

Universidade Federal de Minas Gerais
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Curso de Especialização em Metodologia Avaliativa para Serviços de Saúde

Alba Regina de Sousa

Ações de Redução da Transmissão Vertical do HIV em uma Maternidade de Salvador-Bahia Uma Proposta de Avaliação

Alba Regina de Sousa

Ações de Redução da Transmissão Vertical do
HIV em uma Maternidade de Salvador-Bahia
Uma Proposta de Avaliação

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais e ao
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito
parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador(a): : Prof. Geraldo Cunha Cury
Co-orientador(a): Prof. Paulo Germano de Frias

Recife, 2008

SUMÁRIO

RESUMO	2
1. INTRODUÇÃO	3
1.1 Epidemia de Aids no Brasil e na Bahia	3
1.2 Transmissão vertical do HIV	5
1.3 Ações de redução da transmissão vertical do HIV	8
1.4 Ações de redução da transmissão vertical do HIV na Bahia	9
1.5 Concepções teóricas e metodológicas da avaliação	10
2. JUSTIFICATIVA	14
3. PERGUNTA AVALIATIVA	15
4. OBJETIVOS	16
5. MATERIAL E MÉTODO	16
5.1 Modelo Lógico	16
5.2 Tipos de Estudo	19
5.3 Instrumento de Pesquisa	20
5.4 Maternidade - caso	20
5.5 Unidade de análise e amostra	21
5.6 Plano de análise e indicadores	22
5.7 Critério de participação	25
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	26
7. ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO DOS DADOS	26
8.0 REFERÊNCIAS	27
9. ANEXOS	33

RESUMO

A taxa de transmissão vertical do HIV pode chegar a 20%, ou seja, a cada 100 crianças nascidas de mães infectadas, 20 podem tornar-se HIV+. Ações preventivas podem provocar sua redução para menos de 1%, adotando-se as medidas preconizadas pelo Programa Nacional de DST e AIDS. Para a maioria das gestantes, a última/única oportunidade de acesso à avaliação sorológica, aconselhamento e profilaxia da transmissão vertical é a hora do parto. Para atender a esta necessidade no âmbito das maternidades, o Ministério da Saúde lançou, em 2002, o Projeto Nascer-Maternidade, que instituiu um conjunto de medidas a serem efetivadas nos estados e municípios. As instituições/maternidades são cadastradas, seus profissionais capacitados e passam a receber regularmente os insumos necessários. Até o momento, porém, o Programa Estadual de DST/Aids da Bahia não realizou avaliação alguma das ações de redução da transmissão vertical nas instituições com o projeto implantado. Diante disso, este projeto propõe a avaliação de uma maternidade cadastrada no Projeto Nascer com o objetivo de verificar se a instituição atua em conformidade com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde nas ações de redução da transmissão vertical do HIV. Para tanto, propõe-se o estudo de caso com um nível de análise. O caso selecionado proposto é o Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba), localizado no município de Salvador, que atende a cerca de 250 mulheres/dia na sua emergência de obstetria e ginecologia e realiza 30 partos/dia. Assim, a partir de análise dos documentos do Projeto Nascer elaborou-se um modelo lógico da intervenção, levando-se em conta os insumos, atividades, produtos e resultados esperados. Baseados nos componentes do modelo foram selecionados indicadores para avaliação da intervenção. Os resultados encontrados no trabalho de campo serão confrontados com o modelo lógico da intervenção-Projeto Nascer Maternidades. O nível de adesão ao preconizado pelas normas determinará o grau de implantação da intervenção. O estudo terá duas abordagens: retrospectiva e transversal. A abordagem transversal compreenderá entrevistas com gestores, gerentes setoriais (laboratório e farmácia), profissionais de saúde, parturientes e a observação dos procedimentos na triagem e do pré-parto, das condições físicas da farmácia e laboratório. A retrospectiva compreenderá coleta de dados de um universo dos prontuários de mulheres atendidas na maternidade, independentemente do resultado do teste rápido, além de todos os prontuários de casos de HIV confirmados em 2007, devido à baixa prevalência deste agravo. Objetiva-se que a efetivação da proposta possa viabilizar a identificação de problemas, possibilitando as adequações necessárias à organização de serviços e à melhoria das atividades realizadas.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia da Aids no Brasil e na Bahia

O vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) é sério desafio para a saúde pública em relação às doenças infecciosas. Estima-se que a cada dia mais de 680 pessoas se infectam. No mundo, atualmente, existem cerca de 33,2 milhões de pessoas vivendo com HIV, das quais 30,8 milhões são adultos; destes, 15,4 milhões são mulheres e 2,5 milhões são crianças abaixo de 15 anos (UNAIDS 2007).

