

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Vilma Costa de Macêdo

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO NASCER EM
MATERNIDADES DE QUATRO MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO
ESTADO DE PERNAMBUCO: ESTUDO DE CASOS**

ORIENTADORA

Prof^a Dr^a Adriana Falangola Benjamim Bezerra

CO-ORIENTADOR

MS. Paulo Germano de Frias

RECIFE

2007

VILMA COSTA DE MACÊDO

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO NASCER EM
MATERNIDADES DE QUATRO MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO
ESTADO DE PERNAMBUCO: ESTUDO DE CASOS**

Dissertação apresentada ao programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Pipasc da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

RECIFE

2007

Macêdo, Vilma Costa de

Avaliação da implantação do projeto nascer em maternidades de quatro municípios do Interior do estado de Pernambuco: estudos de casos / Vilma Costa de Macêdo – Recife: O autor, 2007.

12 + 90 folhas : il., fig., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2007.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Projeto Nascer. 2. Avaliação em Saúde. 3. Estudos de casos. I. Título.

**614
353.628**

**CDU (2.ed.) UFPE
CDD (22.ed.) CCS2007-100**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA
MESTRANDA

VILMA COSTA DE MACÊDO

No dia 11 de maio de 2007, às 14:30 horas, no auditório do Núcleo de Saúde Pública – NUSP/ Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, os professores: Adriana Falangola Benjamin Bezerra (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE - Orientador) – Membro Interno, Isabella Chagas Samico (DO – IMIP) – Membro Externo e Ana Paula de Oliveira Marques (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE) – Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o(a) mestrando(a) Vilma Costa de Macêdo, sobre a sua Dissertação intitulada: **"Avaliação da Implantação do Projeto Nascer em Maternidades de Quatro Municípios do Interior do Estado de Pernambuco: estudo de casos"**. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof^ª. Dr^ª. Adriana Falangola Benjamin
Bezerra

Aprovada

Prof^ª. Dr^ª. Isabella Chagas Samico

Aprovada

Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula de Oliveira Marques

Aprovada

Adriana L. Benjamin Bezerra

Prof^ª. Dr^ª. **Adriana Falangola Benjamin Bezerra**

Isabella Chagas Samico

Prof^ª. Dr^ª. **Isabella Chagas Samico**

Ana Paula de Oliveira Marques

Prof^ª. Dr^ª. **Ana Paula de Oliveira Marques**

*Dedico este trabalho a uma pessoa especial, que me ensinou que sem esperança não há coragem para viver. A sua história de batalhas e dificuldades são ensinamentos que chorar e sonhar faz parte da vida. Um amor infinito: segura em minha mão, me coloca no colo, chora comigo e ainda entende meus momentos como ninguém: minha **Mãe**.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir o convívio com as pessoas que eu amo e sempre nos dar força para continuar. Agradecer nominalmente a todas as pessoas que de uma forma ou de outra, me auxiliaram nesse processo, torna-se uma tarefa quase impossível. A todos, minha gratidão.

Agradecimentos especiais:

A Adriana Falangola, por ter aceitado o desafio dessa orientação e confiando em mim, pela paciência demonstrada durante as idas e vindas nas correções, pelo constante apoio, o compartilhamento de idéias e a competência com que me conduziu nessa trajetória.

A Paulo Frias, meu eterno “*teacher*” que sempre acompanhou de perto a minha caminhada na vida profissional, desde a graduação, pela sua amizade, estímulo, e pelo privilégio de seus ensinamentos. Obrigada por tudo!

À Dra.Carla Lourenço, pelo carinho e atenção que me foi dedicadas, quando ensinou-me a lidar com as ferramentas necessárias para consolidação do banco, estar ao seu lado foi motivo de aprendizagem.

Aos professores da banca examinadora por terem aceitado colaborar com este estudo.

As instituições financiadoras do projeto de pesquisa: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde e Fundação Oswaldo Cruz que disponibilizaram os recursos necessários ao trabalho de campo.

Aos Colegas, pesquisadores do trabalho de campo, por compartilharmos o dia-a-dia de uma grande pesquisa.

Aos gestores das maternidades, participantes do estudo, que abriram as portas para que o trabalho de campo pudesse ser realizado em todas as suas fases.

A Luci Praciano de Lima, Coordenadora do PIPASC, pelo apoio e carinho.

A todos os docentes das disciplinas por mim freqüentadas, por fazerem parte dessa caminhada.

A Moreira, secretário do PIPASC, pelo carinho e disponibilidade em ajudar sempre.

Aos amigos do mestrado: Ana Flávia, Bianca, Keila, Lusanira, Marcinha, Jailsom, Juliana Rique, Raíssa, Simone e Consolação, por compartilharmos um momento singular “aprender por querer” e participarmos da “maratona” de trabalho com dedicação. Saudades!

Ao meu pai e meu irmão Pedro que sempre acreditaram em meu esforço.

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde do Recife e do Departamento de Enfermagem da UFPE pelo apoio e incentivo que demonstraram o tempo todo.

SUMÁRIO

Página

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE QUADROS	
LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	
APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 A epidemia da aids e sífilis no Brasil : situação e tendência	17
1.2 Infecção pelo HIV e sífilis como indicadores da qualidade da assistência ao pré-natal	20
1.3 O Projeto Nascer	23
1.4 Avaliação em saúde	25
2 OBJETIVOS	27
2.1 Geral	27
2.2 Específicos	27
3 METODOLOGIA	28
3.1 Estratégia de pesquisa	28
3.2 Modelo lógico do Projeto Nascer	31
3.3 Instrumentos de pesquisa	34
3.4 Qualidade dos instrumentos de pesquisa	36
3.5 Critério para escolha das maternidades-casos	37
3.6 Maternidades-casos	38
3.6.1 Dados do perfil sócio-demográficos dos municípios onde se localizam as maternidades-casos selecionadas	38
3.6.3 Hospital João Murilo de Oliveira – Maternidade A	39
3.6.4 Hospital Regional Jesus Nazareno – Maternidade B	39
3.6.5 Hospital Regional Dom Moura – Maternidade C	39
3.6.2 Hospital Regional Dom Malam – Maternidade D	40
3.7 O olhar sobre as maternidades-casos: a seleção da amostra intra-hospitalar	40
3.8 Estudo piloto e procedimentos de campo	42
3.8.1 Estudo de caso-piloto	42
3.8.2 Procedimentos de campo	43
3.9 Plano de análise e indicadores/padrões utilizados no estudo	43
3.10 Considerações éticas	45
4 RESULTADOS	49
4.1 O Projeto Nascer: o grau de implantação dos seus componentes e a sua dimensão unitária	49
4.1.1 Componente prevenção	49
4.1.2 Componente vigilância epidemiológica	52

4.1.3 Componente assistência farmacêutica	55
4.1.4 Componente assistência laboratorial	58
4.1.5 Componente assistência clínica	61
4.1.6 O Projeto Nascer na sua dimensão unitária	65
4.1.7 O projeto Nascer: resultados observados	67
5 DISCUSSÃO	68
5.1 O grau de implantação do Projeto Nascer (os componentes e a sua dimensão unitária) observado nas maternidades-casos	68
5.1.1 Componente prevenção	68
5.1.2 Componente vigilância epidemiológica	70
5.1.3 Componente assistência farmacêutica	73
5.1.4 Componente assistência laboratorial	76
5.1.5 Componente assistência clínica	79
5.2 Os efeitos do Projeto Nascer	84
5.3 A implantação e a sua relação com os efeitos do Projeto Nascer: o confronto com o modelo lógico	85
6 CONCLUSÕES	89
7 RECOMENDAÇÕES	90
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
9 ANEXOS	105

RESUMO

A complexidade do processo de vigilância da transmissão vertical do HIV e da sífilis trazem grandes desafios para os serviços de saúde. No Brasil, implantou-se o Projeto Nascer que tem por finalidade a transmissão mãe-bebê do HIV e da sífilis. O objetivo deste estudo é avaliar a implantação do Projeto Nascer nas maternidades de quatro municípios do interior de Pernambuco. Trata-se, por conseguinte de um estudo de casos múltiplos, abrangendo dois tipos de abordagem: a retrospectiva e a transversal. A primeira, incluiu a avaliação dos prontuários dos casos diagnosticados de HIV e de sífilis em 2004, e das mulheres atendidas, independente das doenças supra citadas. A segunda compreendeu: entrevista com os gestores, gerentes da farmácia e do laboratório, bem como a observação dos procedimentos na triagem, pré-parto e entrevista com uma amostra de parturientes. Elaborou-se um modelo lógico para avaliação, considerando-se os componentes: prevenção, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, laboratorial e clínica, cuja unidade de análise compreendeu os 5 componentes e a dimensão unitária do Projeto Nascer. Os indicadores, foram selecionados segundo a disponibilidade da informação e a importância da ação. Adotaram-se critérios e pontos para definição do grau de implantação, cujos resultados, evidenciaram maior aderência às normas preconizadas na Maternidade A, com 62,5%, classificada como parcialmente implantada, e a menor na Maternidade C, com 30,68%, sendo enquadrada como inaceitável. Quanto aos casos de HIV em gestantes, as Maternidades A e B notificaram 4 e 3 casos, respectivamente, enquanto, nas C e D verificou-se ausência de casos. A taxa de incidência de sífilis, em gestantes foi de 14,5%, 14,0% e 12,5% de nascidos vivos nas Maternidades D, A e B, respectivamente, exceto na C que não foi diagnosticados casos. Observou-se uma coerência entre o grau de implantação das ações e os resultados encontrados, visto que nas unidades com maior adesão às normas, houve maior casos de HIV e sífilis congênita, enquanto, nas de menor adesão, conseqüentemente menor número de casos. O confronto da realidade empírica com o modelo lógico evidenciou as complexas relações estabelecidas na determinação do grau de implantação do Projeto Nascer e seus resultados nas maternidades avaliadas.

Palavras-chave: Projeto Nascer - Avaliação em Saúde - Estudos de casos.

ABSTRACT

The complexity of the syphilis and HIV vertical transmission vigilance process yields great challenges to the health services. The Projeto Nascer was set up in Brazil aiming to reduce the mother-baby HIV and syphilis transmission. The goal of this study is to evaluate the setting up of Projeto Nascer in the maternities of four municipalities in the interior of the State of Pernambuco. It is a multiple case study, with two kinds of approaches: retrospective and transversal. The retrospective includes the evaluation of the medical records of the diagnosed HIV and syphilis cases in 2004 and for the assisted women, independent of the HIV and syphilis exams results. The transversal comprised: an interview with the administrators, laboratories and drug stores managers, the observation of the procedures in the triage and pre-delivery and interview with a sample of parturients. A logical model was elaborated for evaluation considering the components: prevention, epidemiological vigilance, laboratorial, clinic and pharmaceutical assistance. The analysis unit encompassed the 5 components and the unitary dimension of Projeto Nascer. The indicators to represent the components were selected considering the information availability and action importance. Criteria and points were adopted for the installation degree definition. The results showed greater adherence to the foreseen rules in maternity A, with 62.5%, classified as partially implanted, and the smallest in maternity C, with 30.68%, being deemed as unacceptable. As for the HIV cases in pregnant women, the maternities A and B notified 4 and 3 cases, whereas, in maternities D and C the absence of cases was verified. The syphilis incidence rate in pregnant women was 14.5%, 14.0% and 12.5% of babies born alive in maternities D, A and B, respectively. There were no cases diagnosed in maternity C. Coherence between the installation degree of Projeto Nascer's actions and the results found was observed. In the units with greater adhesion to the norms there were more congenital syphilis and HIV cases, whereas, the ones with smaller adhesion detained a smaller number of diagnosed cases. The confrontation of the empirical reality with the logical model has pointed the complex relations established in determining the installation degree of Projeto Nascer and their results in the evaluated maternities.

Key Words: Projeto Nascer - Health Evaluation - Cases study.

LISTA DE TABELAS

		Pág.
Tabela 1	Distribuição dos casos de Aids em 4 municípios do interior de Pernambuco, no Nordeste e Brasil, 2000 - 2005	18
Tabela 2	Distribuição proporcional dos casos de Aids, segundo a idade e o sexo em Pernambuco, 1983 - 2005	18
Tabela 3	Distribuição dos números de prontuários (2004), observação triagem e pré-parto e entrevista com mães em 4 maternidades do interior do estado de Pernambuco - 2005	41
Tabela 4	Indicadores relacionados ao componente prevenção do Projeto Nascer em 4 maternidades do interior de Pernambuco - PE, 2005	51
Tabela 5	Indicadores relacionados ao componente vigilância epidemiológica do Projeto Nascer em 4 maternidades do interior de Pernambuco - PE, 2005	54
Tabela 6	Indicadores relacionados ao componente assistência farmacêutica do Projeto Nascer em 4 maternidades do interior de Pernambuco - PE, 2005	57
Tabela 7	Indicadores relacionados ao componente assistência laboratorial do Projeto Nascer em 4 maternidades do interior de Pernambuco - PE, 2005	60
Tabela 8	Indicadores relacionados ao componente assistência clínica do Projeto Nascer em 4 maternidades do interior de Pernambuco - PE, 2005	63
Tabela 9	Distribuição de casos de HIV e incidência de sífilis em gestantes por 1.000 nascido vivos em 4 maternidades do interior de Pernambuco - PE, 2005	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Representação do modelo de avaliação do projeto nascer	30
Figura 2	Modelo Lógico Projeto Nascer	32

LISTA DE QUADROS

	Pág.	
Quadro 1	Instrumentos utilizados na pesquisa, objetivos e técnica de coleta	35
Quadro 2	Distribuição dos municípios, maternidades-casos e nomenclatura usada na descrição dos casos	37
Quadro 3	Dados sócio-demográficos e rede assistencial dos municípios de Vitória de Santo Antão, Caruaru, Garanhuns e Petrolina – Pernambuco	38
Quadro 4	Indicadores, parte integrante do modelo, questionário onde se obtiveram os dados e padrão adotado para definição do grau de implantação dos componentes de prevenção, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, laboratorial e clínica	46
Quadro 5	Escores dos indicadores segundo maternidades e o grau de implantação do componente prevenção	52
Quadro 6	Escores dos indicadores segundo maternidades e o grau de implantação do componente vigilância epidemiológica	55
Quadro 7	Escores dos indicadores segundo maternidades e o grau de implantação do componente assistência farmacêutica	58
Quadro 8	Escores dos indicadores segundo maternidades e o grau de implantação do componente assistência laboratorial	61
Quadro 9	Escores dos indicadores segundo maternidades e o grau de implantação do componente assistência clínica	65
Quadro 10	Grau de implantação do Projeto Nascer segundo componentes e dimensão unitária em 4 maternidades do interior de Pernambuco - PE, 2005	66

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome
APAMI - Associação de Proteção à Mulher e à Infância
AZT - Zidovudina
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC - Centers for Disease Control and Prevention
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DST - Doença Sexualmente Transmissível
ELISA - Enzyme linked Immunosorbent Assay.
GI - Grau de Implantação
HIV - Human Immunodeficiency Vírus
IMIP - Instituto Materno Infantil de Pernambuco
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PACTG - Paediatric AIDS Clinical Trial Group
PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde
PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PSF - Programa Saúde da Família
RN - Recém-Nascido
SAME - Serviço de Arquivo Médico
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SINAN - Sistema de Informação de Notificação de Agravos Notificáveis
SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SPSS - Statistical Package for the Social Science
SUS - Sistema Único de Saúde
TARV - Terapia Anti-Retroviral
UNICEF - Fundo das Nações Unidade para Infância
VDRL - Veneral Disease Research Laboratory
% - Percentual, Proporção

APRESENTAÇÃO

Escrever não é algo fácil, exige do aluno disponibilidade para leituras, reflexão e discussão do assunto com o orientador ou professor. O mestrado é fundamental para quem deseja a vida acadêmica. Ouvi essas frases de diferentes pessoas, principalmente, dos professores e profissionais que passei a admirar durante a minha formação acadêmica e residência em saúde pública. Os caminhos trilhados foram planejados de forma estratégica utilizando as ferramentas da dedicação a profissão, pois sabia que assim teria mais possibilidades de dar certo.

Ao terminar a graduação em enfermagem na Universidade Federal de Pernambuco, realizei a seleção para residência em saúde coletiva do núcleo de estudos em saúde coletiva. Durante os dois anos, o enfoque principal foi vivenciar a prática nas secretarias municipais de saúde, estagiei na Prefeitura do Recife e era um momento ímpar, dava-se início a uma nova forma de gestão municipal e como residente pude observar o serviço e discutir na academia as dificuldades enfrentadas pelo gestor. O trabalho de conclusão foi resultado de uma coleta primária, uma pesquisa avaliativa do tipo normativa nas unidades de saúde da família, utilizando o universo das unidades de saúde existentes, aplicando um instrumento de avaliação do programa de saúde da mulher, criança e adolescente. Recortei a parte do instrumento referente à assistência a saúde da criança, a monografia teve como título *“Avaliação normativa do programa de assistência integral a saúde das crianças nas unidades de saúde da família no município do Recife em 2002”*.

Ao apresentar a monografia à instituição pensei que “a missão” estava cumprida, entretanto, como meu orientador falava *“trabalho precisa ser publicado”* e aí outros desafios se colocavam: adequar um trabalho às normas de uma revista científica, e naquele momento precisava de esforço pessoal maior porque agora estava trabalhando no serviço e as atividades eram intensas e a cobrança maior, deixava de ser residente para ser enfermeira do programa saúde da família. Começava a vivenciar mais etapa do meu planejamento profissional: exercer intensamente a saúde pública, supervisionar os agentes comunitários de saúde, planejar e construir uma sala de situação de um território. Colocava o olhar de avaliadora em *“minha própria unidade”* e começava a vivenciar as dificuldades do profissional da ponta, em muitos momentos não podia ir adiante, dependia da gestão, comprometimento e decisão política.

Com o passar de dois anos e meio, percebi que todas as ações tinham sido vivenciadas, não tinha mais o entusiasmo do início, e as dificuldades políticas em momento eleitoral levou-me a pensar que chegara o momento de mudar. Pensei em inúmeras possibilidades, nunca havia esquecido a pesquisa a qual tinha participado e o desejo de voltar a estudar era imenso. Tracei planos de estudo e durante meses, tinha um único objetivo: ser aprovada para o mestrado em saúde pública.

Antes de iniciar o curso não sabia ao certo o que me esperava, mas o projeto para seleção do mestrado já demonstrava o claro interesse pela área de avaliação em saúde, esta temática envolvia-me intensamente. As disciplinas teóricas e os momentos de estudo solitários foram necessários para reflexões mais aprofundadas e sempre que os professores abriam oportunidade para abordar o objeto a ser pesquisado, relatava a minha vontade de continuar os estudos na área de avaliação. E parece que o mundo conspira quando desejamos algo, assim surgiu o convite para participar da *“Pesquisa Avaliativa do Projeto Nascer no Estado de Pernambuco”* em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, Instituto Materno Infantil de Pernambuco e Fundação Oswaldo Cruz. Esta pesquisa configurava aspectos diferenciados: muitos coletadores, coordenadores, estudo piloto, viagens a outros municípios, prazos de entrega mais rígidos. Entrara em um universo novo com novas amigas e que exigia esforço para estudar a área avaliada: redução da transmissão vertical da sífilis e do HIV, objeto principal do Projeto Nascer. A vontade de ir a campo era imensa, passava horas estudando os instrumentos e observando tudo que podia melhorar a prática de um avaliador, o universo era novo - maternidades, um serviço que sempre tive interesse em conhecer melhor. Em poucos meses estava envolvida pelo projeto.

Durante a disciplina de metodologia da pesquisa que tem como objetivo o planejamento do projeto de mestrado, veio à angústia e mais um desafio: a possibilidade de fazer a dissertação do Projeto Nascer. A preocupação era prudente por ser uma pesquisa que não acontecia em parceria com a Universidade Federal de Pernambuco e em algumas instituições acadêmicas isto é um requisito essencial, além de minha orientadora não fazer parte do grupo. Ensaiei como falar com o orientador e a coordenação do mestrado, na época sofria pela possibilidade de receber um *“Não”*, mas os meus olhos falaram juntamente com o meu envolvimento na pesquisa e tudo deu certo, estava autorizada a recortar uma parte da pesquisa.

Algumas dificuldades surgiram e não podia desistir diante das várias etapas já cumpridas, não havia trabalhos publicados sobre avaliação do Projeto Nascer em bases de dados, apenas uma avaliação em 2004 no realizada em vários estados do Brasil, entretanto, os resultados não foram publicados até o momento. Outra dificuldade encontrada: as informações mais importantes do instrumento, presente no modelo lógico do Projeto Nascer, muitas vezes era o resultado mais frágil por inexistência da informação escrita nos prontuários. Mergulhei nos instrumentos para escolha dos indicadores possíveis, vários testes para o critério e pontos de cortes, foi uma etapa exaustiva, solicitava cuidado nos resultados, muitas anotações, porém de muito aprendizado.

Estou contente por escrever que acabo de cumprir mais uma etapa planejada, e defino que este mestrado foi do trabalho de campo, da diversidade da pesquisa avaliativa, e principalmente, do método. Este possibilitou a construção de um modelo de avaliação, aplicação do modelo lógico, e confronto dos efeitos com o evento teórico. Os resultados evidenciam a fragilidade da assistência às mulheres e a possibilidade de mudança de um cenário, a replicação dos instrumentos e aplicação do modelo lógico podem contribuir para redução da transmissão vertical do HIV e sífilis, bem como organização dos serviços. Mais importante é que sei o que escrevi em cada página, fruto de horas de leituras, dedicação, solidão, colaboração de meus orientadores, um pouco de mim, das mudanças que aconteceram e reconheço as fragilidades como potencialidades a serem trabalhadas nos artigos a serem publicados e em outra etapa, o doutorado. Mais confiante, sinto que este trabalho não termina aqui.

1. INTRODUÇÃO

1.1 A epidemia da Aids e da sífilis no Brasil : situação e tendência

A epidemia da Aids no Brasil, caracteriza-se por conter três fases. A primeira, aconteceu no início dos anos 80, quando os casos estavam mais concentrados nas metrópoles mais industrializadas, evidenciando, como principal categoria, os homossexuais e bissexuais; a segunda, compreendeu o período da década dos anos 80 até precisamente 1992, com o expressivo número de casos, devido à transmissão por uso de drogas injetáveis; a terceira e última fase caracteriza-se, principalmente, pelo aumento da transmissão heterossexual, notadamente entre as mulheres, expandindo-se para os municípios de menor porte (FONSECA, 2002).

Marques (2003) alude à questão de gênero que é um aspecto importante ao estudar a situação da Aids no Brasil. No período de 1982 a 1986, havia 28 homens infectados para cada mulher infectada. Em 1987, a razão mudou para 9:1 e para 3:1 em 1998, o que evidencia uma rápida transformação no perfil da epidemia.

Ao estudar a distribuição dos casos de Aids em mulheres, em uma capital brasileira, no período de 1982 a 1997, Tomazelli et al. (2003) confirmaram que a Aids se dissemina para os bairros cuja renda está abaixo da mínima, onde também é mais intenso o crescimento da epidemia entre as mulheres, principalmente, as que possuem baixa renda e escolaridade.

Szwarcwald et al. (2000) analisaram as taxas médias de incidência de Aids, no Brasil, segundo dois recortes: grande região e tamanho do município. Observaram que os maiores ritmos de crescimento ocorrem entre os de pequenos porte, com menos de 50 mil habitantes, identificando-se que nestes municípios a epidemia está em fase inicial de expansão.

Para uma melhor compreensão da dinâmica da epidemia brasileira, a Tabela 1 ilustra a distribuição dos casos de Aids em 4 Municípios do interior de Pernambuco, no Nordeste e Brasil, no período de 2000 a 2005. Verifica-se o decréscimo no número de casos, entretanto, cumpre salientar que o decréscimo das notificações não expressa a realidade da epidemia. Relatórios, elaborados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, indicam que uma das dificuldades, para implementação do sistema de vigilância epidemiológica em Aids nos municípios, é a subnotificação dos casos, ainda presente neles, especialmente os de menor porte,

onde os sistemas de informação apresentam, entre outros problemas, atraso de notificação do dado e duplicidade de registro (PERNAMBUCO, 2006a; NICHATA, 2001).

Tabela 1 - Distribuição dos casos de Aids em 4 municípios do interior de Pernambuco, no Nordeste e Brasil, 2000 - 2005

Municípios	Ano						Total
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Vitória de Santo Antão	6	6	18	12	20	7	97
Caruaru	24	31	52	51	49	22	334
Garanhuns	5	8	6	6	3	2	51
Petrolina	14	11	18	8	1	3	112
Pernambuco	644	760	1026	858	731	385	4404
Nordeste	2858	2957	3604	4013	4355	1849	19636
Brasil	26245	25611	30843	33904	30886	11940	159429

Fonte: Brasil, 2005a; Pernambuco, 2006a.

