 1. Sim 2. Não	Identifique o Kit em uso	Quantidade de exames disponíveis	Data de validade do kit Mês/ano	
26. Rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. VDRL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. TPHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29. FTA-Abs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*Procedimento Operacional Padrão – só registre sim se o procedimento for mostrado						
30. Qual é o intervalo de tempo entre o recebimento da amostra e a disponibilidade do resultado do teste rápido? (<i>caso utilize o teste rápido</i>) 1. Minutos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Horas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Dias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. Não sabe					<input type="checkbox"/>	
31. Qual é o intervalo de tempo entre o envio da amostra e a disponibilidade do resultado do exame VDRL? 1. < 24 horas. 2. 24 a 48 horas 3. > 48 horas 4. Não sabe					<input type="checkbox"/>	
32. Se esta unidade não realiza os testes confirmatórios (TPHA ou FTA-Abs), qual o laboratório de referência?					<input type="checkbox"/>	
Este laboratório utiliza mecanismos de controle de qualidade para testagem de Sífilis, isto é, envia amostras cegas para laboratório de referência?						
33. Teste rápido	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>			
34. VDRL	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>			
35. TPHA	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>			
36. FTA-Abs	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>			

37. Qual a seqüência de testagem utilizada?

V. Dados sobre o laboratório:

38. Este laboratório possui sistemas de requisição, controle e logística informatizados?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
39. Quais?			
a. SIREX ^a	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
b. SISCEL ^b	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
c. Outro	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>

VI. Informações sobre conservação de insumos: (*Observação para registro*)

40. Há geladeira e/ou freezer próprio no setor?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
41. A geladeira condiciona outros materiais como alimentos, etc.?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
42. A geladeira e/ou freezer tem termômetro para registro de controle da temperatura?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
43. É realizado o registro sistemático da temperatura da geladeira e/ou freezer?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>

^a SIREX – Sistema e Requisição de Exames HIV

^b SISCEL-Sistema de Controle e Logística de Laboratório

IV. Informações do pré-natal

29. Realizou pré-natal (Se não, vá para a questão 44)	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
30. Nº de consultas			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31. Presença de cartão pré-natal no prontuário	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
32. Idade gestacional quando iniciou o pré-natal (em semanas)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33. Trimestre de início de pré-natal	1. 1º Trimestre	2. 2º Trimestre	3. 3º Trimestre
34. A gestação foi identificada como de alto risco?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
35. Nº de exames realizados para Sífilis no pré-natal			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36. Data do 1º exame (Sífilis)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37. Resultado do 1º exame (Sífilis)	1. Positivo/Título _____	2. Negativo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38. Data do 2º exame (Sífilis)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39. Resultado do 2º exame (sífilis)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40. Nº de exames realizados para HIV no pré-natal			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41. Data do 1º exame (HIV)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42. Resultado do 1º exame (HIV)	1. Positivo	2. Negativo	<input type="checkbox"/>
43. Data do 2º exame (HIV)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
44. Resultado do 2º exame (HIV)	1. Positivo	2. Negativo	<input type="checkbox"/>

V. Dados do trabalho de parto e parto

45. Existe partograma no prontuário?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
46. O partograma está preenchido?	1. Completo	2. Parcialmente	3. Não
47. Existe evolução do trabalho de parto no prontuário?			<input type="checkbox"/>
48. Realizado exame para detecção de sífilis:			<input type="checkbox"/>
49. Resultado sífilis	1. Positivo/Título _____	2. Negativo	3. Sem resultado
50. Realizado exame para detecção de HIV:			<input type="checkbox"/>
51. Resultado do exame HIV	1. Positivo	2. Negativo	3. Sem resultado
52. Data do parto			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
53. Hora do parto			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
54. Prescrição de ocitocina	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
55. Prescrição de corticóide	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
56. Realizado amniotomia (rotura artificial de membranas)	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
57. Tipo de anestesia usada no parto:			<input type="checkbox"/>
58. Tipo de parto	1. Vaginal	2. Cesárea	3. Fórceps
59. Realizado episiotomia	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
60. Motivo da cesariana	1. Iteratividade (duas ou mais cesáreas) 2. Sofrimento fetal 3. DCP (desproporção céfalo-pélvico) 4. Distocia funcional (parada de progressão) 5. DPP (descolamento prematuro de placenta) 6. Amniorrexe prematura 7. Doença hipertensiva crônica ou gestacional 8. Apresentação pélvica 9. Prolapso de cordão 10. Eletiva por HIV ⁺ 11. Outras _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VI. Evolução do puerpério

61. Destino da mulher após o parto: 1. enfermaria/quarto 2. U.I. 3. UTI 4. Transferida 5. Óbito	<input type="checkbox"/>
62. Se transferida ou óbito. Qual o motivo ou a causa?	<input type="checkbox"/>
63. Número de visitas médicas no pós-parto (com evolução)	<input type="checkbox"/>
64. Número de visitas pelo enfermeiro no pós-parto (com evolução)	<input type="checkbox"/>
65. Complicações no puerpério: 1. Nenhuma 2. Hemorragia 3. Convulsão 4. Hipertensão puerperal 5. Infecção 6. Outra _____	<input type="checkbox"/>

VII. Evolução do recém-nascido

66. Tipo de gestação 1. Única 2. Gemelar 3. Tripla e +	<input type="checkbox"/>
67. Natimorto 1 Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
68. Peso ao nascer	<input type="checkbox"/> g
69. Comprimento	<input type="checkbox"/> cm
70. Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/> cm
71. Sexo 1. Feminino 2. Masculino 3. Indeterminado	<input type="checkbox"/>
72. Apgar no 1º minuto	<input type="checkbox"/>
73. Apgar no 5º minuto	<input type="checkbox"/>
74. Idade gestacional (escore somático)	<input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> dias
75. Qual o método utilizado para avaliar a idade gestacional 1. Ballard 2. New Ballard 3. Capurro 4. Outros _____	<input type="checkbox"/>
76. Presença de mal-formação congênita? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
77. Qual?	<input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/>
78. Destino do recém-nascido 1. Alojamento conjunto 2. UTI/UI 3. Transferido 4. Óbito	<input type="checkbox"/>