Globalmente o número de crianças vivendo com HIV aumentou de 1,5 milhões em 2001 para 2,5 milhões em 2007; aproximadamente 90% das crianças HIV com sorologia positiva vivem na África subsaariana.

No Brasil, atualmente, estima-se que 620.000 mil pessoas estão infectadas e que 433.067 estão vivendo com Aids (UNAIDS;2007), sendo que de 1980 a julho de 2005, foram registrados 371.827 casos de Aids (BRASIL 2005a). No início da epidemia, nos anos 80, a maioria dos casos notificados era de pessoas moradoras nos grandes centros urbanos, com maior nível socioeconômico e tinha como categoria de exposição principal as relações homossexuais, os usuários de droga e, em menor grau, as transfusões de sangue e hemoderivados.

Entretanto, a epidemia vem sofrendo transformações significativas no seu perfil epidemiológico ao longo dos anos, caracterizando alguns processos na sua manifestação. O da interiorização, com ocorrência de casos em municípios de menor porte e mais distantes dos grandes centros urbanos (SZWARCOWALD *et al.*, 2000; BRITO *et al.*, 2001); o da pauperização, com o aumento progressivo das taxas de incidência em indivíduos com menor grau de escolaridade (FONSECA *et al.*, 2002; RODRIGUES-JUNIOR *et al.*, 2004) e o da feminização, com a transmissão heterossexual passando a ocupar lugar de destaque adveio o aumento significativo do número de mulheres infectadas (BRITO *et al.* 2001). Porquanto alguns autores referem a epidemia da Aids como multifacetada, composta por um mosaico de subepidemias motivadas por desigualdades regionais (BRITO 2001; RODRIGUES-JUNIOR-2004).

A taxa de incidência teve crescimento acelerado até 1998, com posterior redução da velocidade de crescimento alcançando a taxa máxima de 20,7 por 100.000hab. em 2003, variando de acordo com a região. Dos casos notificados até junho de 2007, 66,27% eram do sexo masculino e 33,73% do feminino. A razão de sexo vem diminuindo sistematicamente passando de 15,1 homem por mulher em 1986 para 1,4 homem por mulher em 2005 (BRASIL, 2006a). Esta redução da razão de sexo demonstra a tendência da epidemia de crescimento em mulheres, principalmente na faixa etária 20 a 49 anos, que corresponde a 81,5% dos casos femininos (BRASIL, 2006a), ou seja, mulheres sexualmente ativas e em plena fase reprodutiva, muitas delas desejosas da maternidade, refletindo na possibilidade de aumento da transmissão vertical (TV) do vírus HIV para o bebê.

De 2000 até novembro de 2006 foram notificados 31.921 casos de gestantes com sorologia positiva para o HIV. O maior número de notificações ocorreu em 2004, 7.217 casos, assim distribuídos por região: 53% sudeste, 28% sul, 5% centro-oeste, 3% norte e 1% nordeste (BRASIL 2006a).

No Brasil, a notificação do primeiro caso de transmissão vertical ocorreu em 1985 (BRASIL, 1999) e até o primeiro semestre de 2007 foram notificados 13.038 casos, sendo a primeira via de infecção pelo HIV em indivíduos menores de 13 anos e responde por 81,1% das notificações. Com uma prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes, estima-se que 12.456 recém-nascidos sejam expostos ao HIV por ano (BRASIL, 2007b).

O primeiro caso de Aids na Bahia ocorreu em 1984 e desse ano até 2006 foram notificados 8.283 casos, sendo 5.605 do sexo masculino e 2.678 do sexo feminino. O comportamento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) por faixa etária mostra a tendência crescente em números absolutos para as faixas etárias de 20-49 anos, representando 90,0% do total de casos notificados até 2006. De 2000 a 2007 foram notificados 468 gestantes soropositivas com 196 casos notificados de crianças menores de 13 anos com 150 casos na categoria de transmissão vertical (SINAN/Bahia-2008a).

O coeficiente de infecção do HIV em gestante por 1.000 nascidos vivos, de 2000 a 2006 apresentou um perfil crescente de 0,1 em 2002 para 1,3 em 2006. O coeficiente de incidência de Aids em menores de 05 anos apresentou uma tendência de crescimento de 0,9% no período 2000 a 2005(SINAN/Bahia-2008a).