O crescimento dos casos de Aids entre as mulheres acarreta, conseqüentemente, o aumento de crianças infectadas por transmissão vertical. Em Pernambuco, a infecção pelo HIV em menores de 13 anos, desde 1998, e em 100% dos casos nesta faixa etária, acontece por transmissão vertical e apresenta uma tendência ao crescimento (PERNAMBUCO, 2006a). A Tabela 2 demonstra a dimensão desta situação no Estado de Pernambuco.

Tabela 2 - Distribuição proporcional dos casos de Aids, segundo a idade e o sexo em Pernambuco, 1983 – 2005

Faixa	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
< 1 Ano	44	0,7	36	1,3	80	0,9
1 - 4	51	0,8	85	3,1	136	1,5
5 - 9	29	0,4	19	0,7	48	0,5
10 - 14	14	0,2	4	0,1	18	0,2
15 - 19	78	1,2	50	1,8	128	1,4
20 - 65 e +	6260	96,7	2516	91,9	8776	95,7
Total	6476	100,0	2710	100,0	9186	100,0

Fonte: Pernambuco, 2006a.

Outra Doença Sexualmente Transmissível (DST) que apresenta mais um risco às mulheres portadoras do vírus da Aids, principalmente em idade fértil é a sífilis, podendo acometer o feto por meio da transmissão vertical. A sífilis congênita, desde 1986 é uma doença de notificação compulsória em território nacional (BRASIL, 2005a).

Paz et al (2004) ressalta os acordos firmados com o objetivo de conseguir a erradicação da sífilis congênita:

Em 1995, pela resolução do Comitê de Ética 116.R3 da Organização Pan-Americana de Saúde, o Brasil, juntamente com outros seis países da América Latina e Caribe, assumiu o compromisso para elaboração do Plano de Ação visando à eliminação da sífilis congênita nas Américas até o ano de 2000, tomando como referência a definição de caso do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de 1988. A meta definida foi de um coeficiente de incidência de até 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos, com o tratamento de 95% das gestantes com sífilis e de redução do coeficiente de prevalência da infecção em gestante para menos de 0,1% (PAZ et al., 2004, p.12).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que de 10% a 15% das gestantes, residentes em países subdesenvolvidos, estariam infectadas pelo agente causador da sífilis - *Treponema pallidum*, com taxas de mortalidade perinatal de até 40 óbitos por mil nascimentos (BASSO et al., 2005). Corroborando com esta situação, Saraceni e Leal (2003) evidenciaram que as mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação, corresponderam aos segmentos mais carentes da população.

No Brasil, estudo de representatividade nacional, inferiu, para o ano de 2004, uma taxa de acometimento de 1,6% para gestantes infectadas, ou seja, corresponde a 50 mil parturientes com sífilis ativa e uma estimativa de 15 mil crianças nascendo com sífilis congênita (BRASIL, 2005b).

Levantamento do Programa Nacional de DST/ Aids do Ministério da Saúde, concluído no fim de 2005, mostra que o Estado de Pernambuco é o terceiro no País entre os que mais registram casos de sífilis congênita. Entre 1998 e 2005, Pernambuco acumulou um total de 3,6 mil casos de sífilis congênita. São Paulo apresenta-se com 5,7 mil e Rio de Janeiro com 7,9 mil casos (AGÊNCIA AIDS, 2005).

Ao analisar os casos de sífilis congênita, informado pelo Sistema de Informação de notificação de agravos notificáveis – SINAN de Pernambuco, cerca de 72% das mães tiveram acesso ao pré-natal e apenas 17% dos seus parceiros tinham sido tratados, denotando uma atenção pré-natal deficiente ou de baixa qualidade; 87,5% das mães de bebês com sífilis têm apenas 1 a 3 anos de estudos (PERNAMBUCO, 2005a).

Entre os municípios do interior de Pernambuco, segundo o Departamento de Informática do SUS – DATASUS, no período de 2000 a 2005, Caruaru apresentou 157 casos notificados; Petrolina 130 casos, entretanto, Garanhuns não apresentou notificação de casos neste período (BRASIL, 2005c; BRASIL, 2005d; BRASIL, 2005e; BRASIL, 2005f).

Mediante essas considerações e das reais dimensões do problema, torna-se relevante avaliar a implantação das ações de saúde relacionadas ao controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no estado de Pernambuco.

1.2 Infecção pelo HIV e sífilis como indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal

A associação da Aids à sífilis materna e congênita pode desencadear uma evolução agressiva destas patologias. Alguns autores (VIERA, 2005; VICTORA e CESAR, 2003) apontam que um dos fatores que contribui para que permaneça alta a prevalência e a incidência destas infecções é a falta de uma assistência pré-natal de qualidade.

A qualidade de um serviço de saúde pode ser mensurada por meio de assistência, baseada em protocolos, organização, disponibilidade, acesso e principalmente pela instituição de propostas em torno do vínculo e acolhimento com os usuários.

Um pré-natal adequado requer serviços acessíveis de qualidade, que incluam usualmente, a avaliação em sua rotina, realizando entre outras atividades: captação precoce das gestantes, disponibilidade de exames e medicamentos para o tratamento adequado de patologias, realização de procedimentos considerados essenciais, bem como capacitação de profissionais de saúde (CECATTI et al., 2004).

Coimbra et al. (2003) identificaram fatores associados à inadequação da assistência pré-natal em uma comunidade urbana, chamando a atenção para o padrão de cobertura da assistência pré-natal no Brasil que, apesar de aumentar nas últimas décadas, ainda é considerado baixo. Apresenta dificuldades de operacionalização por não considerar as desigualdades existentes nos cuidados oferecidos a gestantes e essa conclusão é reforçada pelo fato da cobertura não determinar o número de exames solicitados para sífilis, bem como o resgate em tempo oportuno juntamente com o tratamento adequado.

A assistência pré-natal é realizada em nível primário de atenção à saúde e os municípios devem oferecer para as gestantes a garantia do acesso a consultas, exames e outros procedimentos. Estudo, realizado por Victora e César (2003), evidenciou que 13,2% das mães brasileiras não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, variando entre 4,9% no Sul e 25,2% no Nordeste.

Com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e estabelecer ações mínimas presentes em uma consulta de pré-natal, o Ministério da Saúde, no ano de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (SERRUYA et al., 2004).

Entre os critérios considerados como prioridade para o programa, encontram-se a solicitação e o resultado em tempo hábil do exame de HIV e da sorologia para detecção da sífilis – VDRL (na primeira consulta), repetindo este último na trigésima (30^a) semana de gestação. Estes exames são considerados indicadores sensíveis da qualidade da atenção pré-natal (CECATTI et al., 2004; SOUZA JÚNIOR et al., 2004).

O estudo *Sentinela-Parturiente*, realizado em todas as regiões do Brasil, em 2002, identificou que, na região Sul, 84% das parturientes possuía, no momento da coleta, uma consulta pré-natal, solicitação da sorologia e conhecimento do resultado antes do parto; entretanto, nas regiões Norte e Nordeste, esta constatação foi de 42%. Em relação às parturientes que satisfazem as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, referentes à detecção precoce pelo HIV, apenas 27%, atendem esta condição, e cujo percentual na região Nordeste, é de 10% (SOUZA JÚNIOR et al., 2004).

O estudo supra citado, possui uma importância nacional, em função da área de estudo ser composta de 228 maternidades, distribuídas em 150 municípios do Brasil, muitas delas credenciadas ao Projeto Nascer.

Em Fortaleza, Cavalcante et al. (2004) identificou 138 grávidas infectadas pelo HIV, no entanto, apenas 101, ou seja 73,1% realizaram o pré-natal e poderiam ter sido submetidas às condutas para redução do status sorológico durante a gravidez, devido ao conhecimento prévio e daquelas que realizaram o acompanhamento pré-natal, somente 47,5% receberam a profilaxia adequada.

Serruya et al. (2004) traçaram um panorama da atenção pré-natal no Brasil e demonstraram que o aumento do número de consultas aconteceu em todos os municípios, no entanto, este acréscimo não resultou em impacto considerável na morbimortalidade materna. Também, correlacionou a notificação de sífilis congênita com a assistência pré-natal, e constatou que o número de casos é igual tanto para o grupo que realizou pré-natal quanto para o que não fez.

Viera (2005), ao estudar a prevalência da sífilis congênita, em um município de São Paulo, através de método retrospectivo, encontrou 45,8% de casos diagnosticados após internação do parto, entre as gestantes que realizaram seguimento pré-natal, de acordo com as normas estabelecidas.

Corroborando os dados dos estudos anteriores, Basso et al. (2005), ao pesquisarem a prevalência da sífilis congênita em um Hospital Geral de Caxias do Sul – RS, no período compreendido entre 1998 e 2002, revelaram que 74,5% das gestantes possuíam tratamento inadequado à sífilis, 21,3% não haviam realizado tratamento e apenas 4,2% possuíam tratamento adequado.

Estas descobertas reforçam a idéia de que a atenção pré-natal não pode ser avaliada apenas pelo número de consultas realizadas. Ao avaliar a assistência pré-natal de forma qualitativa, cujo enfoque da assistência incorpore ações de integralidade e produza impactos, vários autores (CECATTI et al., 2004; SOUZA JÚNIOR et al., 2004; MADI e DE LORENZI., 2001) referem que a solicitação rotineira de testes, para o diagnóstico de HIV e da sífilis, são indicadores de avaliação da atenção pré-natal disponível a cada população.

As falhas detectadas na atenção ao pré-natal como: a baixa realização de exames laboratoriais, subnotificação dos casos, falta de tratamento do parceiro e medidas coletivas de educação em saúde ineficazes sinalizam para a necessidade de rever as atividades realmente executadas pelos serviços de saúde, buscando estratégias locais de incentivo à implementação de todas as outras ações que compõem o programa pré-natal, para que este possa contribuir para redução dos agravos existentes nesta população (COIMBRA et al., 2003).

1.3 O Projeto Nascer

O Projeto Nascer foi idealizado pelo Ministério da Saúde, em 2002, para ser implantado em maternidades do SUS (próprias e conveniadas), localizadas em municípios considerados prioritários e que atendiam a mais de 500 partos por ano. Um dos critérios adotados para estabelecer a implementação do projeto nas maternidades foi à notificação de 1 caso de Aids por transmissão vertical (BRASIL, 2003a).

A portaria 2104/GM de 19 de novembro de 2002, institui o “*Projeto Nascer Maternidades*” que tem como objetivo principal à redução da transmissão vertical do HIV e a morbimortalidade causada pela sífilis congênita (BRASIL, 2002).

Sabendo-se que as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde e repassadas às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ainda não causaram o impacto desejado em relação à redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita, a implementação do Projeto Nascer se revela como mais um componente para a política de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2002).

As ações a serem executadas pelas maternidades credenciadas são: capacitação de equipes multiprofissionais no acolhimento, aconselhamento, realização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes HIV positivas e crianças expostas, testagem e indicação terapêutica para sífilis, bem como a vigilância epidemiológica e disponibilidade do tratamento farmacológico, estabelecido através dos protocolos (BRASIL, 2003a).

Com o intuito de incentivar os estados e municípios, o Ministério da Saúde, ao estabelecer o cumprimento da portaria, disponibilizou, por um período de 6 meses, os medicamentos e insumos para início das atividades do projeto (BRASIL, 2002). Atualmente os estados realizam o repasse dos insumos aos municípios.

Sabendo que as intervenções relacionadas ao Projeto Nascer acontecem em nível secundário de atenção – maternidades de referência, que não se constituem o melhor local para realizar o primeiro diagnóstico de HIV ou sífilis de uma gestante, uma vez que a mesma deveria chegar a este nível de atenção com o diagnóstico, tratamento instituído e recomendação adequada para o manejo do parto (BRASIL, 2003a).

A portaria que implementa o Projeto Nascer considera a importância de estudos já realizados, que comprovaram que intervenções profiláticas, realizadas mesmo durante o parto e puerpério, podem reduzir em cerca de 50% a probabilidade de transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2002).

Dessa forma, a qualidade da assistência oferecida e a disponibilidade de insumos podem diminuir a taxa de transmissão vertical. Entretanto, a execução dos procedimentos, como coleta de sangue para sorologia do HIV, deve ser autorizada após o aconselhamento, que traduz o consentimento em ser submetida a exames e terapêutica, constituindo uma rotina nos serviços de saúde realizado por profissionais capacitados (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2005g).

Estudo realizado por Vasconcelos (2005), com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência prestada às gestantes e parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos, em 17 maternidades-públicas, situadas em 4 capitais brasileiras, revelou que 359 mulheres, ou seja, 24% não usaram a zidovudina (AZT) durante sua gestação; 282 parturientes, ou seja, 19% não foram medicadas com o AZT intravenoso; e 112 bebês, ou seja, 8% não foram medicados com o AZT solução oral.

Em Pernambuco, existem 19 maternidades credenciadas no Projeto Nascer e 4 destas, localizadas em municípios estratégicos do interior do Estado, apresentam como referência para assistência ao parto a população adscrita, bem como em outros municípios vizinhos; as referidas maternidades encontram-se localizadas em Vitória de Santo Antão, Caruaru, Garanhuns e Petrolina (PERNAMBUCO, 2005b).

A íntima relação existente entre a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis e a assistência pré-natal e ao parto impõe que ações conjuntas sejam implementadas e descentralizadas pelos programas de DST/Aids; Saúde da Mulher e da Criança, Adolescentes, Coordenação Geral das Políticas; Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia Saúde da Família, nos níveis Federal, Estadual e Municipal. Desta forma, pode-se desenhar estratégias e executar ações efetivas para a prevenção dos agravos referidos, alcançando a capilaridade e a sustentabilidade necessárias para atingir cerca de 3 milhões de mulheres que, a cada ano, dão à luz no Brasil (BRASIL, 2003a).

A partir deste contexto, estudos que enfoquem a avaliação da atenção ofertada a este grupo populacional podem contribuir para o conhecimento das

fragilidades das intervenções em curso e subsidiar planejamento de ações para o seu enfrentamento.

1.4 Avaliação em saúde

Avaliação pode ser entendida como determinação de valor e tomada de decisão. O exercício de realizar avaliação teve origem no início da humanidade, propagando-se até a atualidade (WORTHEN et al., 1997).

Para Moreira (2002) é fundamental que a avaliação seja vista numa perspectiva interdisciplinar, com o desenvolvimento de novas metodologias objetivando demonstrar não apenas a efetividade e os resultados de uma intervenção, mas de melhorar a qualidade dos serviços para atender às necessidades do mercado e da estrutura pública mundial.

Avaliação possui diferentes conceitos e significados, entretanto, Contandrioupolos et al. (1997) definiram que:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOUPOLOS et al. , 1997, p.31)

Feliciano (2005), ao considerar as diversas relações entre o avaliador e o objeto avaliado, chama atenção para a abordagem normativa, mesmo existindo limitação, a mesma possui valor reconhecido na tomada de decisão, por correlacionar as ações programáticas à aplicação de normas, englobando todo o potencial técnico e estrutural. A pesquisa avaliativa envolve maior complexidade teórico-metodológica, exigindo outros conhecimentos.

No Brasil, nos últimos anos, cresce o interesse pelas avaliações de programas, passando a fazer parte das preocupações dos gestores do setor público (BRASIL, 2005i).

Hartz (1999a) considera aspectos relevantes da institucionalização da avaliação em saúde ao afirmar que a avaliação é tratada como uma atividade de natureza institucional que tem a vocação de se integrar à gestão pública e ao

funcionamento do sistema político se apoiando sobre a pesquisa avaliativa mas sem a ela restringir. A finalidade da avaliação é fazer um julgamento de valor e melhorar a operacionalização de uma política ou o funcionamento de um serviço.

A avaliação visa, em primeiro lugar, dirigir a ação, determinar se as atividades do programa atendem aos seus objetivos declarados, se são apropriadas e se estão sendo efetivamente implementadas (SESSIONS, 2001).

O ideal é que a avaliação se torne um componente da gestão em saúde, subsidiando a identificação de problemas, reorientando ações e serviços desenvolvidos, incorporando práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurando impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005i).

No entendimento de Matida e Camacho (2004) a avaliação é assumida como um sistema de feedback entre o programa e seu contexto, onde o objetivo fundamental é a produção de informação e conhecimento. Ao considerar programas de abrangência nacional, o modelo possibilita o fortalecimento e o resgate do papel de seus diversos níveis de desenvolvimento.

Assim, na atualidade, existe uma tendência, tanto de atores da academia quanto dos serviços de saúde, pelo método avaliativo em pesquisas, principalmente por identificar que os estudos já realizados são instrumentos reorientadores de políticas e práticas (MOREIRA, 2002; FRIAS, 2001; HARTZ et al. 1997).

Dentre os vários modelos e estratégias, utilizados em processos avaliativos, as análises de implantação permitem ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização dos programas (SILVA, 2005).

Segundo Denis e Champagne (1997), a avaliação da implantação permite realizar uma análise dos efeitos trazidos pela intervenção e as condições processuais.

Em trabalhos que buscam analisar a implantação de intervenções, o estudo de caso tem sido muito utilizado (SAMICO, 2003; MOREIRA, 2002; FELISBERTO, 2001; FRIAS, 2001; HARTZ et al. 1997), por abranger tudo: desde o planejamento, técnicas de coletas e abordagens específicas até uma compreensão ampla de casos complexos, por meio da descrição e análise do caso como um todo e do seu contexto. Assim, ao realizar análise da implantação de um programa, utilizando

como método o estudo de casos único ou múltiplos, pode-se inferir um diagnóstico real sobre as diversas dimensões das ações e serviços de saúde (YIN, 2005).

Frias (2001), ao justificar a importância de seu estudo avaliativo no interior do Nordeste, conclui que existe uma insuficiência de estudos avaliativos que permite determinar a efetividade dos serviços prestados e, em particular, os programas específicos de saúde.

Este estudo se fundamenta nesta justificativa, por isso, propõe uma avaliação do Projeto Nascer em 4 municípios do interior do estado, utilizando indicadores de resultados e o desenho lógico para conhecer o grau da implantação das ações de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a implantação do Projeto Nascer em 4 maternidades do interior do estado de Pernambuco, cadastradas no Programa Estadual de DST/Aids.

2.2 Específicos

- Explicitar o modelo de intervenção do “Projeto Nascer”, considerando os documentos oficiais do Ministério da Saúde.
- Avaliar o grau de implantação do Projeto Nascer, considerando o modelo lógico construído e seus componentes.
- Identificar a incidência da sífilis e a soropositividade dos casos de HIV nas gestantes das maternidades avaliadas.
- Analisar a relação entre o grau de implantação do Projeto Nascer com o número de casos de HIV e incidência de sífilis em gestantes nas maternidades avaliadas.

3. METODOLOGIA

3.1 Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa utilizada foi o estudo de casos múltiplos, que está, cada vez mais, sendo utilizada como uma ferramenta de pesquisa, já que possui a capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências, abrangendo a lógica do planejamento, técnicas de coleta e abordagens específicas. Existem dois tipos de variações compondo os estudos de casos: estudo de caso único e de casos múltiplos (YIN, 2005).

O potencial metodológico dos estudos de casos múltiplos colocado em prática é baseado na lógica da replicação, nesta pesquisa, entendida como uma duplicação das condições exatas do experimento original, sendo, para isso, importante o desenvolvimento de uma rica estrutura teórica (YIN, 2005).

De acordo com Yin (2005), a estrutura teórica torna-se, mais tarde, instrumento à generalização dos casos novos, semelhante ao papel desempenhado por projetos de experimentos cruzados. Se acontecer de alguns casos empíricos não se adequarem à estrutura teórica desenvolvida, deve-se fazer modificações na teoria à luz das evidências encontradas que possam compreender os resultados empíricos.

Denis e Champagne (1997) concebem que o estudo de caso é uma estratégia propícia à realização da análise de implantação. Yin (2005) explicita importantes aplicações: os estudos de casos ocupam lugar de destaque nas pesquisas avaliativas, por explicarem os vínculos causais em intervenções da vida real que são complexos para estratégias experimentais; descreverem uma intervenção em sua realidade; ilustrar certos tópicos de uma avaliação de um modo descritivo; explorar aquelas situações nas quais a intervenção avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados, além de configurar-se como uma “*meta-avaliação*”.

Yin (2005) destaca que os estudos de casos podem utilizar muitas fontes de evidências que usualmente não são empregadas em outras pesquisas, remetendo a uma ampla variedade de resultados. O presente trabalho apresentou 2 tipos de abordagens: uma retrospectiva e outra transversal.

A abordagem retrospectiva incluiu a avaliação do universo de prontuários de casos confirmados de HIV e sífilis em 2004, além dos prontuários de mulheres atendidas na maternidade, independente do resultado dos exames diagnósticos para

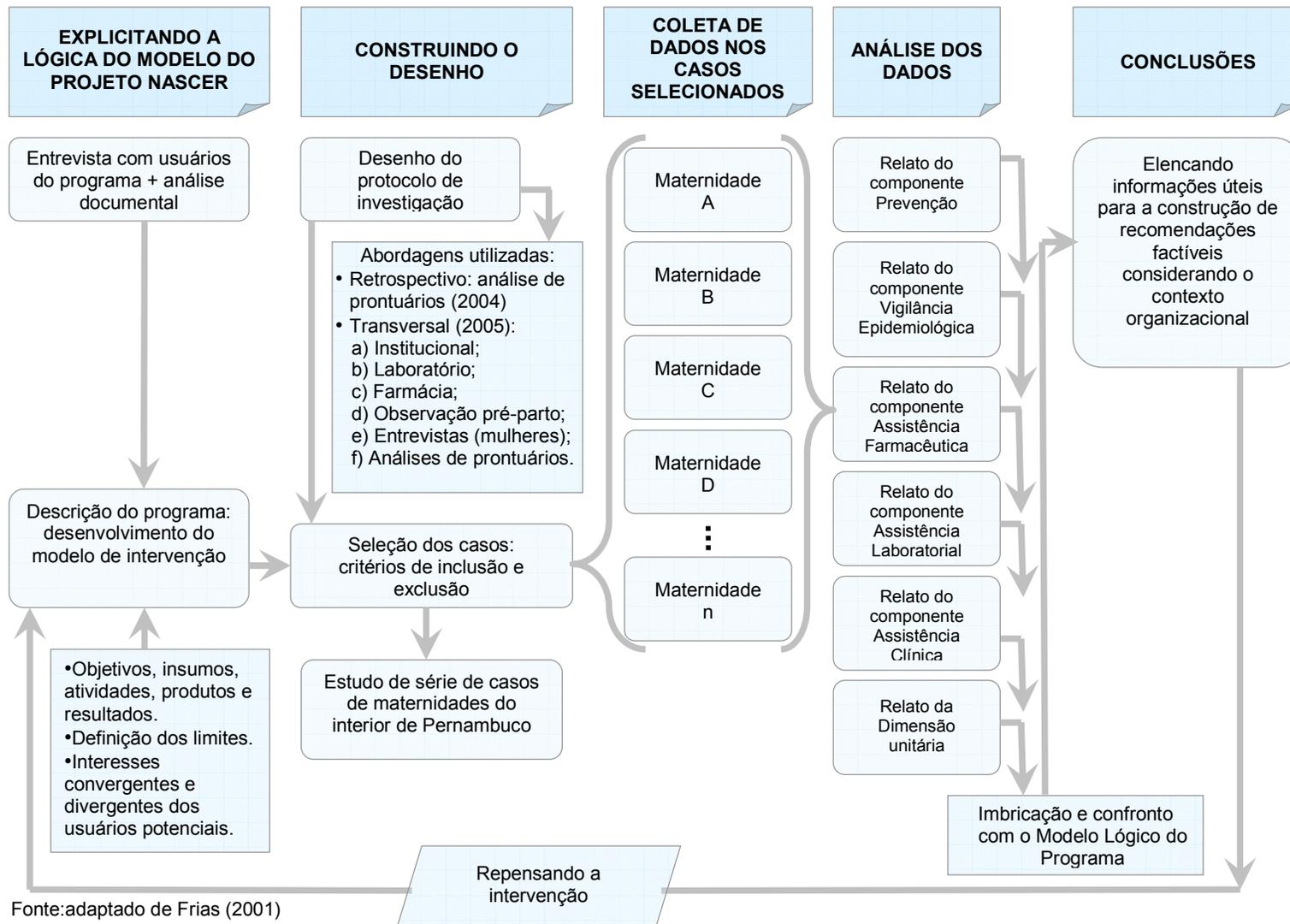
HIV e sífilis. Tal procedimento objetivou avaliar a assistência prestada às mulheres que buscaram atendimento nas *maternidades-casos*¹.

A abordagem transversal compreendeu entrevistas com os gestores, gerentes setoriais (laboratório e farmácia) e, ainda, a observação dos procedimentos adotados na triagem e do pré-parto e entrevista com uma amostra de parturientes.

Esta triangulação de fontes de informação permitiu diminuir a presença de vieses que comprometessem os resultados da pesquisa. O modelo de avaliação, com uso dos casos múltiplos, apresenta-se na Figura 1.