VIII. Dados sobre comportamento de risco para HIV/sífilis

79. Há registro no prontuário sobre risco para HIV/sífilis? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
80. Se sim, qual? (Se não, vá para questão 83)	<input type="checkbox"/>
81. Usuária de droga injetável? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
82. Parceiro infectado? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
83. Trabalhadora do sexo ? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
84. Outras _____ 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>

IX. Resumo de alta

85. Data da alta da mulher	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
86. Data da alta do RN	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
87. N° da AIH da mulher	<input type="checkbox"/>
88. N° da AIH do RN	<input type="checkbox"/>
89. N° da DO da mulher	<input type="checkbox"/>
90. N° da DO do RN/feto	<input type="checkbox"/>
91. N° prontuário do RN	<input type="checkbox"/>
92. N° da DNV do RN	<input type="checkbox"/>

ATENÇÃO ENTREVISTADOR:

ESTES BLOCOS DEVERÃO SER PREENCHIDOS EXCLUSIVAMENTE PARA OS CASOS DE PUÉRPERAS HIV+/AIDS E SÍFILIS CONGÊNITA E

**MATERNA IDENTIFICADOS PELA UNIDADE DE SAÚDE NO PERÍODO DE
01/01/2004 A 31/12/2004**

X. PARA MÃES HIV POSITIVAS NA ADMISSÃO, PARTO E PÓS-PARTO

93. Carga viral no terceiro trimestre da gestação		<input type="text"/>
94. Foi realizada inibição mecânica da lactação?	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
95. Em quanto tempo o resultado do exame confirmatório (Elisa) foi disponibilizado?		<input type="text"/>
1. 8 a 12 h <input type="text"/> <input type="text"/> 2. 13 a 24 h <input type="text"/> <input type="text"/> 3. 24 a 48 h <input type="text"/> <input type="text"/> 4. > 48 h <input type="text"/> <input type="text"/>		
96. Foi realizada inibição química da lactação?	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
97. A inibição química da lactação ocorreu quanto tempo após o parto?		<input type="text"/>
1. < 12 h <input type="text"/> <input type="text"/> 2. 13 a 24 h <input type="text"/> <input type="text"/> 3. 24 a 48 h <input type="text"/> <input type="text"/> 4. > 48 h <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>
98. Copie a prescrição da gestante incluindo data, horário de prescrição, horário de início da terapêutica, via de administração, se IV, gotejamento, fases, etc		<input type="text"/>
99. Copie a prescrição do recém-nascido, incluindo data, tempo de vida na prescrição e no início da terapêutica.		<input type="text"/>
100. Houve dispensação da fórmula infantil?	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
101. Houve dispensação do AZT-xarope?	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
102. Foi notificado o caso da gestante?	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
103. Foi realizado o rastreamento do parceiro?	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
104. Encaminhamento do recém-nascido (anote o nome do Serviço de Saúde).		<input type="text"/>
105. Encaminhamento da puérpera (anote o nome do Serviço de Saúde).		<input type="text"/>

XI. PARA MÃES VDRL POSITIVAS NA ADMISSÃO AO PARTO

106. Foi realizado o VDRL do recém-nascido?	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
107. Qual o título do VDRL do recém-nascido?		<input type="text"/>
108. Foi realizado Raio X de ossos longos?	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
109. Laudo (copiar)		<input type="text"/>
110. Foi realizada análise do líquido?	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
111. Copie o resultado		<input type="text"/>
112. Copie a prescrição da puérpera incluindo data, horário de prescrição, horário de início da terapêutica		<input type="text"/>
113. Copie a prescrição do recém-nascido, incluindo data, horário de prescrição, horário de início da terapêutica, via de administração, se IV.		<input type="text"/>
114. Trata-se de recém-nascido sintomático?	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
115. Foi realizada a notificação do caso (incluindo óbito neonatal e natimorto)? 1. Sim 2. Não		<input type="text"/>
116. Foi realizada a notificação do caso da gestante?	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
117. Foi realizado rastreamento do parceiro?	1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
118. Encaminhamento do recém-nascido		<input type="text"/>
119. Encaminhamento da puérpera		<input type="text"/>

Anexo V – Observação pré-parto



Questionário Observação da Triagem e Pré-parto PESQUISA AVALIATIVA DO PROJETO NASCER

QUESTIONÁRIO | | | | | | | |

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Neste questionário anote somente a partir da sua observação (período até 2 horas).

Para todo questionário, preencher 88 para não se aplica e 99 para não informado.

I. Identificação do questionário

1. CGC do Hospital	
2. Município	
3. Data da observação / /	4. Horário de início da observação :
5. Observador	
6. Revisado por	7. Data / /
8. Digitado em / /	9. Digitador

II. Identificação da mulher

10. Nome:	
11. N° prontuário	
12. Data da admissão	/ /
13. Hora da admissão	:
14. Dia da semana	1. (dia útil) 2. (sáb/dom/feriado)