SANTOS *et al* (1995), em um estudo realizado entre 1990 e 1991, avaliando a soroprevalência de algumas infecções de transmissão perinatal em cerca de 1024 gestantes de baixa renda, em Salvador, Bahia, encontrou soroprevalência de 0,10% em relação ao HIV.

1.2 Transmissão vertical (TV) do HIV

Em decorrência da feminização, o aumento dos casos de Aids em mulheres, principalmente em idade fértil, de 10 a 49 anos, provocou o aumento da transmissão vertical da infecção pelo HIV, com elevação dos casos de Aids em crianças em todo o mundo.

A probabilidade de transmissão vertical da infecção pelo HIV é demonstrada em vários estudos (CDC, 1994, NOGUEIRA, 2000). A exposição da criança ao HIV ocorre durante a gestação, no trabalho de parto e no parto (contato com as secreções cervicovaginais e sangue materno) ou na amamentação, e quando não realizadas intervenções de profilaxia, a transmissão ocorre em cerca de 25,5% das gestantes infectadas (BRASIL, 2006c).

Aproximadamente 65% dos casos de transmissão materno-infantil (transmissão vertical) do HIV, ocorrem durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os outros 35% ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação. Além disso, o aleitamento materno representa risco adicional de 7 a 22% de transmissão a cada mamada (BRASIL, 2006b).

Estima-se que um quinto das crianças infectadas terão Aids ou morrerão até os 12 meses de idade, aumentando essa estimativa para um terço até os 6 anos (THORNE C. e NEWELL M., 2000).

Em 1994, a efetividade do uso da zidovudina (AZT) na redução da transmissão vertical do HIV foi comprovada pelos resultados do Protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076). Este estudo comprovou que o uso do AZT reduz a TV do HIV em 67,5% dos casos (CONNOR, 1994). Com base neste estudo, o *Centers for Disease Control and Prevention* publicou a recomendação do uso de AZT para mulheres HIV positivas durante a gestação, durante o parto e pelos recém-nascidos durante as primeiras seis semanas de vida (CDC, 1994).

Estudos demonstraram que as intervenções profiláticas realizadas apenas durante o parto e puerpério podem reduzir em cerca de 50% a probabilidade de TV do HIV (BRASIL, 2006b). Mesmo quando a intervenção com AZT é realizada tardiamente na gestação ou quando administrado apenas para o recém-nascido nas primeiras 48 horas após o nascimento, observou-se a diminuição do risco de transmissão do HIV (WADE *et al.*, 1998).

Assim, para que se possa utilizar todas as medidas preventivas, é necessário solicitar à gestante, rotineiramente, o teste sorológico (ELISA e confirmatório) para detecção do HIV no início do pré-natal ou no primeiro trimestre e no início do terceiro trimestre. O Conselho Federal de Medicina dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores inclusive com itens específicos sobre a solicitação no teste HIV na gestação.

Num estudo realizado em 2002, por Souza estimou-se que a cobertura efetiva do teste anti-HIV durante a gestação era de 52%, ou seja, gestantes que tiveram atendimento pré-natal (pelo menos uma consulta), solicitação do teste e conhecimento do resultado antes do parto.

Em 2004, o Estudo-Sentinela Parturiente relata que a cobertura de sorologia para o HIV na gestação, considerando-se todas as etapas antes do parto, foi estimada em 63%, e as desigualdades regionais ficam bem explicitadas: as regiões centro-oeste, sul e sudeste apresentam proporções superiores a 75% e as regiões norte e nordeste apresentam respectivamente 35,3% e 31,3%. Na região nordeste, 5,4% das gestantes não fizeram o pré-natal; 45,4% fizeram o pré-natal sem solicitação do teste; 8,8% fizeram o pré-natal no qual houve solicitação do teste e recusa da gestante e 9,1% fizeram o teste e não conseguiram saber o resultado (SZWARCOWALD, 2006).

Entre as falhas no processo de detecção da infecção pelo HIV durante a gestação podem se destacar: ausência de acompanhamento pré-natal; início tardio do acompanhamento pré-natal, sem tempo para se obter o resultado da sorologia do HIV e a realização de procedimentos específicos; atendimento pré-natal sem solicitação de teste do HIV; atendimento pré-natal com realização de teste para o HIV, mas sem resultado do exame laboratorial em tempo hábil ou seu extravio. As evidências demonstram a importância da promoção de intervenção com adequada assistência ao binômio mãe HIV+ e seu filho, entretanto, apesar da disponibilidade

de testes e medicação profilática que possibilitem a redução da TV, esta ainda permanece elevada no Brasil devido à baixa cobertura das ações preconizadas (SZWARCWALD, 2006). Em estudo multicêntrico realizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a taxa estimada de transmissão vertical do HIV no Brasil em 2004 era de 8,5%, variando entre 13,8% na região norte e 3,5% na região centro-oeste (BRASIL, 2007b).