¹ Nesta pesquisa foi criado o neologismo **maternidades-casos** com a finalidade de denominar as maternidades envolvidas neste estudo.

Figura 1 - Representação do modelo de avaliação do projeto nascer



3.2 Modelo lógico do Projeto Nascer

A explicitação do modelo lógico torna-se especialmente útil, quando se realiza avaliações através de estudos de casos. Os modelos lógicos utilizam um encadeamento complexo de eventos ao longo do tempo, representados em padrões repetidos de causa-efeito, por meio do qual uma variável (evento) dependente em um estágio anterior torna-se uma variável independente (evento causal) para o próximo estágio (YIN, 2005). Neste direcionamento, a abordagem de modelos de intervenções complexas envolvem um conjunto de variáveis interdependentes. A elaboração do modelo lógico desponta como o primeiro passo para a avaliação de um programa e envolve explicação de seus componentes e suas inter-relações, bem como de fatores relevantes do contexto onde se desenvolve, descrevendo suas potenciais influências sobre os resultados esperados (HARTZ, 1999b).

Segundo Medina et al. (2005), a utilização do modelo teórico-lógico proporciona mostrar “o porquê” e “o como” se pretende fazer um programa de saúde, descrevendo detalhadamente sua finalidade. Inicia-se com a necessidade estabelecida por uma análise da situação do problema e do programa, seguida de um planejamento estratégico que contemple o monitoramento dos seus aspectos essenciais e que possam ser visualizados em uma rede que permita a avaliação dessa ação. Os componentes do programa podem ser explicitados através de uma matriz ou uma figura em que se apresente o recurso, as atividades, os produtos, os resultados e impactos pretendidos. O objetivo do modelo lógico, neste trabalho, é comunicar uma rede desejável e previsível de aspectos inter-relacionados para a consecução da finalidade do Projeto Nascer. Sua existência possibilitará o confronto com a realidade empírica da assistência prestada às mulheres nas maternidades. Assim, o modelo lógico desenvolvido considerou os seguintes componentes técnicos, relacionados ao controle do agravo ou doença em questão: prevenção, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, laboratorial e clínica.

Para seleção e explicitação dos componentes, foram considerados os documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde e excluídas quaisquer ações relacionadas ao seguimento do caso - dimensão promoção da saúde com qualidade de vida (Figura 2).

Figura 2 - Modelo lógico projeto nascer

Componente de intervenção	Insumo	Atividade	Produto	Resultado (curto e médio prazo)
Prevenção	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento de profissionais de saúde no Projeto Nascer. - Existência de normas afixadas em ambiente de triagem e pré-parto para prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis. - Cartão do Pré-natal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento para o manejo e condutas no atendimento a gestantes com HIV + e sífilis. - Aconselhamento sobre a importância do exame de HIV e sífilis. - Autorização para realização do teste rápido. - Instituição da assistência baseada em protocolos. - Normas afixadas para prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis. - Cartão do pré-natal afixado no prontuário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais de saúde treinados - Aconselhamento para realização do exame de HIV e sífilis. - Autorização e consentimento por escrito para realização do teste rápido. - Conhecimento do protocolo e das ações instituídas pelo projeto nascer, além da disponibilidade para consulta em local de trabalho. - Identificação das condutas adotadas no Pré-natal. - Fixação de cartazes sobre as formas de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificação dos profissionais de saúde nas condutas normatizadas para atendimento de gestantes com HIV e sífilis. - Instituição do manejo de casos baseados em protocolos do Ministério da Saúde. - Divulgação de ações preventivas na redução da transmissão vertical do HIV e sífilis através de materiais informativos, afixados no âmbito das maternidades.
Vigilância Epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> - Comissão de controle de infecção hospitalar. - Comissão de revisão de prontuário. - Comissão de análise de óbitos. - Fluxograma de investigação e manejo dos casos de HIV e sífilis. - Ficha de notificação e investigação de sífilis congênita. - Ficha de investigação de gestante HIV + e crianças expostas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de ações educativas de caráter individual e coletiva para redução da transmissão vertical do HIV e sífilis. - Investigação e notificação dos casos positivos de HIV e sífilis. - Investigação e notificação dos casos de morte fetal após 20 semanas de gestação de mãe portadora de sífilis ou com tratamento inadequado. - Busca ativa de casos em fontes alternativas (laboratórios, hospitais, SIH). - Rastreamento do parceiro para testagem de sífilis. - Revisão dos prontuários casos para verificação das condutas adotadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação sobre as principais formas de transmissão vertical do HIV e sífilis. - Número de casos de sífilis em gestantes, RN com sífilis congênita, morte fetal após 20 semanas de mãe portadora de sífilis, gestante HIV + e crianças expostas notificadas e investigadas. - Busca ativa dos casos em laboratório, hospitais, SIH entre outros. - Parceiros testados para sífilis. - Avaliação das condutas instituídas nos prontuários casos + de HIV e sífilis congênita, identificados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento da incidência do agravo na maternidade-caso. - Institucionalização dos casos identificados como "evento sentinela." - Estabelecimento do fluxograma de notificação, conduta e tratamento. - Garantia de uma comissão para revisão dos prontuários e análise dos óbitos.
Assistência Farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura Física. - Estrado ou estante. - Telas em janelas. - Geladeira. - Termômetro. - Medicamento Anti-retroviral. - Inibidor de Lactação. - Fórmula Láctea. - Medicamento para sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços em condições físicas adequadas. - Equipamento com armazenamento de medicações adequadas. - Leitura e registro da temperatura da geladeira. - Fornecimento de drogas anti-retrovirais: AZT injetável (frascos), comprimido, xarope, inibidor de lactação injetável e comprimido, Fórmula Láctea 1 semestre. - Fornecimento de antibiótico para sífilis: penicilina benzatina, procaína e cristalina. - Armazenamento de medicamento de forma adequada e no prazo de validade. - Reposição de medicamentos. - Registro da distribuição de medicamentos em livros ou em sistemas informatizados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos armazenados em condições adequadas. - Dispensação de medicamentos anti-retrovirais e penicilina com validade adequada. - Estabelecimento de controle de estoques, validade e reposição de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantia de dispensar os medicamentos prescritos para redução da transmissão vertical do HIV e tratamento da sífilis e sífilis congênita. - Instituição de um fluxo operacional de entrada, saída e reposição dos medicamentos anti-retrovirais e antibióticos.

“continua”

Figura 2 - Modelo lógico projeto nascer

“*continuação*”

Componente de intervenção	Insumo	Atividade	Produto	Resultado (curto e médio prazo)
Assistência laboratorial	<ul style="list-style-type: none"> -Estrutura física. - Geladeira. - Termômetro. - Computador. - Kits para teste rápido Anti-HIV. - Kits para teste rápido de sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> -Serviços em condições físicas adequadas. - Equipamentos adequados para realização dos exames. - Realização de exames para diagnóstico da sífilis: teste rápido e VDRL. - Estabelecimento de critério de tempo para entrega do teste rápido de HIV e sífilis. - Encaminhamento para exames confirmatórios. - Estabelecimento de critério de tempo para entrega de exame confirmatório. - Realização de amostra cega para controle de qualidade dos testes rápidos para HIV e sífilis. - Monitoramento de entrada e saída de exames informatizados. - 	<ul style="list-style-type: none"> -Garantia de realização do teste rápido para triagem da infecção pelo HIV. - Garantia de realização do teste rápido e VDRL para identificação da sífilis gestacional e congênita. - Estabelecimento de tempo para entrega de exames solicitados. - Mecanismo de controle de qualidade para testagem através de amostras cegas. - Adoção de critérios informatizados de entrada e saída de exames 	<ul style="list-style-type: none"> -Parturientes atendidas com os exames para triagem do HIV e da sífilis. - Determinação do tempo de envio e disponibilidade do resultado dos testes rápido e confirmatório. - Estabelecimento de mecanismos para controle da qualidade de testagem dos exames de HIV e sífilis. -
Assistência clínica	<ul style="list-style-type: none"> -Estrutura física. - Geladeira. - Manuais e normas técnicas. - Partograma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura física adequada na triagem e pré-parto. - Equipamento médico- hospitalar. - Acompanhante no Pré-parto. - Conhecimento sobre os resultados dos exames de HIV e sífilis no Pré-natal. - Coleta de sangue para testagem de HIV e sífilis ao chegar na maternidade. - Consentimento e aconselhamento sobre os exames coletados. - Exame obstétrico antes do parto. - Partograma preenchido. - Evolução do trabalho de parto no prontuário. - Via de parto definida de acordo com as recomendações. - Visitas médica e de enfermagem no pós-parto - Encaminhamento dos exames positivos para teste confirmatório. - Administração do tratamento anti-retroviral a gestante e Recém-nascido HIV + - Realização de inibição mecânica. - Orientação para não amamentar o RN - Indicação do uso da Fórmula infantil se necessário. - Administração de antibioticoterapia para sífilis gestacional, congênita e parceiros captados. - Realização de Raio X de ossos longos. - Análise do Líquor em Recém-nascido com sífilis. - Encaminhamento da puérpera e Recém-nascido ao serviço especializado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura física adequada. - Disponibilidade de equipamento médico-hospitalar em boas condições de uso. - Permissão para acompanhamento durante o internamento. - Utilização do partograma para evolução e definição da via de parto. - Parturientes testadas para o teste anti-HIV e sífilis. - Parturientes positivas em teste rápidos testadas em exame confirmatório. - Utilização de medidas terapêuticas para estantes e Recém-nascido positivas para o HIV e ou sífilis. - Puérperas HIV + orientadas para o risco de aleitamento materno. - Puérperas HIV + orientadas para o uso da fórmula infantil em seu Recém-nascido. - Inclusão na rotina de Raio X de ossos longos e análise do líquido para os Recém-nascido com sífilis congênita. - Encaminhamento dos casos a centros de referência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantia de assistência adequada à parturiente HIV +, sífilis e Recém-nascido exposto. - Redução do risco da transmissão vertical do HIV e sífilis por meio da assistência adequada.

3.3 Instrumentos de pesquisa

Os instrumentos adotados na investigação, foram adaptados dos utilizados na *Avaliação Nacional do Projeto Nascer*, realizada em 2004, quando aconteceu uma oficina na cidade do Recife, no mês de junho, no ano de 2005, com a participação de especialistas da Fundação Oswaldo Cruz, técnicos do programa estadual de DST/Aids, de saúde da criança e da mulher do Estado e Município, especialistas em avaliação, gestores e profissionais de saúde. O objetivo principal foi adequação de todos os questionários aos objetivos da pesquisa de avaliação do Projeto Nascer em maternidades de Pernambuco.

No Quadro 1, discrimina-se o conjunto de instrumentos utilizados na pesquisa, seus objetivos, técnica de coleta e as partes integrantes de cada questionário e os respondentes.

Quadro 1 - Instrumentos utilizados na pesquisa, objetivos e técnica de coleta

Instrumento	Objetivo	Técnica de Coleta	Questionários		Respondente
			Blocos	Partes Integrantes	
Institucional (Anexo 1)	Identificar o perfil da maternidade	Entrevista	I II III IV	Identificação do questionário Identificação do entrevistado Condições gerais da maternidade Composição da equipe	Diretor do estabelecimento de saúde
Farmácia (Anexo 2)	Identificar a disponibilidade e as condições de armazenamento das medicações e fórmula Láctea	Entrevista e Observação	I II III IV	Identificação do questionário Identificação do entrevistado Dados sobre os medicamentos e fórmula Láctea Observação do entrevistador sobre a farmácia	Gerente da farmácia e entrevistador
Laboratório (Anexo 3)	Conhecer a rotina utilizada na realização dos testes de HIV/ Sífilis e condições do ambiente físico do laboratório	Entrevista e Observação	I II III IV V	Identificação do questionário Identificação da mulher Dados sobre o teste de HIV Dados sobre o teste de Sífilis Dados sobre o laboratório	Gerente do laboratório e entrevistador
Observação Triagem e Pré-parto (Anexo 4)	Observar abordagem a paciente e o ambiente físico da prestação do atendimento	Observação não participante	I II III IV V	Identificação do questionário Identificação da mulher Observação quanto à abordagem da paciente Condições iniciais da gestante em observação Observações do ambiente físico hospitalar	Entrevistador do trabalho de campo
Mulher (Anexo 5)	Identificar o perfil social, obstétricos, e assistência oferecida na perspectiva da usuária	Entrevista	I II III IV V VI VII VIII	Identificação do questionário Identificação da mulher e dados sócio-demográficos Conhecimento de prevenção da Aids e sífilis Dados da gestação atual e antecedentes obstétricos Assistência pré-natal Dados comportamentais Dados do pré parto e do parto Dados do bebê	Puérpera internada na maternidade
Prontuário (Anexo 6)	Analisar dados da admissão e conduta terapêutica prestada e registrada no prontuário	Análise documental de prontuários	I II III IV V VI VII VIII IX X XI	Identificação do questionário Identificação da mulher Dados da admissão Informação do pré-natal Dados do trabalho de parto e do parto Evolução do puerpério Evolução do recém-nascido Dados sobre comportamento p/ HIV e sífilis Resumo de alta Mães HIV + na admissão ,parto e pós-parto Mães VDRL + na admissão ao parto	Entrevistador do trabalho de campo

3.4 Qualidade dos instrumentos de pesquisa

Os instrumentos de pesquisa podem ser julgados pela sua capacidade de reproduzirem as mesmas respostas em distintos momentos ou por diferentes investigadores e serão mais válidos quanto maior for a sua sensibilidade e especificidade frente ao indicador proposto (VEIGA et al., 2005).

A confiabilidade serve para minimizar os erros e as visões tendenciosas de um estudo; já os estudos de casos repetidos oferecem uma maior possibilidade de produzirem resultados mais fiéis. De uma maneira geral, a confiabilidade torna as etapas do processo os mais operacionais possíveis, principalmente, por utilizarem protocolo e desenvolver banco de dados para os estudos de casos (YIN, 2005).

Para se discutir a validade dos instrumentos, adotou-se a nomenclatura empregada por Contandriououlos et al. (1997): validade de conteúdo, de critério e de construção. Este estudo utilizou os mesmos instrumentos da avaliação do Projeto Nascer no Brasil, em 2004, adaptados à realidade do estado de Pernambuco.

A validade de conteúdo consiste em julgar se os itens da construção teórica representam bem o conceito a ser medido (CONTANDRIOUPOULOS et al., 1997). Durante a etapa de revisão dos questionários, para atender os objetivos do presente projeto, foi observado se as perguntas estavam centradas nas normas e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e adotadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, bem como se refletiam os diversos componentes do modelo lógico da intervenção preconizada: o Projeto Nascer.

Quanto à validade de construção, observou-se a relação dos conceitos teóricos e sua operacionalização, que concerne à capacidade dos indicadores escolhidos para medir corretamente os conceitos ou construções que nos interessam (CONTANDRIOUPOULOS et al., 1997). Recorrer a fontes múltiplas de evidências acarreta o aumento da validade de construção dos estudos de casos (Yin, 2005). Nessa orientação, esta validade foi concebida desde a elaboração do modelo de avaliação adotado (Figura 1).

A triangulação de informação de diversas fontes, a explicitação do modelo lógico do Projeto Nascer (Figura 2) e do modelo de avaliação (Figura 1) adotado são a expressão e o exercício da construção desta validade.

A validade de critério relaciona a capacidade do instrumento em medir um fenômeno com o critério de interesse (CONTANDRIOUPOULOS et al., 1997). Esta foi explicitada através da escolha dos indicadores para representar o grau de implantação com os componentes do modelo lógico do programa.

3.5 Critério para escolha das maternidades-casos

Incluiu-se, no estudo, o universo de maternidades do interior de Pernambuco, que estavam cadastradas no Projeto Nascer, desenvolvendo as ações, segundo informações da Coordenação Estadual de DST/Aids, em junho de 2005.

No cadastro da Coordenação Estadual de DST/Aids constavam 5 maternidades. Além das citadas no Quadro 2, existia a Associação de Proteção à Mulher e à Infância – APAMI, localizada no município de Vitória de Santo Antão. Esta última, quando do contato para a realização da pesquisa, informou que nunca implantou o projeto, apesar de ter realizado o treinamento preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde – Pernambuco; sendo, portanto, excluída do estudo.

No Quadro 2, discriminam-se os municípios e as maternidades cadastradas no Programa Estadual de DST/Aids no Projeto Nascer, bem como seu código de representação nos resultados e discussão.

Quadro 2 – Distribuição dos municípios, maternidades-casos e nomenclatura usada na descrição dos casos

Município	Maternidades-casos	Nomenclatura usada
1.Vitória de Santo Antão	Hospital João Murilo de Oliveira	A
2.Caruaru	Hospital Regional de Caruaru Jesus Nazareno	B
3.Garanhuns	Hospital Regional Dom Moura	C
4.Petrolina	Hospital Regional Dom Malam	D

3.6 Maternidades-casos

3.6.1 Dados do perfil sócio-demográfico dos municípios onde se localizam as maternidades-casos selecionadas

No Quadro 3 é apresentado o conjunto de informações dos municípios onde estão localizadas as maternidades.

Quadro 3 – Dados sócio-demográficos e rede assistencial dos municípios de Vitória de Santo Antão, Caruaru, Garanhuns e Petrolina - Pernambuco

Variáveis	Municípios			
	Vitória de Santo Antão	Caruaru	Garanhuns	Petrolina
Dados sócio-demográficos				
Mesorregião	Mata	Agreste	Agreste	São Francisco
Microrregião	Vitória de Santo Antão	Caruaru	Garanhuns	Petrolina
Área (km ²)	344,2	928,1	465	4737,1
População Total (hab)	117.609	253.634	117.749	218.538
Pop. Área Urbana 2005 (hab)	99.342	217.407	103.435	166.279
Pop. Área Rural 2005 (hab)	18.267	36.227	14.314	52.259
D. demográfica (hab/km ²)	341,7	273,3	252,8	46,1
Regional de Saúde (Geres)	I	IV	V	VIII
Tipo de Gestão 2005	Plena da Atenção Básica	Plena do Sistema Municipal	Plena da Atenção Básica	Plena do Sistema Municipal
Rede Assistencial 2005				
Hospitais	5	7	5	6
Leitos para internação	562	590	422	437
Ambulatórios	35	48	34	47
Unidade de Saúde Família	29	50	11	33
Nº de ACS	213	366	210	354

Fonte: Brasil, 2005j; Brasil, 2006a.

3.6.2 Hospital João Murilo de Oliveira – Maternidade A

Caracteriza-se por ser detentor de uma administração estadual para a internação, assistência obstétrica, como também urgência e emergência. Apresenta-se municipalizado nos atendimentos ambulatoriais.

Os setores de ginecologia e de obstetrícia são compostos por 7 leitos, destinados aos procedimentos ginecológicos-clínicos: 19 leitos cirúrgicos e 19 leitos de clínica. Para a assistência ao parto, possui: 1 sala de pré-parto com 3 leitos; 2 salas destinadas a parto normal; 2 salas de parto-cirúrgico; 1 sala de curetagem; 1 sala de recuperação e 3 leitos de unidade de cuidados intermediários ao recém-nascido (BRASIL, 2005d).

Em 2002, o hospital foi habilitado em Cuidados Intermediários Neonatal (BRASIL, 2005d).

3.6.3 Hospital Regional Jesus Nazareno - Maternidade B

Possui administração com duplo comando, a saber: atenção básica de gestão municipal e a média complexidade e internação, estadual (BRASIL, 2005e).

Os setores de ginecologia e de obstetrícia é compõem-se de 63 leitos, destinados a procedimentos ginecológicos-clínicos e cirúrgicos. Para a assistência ao parto, possui: 1 sala de pré-parto, com 12 leitos, 2 salas destinadas a parto normal; 2 salas, parto-cirúrgico; 1 sala de curetagem; 1 sala de recuperação. O setor de neonatologia é composto por 15 leitos para recém-nascido patológico e 58 para recém-nascido fisiológico (BRASIL, 2006a).

Em 1998, recebeu do UNICEF o título de *Hospital Amigo da Criança*; dispõe de um banco de leite humano e uma sala específica para teste do pezinho (BRASIL, 2005e; PERNAMBUCO, 2006b).

3.6.4 Hospital Regional Dom Moura - Maternidade C

Também se caracteriza por uma administração com duplo comando, a saber: atenção básica de gestão municipal e a média complexidade e internação

estadual. Realiza atendimento ambulatorial e de internação, assistência obstétrica, assim como urgência e emergência.

O serviço de ginecologia e o de obstetrícia são compostos por 17 leitos, destinados aos procedimentos ginecológicos cirúrgicos e 17 leitos obstétricos clínicos, com alojamento conjunto. Para a assistência ao parto, possui: 1 sala de pré-parto com 10 leitos; 2 salas destinadas a parto normal, 2 salas de parto-cirúrgico; 1 sala de curetagem, 1 sala de recuperação e 16 leitos de unidade de cuidados intermediários ao recém-nascido. Em 1999 foi habilitado como referência em atendimento secundário à gestante de alto risco (BRASIL, 2005f).

3.6.5 Hospital Regional Dom Malam – Maternidade D

Possui administração estadual para os leitos de obstetrícia, atendimento às urgências e emergências, sendo referência para os casos graves da região. Apresenta-se municipalizado nos atendimentos ambulatoriais.

O setor de ginecologia e o de obstetrícia são compostos por 4 leitos, destinados aos procedimentos cirúrgicos-ginecológicos; 8 leitos obstétricos cirúrgicos e 30 leitos de obstetrícia clínica. Para a assistência ao parto, possui: 2 leitos direcionados ao pré-parto, 1 sala exclusivamente para parto normal, 1 sala para o cirúrgico, 1 sala de curetagem e 4 leitos de unidade de cuidados intermediários. O alojamento conjunto dispõe de 43 leitos (BRASIL, 2005c).

Em 2003, o hospital recebeu do Fundo das Nações Unidas para Infância - UNICEF o título de *Hospital Amigo da Criança*. Habilitado em referência hospitalar em atendimento secundário à gestante de alto risco e tratamento para Aids (BRASIL, 2005c).

3.7 O olhar sobre as maternidades-casos: a seleção da amostra intra-hospitalar

A opção metodológica considerou a construção de um modelo de amostragem aleatória estratificada, amparada no número de nascimentos informados pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco para o ano de 2004.

O número de nascimentos foi utilizado para obter uma aproximação com o número de prontuários. O tamanho global da amostra foi calculado, através do modelo de amostragem aleatória simples, em um universo de 13.772 nascidos vivos destas maternidades, fornecendo 430 prontuários para o interior do estado. Estes números foram obtidos através de fórmulas estatísticas (COCHRAN, 1977). A Tabela 3, apresenta a distribuição sintetizada da amostra.

Tabela 3 – Distribuição dos números de prontuários (2004), observação triagem e pré-parto e entrevista com mães em 4 maternidades do interior do estado de Pernambuco - 2005

Nome do Estabelecimento	Nº Nascidos vivos em 2004	Proporção de Nascidos vivos	Nº prontuário Total	Abordagem Retrospectiva	Abordagem Transversal	
				Nº pront. 2004*	Observação triagem e pré-parto 2005	Entrevista com Mães 2005
Hosp. João Murilo de Oliveira, Vitória	1792	0,1301	56	38	6	12
Hosp. Regional Jesus Nazareno, Caruaru	5449	0,3957	170	119	17	34
Hosp. Regional Dom Moura, Garanhuns	2887	0,2096	90	63	9	18
Hosp. Regional Dom Malan, Petrolina	3644	0,2646	114	79	12	23
Total	13.772	1,0000	430	299	44	87

*Foram avaliados todos os prontuários casos de HIV e sífilis identificados a partir da coleta.

Fonte: Pernambuco. Relatório de construção da amostra da pesquisa avaliativa do Projeto Nascer – maternidades, 2005b.

Para a realização da entrevista com as mães, a amostra obtida considerou 20% dos prontuários avaliados, transcorrendo de forma sistemática, sorteada entre as mulheres presentes na unidade, no momento da pesquisa, e obedecendo proporcionalmente àqueles ocorridos no turno diurno ou no noturno, alternando-se com parto normal e cesárea, a fim de evitar viés de seleção.

A observação da triagem e pré-parto correspondeu a 10% dos prontuários analisados e esse número não foi inferior a 5 observações por unidade avaliada.

A seleção dos prontuários para revisão no ano de 2004 foi realizada através de um processo de amostragem sistemática, de acordo com o número de prontuários amostrados por mês, em cada maternidade. Ao identificar a listagem

dos prontuários para cada maternidade por ordem alfabética, selecionou-se de 5 em 5 até atingir o número necessário para cada serviço a ser avaliado.

Para os casos de sífilis em gestantes, sífilis congênita e HIV positivo, foi analisado o universo dos prontuários casos para o ano de 2004.

3.8 Estudo piloto e procedimentos de campo

A seguir, apresentam-se os procedimentos adotados no presente trabalho após a oficina relatada no item 3.3.