III. Observações quanto à abordagem da paciente:

15. Os membros da equipe se dirigem à paciente por designação respeitosa?	1. Sim 2. Não	
16. Os membros da equipe se dirigem à paciente pelo nome?	1. Sim 2. Não	
17. A paciente tem alguma deficiência física, deficiência mental ou alguma dificuldade de comunicação?	1. Sim 2. Não	
18. A paciente teve acompanhante no pré-parto?	1. Sim 2. Não	
19. É oferecida a companhia de Doulas?	1. Sim 2. Não	
20. Deambulação 1. Estimulada 2. Reprimida 3. Tolerada 4. Não é possível definir		
21. Registre sua opinião sobre algum outro aspecto inadequado do atendimento dado à paciente, especialmente se houve discriminação pelo nível social, pela cor da pele, por deficiência física ou mental, por grupo (adolescente, população indígena, população de rua, usuária de droga, outros)		
22. A paciente foi questionada a respeito da realização de exames para HIV/Aids e sífilis no pré-natal?	1. Sim 2. Não	
23. A paciente foi questionada sobre o resultado dos exames de HIV/Aids e sífilis? (se 3 ou 4, vá para questão 24)	1. Sim, com resultado positivo 2. Sim, com resultado negativo 3. Sim, com resultado desconhecido 4. Não foi questionada	
24. A paciente soropositiva para o HIV/Aids identificada no pré-natal foi interrogada sobre seu esquema terapêutico na gestação?	1. Sim 2. Não	
25. A paciente que desconhece o resultado do exame HIV/Aids no pré-natal foi aconselhada sobre a importância de realizar o teste para HIV?	1. Sim 2. Não	
26. Foi solicitada a autorização para a realização do teste rápido para o HIV/Aids, caso não tenha sido feito no pré-natal?	1. Sim 2. Não	
27. O teste rápido para HIV foi realizado?	1. Sim 2. Não	

28. A paciente foi esclarecida em linguagem compreensível sobre o significado do resultado positivo do teste para HIV?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
29. A paciente foi aconselhada em linguagem compreensível sobre a importância de realizar o teste para Sífilis?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
30. O teste rápido para Sífilis ou VDRL foi realizado?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
31. A paciente foi esclarecida em linguagem compreensível sobre o significado do resultado positivo do teste para Sífilis?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
32. Que profissional realizou o aconselhamento para o HIV e sífilis? 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Assistente social 4. Psicólogo 5. Outro _____			<input type="checkbox"/>
33. Caso tenha havido recusa à realização desses exames, qual o motivo da parturiente?			

IV. Condições iniciais da gestante em observação:

34. Foi aferida a temperatura axilar?	1. Sim		2.	<input type="checkbox"/>
Não				
	Admissão	1ª verificação	2ª verificação	3ª verificação
	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>			
	1. Sim 2. Não Prof*			
35. P.A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. B.C.F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Dilatação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Dinâmica uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. *Tipo de Profissional	1. Médico		2. Enfermeiro	3. Estudante com supervisão
	4. Estudante sem supervisão		5. Auxiliar de Enfermagem	6. Outro _____
40. O controle de B.C.F. foi feito através de:	1. Pinard		2. Sonar	3. CTG
			4. Não realizado	<input type="checkbox"/>
41. Foi realizada aminiotomia (rotura artificial das membranas)?	1. Sim		2. Não	<input type="checkbox"/>
42. Se sim, qual horário?	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>			
43. Foi realizada hidratação venosa?	1. Sim		2. Não	<input type="checkbox"/>
44. Se sim, quando iniciou?	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>			
45. Fez uso de ocitocina?	1. Sim		2. Não	<input type="checkbox"/>
46. Se sim, quando iniciou?	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>			
47. Fez uso AZT intravenoso?	1. Sim		2. Não	<input type="checkbox"/>
48. Se sim, quando iniciou?	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>			
49. Gestante encaminhada para:	1. Parto vaginal		2. Parto cesáreo	3. Permaneceu no pré-parto
	<input type="checkbox"/>			

V. Observações do ambiente físico hospitalar:

50. A temperatura ambiente é agradável (não faz frio nem calor)?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
51. A cama da paciente está forrada com roupa de cama adequada?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
52. A roupa de cama é limpa?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
53. A paciente está vestida com roupa hospitalar?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
54. A roupa é adequada (limpa e em boas condições)?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
55. Há água potável disponível para a paciente?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
56. Há presença de restos de alimentos sobre os móveis?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
57. Há evidências de insetos (moscas, baratas etc)?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
58. Há presença de lixo fora de vasilhame de coleta e/ou espalhado no ambiente?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
59. Os banheiros são limpos?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
60. Os banheiros têm papel higiênico, sabão, descarga, pia com torneira?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
61. Os ralos têm vedação?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
62. As normas para prevenção da transmissão vertical do HIV e da Sífilis estão afixadas em local visível na sala de admissão/pré-parto?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
Registre qualquer outro problema que mereça atenção por ser inadequado ao ambiente hospitalar.			

Horário que encerrou a observação: :|

26) Excluindo o trabalho de dona-de-casa, você tem algum trabalho remunerado? (Se não, vá para questão 28) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
27) Qual a sua ocupação atual?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28) Você tem carteira assinada nesta ocupação atual? (Se sim, vá para questão 29) 1. Sim 2. Não 3. Não, funcionária pública	<input type="checkbox"/>
29) Já teve carteira assinada alguma vez na vida? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
30) Quanto você ganha por mês? (incluindo pensões, aluguéis, bolsa escola, bolsa alimentação ou outros rendimentos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31) Tem água encanada dentro da sua casa? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>