Ao se perder a chance de detectar a infecção pelo HIV durante o pré-natal, é importante que a última ou a única possibilidade de acesso à testagem sorológica para o HIV, que é na maternidade, seja priorizada.

No pré-parto toda gestante que chegar à maternidade sem ter realizado exame para o HIV ou sem o resultado da sorologia, terá que ser aconselhada e com seu consentimento realizar-se-á o teste rápido que poderá ser de triagem ou de diagnóstico. No teste rápido de triagem, se o resultado for positivo, embora todas as medidas profiláticas da transmissão vertical sejam realizadas, é necessário fazer a coleta do material e encaminhar a amostra do sangue para esclarecimento diagnóstico.

A puérpera com diagnóstico realizado durante o trabalho de parto deve passar por minucioso aconselhamento pós-teste, considerando-se a situação pouco favorável para oferecimento do teste durante o trabalho de parto (BRASIL 2007b). Ressalta-se que em caso de resultado negativo para o teste, deverá também ocorrer o aconselhamento pós-teste, visando a orientar sobre medidas preventivas referentes ao HIV.

A literatura mostra a redução da taxa de transmissão vertical para níveis entre 1 a 2% com a aplicação de todas as intervenções preventivas preconizadas pelo Programa Nacional de DST e Aids: uso de anti-retrovirais (ART) a partir da 14ª semana de gestação, com possibilidade de indicação de AZT ou terapia anti-retroviral tríplice; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical; realização de parto cesáreo eletivo em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas ou por indicação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade (BRASIL, 2006b).

Recomenda-se que os serviços informem e avaliem, conjuntamente com a paciente, os riscos/benefícios da via de parto escolhida (BRASIL, 2007c).

Deve-se sempre evitar que as parturientes portadoras do HIV permaneçam com bolsa rota por mais de quatro horas ou em trabalho de parto prolongado, pois a taxa de transmissão aumenta progressivamente após quatro horas de rotura da bolsa (cerca de 2% a cada hora até 24 horas). Quanto aos cuidados com o recém-nascido, deve-se iniciar a administração de zidovudina (AZT) ainda na sala de parto ou nas duas primeiras horas de vida, podendo ser iniciada dentro das primeiras oito horas de vida. Assim, no pós-parto a mulher deve ser orientada sobre o risco da transmissão do HIV mediante o aleitamento materno, além de receber informações sobre o preparo do leite em pó (fórmula infantil) e de outros alimentos e sobre os cuidados para a supressão do leite materno (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2007c).

A utilização adequada dos ARV e das medidas profiláticas da TV modificam o panorama da epidemia em crianças, reduzindo efetivamente o número de casos.

1.3- Ações de redução da transmissão vertical do HIV

Diante da tendência da transmissão vertical do HIV, o Ministério da Saúde (MS), em 1995, fez sua primeira publicação específica sobre o tema com o documento “Considerações acerca do binômio HIV/Aids e Transmissão Vertical”, inserindo o aconselhamento pré e pós-teste e o diagnóstico do HIV na rotina do pré-natal (VELOSO, 1999). Entretanto, somente em 1997 as recomendações do MS sobre a oferta de testagem anti-HIV para gestantes no pré-natal, uso de anti-retrovirais na gestação, trabalho de parto e parto, uso de anti-retrovirais pelo recém-nascido e alimentação de crianças expostas verticalmente ao vírus foram normatizadas.

Visando a expandir as ações para reduzir a transmissão vertical, que foram iniciadas a partir de 1995, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2001, as Recomendações para Profilaxia da Transmissão vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes, formalizando o uso da terapia anti-retroviral potente (combinação de três anti-retrovirais) e os critérios para indicação da operação cesariana eletiva.

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento no pré-natal. Dentre os exames essenciais elencados para promover à qualidade da assistência no pré-natal consta a realização do VDRL (início do pré-natal, início do 3º trimestre - 28ª semana - e no momento do parto) e o oferecimento do teste anti-HIV para todas as gestantes.

Diante da situação da transmissão vertical do HIV e da sífilis, apesar dos esforços empreendidos, o Ministério de Saúde lança, em 2002, a Portaria nº 2.104, instituindo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Projeto Nascer-Maternidade, que deverá ser desenvolvido observando-se as diretrizes do PHPN e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002.