3.8.1 Estudo de caso-piloto

O estudo piloto é uma importante etapa da pesquisa, porquanto permite, principalmente, a comparação com os casos reais, proporcionando que todas as questões relevantes da fase de coleta possam ser encontradas. É, nesta fase, que se desenvolve o alinhamento das questões e elucidações conceituais para o aprimoramento do projeto de pesquisa (YIN, 2005).

O caso-piloto desta pesquisa foi realizado na Maternidade Barros Lima, localizada no Distrito Sanitário III, do município do Recife, com a participação de especialistas, técnicos, profissionais de saúde e estudantes residentes da área de saúde.

Esta etapa envolveu o conhecimento prévio de cada instrumento, com leitura coletiva e adaptação às realidades locais, fundamentadas em protocolos ministeriais e municipais. Foi enviado a cada pesquisador, através de e-mail, um conjunto de protocolos para melhor compreensão das questões estudadas.

Para aplicação dos questionários, formaram-se grupos de três entrevistadores, com as respectivas funções: um aplicava o instrumento e os outros dois observavam a técnica. Ao término, voltava-se ao grupo da pesquisa para retirar dúvidas e para relatos das experiências, desenvolvendo-se um consenso em torno de cada instrumento, quanto ao seu conteúdo e à técnica de coleta.

No caso do instrumento relacionado ao prontuário, o Serviço de Arquivo Médico - SAME da maternidade disponibilizou prontuários aleatórios para a coleta dos dados durante o projeto piloto.

3.8.2 Procedimentos de campo

Nas maternidades-casos, as atividades de campo se iniciaram após o contato com o gestor do serviço, momento em que se discorreu sobre o objetivo da pesquisa, o protocolo de investigação e acordou-se o período da coleta, considerando as particularidades locais. Paralelamente foram construídas planilhas com a inclusão dos partos ocorridos e a relação das parturientes de cada serviço, no ano de 2004, considerando-se os dados do Sinasc.

Solicitou-se ao SAME a busca prévia dos prontuários que iriam compor a amostra de prontuário do ano de 2004. Na ocasião, marcava-se a entrevista com o gestor do serviço para que fosse possível entrevistá-lo, durante a permanência dos entrevistadores, nas maternidades-casos.

Nas 4 maternidades, o trabalho de campo teve duração variável: Vitória de Santo Antão, 15 dias; Caruaru, 6 dias; Garanhuns, 10 dias e Petrolina 8 dias. Em algumas maternidades-casos, foi necessário voltar para investigar os prontuários de casos positivos de HIV e sífilis identificados pelos entrevistadores e que o serviço não havia localizado durante o período regular de coleta. Muitos casos só foram identificados após a procura em múltiplas fontes, ou seja: livros de registro de laboratório e de enfermagem, Núcleos de Epidemiologia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, prontuários, além de informantes chaves institucionais.

Nessa etapa, os pesquisadores elaboravam um relatório com informações relevantes para o gestor da unidade sobre os casos.

3.9 Plano de análise e indicadores/padrões utilizados no estudo

Os dados obtidos foram processados em bancos de dados que acumularam todos os itens dos questionários. Utilizou-se o Access para entrada dos dados e o Statistical Package for the Social Science (SPSS) para análise estatística e os gráficos foram construídos no Excel (LIMA e MARQUES, 2004).

A seleção dos indicadores que constituíram os 5 componentes do Projeto Nascer foram definidos, mediante poder de discriminação, pela disponibilidade da informação e importância da ação baseada no conjunto de padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e nos indicadores sem este padrão, adotaram-se ajustes

para operacionalizar a construção de um indicador sintético. A definição adotada para o grau de implantação correspondeu à medida da integralidade das ações executadas para cada componente, sendo ordenados em quatro estratos, definidos segundo os critérios e pontos de corte adotados:

Aceitável	90,1% ou mais
Parcialmente implantado	50,1% a 90%
Inaceitável	10,1% a 50%
Não implantado	até 10%

Para uma estimativa numérica do grau de implantação do Projeto Nascer padronizaram-se pontos específicos para cada indicador que constitui o componente. Alguns indicadores sintéticos foram construídos tomando por base 3 a 5 questões cujo propósito é a observação da existência de aspectos importantes a serem avaliados. O Quadro 4 apresenta os indicadores: parte integrante do modelo; questionários qual obtiveram-se os dados; o padrão adotado e as categorias e pontos de corte para definição do grau de implantação dos respectivos componentes.

O cálculo do escore do grau de implantação do Projeto Nascer foi obtido pelo somatório dos valores encontrados para cada um dos seus componentes. A fórmula apresentada a seguir representa a forma de obtenção do escore:

$$GI = \Sigma C1 C2.....C5$$

Onde: GI = Grau de Implantação do Projeto Nascer

Σ = somatório

C = Componente do Projeto Nascer

A dimensão unitária do grau de implantação do Projeto Nascer, segundo componentes, obedeceu à proporcionalidade da classificação e soma dos escores.

Procedeu-se à tentativa de relacionar a realidade empírica do grau de implantação por componente e dos resultados com o modelo lógico do Projeto Nascer.

3.10 Considerações éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil de Pernambuco - IMIP, sob número de aprovação 594/2005 (Anexo 7).

Disponibilizou-se para as mães internadas, o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 8). Em cada maternidade, comunicou-se à direção o início do estudo, disponibilizando um relatório dos problemas identificados que visavam à preservação dos princípios da oportunidade da pesquisa.

Quadro 4 – Indicadores, parte integrante do modelo, questionário onde se obtiveram os dados e padrão adotado para definição do grau de implantação dos componentes de prevenção, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, laboratorial e clínica

Componente do Modelo	Indicador	Parte Integrante do Modelo	Questionário	Padrão	Categoria e ponto de corte
Prevenção	Cartão do pré-natal da parturiente para maternidade	Insumo	Mulher		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais =1,0
	Autorização para realização do teste rápido	Insumo	Observação Triagem e Pré-parto		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais =1,0
	Aconselhamento sobre a importância do exame de sífilis	Atividade	Observação Triagem e Pré-parto		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais =1,0
	Aconselhamento sobre a importância do exame de HIV	Atividade	Observação Triagem e Pré-parto		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais =1,0
	Normas afixadas para prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis	Atividade	Observação Triagem e Pré-parto		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais =1,0
Vigilância Epidemiológica	Comissão de Análise de Óbitos	Insumo	Institucional	Pelo menos 1 por maternidade	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
	Comissão de Revisão de Prontuário	Insumo	Institucional	Pelo menos 1 por maternidade	1 (Sim) = 100% ; 0 (Não) = 0%
	Comissão de Controle e Infecção Hospitalar	Insumo	Institucional	Pelo menos 1 por maternidade	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
	Notificação de gestantes HIV em 2004	Atividade	Institucional	Pelo menos 01 caso notificado de HIV em 2004	≥ 1 caso = 100% Ausência de casos = 0%
	Notificação de sífilis congênita em 2004	Atividade	Institucional	Pelo menos 05 casos notificado de sífilis congênita em 2004	≥ 5 casos = 100% Ausência de casos = 0%
	Notificação de gestantes com sífilis em 2004	Atividade	Institucional	Pelo menos 05 casos notificado de sífilis em gestantes em 2004	≥ 5 casos = 100% Ausência de casos = 0%
	Rastreamento de parceiro com sífilis	Atividade	Prontuário	Testar todo parceiro de gestante positiva para sífilis	Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais =1,0
	Aconselhamento sobre o porquê da realização dos exames de HIV e sífilis	Atividade	Mulher		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais =1,0

“continua”

“continuação”

Quadro 4 – Indicadores, parte integrante do modelo, questionário onde se obtiveram os dados e padrão adotado para definição do grau de implantação dos componentes de prevenção, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, laboratorial e clínica

Componente do Modelo	Indicador	Parte Integrante do Modelo	Questionário	Padrão	Categoria e ponto de corte
Assistência Farmacêutica	Existência de telas em Janela	Insumo	Farmácia	Possuir em todas as janelas	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
	Existência de Geladeira	Insumo	Farmácia	Pelo menos 1 por farmácia	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
	Medicamentos Anti-Retrovirais (AZT: xarope, comprimido e injetável, inibidor de lactação e fórmula Láctea)	Insumo	Farmácia		5 respostas negativas = 0 1 resposta positiva = 0,5 2 ou 3 respostas positiva = 0,75 4 respostas positivas = 1
	Medicamento para tratamento da sífilis (Penicilina Benzatina, Procaína e Cristalina)	Insumo	Farmácia		3 respostas negativas = 0 1 resposta positiva = 0,5 2 respostas positivas = 0,75 3 respostas positivas = 1
	Serviço em condições físicas adequadas (Presença de mofo, infiltração, luz solar, caixa de remédio no chão ou teto e parede)	Insumo	Farmácia		3 respostas positivas = 0 1 resposta negativa = 0,5 2 respostas negativas = 0,75 3 respostas negativas = 1
	A geladeira condiciona alimentos e outros produtos	Atividade	Farmácia	Acondicionar exclusivamente medicamentos	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
	Registro de temperatura da geladeira	Atividade	Farmácia	Possuir registro em toda geladeira	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
	Controle do estoque	Atividade	Farmácia	Realizar em toda farmácia	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
Assistência Laboratorial	Existência de geladeira	Insumo	Laboratório	Pelo menos 1 por laboratório	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
	Existência de termômetro de geladeira	Insumo	Laboratório	Pelo menos 1 por geladeira	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
	Kit teste rápido Anti-HIV	Insumo	Laboratório	Possuir pelo menos 1	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
	Kit teste rápido sífilis	Insumo	Laboratório	Possuir pelo menos 1	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
	Realiza teste de identificação para HIV	Atividade	Laboratório	Realizar em todo serviço	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
	Realiza exame VDRL	Atividade	Laboratório	Realizar em todo serviço	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
	Referência para realizar exames confirmatórios para HIV	Atividade	Laboratório	Realizar em todo serviço	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
	Tempo de entrega dos testes rápidos de HIV	Atividade	Laboratório	Até 30'	Até 30' = 100% De 31 - 40" = 75% 41' - 1hora = 50%
	Tempo de entrega do testes confirmatório de sífilis	Atividade	Laboratório	Até 24 horas	≤ 24 horas (adequado) = 100% ≥ 24 horas (inadequado) = 0,0%
	Referência para realizar exames confirmatórios de sífilis	Atividade	Laboratório	Realizar referencia em todos os casos positivos	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%
Controle de qualidade do VDRL	Atividade	Laboratório	Realizar 1 a cada novo lote dos kits	1 (Sim) = 100%; 0 (Não) = 0%	

“continua”

“continuação”

Quadro 4 – Indicadores, parte integrante do modelo, questionário onde se obtiveram os dados e padrão adotado para definição do grau de implantação dos componentes de prevenção, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, laboratorial e clínica

Componente do Modelo	Indicador	Parte Integrante do Modelo	Questionário	Padrão	Categoria e ponto de corte
Assistência Clínica	Equipamento para auscultar os batimentos cardio-fetais	Insumo	Observação Triagem e Pré-parto	Pelo 1 menos por triagem	
	Serviço Condições Físicas adequadas (Temperatura ambiente, cama forrada, ausência de lixo e de restos de alimentos)	Insumo	Observação Triagem e Pré-parto		Nenhum adequado = 0 1 item adequado = 0,5 2 ou 3 itens adequados = 0,75 Todos itens adequados = 1
	Presença do Partograma no Prontuário	Insumo	Prontuário		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais = 1,0
	Permissão de acompanhamento	Atividade	Institucional	Permitir a toda parturiente	
	Realização do teste rápido para HIV na triagem	Atividade	Observação Triagem e Pré-parto		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais = 1,0
	Informação sobre a realização desses dois exames (HIV e sífilis)	Atividade	Mulher		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais = 1,0
	Examinada antes do Parto	Atividade	Mulher		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais = 1,0
	Número de visitas médicas no pós-parto	Atividade	Prontuário		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais = 1,0
	Registro no prontuário sobre o risco do HIV e sífilis	Atividade	Prontuário		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais = 1,0
	Raio X de ossos longos nos casos positivos	Atividade	Prontuário		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais = 1,0
	Análise do Líquor em m com sífilis	Atividade	Prontuário		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais = 1,0
	Encaminhar puérpera com sífilis para centro especializado	Atividade	Prontuário		Até 10,0% = 0,00 10,1% a 50,0% = 0,50 50,1% a 90% = 0,75 90,1 e mais = 1,0

4. RESULTADOS

4.1 O Projeto Nascer: o grau de implantação dos seus componentes e a sua dimensão unitária

A construção do grau de implantação do Projeto Nascer se consolidou mediante os componentes, respectivamente: Prevenção, Vigilância Epidemiológica, Assistência Farmacêutica, Laboratorial e Clínica.

Cada componente foi avaliado separadamente, considerando os indicadores específicos para cada um deles, consoante a disponibilidade da informação e da capacidade de discriminação entre os serviços avaliados. Em seguida, apresentar-se-ão os resultados pesquisados em tabelas e quadros onde reside a intervenção por componente, e, por último, a dimensão unitária programa.

4.1.1 Componente Prevenção

A Tabela 4 apresenta os indicadores específicos das ações executadas, nos serviços avaliados, para o componente prevenção e considerando a entrevista realizada com a mulher internada e a observação da triagem e pré-parto feita pelo pesquisador. Para avaliação do componente prevenção foram utilizados os seguintes indicadores: 2 relacionados a insumo e 3 à atividade.

Em relação ao conjunto dos indicadores para este componente, observou-se que na ação *cartão do pré-natal da parturiente para maternidade*, apresentou o melhor desempenho na Maternidade D, com 97,1% e o pior, na Maternidade A, com 64,7%.

Quanto ao indicador *autorização para realização do teste rápido e aconselhamento sobre a importância do exame de sífilis e HIV*, destaca-se que não se realizou em nenhuma das maternidades avaliadas.

Verifica-se que, para o indicador *normas afixadas para prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis*, apenas a Maternidade D apresentava 83,3% dos ambientes de triagem e pré-parto em que a mulher foi atendida com algum tipo de material ou normas afixadas.

No Quadro 5, observam-se os escores dos indicadores selecionados segundo maternidades, considerando os critérios adotados e mencionados no item 3.9.

Para o conjunto dos indicadores relacionados ao grau de implantação do componente prevenção, observou-se que a Maternidade D distinguiu-se na categoria de inaceitável, que no entanto, foi o melhor desempenho entre os serviços avaliados.

Tabela 4 - Indicadores relacionados ao componente prevenção do projeto nascer em 4 maternidades do interior de Pernambuco - 2005

INDICADOR	QUESTIONÁRIO	CATEGORIAS	Maternidade A		Maternidade B		Maternidade C		Maternidade D	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Cartão do pré-natal da parturiente para maternidade	Mulher	Sim	11	64,7	45	86,5	20	74,1	34	97,1
		Não	3	17,6	7	13,5	5	18,5	0	0,0
		Não tem o cartão	2	11,8	0	0,0	1	3,7	0	0,0
		Não se aplica	0	0,0	0	0,0	1	3,7	1	2,9
		Não informado	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Autorização para realização do teste rápido	Observação triagem e pré-parto	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
		Não	5	83,3	16	94,1	5	55,6	12	100,0
		Não se aplica	1	16,7	1	5,9	4	44,4	0	0,0
Aconselhamento sobre a importância do exame de sífilis	Observação triagem e pré-parto	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
		Não	6	100,0	16	94,1	9	100,0	12	100,0
		Não informada	1	16,7	1	5,9	0	0,0	0	0,0
Aconselhamento sobre a importância do exame de HIV	Observação triagem e pré-parto	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
		Não	3	50,0	0	0,0	7	77,8	10	83,3
		Não se aplica	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
		Não informada	1	16,7	17	100,0	2	22,2	2	16,7
Normas afixadas para prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis	Observação triagem e pré-parto	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	83,3
		Não	6	100,0	17	100,0	9	100,0	2	16,7

Quadro 5 - Escores dos indicadores segundo maternidades e o grau de implantação do componente prevenção

Indicador	Pontuação Máxima	Escore atingidos							
		Maternidade A		Maternidade B		Maternidade C		Maternidade D	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cartão do Pré-natal da parturiente para maternidade	1	0,75	75	0,75	75	0,75	75	1	100
Autorização para a realização do teste rápido	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Aconselhamento sobre a importância do exame de sífilis	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Aconselhamento sobre a importância do exame de HIV	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Normas afixadas para prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,75	75
Grau de Implantação	5	0,75	15	0,75	15	0,75	15	1,75	35

4.1.2 Componente Vigilância Epidemiológica

A Tabela 5 descreve os indicadores específicos das ações avaliadas para o componente vigilância epidemiológica considerando as entrevistas com o gestor da instituição, pacientes internadas e análise do prontuário realizada pelo pesquisador. A avaliação do componente compreendeu: 3 indicadores relacionados a insumo e 5 pertinentes a atividades.

Nos indicadores de insumos, evidencia-se a existência de uma *Comissão de Análise de Óbitos* apenas na Maternidade A; *Comissão de Revisão de Prontuário* apenas na Maternidade B e de *Comissão de Controle de Infecção Hospitalar* em todas as maternidades-casos.

Dos itens relacionados às atividades realizadas, o *rastreamento de parceiros com sífilis*, comprovado através das anotações nos prontuários dos casos diagnosticados, apresentou o melhor resultado na Maternidade D, com 11,3%. Em relação ao *aconselhamento sobre o porquê da realização dos exames de HIV e sífilis*, percebe-se algum de tipo de atuação na Maternidade A, com 11,7%,

entretanto, não foi efetivada em nenhuma das mulheres atendidas na Maternidade C.

Quanto à informação de *notificação de gestantes com HIV*, no período entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2004, apenas as Maternidades A e B apresentaram notificação, sendo respectivamente 7 e 6 casos.

No que se refere à de sífilis congênita, houve notificação de casos em todas as maternidades no ano de 2004, informando um maior número na Maternidade D, com 34 e o menor na Maternidade C, com 3 casos. Em relação à notificação de gestantes com sífilis, apenas as Maternidades A e D apresentaram 41 e 45 casos, respectivamente.

No Quadro 6 foram relacionados os escores dos indicadores selecionados segundo as maternidades, considerando os critérios adotados e mencionados no item 3.9.

Nesta avaliação, verificou-se que, no conjunto dos indicadores, relacionados ao grau de implantação do componente vigilância epidemiológica, a Maternidade A foi a que apresentou o melhor grau de implantação, com 68,7%, sendo categorizada como parcialmente implantada.

Tabela 5 - Indicadores relacionados ao componente vigilância epidemiológica do projeto nascer em 4 maternidades do interior de Pernambuco - 2005

INDICADOR	QUESTIONÁRIO	CATEGORIAS	Maternidade A		Maternidade B		Maternidade C		Maternidade D	
Comissão de Análise de Óbitos	Institucional		Sim		Não		Não		Não	
Comissão de Revisão de Prontuário	Institucional		Não		Sim		Não		Não	
Comissão de Controle e infecção Hospitalar	Institucional		Sim		Sim		Sim		Sim	
Notificação de gestantes HIV em 2004	Institucional		7		6		0		0	
Notificação de sífilis congênita em 2004	Institucional		26		26		3		34	
Notificação de gestante com sífilis em 2004	Institucional		41		NI		0		45	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Rastreamento do parceiro com sífilis	Prontuário	Sim	1	4,0	2	2,9	0	0,0	6	11,3
		Não	3	12,0	11	16,2	1	100,0	6	11,3
		Não informado	21	84,0	55	80,9	0	0,0	41	77,4
Aconselhamento sobre o porquê da realização dos exames de HIV e sífilis	Mulher	Sim	2	11,7	2	3,8	0	0,0	3	8,5
		Não	11	64,7	19	36,5	25	92,5	22	62,8
		Não se aplica	4	23,5	31	59,6	2	7,4	9	25,7
		Não informada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,8

Quadro 6 - Escores dos indicadores segundo maternidades e o grau de implantação do componente vigilância epidemiológica

Indicador	Pontuação Máxima	Escore atingidos							
		Maternidade A		Maternidade B		Maternidade C		Maternidade D	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Comissão de Análise de Óbitos	1	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Comissão de Revisão de Prontuário	1	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0
Comissão de Controle e Infecção Hospitalar	1	1	100	1	100	1	100	1	100
Notificação de gestantes HIV em 2004	1	1	100	1	100	0	0,0	0	0,0
Notificação de sífilis congênita em 2004	1	1	100	1	100	0	0,0	1	100
Notificação de gestante com sífilis em 2004	1	1	100	0	0,0	0	0,0	1	100
Rastreamento do parceiro com sífilis	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,5	50
Aconselhamento sobre o porquê da realização dos exames de HIV e sífilis	1	0,5	50	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grau de Implantação	8	5,5	68,75	4	50,0	1	12,50	3,5	43,75

4.1.3 Componente Assistência Farmacêutica

A Tabela 6 explicita os indicadores específicos das ações executadas nos serviços avaliados para o componente assistência farmacêutica, considerando a entrevista realizada com o gerente da farmácia. Para avaliação deste componente utilizaram-se 8 indicadores, assim distribuídos: 5 relacionados a insumos e 3 a atividades.

Nos indicadores relacionados aos insumos de medicamentos específicos para o tratamento do HIV, verifica-se a disponibilidade de Fórmula Láctea nas 4 maternidades-casos. Cumpre ressaltar a ausência do AZT injetável nas Maternidades B e C, entretanto, em relação à disponibilidade de medicamentos para o tratamento da sífilis, todos os serviços avaliados possuem penicilina benzatina e cristalina.

Ao analisar os indicadores relacionados aos “serviços em condições físicas adequadas”, observou-se a incidência de luz solar sobre os medicamentos e caixas de remédios depositadas no chão e em contato com a parede na Maternidade A; bem como a presença de mofo e infiltrações na farmácia da Maternidade D.

Quanto aos indicadores ligados às atividades, 4 maternidades-casos realizam o controle de estoque, entretanto, apenas a B tem o registro de temperatura na geladeira, ao passo que a Maternidade A é a única que acondiciona alimentos e outros produtos na geladeira.

Para uma melhor organização e visualização dos critérios adotados e escores dos indicadores selecionados, o Quadro 7 explicita a pontuação conforme mencionado no item 3.9.

Para o conjunto dos indicadores referentes ao grau de implantação do componente assistência farmacêutica, observou-se que a Maternidade B apresentou-se com 87,5%, enquadrada parcialmente implantada, porém, a exemplo das demais, é mencionada na situação de maior adesão às normas preconizadas entre os serviços avaliados.

Tabela 6 - Indicadores relacionados ao componente assistência farmacêutica do projeto nascer em 4 maternidades do interior de Pernambuco - 2005

INDICADOR	QUESTIONÁRIO	Maternidade A	Maternidade B	Maternidade C	Maternidade D
Existência de telas em Janela	Farmácia	Não	Não	Não	Não
Existência de Geladeira	Farmácia	Sim	Sim	Sim	Sim
Medicamentos Anti-retrovirais					
AZT xarope	Farmácia	Sim	Sim	Não	Sim
AZT comprimido	Farmácia	Não	Sim	Não	Não
AZT injetável	Farmácia	Sim	Não	Não	Sim
Inibidor de Lactação injetável	Farmácia	Sim	Sim	Não	Não
Fórmula Láctea	Farmácia	Sim	Sim	Sim	Sim
Medicamento para tratamento da sífilis					
Penicilina Benzatina	Farmácia	Sim	Sim	Sim	Sim
Penicilina Procaína	Farmácia	Sim	Sim	Não	Sim
Penicilina Cristalina	Farmácia	Sim	Sim	Sim	Sim
Serviço em condições físicas adequadas					
Presença de mofo, infiltração	Farmácia	Não	Não	Não	Sim
Incidência de luz solar sobre os medicamentos	Farmácia	Sim	Não	Não	Não
Caixas de remédio em contato com o chão ou teto e parede	Farmácia	Sim	Não	Não	Não
A geladeira condiciona alimentos e outros produtos	Farmácia	Sim	Não	Não	Não
Tem registro de temperatura da geladeira	Farmácia	Não	Sim	Não	Não
Tem controle do estoque	Farmácia	Sim	Sim	Sim	Sim

Quadro 7 - Escores dos indicadores segundo maternidades e o grau de implantação do componente assistência farmacêutica

Indicador	Pontuação Máxima	Escore atingidos							
		Maternidade A		Maternidade B		Maternidade C		Maternidade D	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Existência de telas em Janela	1	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0
Existência de Geladeira	1	1	100	1	100	1	100	1	100
Medicamentos Anti-retrovirais	1	1	100	1	100	0,5	50	0,5	50
Medicamentos para tratamento da sífilis	1	1	100	1	100	0,75	75	1	100
Serviço em condições físicas adequadas	1	0,5	50	1	100	1	100	0,75	75
A geladeira acondiciona alimentos e outros produtos	1	0	0,0	1	100	1	100	1	100
Tem registro de temperatura da geladeira	1	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0
Tem controle do estoque	1	1	100	1	100	1	100	1	100
Grau de Implantação	8	4,5	56,20	7	87,50	5,25	65,60	5,25	65,60

4.1.4 Componente Assistência Laboratorial

A Tabela 7 sobressai os indicadores específicos das ações contempladas nos serviços avaliados para o componente assistência laboratorial, considerando entrevista realizada com o gerente do laboratório. A avaliação deste componente ponderou 11 indicadores, distribuídos da seguinte forma: 4 relacionados a insumos e 7 às atividades.