III. Conhecimento/Prevenção da Aids e da Sífilis

32) Você já ouviu falar da sífilis (cancro duro)? 1. Sim 2. Não (Se não, vá para questão 34)	<input type="checkbox"/>
33) Você sabe como a sífilis é transmitida? (Se não, vá para questão 34) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
34) Quais são as formas de transmissão da sífilis que você conhece? (não ler as opções) 1. Sim 2. Não	
a. Através de seringas e agulhas infectadas?	<input type="checkbox"/>
b. A gestante com sífilis pode transmitir a doença para o bebê?	<input type="checkbox"/>
c. Através de beijos, abraços, carícias com pessoas infectadas?	<input type="checkbox"/>
d. Compartilhando copos, talheres, pratos, etc. com pessoas infectadas?	<input type="checkbox"/>
e. Usando o mesmo banheiro que uma pessoa infectada?	<input type="checkbox"/>
f. Através das relações sexuais sem camisinha com parceiro infectado?	<input type="checkbox"/>
g. Através de transfusão de sangue infectado?	<input type="checkbox"/>
h. Outra opção _____	<input type="checkbox"/>
35) Você já ouviu falar da Aids (HIV)? (Se não, vá para questão 39) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
36) Você sabe como o HIV/Aids é transmitido? (Se não, vá para questão 37) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
37) Quais são as formas de transmissão da HIV/Aids que você conhece? (não ler as opções) 1. Sim 2. Não	
a. Através de seringas e agulhas infectadas?	<input type="checkbox"/>
b. A gestante com HIV/Aids pode transmitir a doença para o bebê?	<input type="checkbox"/>
c. Através de beijos, abraços, carícias com pessoas infectadas?	<input type="checkbox"/>
d. Compartilhando copos, talheres, pratos, etc. com pessoas infectadas?	<input type="checkbox"/>
e. Usando o mesmo banheiro que uma pessoa infectada?	<input type="checkbox"/>
f. Através das relações sexuais sem camisinha com parceiro infectado?	<input type="checkbox"/>
g. Através de transfusão de sangue infectado?	<input type="checkbox"/>
h. Através da amamentação, caso a mãe seja portadora do HIV?	<input type="checkbox"/>
i. Outra opção _____	<input type="checkbox"/>
38) E você sabe como se prevenir do HIV/Aids? (Se não, vá para questão 39)	<input type="checkbox"/>
39) 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
40) Se sim, como pode se prevenir do HIV/Aids?	

IV. Dados da gestação atual e antecedentes obstétricos

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre sua gravidez atual e gestações anteriores

41) Qual a sua idade quando sua regra veio pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--

42) Qual a sua idade quando teve sua primeira relação sexual?	_ _ _
43) Qual a sua idade quando engravidou pela primeira vez?	_ _ _
44) Qual o seu peso antes da gravidez atual?	_ _ _ , _ _ Kg
45) Qual o seu peso ao final desta da gravidez?	_ _ _ , _ _ Kg
46) Qual a sua altura?	_ _ , _ _ m
47) Qual método anticoncepcional que você usava ? 1. Nenhum 2. Camisinha 3. Pílula 4. DIU 5. Diafragma 6. Tabela 7. Outro	_
48) Com que frequência você costuma usar camisinha? (<i>independente da questão anterior</i>) 1. Sempre 2. Frequentemente 3. Às vezes 4. Nunca	_
49) Quando ficou grávida, você: 1. Estava querendo engravidar 2. Queria esperar mais um tempo 3. Não queria engravidar	_
50) Depois que engravidou, você ficou satisfeita/feliz com a gravidez? 1. Sim 2. Não	_
51) Você utilizou algum método para interromper essa gravidez? (Se não, vá para questão 51) 1. Sim 2. Não	_
52) Qual método?	_ _ _
53) Você sentiu-se apoiada pelo pai do bebê durante essa gravidez? 1. Sim 2. Não	_
54) Quantas vezes você já esteve grávida antes dessa gravidez? (Se nenhuma, vá para questão 63)	_ _ _
55) Quantos filhos nasceram vivos?	_ _ _
56) Quantos filhos nasceram mortos?	_ _ _
57) Você já perdeu filhos depois de nascidos ? 1. Sim 2. Não	_
58) Quantos filhos?	_ _ _
59) Alguma gravidez resultou em aborto? (Se não, vá para questão 60) 1. Sim 2. Não	_
60) Quantos foram espontâneos?	_ _ _
61) Quantos foram provocados?	_ _ _
62) Já teve algum bebê prematuro? (Se não, vá para questão 62) 1. Sim 2. Não	_
63) Quantos prematuros?	_ _ _
64) Quando foi seu último parto, antes deste? (mês/ano)	_ _ _ / _ _ _

V. Assistência pré-natal

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre o seu acompanhamento de pré-natal

65) Você fez pré-natal? (Se sim, vá para questão 65) 1. Sim 2. Não	_
66) Por que você não fez o pré-natal? (Vá para questão 90)	_
67) Aonde você fez o pré-natal?	_ _ _
68) Trouxe o cartão do pré-natal para maternidade? 1. Sim 2. Não 3. Não tem o cartão	_
69) A partir de que mês de gestação começou o pré-natal?	_
70) Quantas consultas de pré-natal você fez?	_ _ _
71) Você fez as consultas de pré-natal até o final da gravidez? (Se sim, vá para questão 71) 1. Sim 2. Não	_
72) Por que você abandonou as consultas de pré-natal?	_
73) O médico(a) ou enfermeira(o) que lhe acompanhou no pré-natal foi: 1. Sempre o mesmo 2. Às vezes o mesmo 3. Nunca o mesmo 4. Só foi a uma consulta 5. Outra _____	_
74) O lugar aonde você fez o pré-natal foi o mesmo do parto? 1. Sim 2. Não	_
75) O médico(a) ou enfermeira(o) que lhe acompanhou no pré-natal aconselhou sobre a realização de exames para diagnóstico da Aids? 1. Sim 2. Não	_