O Projeto Nascer-Maternidade recomenda um conjunto de medidas e atividades necessárias no âmbito das maternidades e tem como objetivos: diminuir a ocorrência de transmissão vertical do HIV, reduzir a morbi-mortalidade associada à sífilis congênita e melhorar a qualidade do atendimento no parto.

Em relação ao HIV, o Projeto Nascer-Maternidade visa a estabelecer nas maternidades a testagem para o HIV no período pré-parto imediato, com consentimento informado da gestante após aconselhamento, para verificar o *status* sorológico de 100% das parturientes que não tenham realizado este procedimento durante o pré-natal e a efetivação da profilaxia para redução da transmissão vertical com intervenção na gestante / puérpera e no recém-nascido. Além disso, objetiva criar mecanismo para disponibilização de fórmula infantil a todos os recém nascidos expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde, por meio de portaria, normatiza a aquisição de fórmula infantil pelos municípios, estados e Distrito Federal. Com relação à administração do inibidor de lactação, este procedimento está incluso na tabela de procedimentos especiais do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), além de incluir o teste rápido para triagem de infecção pelo HIV (BRASIL, 2002).

Ainda na maternidade, deve-se realizar a notificação de gestante HIV+ e criança exposta ao HIV (BRASIL 2007b). A inclusão da vigilância epidemiológica da gestante HIV+ e criança exposta como agravo de notificação compulsória, em 2000, visa ao conhecimento da prevalência do HIV nesta população, além do fortalecimento dessa ação de controle, e de propiciar a avaliação da

operacionalização do protocolo de profilaxia da transmissão vertical (BRASIL 2007b). As notificações alimentam o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).

Para implantar o projeto nas maternidades, os profissionais são capacitados de acordo com as diretrizes do Programa Nacional, a maternidade é cadastrada e posteriormente é estabelecido o fluxo de envio de *kits* de teste rápido para HIV, inibidor de lactação e fórmula infantil para estas instituições.

Em 2006, com o objetivo de avançar nesta prevenção, percebeu-se ser necessária a ampliação do “Projeto Nascer-Maternidades”, para que todas as maternidades do Brasil tenham condições de atendimento à gestante portadora de HIV ou sífilis e ao seu recém-nascido, e a ampliação do diagnóstico e atenção a essa mulher, principalmente durante o pré-natal. Para tanto, o Programa Nacional de DST/AIDS está fortalecendo a estruturação da rede de atenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids, incluindo a implantação, em cenários específicos, do teste rápido para o diagnóstico.

Estas recomendações são revisadas periodicamente pelo Programa Nacional de DST/Aids e estão no documento “Recomendações para Profilaxia da Transmissão vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral” e no Protocolo para prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis (BRASIL, 2007b, BRASIL, 2007c).

O nível de adequação da assistência às gestantes/puérperas nas maternidades está condicionado à forma como a atividade está organizada, considerando adequado o atendimento que segue as diretrizes do Manual de Recomendações para Profilaxia de Transmissão vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes, do Ministério da Saúde. Entretanto, a avaliação do nível de implementação dessas intervenções no Brasil tem sido prejudicada pela dificuldade de se obter dados para monitorar as várias etapas da implementação das intervenções para a prevenção da transmissão vertical do HIV e seu impacto. Atualmente o único dado disponível no MS que pode ser usado como indicador da implantação do programa é o número de parturientes que receberam o anti-retroviral zidovudina (AZT) no parto (VELOSO; VASCONCELOS; GRINSZTEIN, 1999).

1.4 As ações para redução da transmissão vertical do HIV na Bahia

A Bahia inseriu-se em todas as ações de redução da transmissão vertical do HIV e da criança exposta ao HIV propostas pelo MS e instituiu a obrigatoriedade de aplicação em parturientes, nos hospitais e maternidades das redes públicas e privadas de saúde do estado da Bahia, de medicamento inibidor da transmissão aos nascituros do vírus HIV.