Para o conjunto de indicadores referentes a insumo, constatou-se que o equipamento geladeira estava presente em todos os serviços, entretanto, o termômetro para leitura da temperatura só foi encontrado na Maternidade A. Quanto aos *kits de teste rápido para anti-HIV*, verificou-se sua ausência na Maternidade C e em relação aos *kits de sífilis*, a situação revelou-se mais precária, devido à inexistência nos serviços avaliados.

Nos indicadores referentes às atividades desenvolvidas, destaca-se a *realização do exame de VDRL* em todos os laboratórios e quanto ao *tempo de entrega do resultado do teste confirmatório* foi considerado inadequado nas Maternidades C e D, que não possui referência para realizar exame confirmatório de HIV.

O Quadro 8 considerou os critérios adotados e escores dos indicadores selecionados, levando à construção do grau de implantação deste componente, conforme mencionado no item 3.9.

Em relação ao grau de implantação do componente assistência laboratorial, observou-se que a Maternidade A obteve 88,6%, categorizada como parcialmente implantada, configurando o melhor desempenho entre os serviços avaliados.

Tabela 7 - Indicadores relacionados ao componente assistência laboratorial do projeto nascer em 4 maternidades do interior de Pernambuco - 2005

INDICADOR	QUESTIONÁRIO	Maternidade A	Maternidade B	Maternidade C	Maternidade D
Existência de geladeira	Laboratório	Sim	Sim	Sim	Sim
Existência de termômetro de geladeira	Laboratório	Sim	Não	Não	Não
Kits teste rápido Anti-HIV	Laboratório	Sim	Sim	Não	Sim
Kit teste rápido sífilis	Laboratório	Não	Não	Não	Não
Realiza teste de identificação para HIV	Laboratório	Sim	Sim	Não	Sim
Realiza exame VDRL	Laboratório	Sim	Sim	Sim	Sim
Referência para realizar exames confirmatórios para HIV	Laboratório	Sim	Sim	Não	Sim
Tempo de entrega dos testes rápidos de HIV	Laboratório	40'	30'	Não	15'
Tempo de entrega do testes confirmatório de sífilis	Laboratório	Adequado	Adequado	Inadequado	Inadequado
Referência para realizar exames confirmatórios de sífilis	Laboratório	Sim	Sim	Não	Não
Controle de qualidade do VDRL	Laboratório	Sim	Não	Não	Sim

Quadro 8 - Escores dos indicadores segundo maternidades e o grau de implantação do componente assistência laboratorial

Indicador	Pontuação Máxima	Escore atingidos							
		Maternidade A		Maternidade B		Maternidade C		Maternidade D	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Existência de geladeira	1	1	100	1	100	1	100	1	100
Existência de termômetro de geladeira	1	1	100	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kit teste rápido Anti-HIV	1	1	100	1	100	0	0,0	1	100
Kit teste rápido sífilis	1	0	0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0
Realiza teste de identificação para HIV	1	1	100	1	100	0	0,0	1	100
Realiza exame VDRL	1	1	100	1	100	1	100	1	100
Referência para realizar exames confirmatórios para HIV	1	1	100	1	100	0	0,0	1	100
Tempo de entrega dos testes rápidos de HIV	1	0,75	75	1	100	0	0,0	1	100
Tempo de entrega do testes confirmatório de sífilis	1	1	100	1	100	0	0,0	0	0,0
Referência para realizar exames confirmatórios de sífilis	1	1	100	1	100	0	0,0	0	0,0
Controle de qualidade do VDRL	1	1	100	0	0,0	0	0,0	1	100
Grau de Implantação	11	9,75	88,64	8	72,73	2	18,18	7	63,64

4.1.5 Componente Assistência Clínica

Na Tabela 8 encontram-se os indicadores específicos das ações desenvolvidas nos serviços avaliados para o componente assistência clínica. Nela, considerou-se a entrevista realizada com o gerente da instituição, a observação da triagem e pré-parto, a entrevista com a mulher internada e a análise do prontuário. Destaca-se, para a avaliação deste componente, a utilização de 12 indicadores, dos quais: 3 relacionados a insumos e 9 relacionados às atividades.

Entre o conjunto dos indicadores relacionados aos insumos, destaca-se a existência do sonnar para auscultar os batimentos cardio-fetais durante atendimento da parturiente em todas as maternidades-casos. Quanto ao *uso do partograma*, no prontuário, para evolução clínica do trabalho de parto, obteve-se o melhor desempenho na Maternidade A, com 96,4%. Ainda pode-se observar que apenas as

Maternidades A e B apresentaram os serviços em condições físicas adequadas considerando-se os indicadores selecionados.

Quanto aos indicadores relacionados às atividades, evidencia-se a baixa adesão em todos os serviços, tendo em vista que um dos pontos de destaque é a inexistência de realização *do teste rápido para HIV na triagem*, bem como a falta de *informação sobre a realização dos exames de HIV e sífilis*, resgatada em entrevista com a mulher internada.

Na assistência aos recém-nascidos, portadores de sífilis congênita foi possível observar, entre os serviços avaliados, a baixa realização de *exames de Raio X de ossos longos e análise de Líquor*. A Maternidade B apresentou melhor adesão com 21,9% e 15,6% para estes exames, respectivamente.

No Quadro 9 disponibilizou-se os critérios adotados e escores dos indicadores selecionados, levando à construção do grau de implantação deste componente, conforme mencionado no item 3.9.

Pelo critério adotado para categorizar o grau de implantação do componente assistência clínica, observou-se que a Maternidade A destacou com 58,3%, condição a ser enquadrada na categoria parcialmente implantada, configurando-se a melhor maternidade a executar este componente entre os serviços avaliados.

Tabela 8 - Indicadores relacionados ao componente assistência clínica do projeto nascer em 4 maternidades do interior de Pernambuco - 2005

INDICADOR	QUESTIONÁRIO	CATEGORIAS	Maternidade A		Maternidade B		Maternidade C		Maternidade D	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Equipamento para auscultar os batimentos cardio-fetais	Triagem	Pinard	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0
		Sonnar	6	100,0	13	76,5	7	77,8	12	100,0
		Não realizou	0	0,0	2	11,8	2	22,2	0	0,0
		Não informado	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0
Serviço condições físicas adequadas										
Temperatura ambiente agradável	Triagem		Adequado		Adequado		Adequado		Inadequado	
Cama forrada com roupa adequada		Adequado		Adequado		Inadequado		Inadequado		
Lixo espalhado no ambiente		Adequado		Adequado		Adequado		Adequado		
Presença de restos de alimentos		Adequado		Adequado		Adequado		Inadequado		
Presença do partograma no prontuário	Prontuário	Sim	81	96,4	19	7,8	0	0,0	50	30,1
		Não	1	1,2	210	86,1	90	100,0	101	60,8
		Não se aplica	0	0,0	12	4,9	0	0,0	12	7,2
		Não informado	2	2,4	3	1,2	0	0,0	3	1,8
Permissão de acompanhamento	Institucional		Sim		Sim		Sim		Não	
Realização do teste rápido para HIV na triagem	Triagem	Sim	1	16,7	1	5,9	0	0,0	2	16,7
		Não	5	83,3	16	94,1	9	100,0	10	83,3
Informação sobre a realização desses dois exames (HIV e sífilis)	Mulher	Sim	2	11,8	2	3,8	0	0,0	3	8,6
		Não	11	64,7	19	36,5	25	92,6	22	62,9
		Não se aplica	4	23,5	31	59,6	2	7,4	9	25,7
		Não informado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9

“contínua”

“continuação”

Tabela 8 - Indicadores relacionados ao componente assistência clínica do projeto nascer em 4 maternidades do interior de Pernambuco - 2005

INDICADOR	QUESTIONÁRIO	CATEGORIAS	Maternidade A		Maternidade B		Maternidade C		Maternidade D	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Examinada antes do parto	Mulher	Sim	16	94,1	51	98,1	26	96,3	29	82,9
		Não	1	5,9	1	1,9	1	3,7	6	17,1
Número de visitas médicas no pós-parto	Prontuário	0	7	8,3	7	2,9	10	11,1	79	47,6
		1	24	28,6	91	37,3	18	20,0	58	34,9
		2	29	34,5	109	44,7	47	52,2	15	9,0
		3	18	21,4	24	9,8	12	13,3	4	2,4
		4	5	6,0	7	2,9	2	2,2	2	1,2
		5	0	0,0	1	0,4	1	1,1	4	2,4
		7	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0
		1 a 7	76,0	90,5	233,0	95,5	80,0	88,9	83	50,0
		Não se aplica	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0
		Não informado	1	1,2	2	0,8	0	0,0	4	2,4
Registro no prontuário sobre o risco do HIV e sífilis	Prontuário	Sim	1	1,2	2	0,8	1	1,1	4	2,4
		Não	82	97,6	241	98,8	89	98,9	156	94,0
		Não informado	1	1,2	1	0,4	0	0,0	6	3,6
Raio X de ossos longos nos casos positivos	Prontuário	sim	0	0,0	14	21,9	0	0,0	4	7,7
		Não	13	52,0	30	46,9	1	100,0	38	73,1
		Não informado	12	48,0	20	31,3	0	0,0	10	19,2
Análise do Líquor em Rn com sífilis	Prontuário	sim	0	0,0	10	15,6	0	0,0	1	1,9
		Não	14	56,0	34	53,1	1	100,0	39	75,0
		Não informado	11	44,0	20	31,3	0	0,0	12	23,1
Encaminhar puérpera com sífilis ao centro especializado	Prontuário	Encaminhada	0	0,0	2	3,1	0	0,0	0	0,0
		Não Encaminhada	24	96,0	62	96,9	1	1,1	18	34,6
		Não informado	1	4,0	0	0,0	89	98,90	34	65,40

Quadro 9 - Escores dos indicadores segundo maternidades e o grau de implantação do componente assistência clínica.

Indicador	Pontuação Máxima	Escore atingidos							
		Maternidade A		Maternidade B		Maternidade C		Maternidade D	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Equipamento para auscultar os batimentos cardio-fetais	1	1	100	1	100	1	100	1	100
Serviço condições físicas adequadas	1	1	100	1	100	0,75	75	0,5	50
Presença do partograma no prontuário	1	1	100	0	0	0	0	0,5	50
Permissão de acompanhamento	1	1	100	1	100	1	100	0	0
Realizado teste rápido para HIV na triagem	1	0,5	50	0	0	0	0	0,5	50
Informada sobre a realização desses dois exames (HIV e sífilis)	1	0,5	50	0	0	0	0	0	0
Examinada antes do parto	1	1	100	1	100	1	100	0,75	75
Número de visitas médicas no pós-parto	1	1	100	1	100	0,75	75	0,5	50
Registro no prontuário sobre o risco do HIV e sífilis	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Raio X de ossos longos nos casos positivos	1	0	0	0,5	50	0	0	0	0
Análise do Líquor em Rn com sífilis	1	0	0	0,5	50	0	0	0	0
Encaminhar puérpera com sífilis ao centro especializado	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Grau de implantação	12	7	58,33	6	50	4,5	37,5	3,75	31,25

4.1.6 O Projeto Nascer na sua dimensão unitária

O Projeto Nascer na sua dimensão unitária foi avaliado mediante a consolidação das informações obtidas de cada um de seus componentes, conforme descrição dos itens anteriores. O Quadro 10 exhibe uma síntese da situação dos 5 componentes de forma isolada e o total alcançado pelo conjunto, o que representa o grau de implantação. A construção do grau de implantação obedeceu aos percentuais alcançados, considerando os citados no item 3.9.

Quadro 10 - Grau de implantação do projeto nascer segundo componentes e dimensão unitária em 4 maternidades do interior de Pernambuco - 2005

Componentes	Pontuação Máxima	Maternidade A		Maternidade B		Maternidade C		Maternidade D	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Prevenção	5	0,75	15	0,75	15	0,75	15	1,75	35
Vigilância Epidemiológica	8	5,5	68,75	4	50	1	12,5	3,5	43,75
Assistência Farmacêutica	8	4,5	56,25	7	87,50	5,25	65,63	5,25	65,63
Assistência Laboratorial	11	9,75	88,64	8	72,73	2	18,18	7	63,64
Assistência Clínica	12	7	58,33	6	50	4,5	37,50	3,75	31,25
Dimensão unitária	44	27,5	62,50	25,75	58,52	13,5	30,68	21,25	48,30

Legenda:

	Aceitável – 90,1% ou mais
	Parcialmente implantado – 50,1% a 90%
	Inaceitável – 10,1% a 50%
	Não implantado – até 10%

O componente de prevenção em todas as maternidades-casos avaliadas apresentou o mesmo desempenho, categorizados como *inaceitável*. A vigilância epidemiológica configurou-se com baixa adesão, enquadrando-se na categoria *inaceitável*, exceto a Maternidade A que atingiu a condição de *parcialmente implantado*. Para os componentes de assistência farmacêutica e laboratorial, a maior parte dos serviços foi classificada como *parcialmente implantado*, exceto a Maternidade C que neste último componente obteve a condição de *inaceitável*.

Na assistência clínica, importante componente do Projeto Nascer, devido às ações de redução da transmissão vertical do HIV e sífilis, a situação avaliada revela que as Maternidades B, C e D categorizaram-se como *inaceitável* e a Maternidade A como *parcialmente implantado*.

Em relação à dimensão unitária, considerando os critérios adotados e os 5 componentes específicos, o melhor desempenho foi o da Maternidade A e B, classificadas como *parcialmente implantado*. As Maternidades C e D foram consideradas como *inaceitável*.

4.1.7 O Projeto Nascer : resultados observados

Para se proceder à observação da realidade empírica, selecionaram-se 2 indicadores de resultados que traduzem as condições de atendimento desses serviços avaliados em relação aos casos positivos de HIV e a incidência de sífilis em gestantes.

O número de casos de HIV em gestantes nas Maternidades A e B foram, respectivamente, 4 e 3, enquanto nas Maternidades C e D, não foram diagnosticados casos de soropositividade.

A taxa de incidência de sífilis congênita foi 14,5/1.000 nascidos vivos na Maternidade D, 14,0 e 12,5 nas Maternidades A e B, respectivamente. Ressalta-se que não foi identificado casos na Maternidade C.

Tabela 9 - Distribuição de casos de HIV e detecção de sífilis em gestantes por 1.000 nascido vivos em 4 maternidades do interior de Pernambuco - 2005

Indicadores	Questionário	Maternidade A (n.v 1792)		Maternidade B (n.v 5449)		Maternidade C (n.v 2887)		Maternidade D (n.v 3.644)	
		n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa
Casos de gestante HIV	Prontuário	4	-	3	-	0	-	0	-
Detecção de sífilis em gestantes	Prontuário	25	14,0	68	12,5	0	0	53	14,5

5. DISCUSSÃO

5.1 O grau de implantação do Projeto Nascer (os componentes e sua dimensão unitária) observado nas maternidades-casos

5.1.1 Componente Prevenção

Neste estudo ficou evidente que o componente prevenção apresentou o pior desempenho, considerando as demais ações do Projeto Nascer foi classificado como inaceitável em todas as maternidades-casos. Destaca-se que as medidas de prevenção, realizadas na maternidade pela equipe de saúde durante o momento do parto, possibilitam a redução do risco da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita (BRASIL, 2003a; VASCONCELOS, 2005).

O Ministério da Saúde reconhece que a maternidade não é o serviço mais oportuno ao oferecimento e à realização dos testes anti- HIV e tratamento da sífilis, pois estas condutas e ações deveriam ocorrer no pré-natal. Entretanto, negar à parturiente a oportunidade de fazer o teste e disponibilidade de tratamento quimioprolático adequado a ela e ao seu recém-nascido, uma vez que a terapia está disponível, reduzindo, sobremaneira, a chance da criança se infectar pelo HIV, parece mais danoso (BRASIL, 2003a).

Quanto aos indicadores, o item cartão do pré-natal da parturiente para maternidade constituiu-se o melhor comportamento na Maternidade D. Saliencia-se que, apesar deste desempenho, o desenvolvimento desta atividade como um insumo levado pela mulher em sua ida à maternidade foi baixo. Esta ação é considerada fundamental, principalmente, na internação destinada ao parto, pois a equipe que prestará assistência será outra e o acesso às informações contidas no cartão do pré-natal é essencial à continuidade do cuidado (MACIEL et al., 2004).

Estudo realizado por Lima (2004), com o objetivo de avaliar a qualidade do pré-natal de gestantes assistidas em uma maternidade-pública de Salvador, no ano de 2000, demonstrou que das 486 pacientes entrevistadas em unidades de emergências obstétricas, 29,2% não portavam o cartão do pré-natal.

A informação sobre o referido cartão foi obtida durante a entrevista com a mulher internada, porém repassada ao entrevistador a entrega do cartão do pré-natal no serviço de saúde, na ocasião do atendimento; todavia, convém enfatizar que o insumo não se fazia presente nos prontuários. Corroborando com esta abordagem, Lima (2004) evidenciou que das 46,9% das gestantes que levaram o cartão para maternidade, 24,3% foi devolvido aos seus acompanhantes, destacando a importância de incorporar o cartão da gestante ao prontuário para restituí-lo no momento da alta hospitalar.

Destacou-se, também, a ausência das ações de aconselhamento e autorização para realização do teste rápido nas maternidades-casos. Pode-se constatar que os profissionais de saúde, ao atenderem a parturiente, na observação triagem e pré-parto, solicitavam os exames como rotina ou conduta instituída pelo serviço, não registrando, como deveriam, a autorização e a realização de aconselhamento para realização dos exames. Em outra reflexão, desenvolvida a consoante as análises dos prontuários, percebeu-se que os resultados dos exames não são escritos pelo profissional de saúde como parte da evolução clínica do paciente, mas apenas afixados no prontuário médico, não sendo possível coletar informações sobre a voluntariedade da gestante para o conhecimento do status sorológico do HIV.

A prática de realizar aconselhamento nos serviços de saúde ou mesmo na hora da admissão ao parto desempenha um papel importante no diagnóstico das sorologias solicitadas, bem como na qualidade da atenção à saúde. Para tanto, é necessário que haja, principalmente, por parte do profissional de saúde, o desenvolvimento de habilidades que contemplem o questionamento sobre a vida íntima da mulher, com a finalidade de despertar reflexões e propor de dificuldades, adotando práticas seguras e promoção da qualidade de vida. (BRASIL, 2006b).

Pesquisa realizada por Santos et al. (2005), em um ambulatório de um centro de referência na área de doenças sexualmente transmissíveis e Aids, em São Paulo, também apresentou baixos percentuais de aconselhamento entre as mulheres que participaram do estudo (148); apenas, um terço delas declararam receber algum apoio no aconselhamento pós-teste, enquanto 12% sentiram-se destratadas pelos médicos e outros profissionais de saúde. A maioria das mulheres não recebeu

nenhum aconselhamento ou foi simplesmente encaminhada ao serviço de referência.

Quanto ao indicador normas afixadas para prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis, apenas a Maternidade D afixou-as em ambientes da observação triagem e pré-parto, com informações sobre prevenção, fluxo de manejo dos casos ou cartazes de campanhas municipais; cabe, ainda, reforçar que as informações educativas também produzem mudanças de conduta das ações oferecidas no estabelecimento de saúde. Além desse aspecto, neste setor da maternidade, a gestante encontra-se, usualmente, acompanhada pelo companheiro e/ou familiares, possibilitando sensibilizar outros atores para a questão da redução da transmissão vertical do HIV e sífilis. Hartz et al. (1997), ao realizarem avaliação do programa materno infantil no Nordeste do Brasil, evidenciaram que o uso de normas de atenção à saúde da mulher e da criança é deficiente, porque mesmo em serviço onde se encontram disponíveis, os profissionais de saúde não as utilizam.

5.1.2 Componente Vigilância Epidemiológica

Segundo Mendes et al. (2004, p. 436)

Discutir vigilância epidemiológica com o enfoque dirigido ao papel do hospital como fonte de notificação e organização de informações sobre doenças e agravos evoluindo para formação de núcleos de epidemiologia, como proposta para avaliar a qualidade da assistência hospitalar é ainda uma experiência inovadora na realidade do país.

Analisando o grau de implantação deste componente nas maternidades-casos, constataram-se valores diferenciados, com indicadores a serem implementados, destacando-se a importância de incorporar este elemento ao modelo lógico do Projeto Nascer, tendo em vista que as infecções do HIV e sífilis são agravos de notificação compulsória.

Este estudo avaliou a existência da Comissão de Análise de Óbitos nas maternidades-casos. A comissão tem um importante papel ao fornecer informações que não estão disponíveis ou indicam uma baixa confiabilidade nas declarações de óbitos, permitindo assim identificar sua relação com os fatores de risco, além dos

diversos aspectos da assistência à saúde, relacionados aos óbitos, possibilitando a identificação de intervenções de saúde mais eficazes para a redução da mortalidade considerada evitável. Dessa forma, apesar de sua importância, verificou-se que apenas uma maternidade-caso possui a ação implantada. Rezende et al. (2005) observaram que a investigação dos óbitos representa um meio importante de mobilização de profissionais, serviços de saúde e de toda a sociedade visando à redução da mortalidade em níveis desejados.

Quanto à existência de Comissão de Revisão de Prontuário, também, apenas uma maternidade-caso apresentou em sua prática de trabalho as ações estabelecidas. Tal prática, talvez, reflita problemas do serviço em disponibilizar o exercício da resolução normativa do Conselho Federal de Medicina de nº 1.638/2002 que define o prontuário médico e expõe a obrigatoriedade da criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Entre as competências da Comissão de Revisão de Prontuários, inclui-se a constatação do relato médico que abrange todos os procedimentos realizados, mas também viabilizaria o diagnóstico e/ou a transferência do usuário para outra unidade. Especificamente, possibilitaria a checagem da terapêutica medicamentosa e fluxos de procedimentos, conforme as normas do Ministério da Saúde. Desta forma, a realização de pesquisas sobre a análise de prontuários, nas instituições de saúde que apresentam as comissões de revisão atuantes poderiam ser mais eficientes. Hartz et al. (1996) enfatiza que a validade da informação dos óbitos aumenta com a revisão de prontuários.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH – fez-se presente em todas maternidades-casos avaliadas, entretanto, observou-se a inexistência dos núcleos de epidemiologia. Na ausência deste serviço, é de competência da CCIH notificar ao órgão de gestão do SUS acerca dos casos diagnosticados ou com suspeita de outras doenças sob vigilância epidemiológica, atendidos em quaisquer dos serviços ou unidades do hospital que atuam em cooperação com os serviços de saúde coletiva (BRASIL, 1998). Mesmo não compondo os objetivos desta pesquisa, considerou-se precário o desenvolvimento das atividades de investigação e notificação das comissões.

Percebeu-se, durante o período da pesquisa, a ausência de sistemas informatizados, recursos humanos insuficientes à natureza dos serviços e falhas na divulgação das informações e investigação dos casos. Em consequência disso, alguns casos foram notificados pelo pesquisador, durante trabalho de campo, com o propósito de complementar o questionário prontuário com informações adicionais.

É oportuno destacar que, no ano de 2004, verificou-se que alguns estabelecimentos de saúde não apresentaram ou não informaram casos de notificação dos agravos. Ressaltando-se que a falta de informação permitiu detectar falhas no planejamento das ações, uma vez que o dado foi extraído da entrevista com o gerente da maternidade.

Cavalcante et al. (2005) reconhecem que os dados epidemiológicos são fundamentais, não só por permitirem o conhecimento dos indicadores relacionados à epidemia nas gestantes, como também pela construção de indicadores operacionais destinados ao planejamento das ações, da priorização e alocação de recursos para prevenção e da assistência do paciente infectado, da aquisição de insumos e da monitoração do impacto das intervenções. Outrossim, o SINAN encontra-se disponível para todos os municípios e sugere-se que implementação da notificação dos agravos, como *evento-sentinel*a, possibilitaria a reflexão dos profissionais de saúde sobre a importância da notificação (SANTOS et al. 2005).

Ao analisar o rastreamento do parceiro com sífilis, percebeu-se o quanto são mínimos os percentuais de captação para o tratamento concomitante. Este indicador demonstra a fragilidade do serviço no que se refere a uma assistência de qualidade, bem como ao risco de um tratamento ineficaz. Durante o período da pesquisa, percebia-se que as gestantes e/ou puérperas, mesmo de alta hospitalar, não recebiam orientação que recomendasse o tratamento de seu companheiro, embora o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c) aconselhe o parceiro a fazer o exame de VDRL, com a finalidade de realizar o tratamento que deve ser concomitante ao da gestante.