76) Você fez exames de sangue durante o pré-natal?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>	
77) Você fez exames para diagnóstico da HIV/Aids no pré-natal? (Se não, vá para questão 78)	1. Sim	2. Não	3. Não sabe	<input type="checkbox"/>
78) Qual foi o resultado do exame para HIV/Aids? (Se 2 ou 3, vá para questão 78)	1. Positivo	2. Negativo	3. Não sabe	<input type="checkbox"/>
79) Você iniciou o tratamento para HIV/Aids durante o pré-natal?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>	
80) O médico(a) ou enfermeira(o) que lhe acompanhou no pré-natal aconselhou sobre a realização de exames para diagnóstico da sífilis?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>	
81) Você fez exames para diagnóstico da sífilis? (Se 2 ou 3, vá para questão 85)	1. Sim	2. Não	3. Não sabe	<input type="checkbox"/>
82) Qual foi o resultado do exame para sífilis? (Se negativo, vá para questão 85)	1. Positivo	2. Negativo	3. Não sabe	<input type="checkbox"/>
83) Você realizou o tratamento para sífilis durante o pré-natal? (Se sim, vá para questão 83)	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>	
84) Por que você não realizou o tratamento?				
85) O seu companheiro recebeu tratamento para sífilis? (Se sim, vá para questão 85)			<input type="checkbox"/>	
86) Por que ele não realizou o tratamento?				
Procedimento	1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca			
a. Medida de pressão arterial	<input type="checkbox"/>			
b. Tomada de peso	<input type="checkbox"/>			
c. Ausculta do bebê na barriga	<input type="checkbox"/>			
d. Exame das mamas	<input type="checkbox"/>			
e. Medida da barriga (altura uterina)	<input type="checkbox"/>			
87) Durante as consultas de pré-natal com que frequência foram realizados os seguintes procedimentos:				
88) Você realizou exame de Papanicolau (preventivo) no pré-natal?			<input type="checkbox"/>	
89) Durante as consultas de pré-natal falaram com você sobre:			1. Sim 2. Não	
a. A importância de não faltar as consultas de pré-natal	<input type="checkbox"/>			
b. Manter uma alimentação saudável, consumindo frutas e vegetais	<input type="checkbox"/>			
c. Não fumar	<input type="checkbox"/>			
d. Evitar bebida alcoólica	<input type="checkbox"/>			
e. Atividade sexual na gravidez	<input type="checkbox"/>			
f. A importância do aleitamento materno	<input type="checkbox"/>			
g. Cuidados com o recém-nascido	<input type="checkbox"/>			
h. Métodos para evitar outra gravidez	<input type="checkbox"/>			
i. Os sinais da hora do parto	<input type="checkbox"/>			
j. Importância de voltar ao médico depois do parto	<input type="checkbox"/>			

90) Você teve algum destes problemas de saúde durante a gravidez ?		1. Sim	2. Não
a. Hipertensão		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Diabetes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Diabetes gestacional		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hemorragias		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sífilis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hepatite B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Cardiopatia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Rubéola		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Toxoplasmose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Infecção urinária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Tuberculose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. HIV+		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Anemia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Isoimunização Rh (problema Rh)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Outras _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91) Você diria que o seu atendimento de pré-natal foi? 1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. Ruim			<input type="checkbox"/>
92) Quantas ultra-sonografias você fez?			<input type="checkbox"/>
93) Durante a gravidez a senhora foi vacinada contra o tétano? 1. Sim, 1 dose 2. Sim, 2 doses 3. Sim, 3 doses 4. Não sabe o nº de doses 5. Já era vacinada 6. Dose de reforço 7. Não tomou			<input type="checkbox"/>
94) Você já foi vacinada contra a rubéola?		1. Sim	2. Não
95) Você sabe quais as doenças a mulher pode passar para a criança durante a gravidez? (Se não, vá para questão 95)			<input type="checkbox"/>
96) Quais doenças?			<input type="checkbox"/>
97) Você tomou algum remédio durante a gravidez? (Se não, vá para questão 97)			<input type="checkbox"/>
98) Quais remédios?			
99) Você já fez transfusão de sangue alguma vez na sua vida?		1. Sim	2. Não

VI. Dados comportamentais

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre o uso de fumo, bebida alcoólica e, se você teve algum aborrecimento durante a gravidez.

100) Você tomou bebida alcoólica durante a gravidez? (Se não, vá para questão 102)		1. Sim	2. Não
101) Com qual frequência? 3. Nos finais de semana 4. Frequentemente		1. Nunca	2. Raras vezes 5. Diariamente
102) Que tipo de bebida? 1. Cerveja 2. Vinho 3. Cachaça/Vodca/Whisky 4. Outros _____			<input type="checkbox"/>
103) Você achava que deveria ter reduzido ou parado de beber durante a gravidez?		1. Sim	2. Não
104) Você fumava antes de engravidar? (Se não, vá para questão 108)			<input type="checkbox"/>
105) Quantos cigarros você fumava por dia antes de engravidar?			<input type="checkbox"/>
106) Há quantos anos você fumava?			<input type="checkbox"/>
107) Você fumou durante a gravidez?		1. Sim	2. Não
108) Durante que período fumou? 1. Toda a gestação 2. Parou no _____ mês			<input type="checkbox"/>
109) Quantos cigarros você fumou (média) por dia durante a gravidez?			<input type="checkbox"/>
<p><i>“Hoje em dia é muito comum que as pessoas já tenham experimentado algum tipo de droga, como a maconha e a cocaína. As duas próximas perguntas são sobre o uso dessas substâncias. Essas questões são muito importantes para gente. Gostaria de lembrar que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão usadas para a pesquisa”.</i></p>			