Em 2002, visando a atender às normas do Projeto Nascer (BRASIL, 2007d), a Coordenação Estadual de DST/Aids iniciou a capacitação de profissionais de saúde em acolhimento, aconselhamento, realização do teste rápido para triagem e diagnóstico, manejo clínico de parturientes HIV+ e de crianças expostas ao HIV e de vigilância epidemiológica. Após a capacitação, as unidades foram cadastradas e passaram a receber insumos (testes rápidos, fórmula infantil, anti-retroviral e inibidor de lactação), conforme estabelecido pelo protocolo para a efetivação das ações de redução da transmissão vertical. Atualmente, as maternidades cadastradas na Bahia recebem o teste rápido que é fornecido pelo Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/Aids e a fórmula infantil e a cabergobolina, que é adquirida e fornecida pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia / Coordenação Estadual de DST/Aids. Os insumos são garantidos com recursos do incentivo fundo a fundo, repassados pelo governo federal de acordo com os objetivos definidos no Plano de Ação e Metas (PAM), elaborado anualmente e com os recursos da contrapartida (BAHIA, 2008).

Do ano de lançamento da portaria (2002) até 2007, foram capacitados profissionais de 34 (trinta e quatro) municípios, perfazendo o total de 57 (cinquenta e sete) hospitais/maternidades trabalhando com estas ações. Visando a ampliar o acesso, verifica-se a necessidade de elevar o número de municípios com essas ações implantadas, uma vez que a Bahia possui 417 municípios distribuídos em 564.692,669km² e população estimada, em 2005, de 13.815.334 de habitantes (BRASIL, 2008b).

Entretanto, para ampliar estas ações é importante verificar se as existentes estão em conformidade com o preconizado, no intuito de minimizar as barreiras que impedem a implementação do protocolo, bem como verificar as dificuldades para que, ao se implantarem novas ações estas sejam observadas e possam ser corrigidas, para um melhor planejamento das políticas estaduais. Até o momento

não houve, por parte da Coordenação Estadual de DST/AIDS-Bahia, qualquer avaliação sistematizada, com um instrumento formalizado, para acompanhamento das ações. Ocorrem reuniões operacionais, visitas de supervisão e acompanhamento dos boletins informativos de insumos.

Em busca de outras fontes localizou-se 02 estudos realizados em maternidades na Bahia (FARIAS 2006, SANTOS 2006). Os autores desenvolveram trabalhos com perspectiva diferentes. Farias (2006) avaliou conhecimento dos obstetras e neonatologistas a cerca das recomendações do Ministério da Saúde para a profilaxia da transmissão vertical por meio de estudo descritivo transversal com um questionário estruturado, anônimo e auto explicativo, no período de agosto a novembro de 2005 com 129 obstetras e 59 neonatologistas. Santos (2006) avaliou o Projeto Nascer em uma maternidade de referência em Feira de Santana no período de julho de 2003 a julho de 2004 por meio de um estudo seccional, descritivo, retrospectivo em prontuários e livros de registros.

Embora se registre a existência destes trabalhos, verifica-se a necessidade de uma avaliação mais ampliada envolvendo todos os atores envolvidos no processo - profissionais de saúde, gestores e usuárias do serviço – objetivando proporcionar maior conhecimento das ações realizadas para subsidiar as ações de planejamento da Coordenação Estadual de DST/Aids, bem como verificar as possíveis fragilidades das ações já existentes.

1.5 Concepções teóricas e metodológicas da avaliação

Avaliar é uma atividade inerente ao processo de aprendizagem e sempre fez parte do cotidiano. Nos programas públicos o conceito de avaliação apareceu logo após a Segunda Guerra e no decorrer dos anos setenta a necessidade de avaliar ações sanitárias se impôs. A partir daí, a avaliação ganhou espaço na maioria dos países.

No Brasil, nos últimos anos, o interesse pelas avaliações de programas e serviços passou a fazer parte das preocupações dos gestores públicos, pois estas seriam ferramentas do processo de gestão que objetiva auxiliá-los no processo de

decisão, buscando torná-lo mais racional e efetivo, ainda que seus resultados tenham pouca influência nestes processos (MOREIRA, 2002).

Assim, a avaliação tem como propósito essencial servir de apoio aos processos decisórios no âmbito da saúde, buscando subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, julgar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas (BRASIL, 2005).

Há diversas definições e significados para avaliação, dependendo do tipo de conhecimento e visão do mundo de seus autores. Não há definição em que exista concordância de todos os autores em relação ao sentido exato do termo. Para Worthen (2004), avaliação é a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação (seja o que for que estiver sendo avaliado).

A avaliação de uma intervenção pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Ao falar de intervenção é importante atentar para os diferentes atores envolvidos. Isto porque cada um dos atores interessados (avaliadores, população, usuários, administradores, profissionais, financiadores) pode ter seus próprios objetivos em relação à intervenção e sua avaliação (CONTANDRIOPOULOS *et al* in HARTZ 1997).