Basso et al. (2005), ao analisarem a prevalência da sífilis congênita ocorrida em um hospital de Caxias do Sul, no período de março de 1998 a agosto de 2002, constataram que 53,2% dos casos o parceiro sexual não foi tratado simultaneamente com a gestante. Schetini et al. (2005), ao descrever a prevalência

da sífilis congênita em um hospital público de Niterói, estado do Rio de Janeiro, de janeiro de 2002 a outubro de 2004, revelou percentuais de 1,92 a 15,38% para os parceiros que foram tratados.

Observou-se, em todas as maternidades-casos, baixos percentuais de aconselhamento do porquê da realização dos exames de HIV e sífilis. O processo de aconselhamento é bastante inadequado, sendo, ainda, confundido pelos profissionais de saúde com ação de ofertar informações ao paciente durante a consulta. A maioria das maternidades-casos avaliadas não oferece 'aconselhamento' na consulta de triagem, visto que a prática instituída impõe limitações ao processo de comunicação e registro no prontuário de informações. Segundo o Consenso 2004 (Brasil, 2004, p.5):

O aconselhamento é um processo de escuta ativa e centrada na pessoa possibilitando uma relação de confiança entre o profissional e a mulher a fim de promover a troca de informações entre ambos. A essência do aconselhamento está em permitir que o profissional avalie a exposição de risco da mulher e que esta perceba a sua situação possibilitando o preparo para o recebimento do resultado e discussão sobre as medidas de prevenção das DST/AIDS.

Filgueira e Deslandes (1999) referem que o aconselhamento visa promover apoio emocional ao cliente, ajudando-o a lidar com problemas de ordem afetiva, reconhecendo e potencializando seus recursos internos.

5.1.3 Componente Assistência Farmacêutica

Este componente compreendeu um conjunto de atividades que envolvem o medicamento, devendo ser realizadas de forma sistêmica, ou seja, articuladas e sincronizadas, contemplando o paciente como beneficiário. Considera-se uma estrutura farmacêutica adequada àquela que possui predomínio de serviços de pouca complexidade, com organização, gerenciamento e principalmente com disponibilidade do medicamento (MARIN, 2003).

As farmácias hospitalares devem objetivar primordialmente o acesso à terapêutica medicamentosa e a segurança dos medicamentos (BRASIL, 2005k). Para isso, a estrutura do serviço deve considerar diversos aspectos que assegurem

a qualidade dos medicamentos e as condições adequadas de armazenamento (MARIN, 2003).

Ao verificar a necessidade de telas nas janelas, observou-se a ausência deste insumo em todos os serviços, de modo que, as janelas ficam vulneráveis à entrada de insetos e outros animais, prejudicando o armazenamento dos medicamentos. Já a existência da geladeira é fato em todos os serviços e cumpre salientar que este equipamento é particularmente importante para o armazenamento de medicamentos que requeiram temperatura refrigerada (MARIN, 2003).

No que se refere aos medicamentos anti-retrovirais, avaliou-se a disponibilidade dos fármacos recomendados para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV preconizados pelo Ministério da Saúde, amparados nos resultados do PACTG, protocolo 076. Verificou-se a ausência do AZT xarope somente em uma maternidade. Esta medicação deve ser administrada ao recém-nascido o mais cedo possível, preferencialmente, nas duas primeiras horas após o nascimento, devendo ser mantido durante seis semanas de vida (42 dias) (BRASIL, 2003b).

Vasconcelos (2005), ao avaliar a assistência prestada a parturientes HIV positivas e seus recém-nascidos, em quatro capitais brasileiras, revelou que 90,1% utilizaram a profilaxia com AZT solução oral em recém-nascidos. Assim, o fato de um dos serviços não disponibilizar a medicação, indica uma fragilidade da assistência, uma vez que o tempo, para início da terapia constitui-se em fator de proteção essencial a não soropositividade para o HIV.

É fato que, apenas, uma maternidade possuía a medicação do AZT comprimido que, mesmo sendo mais utilizada durante o período do pré-natal, não se pode deixar de ressaltar que as farmácias avaliadas são referência nestes municípios para o atendimento a gestantes. O AZT comprimido deve ser usado desde a 14^a semana de gestação até o parto (BRASIL, 2003b). Cavalcante et al. (2004), ao analisar as condutas de redução da transmissão vertical do HIV nas grávidas infectadas, nas maternidades-públicas de Fortaleza, verificou que das 109 mulheres que tiveram atendimento de pré-natal, 101 poderiam ter sido submetidas a todas as etapas da profilaxia para a redução da transmissão vertical porque conheciam seu *status* sorológico antes ou durante a gravidez, entretanto, somente 48 receberam a profilaxia completa.

Quanto ao AZT injetável, recomenda-se o uso desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical (BRASIL, 2003b). Analisando-se a disponibilidade deste fármaco nas maternidades-casos, observou-se que duas maternidades possuíam em sua farmácia.

Vale ressaltar que uma maternidade-caso que apresentou casos de HIV em 2004 não possuía a medicação no momento da avaliação. Essa simples medida possibilitaria um fator de proteção importante, reduzindo a probabilidade do recém-nascido se infectar pelo HIV.

Vasconcelos (2005) identificou, pela análise dos prontuários, o uso da Terapia anti-retroviral - TARV pelas gestantes, parturientes e seus recém-nascidos. Os resultados mostraram que 359 mulheres (24%) não usaram o AZT durante sua gestação; 282 parturientes (19%) não foram medicadas com o AZT intravenoso; e em 112 bebês (8%) não foi administrado o AZT solução oral; este estudo foi realizado em hospitais de referência.

Em relação ao inibidor de lactação, medicamento utilizado para supressão total da lactação no pós-parto, verificou-se que duas apresentaram a disponibilidade. O aleitamento materno apresenta risco adicional de transmissão vertical do HIV, que se renova a cada exposição da criança ao peito, situando-se entre 7% a 22% (BRASIL, 2006c).

A Fórmula Láctea esteve disponibilizada em todos os serviços, que é muito favorável para a instituição das ações a serem seguidas pela mãe e seu filho. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006d) recomenda que a equipe da maternidade viabilize duas a quatro latas da Fórmula Láctea para suprir a necessidade da criança, durante os primeiros dias após sua alta até o ingresso no serviço especializado.

Quanto aos medicamentos para o tratamento da sífilis, a penicilina benzatina e cristalina encontravam-se em todas as farmácias, exceto num estabelecimento, no qual verificou-se a ausência da penicilina procaína. Segundo o Manual de Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) “até o momento, a penicilina representa o medicamento de escolha para o tratamento, não havendo evidências científicas por meio de estudos controlados que sustentem outras opções terapêuticas”.

Analisou-se a estrutura física da farmácia pelo indicador “*serviço em condições físicas adequadas*” construído pelos seguintes itens: presença de mofo, infiltração; incidência de luz solar sobre os medicamentos; caixas de remédio em contato com o chão ou teto e parede. Tais ações explicitam a organização e as condições de armazenamento dos medicamentos. Neste estudo, duas farmácias realizaram o cumprimento das ações adequadamente; já o realizado por Oliveira et al. (2002) com o objetivo de avaliar o acesso à assistência farmacêutica prestada aos portadores de HIV/AIDS, em serviços da rede pública no município do Rio de Janeiro, revelou que apenas 51% das unidades de saúde visitadas possuíam a estocagem dos medicamentos de forma adequada. Entre os itens inadequados estavam: almoxarifados sujos, caixas de medicamentos em contato com piso e paredes, número insuficiente de geladeiras para estocagem de medicamentos e falta de termômetros e de registros de temperatura.

5.1.4 Componente Assistência Laboratorial

O componente assistência laboratorial foi constituído por onze indicadores e a maior parte dos laboratórios foi classificados como parcialmente implantado.

Em relação aos indicadores de insumos, verificou-se a existência de geladeira em todos os serviços e o termômetro para o respectivo registro da temperatura, apenas, em um único laboratório. Esses equipamentos são importantes para armazenar os kits de exames e registrar o controle da temperatura, tendo em vista que são sensíveis ao calor.

Quanto aos kits teste rápido para Anti-HIV, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006d), preconiza, que o diagnóstico da infecção pelo HIV pode ser realizado através de testes rápidos nas maternidades, contudo, para isto, é importante a capacitação da equipe de profissionais de saúde envolvidos com esta atividade. Os testes rápidos, distribuídos nas maternidades, tiveram seu desempenho avaliado, razão pela qual somente, as marcas de produtos, definidas pelo Ministério da Saúde, poderão ser utilizadas. Os testes apresentam sensibilidade (100%) e especificidade (99,8%). Observou-se, contudo, que em populações de baixo índice de realização de exames, como no Brasil, a proporção de falso-positivos pode ser

maior. Neste trabalho, o indicador kits teste rápido Anti-HIV, não constava em apenas um laboratório.

A falta do kit teste rápido compromete a tomada de decisão terapêutica de emergência. Assim, torna-se imprescindível encaminhar a amostra, o mais rápido possível e em caráter de prioridade, para a realização de outros testes, com a finalidade de estabelecer o diagnóstico (BRASIL, 2000).

Estudo realizado por Morimura (2004), com o objetivo de determinar a prevalência de testagem anti-HIV, em parturientes admitidas no Instituto Materno Infantil de Pernambuco, em 2003, revelou que das 154 mulheres que chegaram à triagem para o parto, sem o resultado do teste anti-HIV do Pré-natal, 134, ou seja 87% foi solicitada a testagem rápida pelo profissional na triagem, no entanto, apenas 84,5% realizaram o exame nesse momento. Quanto ao recebimento do resultado do teste, observou-se que 125 mulheres (96,2%) afirmaram que não receberam o resultado.

Outro ponto analisado refere-se aos testes de identificação para o HIV. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) recomenda o teste ELISA e ou *Western blot* por caracterizar-se de alta sensibilidade, entretanto, o resultado demora aproximadamente duas horas para ser expedido, havendo limitações econômicas e técnicas para utilizá-lo como um exame de triagem. Estudo realizado por Duarte et al. (2001), objetivando a avaliação do resultado do teste de diagnóstico rápido da infecção pelo HIV, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, revelaram que, após o resultado positivo do teste rápido é importante submeter às amostras ao teste confirmatório. Este estudo revelou que este indicador não constava em apenas uma maternidade-caso.

A referência para realizar exames confirmatórios de HIV em laboratórios de maior porte e capacidade é requisito para muitos municípios, devido a demandas, maior custo na análise requerendo recursos humanos com maior capacitação técnica e equipamentos. No presente trabalho, apenas o laboratório da Maternidade C não dispõe do indicador referência para realizar exame confirmatório para HIV.

O tempo de entrega dos testes rápidos de HIV foi analisado e foram considerados exames de rastreamento, porque fornecem o resultado em até 30 minutos, enquanto que o dos testes convencionais pode demorar dias, até semanas

(BRASIL, 2003a). Entre os laboratórios avaliados somente a Maternidade B disponibiliza o resultado em até 30 minutos, conforme recomendado pelo MS; o laboratório da Maternidade C não realiza o teste rápido, demonstrando existência de problema na assistência oferecida. Estudos, realizados por Carvalho et al. (2004) revelaram que do total de 298 gestantes, apenas 91, ou seja 30,5%, afirmaram que fizeram o teste, mas os resultados não estavam disponíveis no momento da admissão na maternidade. Morimura (2004), em seu estudo em maternidade de referência, revelou que a solicitação do teste rápido, durante admissão ao parto, não implica que o resultado esteja disponível em tempo oportuno.

Em relação aos kits para realização do teste rápido de sífilis, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006c) adotou-os nas maternidades por serem práticos e de fácil manejo, visto que permite a utilização da amostra de sangue total, colhida por punção digital ou venosa e a obtenção de resultado acontece num período de 10 a 15 minutos, sem o uso de equipamentos. Verificou-se que os kits teste rápido sífilis não estavam disponíveis em nenhum dos laboratórios das maternidades avaliadas. Rodrigues et al. (2004), ao avaliarem a positividade para sífilis em puérperas, atendidas em 24 centros, cadastrados no Programa Nacional de DST/Aids, os quais recebiam insumo para realização do teste rápido para sífilis, encontraram uma pequena incidência de testagem, submetendo, apenas, 3% ao VDRL no 1° e outro 3° trimestre de gestação.

O Ministério da Saúde recomenda a realização do VDRL rotineiramente, já na primeira consulta do pré-natal, início do 3° trimestre gestacional e, no momento do parto, para o diagnosticar a sífilis. Quanto ao indicador de realização do exame VDRL, todos os laboratórios das maternidades-casos fazem-no, além de oferecer apoio à rede de atenção básica do município (BRASIL, 2006d).

O teste confirmatório para sífilis deve ser realizado usualmente em toda gestante, com o teste não-treponêmico reagente, por apresentarem alta especificidade e sensibilidade, constituindo-se o primeiro teste reativo à sífilis primária não tratada. Pelo seu custo e sua complexidade, geralmente, é realizado como suplementar ou confirmatório (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1994). O ideal é que o resultado seja disponibilizado em 24 a 48 horas. O indicador tempo de entrega do teste confirmatório de sífilis foi considerado

adequado, apenas, nos laboratórios das Maternidades A e B. Barsanti et al. (1999), ao estudar a resposta dos testes não-treponêmicos e treponêmicos de 1.000 parturientes e seus respectivos conceptos, confirmaram que, das 24 mães VDRL positivas (2,4%) submetidas a teste confirmatório para sífilis, 83,3% dos casos (22 pacientes), tinham sífilis no momento do parto e, por conseguinte, seus recém-nascidos deveriam ser tratados de sífilis congênita. O teste confirmatório não é oneroso, sua realização é simples e barata, pois, não necessita de leitura em microscópio fluorescente, apresentando alta sensibilidade e especificidade.

Quanto ao controle de qualidade do VDRL, distingui-se pela sua importância. Apesar de ser um teste simples, seu resultado pode apresentar-se de forma variada, se não for cumprida uma rigorosa padronização no preparo da suspensão antigênica, na inativação e na diluição dos soros, no tipo de placa de reação utilizada, no tempo e na velocidade da reação utilizada, no controle da temperatura ambiente e na padronização dos componentes (BAZZO, 1999).

Apenas as maternidades A e D realizam controle da qualidade do VDRL. Mesmo não se constituindo objeto deste estudo, comprovou-se que ações executadas pelos laboratórios são distantes dos profissionais que prestam assistência e pouco divulgadas na maternidade. Mendes et al. (1996) reconhecem que a qualidade do serviço prestado se inicia na triagem do paciente e termina no controle de cura. Nessa trajetória, o laboratório não deve ter uma função apenas técnica, mas participar diretamente de ações que visem aos diagnósticos precisos e aos controles sorológicos de qualidade.

5.1.5 Componente Assistência Clínica

Em relação às maternidades-casos avaliadas, percebeu-se que o conjunto dos indicadores que constituem o componente assistência clínica a melhor situação foi da Maternidade A, categorizada como parcialmente implantada. Este componente é de fundamental importância para a implantação do Projeto Nascer, precisamente, por expor que é no momento do parto que segundo os estudos de (MORIMURA, 2004; VASCONCELOS, 2005; BRASIL, 2003a; ISRAEL, 2002) referem ocorrer o maior risco de transmissão do HIV da mãe para o filho.

A implantação do Projeto Nascer nas maternidades demanda a disponibilidade de insumos para realização de ações assistenciais e técnicas, permitindo a operacionalização das intervenções para redução da transmissão vertical do HIV e de sífilis.

O indicador existência de equipamento para auscultar os batimentos cardio-fetais existe em todas as maternidades avaliadas, percebeu-se que o equipamento sonnar ou pinard estava disponível nos ambientes de triagem. A prática universal de ausculta intermitente dos batimentos cardio-fetais indicam que as condutas estão de acordo com as normas preconizadas pela OMS (D'ORSI et al., 2005).

O sucesso de um programa também está associado às condições da estrutura física do estabelecimento de saúde, cuja avaliação aconteceu através do questionário observação triagem e pré-parto. Consideraram-se as Maternidades A e B com a melhor estrutura física para prestação de assistência.

Em algumas maternidades-casos, foi possível verificar a carência de insumos, como lençol para forrar a cama; temperatura desagradável do ambiente, presença de lixo e restos de alimentos. Esses elementos comprometem o acolhimento e o vínculo entre equipe e usuário, impulsionando atendimento rápido na observação triagem e no pré-parto, bem como ansiedade entre as gestantes. Hartz et al. (1997) revelaram que a estrutura física e os recursos materiais apresentaram os escores mais elevados, entretanto são os que mais figuram nos relatórios oficiais como obstáculos à qualidade dos programas.

Com relação ao preenchimento do partograma, a OMS recomenda a sua utilização nas maternidades, desde 1994, para acompanhamento do trabalho de parto, possibilitando intervenções antes que ocorram as complicações (LANSKY et al., 2006). O uso deste recurso, nas maternidades-casos apresentou desempenhos distintos, destacando serviços que em sua totalidade não utilizam o instrumento.

Vasconcelos (2005) ao realizar análise da qualidade da assistência prestada a gestantes HIV e seus recém-nascidos em 17 maternidades públicas situadas em quatro capitais brasileiras, verificou que o partograma não estava disponível em 12% dos prontuários médicos. Em algumas maternidades, existiam kits de fichas organizadas e disponíveis, compondo o prontuário da parturiente admitida na

triagem. O partograma sempre constava no prontuário, entretanto, a precariedade do registro da evolução do trabalho de parto era evidente durante as análises.

A ausência de informações em prontuários médicos não é específica da obstetrícia. Pedrosa et al. (2005), ao estudar as diversas fontes de informação de óbitos neonatais, também reportavam dificuldade ao analisar dados nos prontuários, ressaltando a “*pobreza*” da escrita e inexistência de registros dos exames solicitados e até mesmo do tratamento realizado pelo paciente.

A permissão de um acompanhante durante o pré-parto e parto é um direito da paciente a ser praticado pelas maternidades, exceto uma que não adotou tal procedimento. Além disso, percebeu-se que muitas gestantes chegavam à triagem sem o diagnóstico da internação, entretanto, permaneciam ‘internadas’ por não terem como retornar ao seu domicílio, em muitos casos, distante da zona urbana. É interessante ressaltar que o Ministério da Saúde, em parceria com às Secretarias Estaduais de Saúde, há vários anos implanta ações de humanização de assistência ao parto (DIAS e DESLANDES, 2006).

D’orsi et al. (2005), ao avaliarem a qualidade da atenção durante o processo de trabalho de parto em maternidade pública e conveniada no Rio de Janeiro, identificaram que existe uma distância entre o que é preconizado e o que coloca-se em prática. Verificou-se, nas maternidades públicas uma baixa frequência de acompanhamento (19,2%) e na conveniada é quase inexistente (0,9%).

Em relação às práticas a serem encorajadas nos ambientes das maternidades, destaca-se, o indicador “examinada antes do parto”, verificou-se que as maternidades apresentaram bons percentuais em relação ao exame clínico e obstétrico antes do parto. Entretanto, Dias e Deslandes (2006) ponderaram que as mulheres atendidas em maternidades públicas não esperam receber um tratamento diferenciado ou um gesto mais carinhoso mesmo no momento do parto.

Considerando o indicador de realização do teste rápido para HIV, na triagem das maternidades-casos, os resultados comprovaram a fragilidade da assistência prestada, porque estando cadastradas no Projeto Nascer, deveriam disponibilizar a testagem a todas parturientes que procuram o serviço e possuem diagnóstico para admissão ao parto. A triagem é a porta de entrada da maternidade, significando que, se o teste for realizado neste momento, tanto rápido será o diagnóstico e suas

possíveis intervenções (ISRAEL, 2002). Dal Fabbro et al. (2005), ao estudar a prevalência do HIV nas parturientes, assistidas em maternidades públicas de Sergipe, devido à utilização do teste rápido, encontraram, após 9.215 exames, 39 mulheres soropositivas para HIV, das quais 23 desconheciam sua soropositividade.

Para estes autores:

A decisão de se fazer o teste rápido em todas as parturientes, independente de já terem feito a sorologia no pré-natal, mostrou-se relevante, pois algumas com teste negativo para o HIV, realizado no pré-natal, apresentaram-se reagentes no momento do parto. Nestes casos poderiam estar em período de “janela imunológica” ou mesmo terem se infectado após a realização do mesmo e perderiam a oportunidade de se enquadrar no protocolo estabelecido (DAL FABBRO et al., 2005; p.33)

Ao confrontar as informações, obtidas neste componente, destaca-se aquela sobre a realização desses dois exames (HIV e sífilis) que apresentou percentuais inferiores em relação ao discutido acima, bem como verificou-se que a maior parte das mulheres não sabem o porquê desses exames. No período da pesquisa, principalmente, durante a observação, triagem e pré-parto, percebeu-se que a postura do profissional de saúde limitava-se a solicitar os exames, argumentando ser o último momento antes do parto.

Israel (2002), ao estudar os dilemas da oferta do teste anti-HIV a gestantes em trabalho de parto, entrevistou gestores de maternidades que mencionaram não existir motivos para as mulheres grávidas não desejarem saber seu *status* sorológico.

Em referência ao número de visitas médicas no pós-parto, ressaltam-se percentuais distintos e que discriminam a qualidade da assistência oferecida. Percebeu-se que, apenas, uma maternidade-caso apresentou o registro de uma visita médica no pós-parto para a “quase” totalidade dos prontuários analisados. É importante destacar que, quando da realização do parto normal ou cesáreo evolui dentro das condições de normalidade, a visita médica efetiva-se por ocasião da alta hospitalar. Isto é paradoxal no que concerne à assistência humanizada, tendo em vista que este momento fortalece a interação médico-paciente, além da realização do exame clínico e tomada de decisão das condutas terapêuticas (SANCOVSKI, 2002).

A assistência aos recém-nascidos, portadores da sífilis congênita faz-se mediante o diagnóstico e implementação da assistência terapêutica indicada, permitindo a continuidade dos casos tratados. Das quatro maternidades-casos avaliadas, apenas duas disponibilizaram o exame de Raio X de ossos longos e análise do Líquor, porquanto o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) considera a realização desses exames em todo caso positivo de sífilis congênita.

Vieira (2005), ao realizar um estudo retrospectivo sobre a prevalência de sífilis congênita, no município de Carapicuíba, em São Paulo, no ano de 2002, encontrou na amostragem de 6.719 nascimentos, 32 casos de sífilis congênita, e destes, 100% foram submetidos ao diagnóstico radiológico e 97% a punção lombar. O mesmo autor refere que 45,8% das gestantes apresentaram diagnóstico de sífilis, após a internação hospitalar, por ocasião do parto.

O encaminhamento da puérpera com sífilis ao centro especializado, foi realizado, apenas, por uma maternidade-caso com baixos percentuais. Tal descoberta reforça a idéia de que a responsabilidade sanitária precisa ser implementada, garantindo o acompanhamento em serviços especializados até a negatificação sorológica do VDRL. É verdadeira a ponderação de Schetini (2005) ao considerar a sífilis congênita uma urgência médica, pois quanto mais precocemente for tratada, mais chances têm de se eliminar a infecção e as seqüelas no recém-nascido.

Entre as limitações do presente estudo, destacam-se as informações oriundas da assistência às gestantes e crianças expostas ao HIV, como o uso do inibidor de lactação, AZT injetável, xarope e fórmula infantil segundo questionário prontuário. Comprovou-se a ausência de registros, dificultando o aprofundamento da qualidade da assistência oferecida. Assim, foi necessário utilizar outras fontes de informação como livros dos laboratórios, farmácia, notificações da Comissão de Controle e Infecção Hospitalar- CCIH, entre outros.

5.2 Os efeitos do Projeto Nascer

Segundo Matida e Camacho (2004), a assertiva de que as ações do programa são a causa das mudanças observadas, implica excluir outras causas igualmente possíveis.

Nos documentos oficiais do Ministério da Saúde para implantação do Projeto Nascer observou-se, como requisito para o recebimento do recurso desse projeto, a notificação de casos de HIV pela maternidade pretendida. Além dos casos, não existiam critérios sobre a estrutura física do estabelecimento de saúde, equipamentos existentes e recursos humanos. No Manual do Projeto Nascer, existe orientação para realização de oficina de treinamento nas ações específicas a serem implementadas pela maternidade (BRASIL, 2003a).

Os efeitos ou indicadores de resultados, evidenciados pelo estudo, podem oferecer subsídios no dimensionamento do problema, além de estabelecer uma relação direta com outros indicadores dos quais cinco componentes podem estar favorecendo ou dificultando a evolução da epidemia, assim como a implantação do projeto (MATIDA e CAMACHO, 2004).

Constatou-se que às maternidades-casos avaliadas, todas prestam assistência ao parto e são similares nas ações oferecidas. Entretanto, os casos identificados, nesta pesquisa, foram bastante distintos, porque apenas duas maternidades-casos notificaram gestantes HIV, que salientam a necessidade de rever as medidas já instituídas nestes estabelecimentos, ampliar outras ações de vigilância epidemiológica, além de garantir a testagem universal às gestantes do HIV, faz necessário que os exames solicitados na triagem cheguem em tempo hábil.