110)	Você alguma vez na vida usou drogas? (Se não, vá para questão 113)			
	1. Sim 2. Não			<input type="checkbox"/>
111)	Que tipo de droga ?			<input type="checkbox"/>
112)	Alguma vez na vida você usou droga na veia?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
113)	E durante a gravidez usou algum tipo de droga?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
114)	Que tipo de droga?			<input type="checkbox"/>
115)	Seu companheiro ou algum dos seus parceiros sexuais usa ou usou droga na veia?			<input type="checkbox"/>
		1. Sim	2. Não	3. Não sabe
116)	Nos últimos 5 anos, quantos parceiros sexuais você teve?			<input type="checkbox"/>
117)	Alguma vez você foi destrutada verbalmente durante a gravidez?			<input type="checkbox"/>
	(Se não, vá para questão 117)	1. Sim	2. Não	
118)	Quem fez isso com você?			
119)	Desde que você engravidou alguém lhe agrediu fisicamente?			<input type="checkbox"/>
	(Se não, vá para questão 121)	1. Sim	2. Não	
120)	Quem fez isso com você?			
121)	Quantas vezes isso aconteceu?			<input type="checkbox"/>
122)	A senhora poderia me dizer que tipo de agressão sofreu?			
	Ações	1. Sim	2. Não	
a	Ameaça de maus-tratos ou agressão, inclusive com arma	<input type="checkbox"/>		
b	Tapa, soco, chute, empurrão	<input type="checkbox"/>		
c	Corte ou dor contínua	<input type="checkbox"/>		
d	Espancamento	<input type="checkbox"/>		
e	Queimaduras	<input type="checkbox"/>		
f	Ferimento por arma	<input type="checkbox"/>		
g	Outro	<input type="checkbox"/>		

VI. Dados do pré-parto e parto

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre os sinais do parto, sua chegada na maternidade e sobre a internação.

123)	O que fez você achar que estava na hora de ganhar o bebê?			
	1. Estourou a bolsa d'água 2. Teve contrações 3. Perda do tampão mucoso			<input type="checkbox"/>
	4. Orientação médica 5. Outros _____			
124)	Que dia e hora você percebeu esses sinais?	1. Dia __ __	2. Hora __ __ : __ __	
125)	Você tentou ganhar o bebê em outro lugar antes deste?			<input type="checkbox"/>
	(Se não, vá para questão 125)	1. Sim	2. Não	
126)	Onde? (Anotar o nome de todos os serviços de saúde procurados)			
	Como você chegou nesta maternidade?	1. De táxi	2. De carro particular	<input type="checkbox"/>
		3. De ônibus	4. De trem	5. De ambulância
			6. Outros _____	
127)	Por que você veio a esta maternidade?			<input type="checkbox"/>
	1. Indicação do médico de pré-natal	2. Indicação de um amigo/parente		
	3. É perto de casa	4. Não consegui vaga em outra instituição	5. Outra _____	
128)	Quanto tempo você esperou desde que chegou neste hospital até ser internada?			<input type="checkbox"/>
	1. Minutos __ __	2. Horas __ __	3. Dias __ __	
129)	Com quem você veio para a maternidade?			<input type="checkbox"/>
	1. Sozinha	2. Companheiro	3. Mãe/pai	4. Parente
				5. Amigo(a)
130)	Ficou alguém da sua família/amigo acompanhando você na maternidade?			<input type="checkbox"/>
	(Se sim, vá para questão 131)	1. Sim	2. Não	
131)	Se não, por quê?			
132)	Colheram seu sangue quando você chegou na maternidade?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
133)	Você sabe se foi realizado o exame para HIV/Aids?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
134)	Você sabe se foi realizado o exame para a sífilis?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
135)	Você foi informada sobre o porquê da realização desses dois exames?			<input type="checkbox"/>
	1. Sim	2. Não		
136)	Você foi examinada antes de ir para a sala de parto?	1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>

137) Escutaram o bebê na sua barriga?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
138) Fizeram raspagem de pêlos (tricotomia)?	1. Sim 2. Não 3. Fez em casa	<input type="checkbox"/>
139) Fizeram lavagem intestinal (enema)?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
140) Precisou fazer um corte na sua vagina para ganhar o bebê (episiotomia)?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
141) Quantos toques vaginais fizeram?		<input type="text"/>
Durante o trabalho de parto você ficou:	1. O tempo todo na cama (por opção) 2. O tempo todo na cama (por recomendação médica) 3. Pode se levantar e andar	<input type="checkbox"/>
142) O médico que a examinou no pré-parto também realizou o parto?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
143) O seu bebê nasceu de parto: (Se 1, vá para questão 147)	1. Vaginal 2. Cesáreo	<input type="checkbox"/>
144) Em que momento soube que seu parto seria cesáreo?	1. No pré-natal 2. Ao ser internada 3. Durante o trabalho de parto 4. Não fui informada	<input type="checkbox"/>
145) Qual foi o motivo da cesárea?		<input type="text"/>
146) Você ligou as trompas? (Se não, vá para questão 148)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
147) Você gostaria de ter ligado as trompas?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
148) Houve algum problema com você durante o parto? (Se não, vá para questão 150)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
149) Quais problemas?		<input type="text"/>
150) Você diria que o atendimento ao parto foi ?	1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. Ruim	<input type="checkbox"/>
151) Você se sentiu discriminada por algum motivo nessa maternidade? (Se não, vá para questão 153)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
152) Qual o motivo?		<input type="text"/>

Entrevistador, em caso de óbito fetal ou natimorto, preencher com 8 até a questão 162

VIII. Dados do Bebê

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre o seu bebê

153) Que dia o bebê nasceu?	<input type="text"/>
154) A que horas o bebê nasceu?	<input type="text"/>
155) Como o bebê está passando no momento?	<input type="checkbox"/>
1. Muito bem 2. Bem 3. Regular 4. Mal	
156) Qual será o nome do bebê?	<input type="text"/>
157) O bebê chorou ao nascer?	1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>
158) Você levou o bebê ao seio, ainda na sala de parto?	1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>
159) Se mulher HIV+, recebeu a orientação para não amamentar o bebê?	<input type="checkbox"/>
1. Sim 2. Não	
160) O bebê está ficando no:	<input type="checkbox"/>
1. Berçário 2. Alojamento conjunto 3. UI/UTI 4. Outros _____	
161) Houve algum problema com o bebê durante o parto? (Se não, vá para questão 162)	1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>
162) Quais?	<input type="text"/>
163) Você diria que o atendimento ao seu bebê foi ?	<input type="checkbox"/>
1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. Ruim	