Numa avaliação normativa, a atividade consistirá em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processos) e os resultados obtidos, com critério e normas (CONTANDRIOPOULOS *et al* in HARTZ 1997).

A abordagem normativa, mesmo com limitações, possui valor reconhecido na tomada de decisão, por correlacionar as ações programáticas à aplicação de normas, englobando todo o potencial técnico e estrutural (FELICIANO, 2005).

A avaliação nos programas de saúde deve subsidiar a tomada de decisão dirigida às ações e atividades realizadas.

A avaliação da execução fornece informação sobre o andamento do programa e seu objetivo é avaliar as mudanças situacionais, isto é, estabelecer até que ponto se está cumprindo e realizando o programa ou prestando um serviço de acordo com a proposta inicial (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994). Porquanto programas e projetos de intervenção que, na prática, traduzem uma orientação e uma decisão política previamente tomada não garantem sua execução e ou implantação, trazendo a

indagação sobre em que medida uma determinada intervenção foi ou não de fato implantada (BODSTEIN, 2002).

Para efetivação da avaliação, o avaliador usa as concepções, métodos de coleta de dados e análise e técnicas interpretativas de pesquisa que forem mais propícias ao seu estudo e de acordo com sua visão de avaliação orientações filosóficas, predileções metodológicas e preferências práticas (WORTTHEN, 2004).

2.0 JUSTIFICATIVA

Considerado como modelo para o mundo, o Programa Nacional de DST/Aids enfrenta vários desafios, entre eles a dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce do HIV, principalmente no que se refere a gestantes.

No Brasil, a cobertura de diagnóstico da infecção pelo HIV e da utilização de AZT injetável em parturientes HIV positivas era de 52% em 2004 demonstrando que a cobertura de realização de testes para o HIV no pré-natal é muito inferior ao desejado, e ainda menor nas gestantes mais vulneráveis para a infecção pelo HIV, em decorrência principalmente de fatores como a baixa adesão ao pré-natal (BRASIL 2007a).

Estima-se que 15 a 30% (BRASIL, 2000) das crianças nascidas de mulheres infectadas adquirem o vírus pela não realização da profilaxia e que a intervenção com drogas anti-retrovirais durante a gravidez, no trabalho de parto e no início da vida do recém-nascido, a não amamentação e o seguimento de todas as orientações preconizadas reduz de maneira significativa a transmissão. Logo, para a maioria das gestantes, a única oportunidade de acesso à avaliação sorológica, aconselhamento e profilaxia da transmissão vertical é na hora do parto. Portanto, é imprescindível que não se perca esta oportunidade de oferecer à gestante a possibilidade de realizar o teste rápido para triagem ou diagnóstico, para que seja estabelecido o seu *status* sorológico e a instituição das medidas preventivas, pois estar-se-á contribuindo para a efetividade das ações de redução da transmissão vertical.

Diante do exposto e considerando ser a maternidade a última possibilidade de realizar as intervenções visando à redução da transmissão vertical do HIV, é imprescindível verificar como estão sendo realizadas estas ações e se elas são

efetivadas em conformidade com as diretrizes propostas. Logo, este estudo justifica-se, na medida em que possibilitará a identificação de problemas, possibilitando as adequações necessárias à organização de serviços e à melhoria das atividades realizadas, além de instrumentalizar os gestores na realização de novas capacitações uma vez que a Coordenação Estadual de DST/Aids pretende ampliar o quantitativo de maternidades que realizam estas ações e é do seu interesse realizar esta avaliação.

3. PERGUNTA AVALIATIVA

1. As ações para redução da transmissão vertical do HIV desenvolvidas pela maternidade estão em conformidade com o preconizado pelo MS?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

1. Elaborar uma proposta para avaliação das ações de redução da transmissão vertical do HIV em uma maternidade cadastrada no Projeto Nascer no município de Salvador

4.2 Objetivos específicos

1. Explicitar o modelo lógico das ações de redução da Transmissão Vertical do HIV
2. Definir o foco da avaliação do Projeto Nascer Maternidades considerando o modelo lógico das ações de redução da Transmissão Vertical do HIV
3. Construir a matriz de análise das ações de redução da Transmissão Vertical do HIV.