Lemos et al. (2005), ao avaliar a prevalência do HIV nas parturientes em maternidades vinculadas ao SUS, pela utilização do teste rápido, reconheceram que a decisão de se fazer o teste rápido em todas as parturientes, independente de já terem feito a sorologia no pré-natal, mostrou-se relevante, pois algumas com teste negativo para HIV, realizado no período pré-natal, apresentaram-se reagentes no momento do parto.

Estudo *Sentinelas-Parturiente* (SOUZA JÚNIOR, 2004) identificou uma cobertura efetiva do teste de HIV, durante a gestação, estimada em 52%.

Entretanto, as desigualdades socioespaciais evidenciaram-se na comparação das regiões Nordeste (24%) e Sul (71%).

Em relação à incidência de sífilis em gestantes, observou-se uma amplitude de 12,5%º nascidos vivos a 14,5%º nascidos vivos, exceto uma que não registrou casos. Tal resultado não significa, necessariamente, ausência da doença entre as mulheres que procuram este serviço. Considerando-se que as medidas de controle para sífilis são bastante divulgadas e trata-se de uma infecção que traduz o comportamento da população, esperava-se em todas maternidades registros de casos.

Paz et al. (2004) destacam que, no Brasil, embora essas intervenções estejam disponíveis para toda a população de gestantes infectadas e seus filhos, as dificuldades da rede em prover diagnóstico laboratorial, a cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal, configuram uma situação ainda bastante precária em algumas regiões.

Vieira (2005) identificou um coeficiente de sífilis em gestante em um Hospital Geral de Carapicuíba, em São Paulo, de 0,73%. Basso et al (2005), estudando sífilis em um Hospital Universitário, em Caxias do Sul, encontrou um coeficiente de 1,87%. Estes dados evidenciam que a sífilis é um agravo presente em todas as regiões e a causa da grande morbidade na vida intra-uterina, acarretando desfechos negativos em mais de 50% dos casos, tais como: aborto, nati e neomortalidade e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos (SARACENI et al., 2005b).

5.3 A implantação e sua relação com os efeitos do Projeto Nascer: o confronto com o Modelo Lógico

Segundo Yin (2005) a técnica do modelo lógico torna-se, cada vez mais, um instrumento para realizar avaliação através de estudos de casos, comparando-se o evento teórico previsto com os resultados observados, cujas seqüências dos eventos teóricos estão interligadas, associando uma causa a um efeito.

Considerando o modelo lógico empregado e os 5 componentes que constituem o Projeto Nascer devem constar, na integralidade de suas ações, em todas as maternidades-casos avaliadas. Mesmo reconhecendo a possibilidade de

autonomia para resolução dos problemas e o emprego de medidas facilitadoras do cumprimento de normas instituídas pelas portarias do Ministério da Saúde e as características do serviço que está sendo a base para implantação do projeto em questão, por meio do modelo lógico, possibilita mostrar “o porquê” e o “como” se pretende fazer um determinado programa de saúde e também descrever as finalidades, estimar os valores e melhorá-lo (SARACENI et al, 2005a).

Os indicadores de resultados foram utilizados para o confronto entre o grau de implantação das ações relacionadas ao Projeto Nascer com o modelo lógico. Em relação aos casos de gestantes com HIV, observou-se notificação nas Maternidades A e B com 4 e 3 casos respectivamente. Obviamente, a situação exposta por essas unidades é reflexo das ações implementadas do componente assistência laboratorial. Há disponibilidade de kits para os testes rápidos, realizam exames para identificação do HIV e ainda possuem referência para realizar o exame confirmatório, se for o caso. Viu-se que, apenas uma maternidade-caso, durante a avaliação, disponibilizava o resultado do teste rápido em quarenta minutos (40'), enquanto o recomendado é trinta minutos (30').

Em se tratando do componente de assistência clínica, a maternidades B registrou uma pequena realização do teste rápido para o HIV na triagem, embora possua condições para realizá-lo neste ambiente, conforme mencionado; o que nos leva a afirmar que as parturientes receberam seus exames durante o parto ou no pós-parto.

A ausência de casos de HIV, na Maternidade D, merece que se proceda a uma revisão da assistência oferecida. Considerando que a mesma possui insumos para teste rápido, realiza teste de identificação para o HIV e oferece referência para exame confirmatório. Esta maternidade possui condições de realizar triagem e diagnóstico de casos de HIV, então deve-se questionar se de fato os casos não ocorreram entre as parturientes da unidade ou se não foi realizado o exame no universo destas.

Na Maternidade C, a inexistência de ações relacionadas ao componente de assistência laboratorial justifica as falhas no processo do diagnóstico e na operacionalização das intervenções para redução do HIV. Observou-se um baixíssimo grau de aderência às ações relacionadas ao componente de vigilância

epidemiológica, além da inexistência de medicamentos para redução da transmissão vertical do HIV, e como o único insumo disponível a Fórmula Láctea, que é repassada pela Secretaria de Saúde de Pernambuco.

Oliveira et al. (2002) definem que o acesso ao medicamento pode ser entendido como sinônimo de disponibilidade nos serviços de saúde. Também, considerar, fundamentalmente que estes estejam disponíveis no momento e lugar em que o paciente necessita. Existe um risco potencial da Maternidade C atender uma paciente HIV positiva e não realizar as intervenções para redução da transmissão vertical do HIV.

Estes resultados, embora negativos, podem ser úteis para reorientar as ações e conscientizar os profissionais de saúde e gestores sobre a importância do Projeto Nascer. Saraceni e Leal (2003) afirmaram que as intervenções realizadas pelos serviços de saúde, de forma geral não são avaliadas quanto aos resultados alcançados, o que pode levar a uma sistemática repetição de equívocos, sem possibilidade de correção das práticas e melhoria efetiva das ações de saúde.

Quanto à sífilis, em gestantes, o estudo comprovou que 3 maternidades registraram casos, exceto a C. Fatores que contribuem para a ausência de casos, neste estabelecimento, podem ser identificados em todos componentes, principalmente, na assistência laboratorial; o uso de teste rápido para sífilis possibilitaria diagnósticos de casos em menor tempo. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde passou a recomendar a utilização de testes rápidos para a sífilis em locais com difícil acesso aos serviços de saúde, tendo em vista que possibilitam o tratamento imediato (SCHMID, 2004).

Ao confrontar os indicadores de resultados com a assistência clínica, principalmente, nas ações específicas da assistência ao portador de sífilis gestacional e congênita, percebeu-se que, algumas ações, deixaram de ser realizadas onde aconteceram casos.

Considerando que o indicador de resultado refere-se à incidência de sífilis em gestantes, acarretando uma imensa possibilidade de transmissão para o recém-nascido, os resultados dos diversos estudos reafirmam a necessidade de se estabelecerem critérios de definição e tratamento dos casos (SARACENI et al. 2005b; VIEIRA, 2005; LIMA, 2004). Os casos de sífilis identificados na Maternidade

A, não foram submetidos a Raio X de ossos longos. A análise do Líquor, em recém-nascido com sífilis e encaminhamento de puérperas a centros especializados, apresentou baixos percentuais em todas as maternidades-casos avaliadas.

O Ministério da Saúde estabeleceu, como meta para eliminação da sífilis, a incidência de um caso de sífilis congênita por mil nascidos vivos no ano 2000, em acordo firmado com a Organização Pan- Americana de Saúde (PAZ et al., 2004).

Sabe-se que a meta não foi atingida e a situação evidenciada, através desta avaliação, demonstra que existem falhas na assistência para redução da transmissão vertical do HIV e sífilis, considerando ações simples e de baixo custo que são negligenciadas pelas maternidades e deveriam fazer parte da rotina desses serviços.

A construção do modelo lógico e o confronto com os indicadores de resultados explicitaram a sua racionalidade, especificações sobre o problema, a população-alvo, o conteúdo do programa e os atributos necessários para que produzam os efeitos esperados.

A partir do olhar sobre a realidade empírica e o confronto com o modelo lógico pode ser observada uma coerência entre o grau de implantação das ações do Projeto Nascer e os resultados encontrados. Comprovou-se que, para aquelas unidades onde o grau de implantação foi mais baixo, o número de casos diagnosticados foi menor ou inexistente. Detectou-se também que na assistência clínica, mesmo com grau de adesão maior às normas, nas quatro maternidades-casos avaliadas, ainda tem lacunas importantes a serem trabalhadas.

6. CONCLUSÕES

Uma avaliação pode ser eficaz para a reorientação do processo para o qual ela se destina, quando as informações obtidas indicam tanto os sucessos alcançados quanto as falhas existentes, subsidiando o aperfeiçoamento das ações de um programa. Neste contexto, as informações obtidas através da aplicação do modelo lógico da avaliação da implantação do Projeto Nascer, em maternidades de quatro municípios do interior do estado de Pernambuco, pelo método de estudo de casos, pontuou tanto os aspectos positivos como os obstáculos encontrados na implementação do projeto.

O principal fator na implantação do Projeto Nascer foi, em geral, a baixa aplicabilidade às normas mínimas preconizadas e à situação desejável. Dos 5 componentes do Projeto Nascer, apenas 4 na Maternidade A; 2 nas Maternidades D e B e 1 na maternidade C, foi considerado como *parcialmente implantado*. Nenhum componente foi classificado como *aceitável*.

Com relação aos efeitos do Projeto Nascer, descritos pelos indicadores de resultados, foi evidente que apenas as Maternidades A e B registraram casos de HIV em gestantes. Já, em relação à incidência da sífilis gestacional, verificou-se a ausência de detecção de casos em uma maternidade, deixando claro a fragilidade das ações para eliminação da sífilis. Considerando o modelo lógico é notória a estreita relação entre a maior ou menor aderência aos componentes, principalmente, na dimensão unitária.

A factibilidade da utilização do modelo lógico, construído neste estudo, decorre do baixo custo da mesma e da rapidez de aplicação em relação a outras metodologias de avaliação. Os instrumentos que compõem o modelo lógico de avaliação poderão ser replicados em outras localidades, intra e intermunicipais.

Com o método utilizado, tornou-se possível fazer um juízo de valor sobre a implantação de uma política de saúde cujo objetivo seja a redução da transmissão vertical do HIV e sífilis gestacional e congênita nas maternidades-casos.

7. RECOMENDAÇÕES

Tendo como referencial a organização dos serviços de saúde, como também a implantação de programas de saúde que pode assegurar a realização de ações seguras à redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis materna e congênita, as proposições sugeridas, no decorrer deste trabalho, são direcionadas para garantir o sucesso do programa, assegurando o cumprimento das ações preventivas, de vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, laboratorial e clínica e o encaminhamento das mulheres e seus bebês. As sugestões elencadas a seguir são de caráter geral e outras mais específicas:

- Implantar o processo de avaliação com a divulgação dos resultados, de forma regular, para todas as instâncias envolvidas, motivando com isso gestores, profissionais de saúde e usuária(s);
- Promover a responsabilidade política dos gestores do SUS, em particular do gestor municipal, bem como de todos os profissionais da área de saúde e técnicos em se tratando do objetivo do Projeto Nascer;
- Implementar estratégias eficazes, privilegiando ações locais que possam garantir a execução das ações do Projeto Nascer;
- Garantir que o Projeto Nascer seja desenvolvido de forma articulada entre as três instâncias de gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal);
- Implementar estratégias conjuntas entre o programa do Pré-natal, o de DST/AIDS, Saúde da Mulher e da Criança articulados com a Estratégia Saúde da Família (PSF), visando melhoramento da cobertura, do acesso e da qualidade do atendimento;
- Definir um coordenador responsável, em cada maternidade, pelo Projeto Nascer;
- Estabelecer que a aplicação de normas e rotinas de profilaxia da transmissão vertical do HIV, bem como diagnóstico e tratamento da sífilis materna e congênita desenvolvam-se conforme as normas do Ministério da Saúde;
- Garantir aconselhamento pré e pós- teste de HIV a todas as parturientes;

- Disponibilizar o teste rápido para diagnóstico da infecção, pelo HIV e sífilis, por ser uma excelente opção de uso em maternidades que atendem parturientes com baixa taxa de teste sorológico no pré-natal;
- Viabilizar o resultado dos testes rápidos em tempo oportuno, garantindo a referência para realizar os exames confirmatórios;
- Disponibilizar todos os medicamentos necessários à redução da transmissão vertical do HIV e tratamento da sífilis materna e congênita;
- Garantir o uso do partograma como recurso que possibilita documentar a evolução do trabalho de parto, diagnosticar alterações e indicar a adoção de conduta(s) apropriada(s), evitando ainda intervenções desnecessárias;
- Encaminhar toda gestante e seu RN, com diagnóstico positivo ou em investigação, a um serviço especializado para acompanhamento adequado do caso.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA AIDS. **Notícias de pesquisas.** Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br>>. Acesso em: 12 dezembro. 2005.

BARSANTI, C; VALDETARO, F; DINIZ, E.M.A.; SUCCI, R.C.M. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Minas Gerais, v. 32, n.6, p. 605 - 611, nov. 1999.

BASSO, E.; GRAZZIOTIM, L.; ARAÚJO, B.F; LORENZ, D.R.S. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul - RS no Período de 1998 - 2002. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível**, Niterói, v.17, n.1, p. 05 - 09. 2005.

BAZZO, M.L. **Avaliação do uso de teste treponêmico imunoenzimático competitivo na triagem sorológica da sífilis em 23.531 soros de uma população de baixa prevalência.** Dissertação (Mestrado em Farmácia). Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/caderno/caderno.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST e HIV/AIDS Diretrizes e Procedimentos Básicos.** Brasília, DF. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis.** Brasília, DF. 2006c.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília, DF. 2006d.

_____ Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Ano II - nº1 - 01ª - 26ª de 2005.- semanas epidemiológicas. Janeiro à Junho, Brasília, DF. 2005a.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília, DF. 2005b.

_____ Ministério da Saúde. DATASUS. TabNET. Pernambuco. **Caderno de Informação em Saúde. Município: Petrolina – PE 2005**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/caderno/caderno.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2005c.

_____ Ministério da Saúde. DATASUS. TabNET. Pernambuco. **Caderno de Informação em Saúde. Município: Vitória de Santo Antão - PE, 2005**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/caderno/caderno.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2005d.

_____ Ministério da Saúde. DATASUS. TabNET. Pernambuco. **Caderno de Informação em Saúde. Município: Caruaru – PE, 2005**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/caderno/caderno.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2005e.

_____ Ministério da Saúde. DATASUS. TabNET. Pernambuco. **Caderno de Informação em Saúde. Município: Garanhuns – PE, 2005**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/caderno/caderno.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2005f.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST e HIV/AIDS. Diretrizes e Procedimentos Básicos**. Brasília, DF. 2005g.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**. Brasília, DF. 2005i.

_____ Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. DATASUS. Pernambuco. **Estabelecimento cadastrados no Estado de Pernambuco –2005**. Disponível em:< <http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2005j.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres que não podem amamentar**. Brasília, DF. 2005k.

_____ Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília, DF. 2004.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília, DF. 2003a.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças**. Brasília, DF. 2003b.

_____ Ministério da Saúde. **Portaria nº 2104/GM de 19 de novembro de 2002**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Projeto Nascer Maternidades. Brasília, DF. 2002.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Análise dos resultados da primeira avaliação externa da qualidade (AEQ-1) para o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV-1.** Brasília, DF. 2000.

_____ Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.616**, de 12 de maio de 1998.

CARVALHO, R.L.; KRAHE, C.; FARINA, G.; PAULA, D.O.; RICHETTI, N.; CROSSETTI, T. Teste Rápido para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Parturientes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n.4, p. 325 - 328. 2004.

CAVALCANTE, M.S.; RAMOS JR, A.N.; KERR PONTES, L.R.S. Relacionamento de Sistemas de Informação em Saúde: uma estratégia para otimizar a vigilância das gestantes infectadas pelo HIV. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.14, n. 2, p.127- 133. 2005.

CAVALCANTE, M.S.; RAMOS JÚNIOR, A.N.; JESUS E SILVA, T.M.; KERR PONTES, L.R.S. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: Revelando a situação epidemiológica em uma capital do nordeste. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.131 - 138. 2004.

CECATTI, J.G.; LAGO, T.G.; SERRUYA, S.J. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n.7, p. 517 - 525. 2004.

COCHRAN, W. **Sampling Techniques**. New York: John Wiley & Sons.1977.

COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M.; MOCHEL, E.G.; ALVES, M.T.SSB.; RIBEIRO, V.S.; ARAGÃO, V.M.F.; BETTIOL, H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista Saúde de Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p.456 - 462. 2003.

CONTANDRIOUPOLOS, A.P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J.L. & PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** (Z.M.A. Hartz, org.), p. 29 - 47, Fiocruz, Rio de Janeiro.1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1638, de 10 de julho de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília , 09 ago. 2002. Seção 1. nº 153, p. 184 - 185.

DAL FABBRO, A.L.; GURGEL, R.Q.; LEMOS, L.M.D. Prevalência da Infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 32 - 36. 2005.

DENIS, J.L; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** (Z.M.A. Hartz, org.), p.49 - 88, Fiocruz, Rio de Janeiro: 1997.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.12, p. 2647 - 2655, dez.. 2006.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality: a conceptual exploration**. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1: the definition of quality and approaches to its assessment. A. Donabedian. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press: 3-31, 1988.

D'ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n 4, p. 646 - 654. 2005.

DUARTE, G.; GONÇALVES, C.V.; MARCOLIN, A.C.; PASCHOINI, M.C.; QUINTANA, S.M.; PINHATA, M.M.MUSSI. Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV-1 em gestantes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.107 - 111. 2001.

FELICIANO, K.V.O. A relação entre o avaliador e o objeto a ser avaliado. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, p.583 - 592, dez. 2005. Suplemento 1.

FONSECA, M.G.P. **Dinâmica Temporal da epidemia da Aids no Brasil segundo condições socioeconômicas no período de 1986 – 1988**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro. 2002.

FILGUEIRAS, S.L.; DESLANDES, S.F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 121 - 131. 1999. Suplemento 2.

FELISBERTO, E. **Avaliação do Processo de Implantação da Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no Período de 1998 a 1999**. 2001. 92p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife. 2001.

FRIAS, P.G. **Análise de Implantação do Projeto de Redução da mortalidade infantil em dois municípios de Pernambuco com semelhantes condições de vida**. 2001. 146p. Dissertação (Mestrado em Pediatria). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Departamento Materno Infantil, Recife. 2001.

HARTZ, Z.M.A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationales over fast food and sur mesure over ready-made. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 229 - 260. 1999a.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 341 - 353.1999b.

HARTZ, Z.M.A. (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas**. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro: 1997.

HARTZ, Z.M.A.; CHAMPAGNE, F.; LEAL, M.C.; CONTANDRIOUPOULOS, A.P.; Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, p. 310 - 318. 1996.

ISRAEL, G.R. **“Como é que eu vou dizer para a gestante?” Dilemas morais da oferta do teste anti-HIV a gestantes em trabalho de parto: uma contribuição da bioética**. 2002. 88p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Departamento de Ciências Sociais, Rio de Janeiro. 2002.

LANSKY, Sônia et al. Mortes Perinatais e Avaliação ao Parto em Maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 117 - 130. 2006.

LE MOS, L.M.D.; GURGEL, R.Q.; DAL FABRO, A.L. Prevalência da Infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 32 - 36. 2005.

LIMA, M.C.; MARQUES, N.M. **Informática aplicada a pesquisa científica com EPI-INFO**. Apoio ao Curso do Mestrado em Pediatria. Centro de ciências da saúde. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). 2 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE. 2004.

LIMA, B.G.C. Abordagem da Sífilis como indicador de qualidade da assistência Pré-natal em Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. v. 28, n.1, p. 09 - 18. jan/jun. 2004.

MACIEL, A.A.; CARVALHO, M.L.O.; CESTARI, M.E.W.; SODRÉ, T.M.; SILVA ESSER, M.A. **Fatores de risco para morbi-mortalidade materna: uma questão de gênero?** Universidade Estadual de Londrina. Relatório de Pesquisa. 2004.

MADI, J.M.; DE LORENZI, D.R.S. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 647 - 652. 2001.

MARQUES, M.C.C. **A História de uma epidemia moderna. A emergência política da AIDS/HIV no Brasil**. Maringá, EDUEM, 2003.

MARIN, N.(Org). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. OPAS/OMS – Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Rio de Janeiro. 2003.

MATIDA, A.H.; CAMACHO, L.A.B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Caderno de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.37 - 47. 2004.

MEDINA, M.G.; SILVA, G.A.P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z.M.A. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos conceituais e operacionais. In: **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na avaliação de**

Programas e Sistemas de Saúde (Hartz, ZMA e Silvia, LMV, org.), Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: p. 41 - 67, Fiocruz: 2005.

MENDES, K.H.C. et al. Soropositividade para sífilis em amostras sangüíneas, procedentes de quatro regiões (136 bairros) da cidade de Ribeirão Preto - SP. **Revista da Faculdade de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p.123 - 129, jan./mar. 1996.

MENDES, M.F.M.; FREESE, E.; GUIMARÃES, M.J.B. Núcleos de epidemiologia em hospitais de alta complexidade da rede pública de saúde situados no Recife, Pernambuco: Avaliação da implantação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.4, p. 435 - 447, out./dez. 2004.

MOREIRA, T.M.A. **Avaliação da descentralização das ações programáticas de Hanseníase: Um estudo de caso**. 228p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde, Rio de Janeiro. 2002.

MORIMURA, M.C.R. **Situação da testagem anti-hiv em parturientes admitidas em uma maternidade da rede pública na cidade do Recife, 2003: um estudo transversal**. 79p. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil). Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Recife. 2004.

NICHIATA, L.Y.I. **A epidemia da AIDS & os sistemas de informação: Limites e possibilidades da intervenção em saúde coletiva na cidade de São Paulo**. Tese (Doutorado em Enfermagem). 2001, 150p. Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo. 2001.

OLIVEIRA, M.A.; COUTO ESTHER, A.F.S; SANTOS, E.M.; CONSENDEY, M.A.E.; LUIZA, V.L.; BERMUDEZ, J.A.Z. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1429 -1439, set - out. 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) (**Manual de Procedimentos de Controle de Qualidade para os Laboratórios de Sorologia de Bancos de Sangue**. (Tradução e adaptação dos capítulos 1, 5 e 6 do original em língua espanhola. Manual de Procedimientos de Control de Calidad para los Laboratorios de Serologia de los Bancos de Sangre, Estela Cura e Silvano Wendel), Washington D.C.1994.

PAZ, L.C.; PEREIRA, F.G.;MATIDA, L.H.; SARACENI, V.; RAMOS JR, A.N. Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos, 2004. In: **Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano I - nº 1 - 01ª - 26ª de 2004 - semanas epidemiológicas janeiro a junho**. Brasília, DF. 2004.

PEDROSA, L.D.C.O.; SARINHO, S.W.; ORDONHA, M.A.R. Óbitos neonatais: por que e como informar? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.4, p. 411 - 418, out./dez. 2005.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde Programa Estadual de DST/Aids. **Boletim Informativo DST/AIDS**. Ano VI. Nº 1. Fevereiro de 2006a.

PERNAMBUCO. Governo de Pernambuco. Portal dos Municípios Disponível em: <<http://www.pe.gov.br>>. Acesso em: 28 de mar. 2006b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde – Programa Estadual de DST/Aids. **Boletim Informativo DST/Aids**. Ano III, nº 03, 2005a.

PERNAMBUCO. **Relatório de construção da amostra da pesquisa avaliativa do Projeto Nascer - Maternidades**. Não publicado. Recife. 2005b.

REZENDE, E.D.; MARTINS, E.F.; LANSKY, S.; MENDONÇA, M.L.; MELO, V.F.L. Mortes Perinatais em Belo Horizonte: Monitorar para Prevenir. **Anais** do 8º encontro de extensão da UFMG - Belo Horizonte. 03 a 08 de outubro de 2005.

RODRIGUES, CS, GUIMARÃES, MDC. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, Washington, v.16, n.3, p.168 - 175. 2004.

SANTOS, N.J.S., BUCHELLA, C.M, FILLIPE, E.V., BUGAMELLI, I. GARCIA, S.,PAIVA,V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, p.12 - 23. 2005. Suplemento 4.

SANCOVSKI, A.R.K. **Efeitos da visita médica nos pacientes da enfermagem da clínica Geraldo hospital das clínicas da faculdade de medicina da universidade de São Paulo**. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

SAMICO, I.C. **Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no estado de Pernambuco**. 2003. 221p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Recife. 2003.

SARACENI, V.; LEAL, M.C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999 - 2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19 n.5, p.1341 -1349, set - out. 2003.

SARACENI,V.;VELLOZO, V.R.O.; LEAL, M.C.; HARTZ, Z.M.A. Avaliação das campanhas para eliminação da sífilis congênita, no município do Rio de Janeiro, a partir de um modelo teórico – lógico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.5, p. 533 - 541, dez. 2005a. Suplemento 1.