Para ser preenchido pelo entrevistador ao final da entrevista

164) A cooperação da entrevistada foi:	<input type="checkbox"/>
1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Razoável 5. Fraca	
165) A respondente é portadora de alguma deficiência?	1. Sim 2. Não <input type="checkbox"/>

23. Você solicita os exames do HIV independente do aconselhamento e/ou consentimento das suas pacientes? (Se 3, vá para questão 25)	1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca	<input type="checkbox"/>
24. Por quê?		
25. Você conhece as diretrizes (concepção) do Projeto Nascer?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
Caso a parturiente já informe o seu estado sorológico HIV ⁺ na admissão ao parto, que procedimentos devem ser seguidos antes e durante o parto: (mais de uma resposta)?		
1. Sim 2. Não		
a. Se carga viral < 1.000 cópias realizar parto normal		<input type="checkbox"/>
b. Se carga viral > 1.000 cópias realizar parto normal		<input type="checkbox"/>
c. Se carga viral < 1.000 cópias realizar parto cesáreo, desde que com indicação médica		<input type="checkbox"/>
d. Se carga viral > 1.000 cópias realizar parto cesáreo		<input type="checkbox"/>
e. Aplicação do AZT-IV antes do parto		<input type="checkbox"/>
f. Aplicação do AZT-IV durante o parto		<input type="checkbox"/>
g. Realizar cesárea independente da carga viral		<input type="checkbox"/>
h. Realizar parto normal independente da carga viral		<input type="checkbox"/>
26. Caso o teste rápido para o HIV seja reagente, e a gestante não tenha prévio conhecimento do seu status sorológico, que procedimentos devem ser seguidos antes e durante o parto: 1. Sim 2. Não		
a. Informar à parturiente		<input type="checkbox"/>
b. Realizar o aconselhamento		<input type="checkbox"/>
c. Realizar parto normal		<input type="checkbox"/>
d. Realizar parto cesáreo		<input type="checkbox"/>
e. Aplicação do AZT-IV antes e durante o parto		<input type="checkbox"/>
27. Caso o teste rápido para o HIV seja reagente, o exame confirmatório é realizado:		
1. Na unidade de saúde 2. Em laboratório externo		<input type="checkbox"/>
28. Em quanto tempo é recomendado a chegada dos resultados confirmatórios?		<input type="checkbox"/>
1. Horas __ __ 2. Dias __ __		
29. Usualmente, em quanto tempo chegam os exames confirmatórios para você?		
1. Menos de 24 horas 2. 24-48 horas 3. Mais de 48 horas		<input type="checkbox"/>
30. A puérpera recebe orientações sobre a inibição da lactação?		
1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca		<input type="checkbox"/>
31. É realizada a inibição mecânica da lactação até a chegada dos exames confirmatórios?		
1. Sim 2. Não		<input type="checkbox"/>
Comentário:		
32. E no caso da confirmação diagnóstica do HIV, deve ser aplicado o inibidor de lactação?		
1. Sim 2. Não		<input type="checkbox"/>
Comentário:		
33. Qual inibidor de lactação é mais utilizado em suas pacientes?		
1. Hexaidrobenzoato 2. Carbengolina 3. Outros _____		<input type="checkbox"/>
34. Devem ser reforçadas as orientações/aconselhamento à puérpera após a confirmação diagnóstica?		
1. Sim 2. Não		<input type="checkbox"/>
35. Você notifica o caso da gestante HIV ⁺ ? (Se 1, vá para questão 37)		
1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca		<input type="checkbox"/>
36. Por que não notifica sempre?		
37. E ao recém nascido, é indicada a terapia com a Zidovudina (AZT-xarope)?		
1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca		<input type="checkbox"/>
38. Em até quanto tempo após o parto é iniciado no recém nascido, o tratamento com o AZT-xarope?		
1. < 2 h 2. 2 a 4 h 3. 5 a 8 h 4. > 8 h		<input type="checkbox"/>
39. E esta prescrição para o bebê, é indicada por até quantas semanas?		
1. De 1 a 2 semanas 2. Até 4 semanas 3. Até 6 semanas 4. > 6 semanas		<input type="checkbox"/>
40. O recém nascido recebe o leite fórmula infantil na maternidade?		
1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca		<input type="checkbox"/>
41. Quantas latas?		
42. Você encaminha o recém nascido para seguimento em algum Centro de Referência?		
1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca		<input type="checkbox"/>
43. Qual Centro/SAE?		