SARACENI, V.; GUIMARÃES, M.H.F.S.; THEME FILHA, M.M.; LEAL, M.M. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e a criança. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.1244-1250, jul - ago. 2005b.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.D.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n.3, p. 269 - 279, jul/set. 2004.

SESSIONS, G. **Avaliação em HIV/AIDS: Uma perspectiva Internacional**. Fundamentos da Avaliação n. 2. ABIA, Rio de Janeiro. 2001.

SCHETINI, J.; FERREIRA, D.C.; PASSOS, M.R.L.; SALLES, E.B.; SANTOS, D.D.G.; RAPOZO, D.C.M. Estudo da Prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói - RJ. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível**, Niterói, v. 17, n.1, p.18 - 23. 2005.

SILVA, L.M.V. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: **Avaliação em Saúde. Dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde** (Hartz, Z.M.A., SILVA, L.M.V, org), p.15 - 40, Rio de Janeiro: Fiocruz.. 2005.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; ESTEVES, M.A. P.; ANDRADE, C.L.T. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987 - 1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, p. 7-19, 2000. Suplemento 1.

SCHMID, G. **Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention**. Bull Pan Am Health Org. v.82, n.6, p.402 - 409. 2004.

SOUZA JÚNIOR, P.R.B.; SZWARCOWALD, C.L.; BARBOSA JUNIOR, A; CARVALHO, M.F.C.; CASTILHO, E.A. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo –Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.6, p.764 - 772. 2004.

TOMAZELLI, J; CZERESNIA, D; BARCELLOS. Distribuição dos casos de AIDS em Mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1049 -1061, jul - ago. 2003.

VASCONCELOS, A.L.R. **A epidemiologia na avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes portadoras do HIV e seus recém-nascidos**. 2005. 178p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde), Universidade de Brasília, Brasília. 2005.

VEIGA, C.J.P; DESLANDES, S.F.;MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. A construção dos Instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo, MC.S (Org.). **Avaliação por Triangulação de Métodos. Abordagem de Programas Sociais**, Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, p. 133 -156. 2005.

VIEIRA, A.A. Contribuição ao Estudo Epidemiológico de Sífilis Congênita no Município de Carapicuíba - SP: Ainda uma realidade em 2002. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível**, Niterói, v.17, n. 1, p.10 - 17. 2005.

VICTORA, C.G., CESAR, J.A. Saúde Materno-infantil no Brasil – Padrões de Morbimortalidade e Possíveis Intervenções. In: Rouquayrol, M.Z.,Almeida Filho,N. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed., Rio de Janeiro: Medsi, p. 415 - 467. 2003.

WORTHEN, B. et al. Evaluation's Basic Purpose, uses, and conceptual distinctions. In: **Program Evaluation - Alternativas Approaches and Practical Guidelines**. Second Edition, Logman, Inc. New York , p. 3 - 34. 1997.

YIN, R.K. **Estudo de Caso. Planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi - 3 ed. Porto Alegre: Bookman, p. 212. 2005.

9 ANEXOS

ANEXO 1



SECRETARIA DE SAÚDE

Questionário Institucional PESQUISA AVALIATIVA DO PROJETO NASCER

QUESTIONÁRIO | | | | | | | |

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- Entreviste o diretor do estabelecimento de saúde; 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	Data	/ /
6. Digitado em / /	7. Digitador	

II. Identificação do entrevistado

8. Nome	
9. Cargo	
10. Profissão	

III. Condições gerais da maternidade

11. Quantos leitos obstétricos existem neste hospital?	
12. Quantos leitos de UTI para adulto existem neste hospital?	
13. Quantos leitos de UI para adulto existem neste hospital?	
14. Quantos leitos de UTI neonatal existem neste hospital?	
15. Quantos leitos de UI neonatal existem neste hospital?	
16. Quantos nascimentos ocorrem por mês neste hospital? (anotar dado mais recente)	
17. Existe comissão de análise de óbito? 1. Sim 2. Não	
18. Existe comissão de revisão de prontuário? 1. Sim 2. Não	
19. Existe comissão de ética? 1. Sim 2. Não	
20. Existe comissão de controle de infecção hospitalar? 1. Sim 2. Não	
21. Qual a taxa de infecção hospitalar da maternidade no mês anterior?	%
22. Qual a taxa de infecção hospitalar da UTI neonatal no mês anterior?	%
23. Número de casos de gestantes HIV ⁺ notificados no período de 01/01/04 a 31/12/04	
24. Número de casos de Sífilis congênita notificados no período de 01/01/04 a 31/12/04	
25. Número de casos de Sífilis na gestação notificados no período de 01/01/04 a 31/12/04	
26. 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
27. Obstetras		
28. Pediatras		
29. Neonatologistas		
30. Anestesistas		
31. Cirurgião geral		
32. Clínico geral		
33. Enfermeiras		
34. Enfermeiras obstétricas		
35. Aux/Téc de enfermagem		
36. Fisioterapeutas		
37. Fonoaudiólogos		
38. Psicólogos		
39. Nutricionistas		
40. Assistentes sociais		
41. Farmacêuticos		
42. Dentistas		
43. Residentes (R1, R2 e R3)		
44. Acadêmicos		

13. Qual o critério usado para reposição de medicamentos?		
14. Quantas vezes faltou Penicilina Benzatina (600.000UI) nos últimos 12 meses?		
15. Quantas vezes faltou Penicilina Benzatina (1.200.000UI) nos últimos 12 meses?		
16. Quantas vezes faltou Penicilina Cristalina nos últimos 12 meses?		
17. Quantas vezes faltou Penicilina Procaína nos últimos 12 meses?		
18. Quantas vezes faltou AZT injetável nos últimos 12 meses?		
19. Quantas vezes faltou AZT comprimido nos últimos 12 meses?		
20. Quantas vezes faltou AZT xarope nos últimos 12 meses?		
21. Quantas vezes faltou Inibidor da lactação injetável nos últimos 12 meses?		
22. Quantas vezes faltou Inibidor da lactação em comprimidos nos últimos 12 meses?		
23. 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		

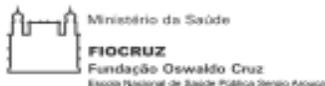
V. Observações do entrevistador sobre a farmácia

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

Informações sobre conservação de insumos: (Observação para registro)

29. Há geladeira e/ou freezer próprio no setor?	1. Sim 2. Não	
30. A geladeira acondiciona 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	

ANEXO 3



Questionário Laboratório
PESQUISA AVALIATIVA DO PROJETO NASCER QUESTIONÁRIO

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- Entrevistar o chefe do laboratório da maternidade/hospital
- Para todo questionário, preencher 88 para não se aplica e 99 para não informado.

I. Identificação do questionário

1. CGC do Hospital	<input type="text"/>
2. Município	<input type="text"/>
3. Entrevista em <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	4. Entrevistado por <input type="text"/>
5. Revisado por	Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
6. Digitado em <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	7. Digitador <input type="text"/>

II. Identificação do profissional

8. Nome	<input type="text"/>
9. Cargo	<input type="text"/>
10. Profissão	<input type="text"/>

III. Dados sobre o teste de HIV

11. Esta maternidade realiza testes para identificação do HIV?		1. Sim 2. Não		<input type="text"/>	
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
12. Rápido	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
13. Elisa	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
14. IMF	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
15. W. Blot	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<i>*Procedimento Operacional Padrão – só registre sim se o procedimento for mostrado</i>					
16. Qual é o intervalo de tempo entre o recebimento da amostra e a disponibilidade do resultado do teste rápido? 1. Minutos <input type="text"/> 2. Horas <input type="text"/> 3. Dias <input type="text"/> 4. Não sabe					<input type="text"/>
17. Se esta unidade não realiza os testes confirmatórios (Elisa, IMF, WB), qual o laboratório de referência?					<input type="text"/>
18. Qual é o intervalo de tempo entre o envio da amostra e a disponibilidade do resultado do teste confirmatório? 1. < 24 horas. 2. 24 a 48 horas 3. > 48 horas 4. Não sabe					<input type="text"/>
Este laboratório utiliza mecanismos de controle de qualidade para testagem anti-HIV, isto é, envia amostras cegas para laboratório de referência dos seguintes exames?					
19. Teste rápido	1. Sim 2. Não		<input type="text"/>		
20. Elisa	1. Sim 2. Não		<input type="text"/>		
21. W. Blot	1. Sim 2. Não		<input type="text"/>		
22. IMF	1. Sim 2. Não		<input type="text"/>		
23. Qual a seqüência de testagem utilizada?					

IV. Dados sobre o teste de sífilis

24. 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	
25. Rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. VDRL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. TPHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. FTA-Abs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>*Procedimento Operacional Padrão – só registre sim se o procedimento for mostrado</i>						
29. Qual é o intervalo de tempo entre o recebimento da amostra e a disponibilidade do resultado do teste rápido? (caso utilize o teste rápido)		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"/>
30. 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"/>
31. 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?						
32. Teste rápido		1. Sim		2. Não		<input type="checkbox"/>
33. VDRL		1. Sim		2. Não		<input type="checkbox"/>
34. TPHA		1. Sim		2. Não		<input type="checkbox"/>
35. FTA-Abs		1. Sim		2. Não		<input type="checkbox"/>
36. Qual a seqüência de testagem utilizada?						

V. Dados sobre o laboratório:

37. Este laboratório possui sistemas de requisição, controle e logística informatizados?		1. Sim	2. Não			<input type="checkbox"/>
38. Quais?						
a. SIREX ²		1. Sim		2. Não		<input type="checkbox"/>
b. SISCEL ³		1. Sim		2. Não		<input type="checkbox"/>
c. Outro		1. Sim		2. Não		<input type="checkbox"/>

Informações sobre conservação de insumos: (Observação para registro)

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

² SIREX – Sistema e Requisição de Exames HIV

³ Sistema de controle e logística de laboratório

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

IV. Condições iniciais da gestante em observação:

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

V. Observações do ambiente físico hospitalar:

48.	A temperatura ambiente é agradável (não faz frio nem calor)? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
49.	A cama da paciente está forrada com roupa de cama adequada? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
50.	A roupa de cama é limpa? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
51.	A paciente está vestida com roupa hospitalar? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
52.	A roupa é adequada (limpa e em boas condições)? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
53.	Há água potável disponível para a paciente? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
54.	Há presença de restos de alimentos sobre os móveis? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
55.	Há evidências de insetos (moscas, baratas etc)? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
56.	Há presença de lixo fora de vasilhame de coleta e/ou espalhado no ambiente? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
57.	Os banheiros são limpos? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
58.	Os banheiros têm papel higiênico, sabão, descarga, pia com torneira? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
59.	Os ralos têm vedação? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
60.	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: :

21. Quantos quartos e sala têm ao todo na sua casa?	<input type="text"/>
22. Você lê e escreve? (Se não, vá para questão 25) 1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
23. Você completou até que série? (anos de estudos completos com aprovação) 1. Nenhuma/analfabeto 2. 1º grau incompleto (1 a 7 anos) 3. 1º grau completo (8 a 10 anos) 4. 2º Grau completo (11 anos e +) 5. Superior completo	<input type="text"/>
24. Excluindo o trabalho de dona-de-casa, você tem algum trabalho remunerado? (Se não, vá para questão 28) 1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
25. Qual a sua ocupação atual?	<input type="text"/>
26. Você tem carteira assinada nesta ocupação atual? (Se sim, vá para questão 29) 1. Sim 2. Não 3. Não, funcionária pública	<input type="text"/>
27. Já teve carteira assinada alguma vez na vida? 1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
28. Quanto você ganha por mês? (incluindo pensões, aluguéis, bolsa escola, bolsa alimentação ou outros rendimentos)	<input type="text"/>
29. Tem água encanada dentro da sua casa? 1. Sim 2. Não	<input type="text"/>

III. Conhecimento/Prevenção da Aids e da Sífilis

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

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

IV. Dados da gestação atual e antecedentes obstétricos

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

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

62. Você fez pré-natal? (Se sim, vá para questão 65)	1. Sim	2. Não	
63. Por que você não fez o pré-natal? (Vá para questão 90)			
64. Aonde você fez o pré-natal?			
65. Trouxe o cartão do pré-natal para maternidade?	1. Sim	2. Não	3. Não tem o cartão
66. A partir de que mês de gestação começou o pré-natal?			
67. Quantas consultas de pré-natal você fez?			
68. Você fez as consultas de pré-natal até o final da gravidez? (Se sim, vá para questão 71)	1. Sim	2. Não	
69. Por que você abandonou as consultas de pré-natal?			
70. 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 _____			
71. O lugar aonde você fez o pré-natal foi o mesmo do parto?	1. Sim	2. Não	
72. 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	
73. Você fez exames de sangue durante o pré-natal?	1. Sim	2. Não	
74. Você fez exames para diagnóstico da HIV/Aids no pré-natal? (Se não, vá para questão 78)	1. Sim	2. Não	3. Não sabe

75. 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"/>																																																
76. Você iniciou o tratamento para HIV/Aids durante o pré-natal?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>																																																
77. 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"/>																																																
78. 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"/>																																																
79. Qual foi o resultado do exame para sífilis? (Se negativo, vá para questão 85)	1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe	<input type="checkbox"/>																																																
80. Você realizou o tratamento para sífilis durante o pré-natal? (Se sim, vá para questão 83)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>																																																
81. Por que você não realizou o tratamento?																																																		
82. O seu companheiro recebeu tratamento para sífilis? (Se sim, vá para questão 85)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>																																																
83. Por que ele não realizou o tratamento?																																																		
84. Durante as consultas de pré-natal com que frequência foram realizados os seguintes procedimentos:																																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Procedimento</th> <th>1. Sempre</th> <th>2. Às vezes</th> <th>3. Nunca</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Medida de pressão arterial</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Tomada de peso</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Ausculta do bebê na barriga</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Exame das mamas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Medida da barriga (altura uterina)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Procedimento	1. Sempre	2. Às vezes	3. Nunca	a. Medida de pressão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Tomada de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Ausculta do bebê na barriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Exame das mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Medida da barriga (altura uterina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Procedimento	1. Sempre	2. Às vezes	3. Nunca																																															
a. Medida de pressão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
b. Tomada de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
c. Ausculta do bebê na barriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
d. Exame das mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
e. Medida da barriga (altura uterina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
85. Você realizou exame de Papanicolau (preventivo) no pré-natal?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>																																																
86. Durante as consultas de pré-natal falaram com você sobre:	1. Sim 2. Não																																																	
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>a. A importância de não faltar as consultas de pré-natal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Manter uma alimentação saudável, consumindo frutas e vegetais</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Não fumar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Evitar bebida alcoólica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Atividade sexual na gravidez</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. A importância do aleitamento materno</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Cuidados com o recém-nascido</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. Métodos para evitar outra gravidez</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. Os sinais da hora do parto</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>j. Importância de voltar ao médico depois do parto</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	a. A importância de não faltar as consultas de pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Manter uma alimentação saudável, consumindo frutas e vegetais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Não fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Evitar bebida alcoólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Atividade sexual na gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. A importância do aleitamento materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Cuidados com o recém-nascido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Métodos para evitar outra gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Os sinais da hora do parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Importância de voltar ao médico depois do parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
a. A importância de não faltar as consultas de pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
b. Manter uma alimentação saudável, consumindo frutas e vegetais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
c. Não fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
d. Evitar bebida alcoólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
e. Atividade sexual na gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
f. A importância do aleitamento materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
g. Cuidados com o recém-nascido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
h. Métodos para evitar outra gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
i. Os sinais da hora do parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
j. Importância de voltar ao médico depois do parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
87. Você teve algum destes problemas de saúde durante a gravidez ?	1. Sim 2. Não																																																	
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>a. Hipertensão</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Diabetes gestacional</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Hemorragias</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Sífilis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. Hepatite B</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. Cardiopatia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. Rubéola</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>j. Toxoplasmose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>l. Infecção urinária</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>m. Tuberculose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>n. HIV+</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>o. Anemia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>p. Isoimunização Rh (problema Rh)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>q. Outras</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	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"/>	
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"/>																																																
88. Você diria que o seu atendimento de pré-natal foi?	1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. Ruim	<input type="checkbox"/>																																																
89. Quantas ultra-sonografias você fez?		<input type="checkbox"/>																																																
90. 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"/>																																																

91. Você já foi vacinada contra a rubéola?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
92. Você sabe quais as doenças a mulher pode passar para a criança durante a gravidez? (Se não, vá para questão 95)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
93. Quais doenças?		<input type="checkbox"/>
94. Você tomou algum remédio durante a gravidez? (Se não, vá para questão 97)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
95. Quais remédios?		
96. Você já fez transfusão de sangue alguma vez na sua vida?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>

VI. Dados comportamentais

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

97. Você tomou bebida alcoólica durante a gravidez? (Se não, vá para questão 102)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
98. Com qual frequência?	1. Nunca 2. Raras vezes 3. Nos finais de semana 4. Frequentemente 5. Diariamente	<input type="checkbox"/>
99. Que tipo de bebida?	1. Cerveja 2. Vinho 3. Cachaça/Vodca/Whisky 4. Outros _____	<input type="checkbox"/>
100. Você achava que deveria ter reduzido ou parado de beber durante a gravidez?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
101. Você fumava antes de engravidar? (Se não, vá para questão 108)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
102. Quantos cigarros você fumava por dia antes de engravidar?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
103. Há quantos anos você fumava?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
104. Você fumou durante a gravidez?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
105. Durante que período fumou? 10. Toda a gestação 2. Parou no _____ mês		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
106. Quantos cigarros você fumou (média) por dia durante a gravidez?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<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>		
107. Você alguma vez na vida usou drogas? (Se não, vá para questão 113)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
108. Que tipo de droga ?		<input type="checkbox"/>
109. Alguma vez na vida você usou droga na veia?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
110. E durante a gravidez usou algum tipo de droga?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
111. Que tipo de droga?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
112. Seu companheiro ou algum dos seus parceiros sexuais usa ou usou droga na veia?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe	<input type="checkbox"/>
113. Nos últimos 5 anos, quantos parceiros sexuais você teve?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

114. Alguma vez você foi destratada verbalmente durante a gravidez? (Se não, vá para questão 117)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
115. Quem fez isso com você?		
116. Desde que você engravidou alguém lhe agrediu fisicamente? (Se não, vá para questão 121)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
117. Quem fez isso com você?		
118. Quantas vezes isso aconteceu?		<input type="text"/>
119. 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"/>

VII. Dados do pré-parto e parto

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

120. 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 4. Orientação médica 5. Outros _____		<input type="checkbox"/>
121. Que dia e hora você percebeu esses sinais? 1. Dia <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Hora <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>		
122. Você tentou ganhar o bebê em outro lugar antes deste? (Se não, vá para questão 125)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
Onde? (Anote o nome de todos os serviços de saúde procurados)		
123. Como você chegou nesta maternidade? 1. De táxi 2. De carro particular 3. De ônibus 4. De trem 5. De ambulância 6. Outros _____		<input type="checkbox"/>
124. Por que você veio a esta maternidade? 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 _____		<input type="checkbox"/>
125. Quanto tempo você esperou desde que chegou neste hospital até ser internada? 1. Minutos <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Horas <input type="text"/> <input type="text"/> 3. Dias <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>
126. Com quem você veio para a maternidade? 1. Sozinha 2. Companheiro 3. Mãe/pai 4. Parente 5. Amigo(a)		<input type="checkbox"/>
127. Ficou alguém da sua família/amigo acompanhando você na maternidade? (Se sim, vá para questão 131)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
128. Se não, por quê?		
129. Colheram seu sangue quando você chegou na maternidade?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
130. Você sabe se foi realizado o exame para HIV/Aids?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
131. Você sabe se foi realizado o exame para a sífilis?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
132. Você foi informada sobre o porquê da realização desses dois exames?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
133. Você foi examinada antes de ir para a sala de parto?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
134. Escutaram o bebê na sua barriga?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
135. Fizeram raspagem de pêlos (tricotomia)? 1. Sim 2. Não 3. Fez em casa		<input type="checkbox"/>

136.	Fizeram lavagem intestinal (enema)?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
137.	Precisou fazer um corte na sua vagina para ganhar o bebê (episiotomia)?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
138.	Quantos toques vaginais fizeram?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
139.	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"/>
140.	O médico que a examinou no pré-parto também realizou o parto?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
141.	O seu bebê nasceu de parto: (Se 1, vá para questão 147)	1. Vaginal 2. Cesáreo	<input type="checkbox"/>
142.	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"/>
143.	Qual foi o motivo da cesárea?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
144.	Você ligou as trompas? (Se não, vá para questão 148)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
145.	Você gostaria de ter ligado as trompas?	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
146.	Houve algum problema com você durante o parto? (Se não, vá para questão 150)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
147.	Quais problemas?		<input type="checkbox"/>
148.	Você diria que o atendimento ao parto foi ?	1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. Ruim	<input type="checkbox"/>
149.	Você se sentiu discriminada por algum motivo nessa maternidade? (Se não, vá para questão 153)	1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
150.	Qual o motivo?		

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

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

Para ser preenchido pelo entrevistador ao final da entrevista

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

34. Nº de exames realizados para Sífilis no pré-natal	<input type="text"/>
35. Data do 1º exame (Sífilis)	<input type="text"/>
36. Resultado do 1º exame (Sífilis) 1. Positivo/Título _____ 2. Negativo	<input type="text"/>
37. Data do 2º exame (Sífilis)	<input type="text"/>
38. Resultado do 2º exame (sífilis) 1. Positivo/Título _____ 2. Negativo	<input type="text"/>
39. Nº de exames realizados para HIV no pré-natal	<input type="text"/>
40. Data do 1º exame (HIV)	<input type="text"/>
41. Resultado do 1º exame (HIV) 1. Positivo 2. Negativo	<input type="text"/>
42. Data do 2º exame (HIV)	<input type="text"/>
43. Resultado do 2º exame (HIV) 1. Positivo 2. Negativo	<input type="text"/>

V. Dados do trabalho de parto e parto

44. Existe partograma no prontuário? 1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
45. O partograma está preenchido? 1. Completo 2. Parcialmente 3. Não	<input type="text"/>
46. Existe evolução do trabalho de parto no prontuário? 1. Completa 2. Parcialmente 3. Não	<input type="text"/>
47. Realizado exame para detecção de sífilis: 1. Sim, no pré-parto 2. Sim, no pós-parto 3. Não	<input type="text"/>
48. Resultado sífilis 1. Positivo/Título _____ 2. Negativo 3. Sem resultado	<input type="text"/>
49. Realizado exame para detecção de HIV: 1. Sim, no pré-parto 2. Sim, no pós-parto 3. Não	<input type="text"/>
50. Resultado do exame HIV 1. Positivo 2. Negativo 3. Sem resultado	<input type="text"/>
51. Data do parto	<input type="text"/>
52. Hora do parto	<input type="text"/>
53. Prescrição de ocitocina 1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
54. Prescrição de corticóide 1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
55. Realizado amniotomia (rotura artificial de membranas) 1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
56. Tipo de anestesia usada no parto: 1. Nenhuma 2. Loco-regional 3. Peridural 4. Raquiana 5. Geral	<input type="text"/>
57. Tipo de parto 1. Vaginal 2. Cesárea 3. Fórceps	<input type="text"/>
58. Realizado episiotomia 1. Sim 2. Não	<input type="text"/>
59. 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="text"/>

VI. Evolução do puerpério

60. Destino da mulher após o parto: 1. enfermaria/quarto 2. U.I. 3. UTI 4. Transferida 5. Óbito	<input type="text"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

61. Se transferida ou óbito. Qual o motivo ou a causa?	
62. Número de visitas médicas no pós-parto (com evolução)	
63. Número de visitas pelo enfermeiro no pós-parto (com evolução)	
64. Complicações no puerpério: 1. Nenhuma 2. Hemorragia 3. Convulsão 4. Hipertensão puerperal 5. Infecção 6. Outra _____	

VII. Evolução do recém-nascido

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

VIII. Dados sobre comportamento de risco para HIV/sífilis

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

IX. Resumo de alta

83. Data da alta da mulher	/ /
84. Data da alta do RN	/ /
85. Nº da AIH da mulher	
86. Nº da AIH do RN	
87. Nº da DO da mulher	
88. Nº da DO do RN/feto	
89. Nº prontuário do RN	
90. Nº da DNV do RN	

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

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

XI. PARA MÃES VDRL POSITIVAS NA ADMISSÃO AO PARTO

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

Anexo 7

Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa Nº 594, intitulado “Avaliação de implantação do Projeto Nascer em Maternidades de Pernambuco”, do pesquisador **Paulo Germano de Frias**, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil de Pernambuco em sua reunião ordinária no dia 01 de agosto de 2005.

Recife, 02 de agosto de 2005


Dr. José Eufálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
e Pesquisa em Seres Humanos do

Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

Anexo 8

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - MÃE



SECRETARIA DE SAÚDE



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. 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 – fone: 2122-4756

Dra. Maria Goretti de Godoy Sousa

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