44. O exame VDRL da gestante é realizado: 1. Na unidade 2. Em laboratório externo _____	<input type="checkbox"/>
45. Habitualmente em quanto tempo você recebe os resultados: 1. < 12 h 2. 12 a 24 h 3. 25 a 48 h 4. >48 h	<input type="checkbox"/>
46. É realizada uma orientação/aconselhamento à parturiente após o resultado VDRL reagente? 1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca Comentário	<input type="checkbox"/>
47. Que esquema terapêutico é indicado para o bebê (dose e tempo)? <i>Para o codificador 1. Esquema adequado 2. Esquema inadequado</i>	<input type="checkbox"/>
48. Que esquema terapêutico é indicado para a mãe (dose e tempo)? <i>Para o codificador 1. Esquema adequado 2. Esquema inadequado</i>	<input type="checkbox"/>
49. Que esquema terapêutico é indicado para neurosífilis (dose e tempo)? <i>Para o codificador 1. Esquema adequado 2. Esquema inadequado</i>	<input type="checkbox"/>
50. Durante o tratamento, mãe e bebê permanecem na unidade? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
51. É realizado o tratamento do parceiro? 1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca	<input type="checkbox"/>
52. Qual o esquema? <i>Para o codificador 1. Esquema adequado 2. Esquema inadequado</i>	<input type="checkbox"/>
53. Você solicita algum exame confirmatório para a gestante/parturiente? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
54. Qual?	
55. Caso o VDRL seja reagente, os exames confirmatórios são realizados: 1. Na unidade 2. Em laboratório externo _____	<input type="checkbox"/>
56. Você solicita algum exame confirmatório para o recém-nascido? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
57. Quais?	
58. Em quanto tempo você recebe os resultados confirmatórios: 1. 12 a 24 h 2. 25 a 48 h 3. >48 a 72h 4. >72 h	<input type="checkbox"/>
59. Você notifica o caso da gestante com sífilis? 1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca	<input type="checkbox"/>
60. Você notifica o caso de sífilis congênita? 1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca	<input type="checkbox"/>
61. Existe algum tipo de integração deste serviço com os Programas PACS/PSF para o seguimento da puérpera e do bebê com exames reagentes? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
62. Você orienta a sua paciente sobre a retestagem do VDRL 30 dias após o tratamento para averiguação da titulação? 1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca	<input type="checkbox"/>
63. E por quantos meses mais a mulher é orientada a repetir o teste? _____ meses	<input type="checkbox"/>
64. Na sua opinião, que aspectos precisariam ser implementados (insumos, recursos humanos, capacitação, gestão, etc) nesta unidade de saúde para um melhor desenvolvimento das atividades de controle da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita?	
65. Na sua opinião são importantes os cuidados e medidas para a prevenção de doenças com a sífilis e a Aids durante o pré-natal e o parto? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
66. Por quê?	
67. Como você se percebe enquanto profissional, no processo de prevenção e controle da transmissão vertical de doenças como a sífilis e Aids?	

Para ser preenchido pelo entrevistador ao final da entrevista

68. A cooperação da(o) entrevistada(o) foi: 1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Razoável 5. Fraca	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Anexo VIII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Mãe**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezada mãe,

Estamos pedindo seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pela Secretaria de Saúde de Pernambuco, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) e a Fundação Oswaldo Cruz.

O estudo pretende avaliar se o Programa de Controle da Transmissão Vertical de AIDS e Sífilis estão funcionando adequadamente no pré-natal e durante o parto, com o objetivo de melhorar o atendimento à gestante e ao bebê.

A pesquisa abordará aspectos sobre suas condições de moradia, nível de instrução, história reprodutiva, atenção pré-natal que você recebeu e comportamentos que influenciam na sua saúde, bem como sobre a testagem de HIV e Sífilis durante a gravidez.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação nela a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

As informações que você nos der serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta pesquisa.

Pernambuco, _____ / _____ / _____

Assinatura da parturiente: _____

O participante concordou e assinou o termo de consentimento informado ou recusou?

1. Concordou e assinou 2. Concordou e não assinou 3. Recusou

Coordenadores da Pesquisa**Dra. Maria Goretti de Godoy Sousa**

Secretaria de Saúde de Pernambuco – Praça Oswaldo Cruz, s/n – Bairro Boa Vista – Recife – CEP: 50.000
Fone: 3412-6518

Dra. Elizabeth Moreira dos Santos

ENSP/FIOCRUZ – Av. Brasil, 4036, 10º andar Manguinhos Rio de Janeiro-RJ CEP: 21.040-361

Dr. Paulo Germano de Frias

IMIP - Rua dos Coelhos, 300 – Bairro Coelhos – Recife – CEP: 50.000 Fone: 2122-4756

Anexo IX - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissional de saúde**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado profissional,

Estamos pedindo seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pela Secretaria de Saúde de Pernambuco, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) e a Fundação Oswaldo Cruz.

O estudo pretende avaliar se o Programa de Controle da Transmissão Vertical de AÍDS e Sífilis estão funcionando adequadamente no pré-natal e durante o parto. O objetivo final é ter informações para melhorar o atendimento no pré-natal e durante o parto de tal modo que doenças infantis e maternas que possam ser prevenidas sejam de fato evitadas pelos serviços de saúde.

Serão realizadas verificações de procedimentos e da estrutura a partir de questionários na farmácia, laboratório, análises de prontuários, entrevistas com as mães além deste questionário voltado aos profissionais médicos e da enfermagem desta maternidade envolvidos nos procedimentos de obstetrícia e neonatologia, e que abordam conhecimentos e condutas relativas ao controle da transmissão vertical do HIV/Aids e sífilis.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento.

As informações que você nos der serão mantidas em segredo e não serão divulgadas em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta pesquisa

Participante: _____

Pernambuco, _____ / _____ / _____

O participante concordou e assinou o termo de consentimento informado ou recusou?

1. Concordou e assinou 2. Concordou e não assinou 3. Recusou

Coordenadores da Pesquisa:

Dra. Maria Goretti de Godoy Sousa

Secretaria de Saúde de Pernambuco – Praça Oswaldo Cruz, s/n – Bairro Boa Vista – Recife – CEP: 50.000
Fone: 3412-6518

Dra. Elizabeth Moreira dos Santos

ENSP/FIOCRUZ – Av. Brasil, 4036, 10º andar Manguinhos Rio de Janeiro-RJ CEP: 21.040-361

Dr. Paulo Germano de Frias

IMIP - Rua dos Coelhoos, 300 – Bairro Coelhoos – Recife – CEP: 50.000 Fone: 2122-4756