5. MATERIAL E MÉTODO

5.1 Modelo lógico das ações de redução da transmissão vertical do HIV- Projeto Nascer

Para condução das atividades de avaliação, o passo inicial é a descrição do programa. A construção de um modelo teórico é a estratégia de operacionalização de um desenho da pesquisa científica e é uma maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre intervenção e efeito. Este modelo descreve teoricamente, em um quadro, os componentes principais de um programa e como

estes se articulam para alcançar o objetivo proposto. Resume o mecanismo de funcionamento do programa através de uma seqüência de passos unindo o processo aos resultados, levando em consideração a interação dos efeitos de seus componentes com o impacto do referido programa.

O modelo lógico denota os princípios que dizem respeito às condições para a sua efetividade e fornecem uma estrutura de referência para avaliações (BRASIL 2005). Entretanto a intenção do modelo lógico é apresentar o ideal, descrevendo as atividades e os resultados previstos, considerando o planejado, assim não leva em conta as possíveis barreiras para sua execução e as mudanças que podem ocorrer neste período.

Um modelo lógico pode ser composto por vários elementos, mas na grande maioria as partes que o compõem são as atividades, os insumos (*inputs*), os produtos (*outputs*) e os efeitos (*outcomes*) imediatos, de médio e longo prazo (HARTZ *et al.*, 1997; BRASIL, 2005).

Os modelos lógicos de avaliação podem ser entendidos como uma representação gráfica das relações lógicas entre quatro elementos de um programa: as atividades, os efeitos da transferência dos serviços, os resultados intermediários e os resultados finais. Deste modo, o modelo lógico das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV foi construído articulando-se as dimensões estratégicas da ação - prevenção, assistência e vigilância - considerando como elementos básicos os insumos, atividades, produto, resultados (BRASIL 2005). Nessa construção, para cada componente destacou-se seus objetivos, insumos, atividades, produtos e resultados esperados. Esta discriminação subsidiará a definição dos indicadores e do julgamento do grau de implantação da ação.

O Quadro 1 apresenta o Modelo Lógico para as ações de redução da transmissão vertical do HIV em maternidades, sistematizado de acordo com as normas do Manual de Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral (2007c), bem como no Protocolo para Prevenção de Transmissão vertical de HIV e Sífilis (BRASIL, 2007b). Assim, o objetivo do modelo lógico, neste trabalho, é demonstrar uma rede desejável e previsível de aspectos inter-relacionados para alcançar o objetivo das ações de redução da transmissão vertical.

Componentes	Objetivos	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados Imediatos
Prevenção	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilitar o acesso das gestantes/ puérperas à profilaxia para redução da T V. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura física • Equipamentos em condições adequadas de uso. • Profissionais de saúde capacitados • Leis, Portarias e Protocolos para prevenção e controle da TV do HIV • Materiais informativos • Cartão do Pré-Natal 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitação do cartão do Pré-Natal • Aconselhamento pré- teste • Solicitação de autorização para realização do teste rápido para o HIV • Colocação da norma para prevenção e controle da TV do HIV em local visível 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestantes/puérperas atendidas com aconselhamento pré- teste • Prontuário constando consentimento para realização do teste rápido • Gestantes/ parturientes que consentiram em fazer o teste. • Cartão do Pré-Natal constando no prontuário • Norma para prevenção e controle da TV do HIV fixada em local visível 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do acesso da gestante/parturiente/ puérpera ao atendimento para profilaxia da TV com aconselhamento pré- teste • Aumento do percentual de gestante/puérpera que receberam aconselhamento pré- teste
Assistência Farmacêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer medicamentos para a prevenção da transmissão vertical do HIV em condições adequadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura física • Equipamentos em condições adequadas de uso. • Profissionais de saúde capacitados • Medicamentos ARVs. • Inibidor de lactação • Fórmula infantil 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecimento de AZT para gestantes/ parturiente HIV+ e a criança exposta ao HIV • Fornecimento do inibidor de lactação para puérperas • Fornecimento de fórmula infantil • Registro do fornecimento de medicação • Reposição de medicamentos • Manter os medicamentos acondicionados em condições adequadas e dentro do prazo de validade 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensado AZT para ser administrado em gestantes HIV+ • Dispensado inibidor lactação para ser administrado em puérperas • Dispensado AZT solução oral para ser administrado a crianças expostas ao HIV • Dispensado para puérperas HIV+/ crianças exposta ao HIV fórmula infantil • Quantitativo de lata de fórmula infantil fornecida • Estoque de medicamentos controlados • Medicamentos armazenados em condições adequadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da cobertura medicamentosa para profilaxia do HIV de gestante HIV+ e crianças expostas ao HIV • Fluxo de fornecimento, controle e manutenção de ARVs e inibidor de lactação definido • Garantia de acesso à fórmula infantil
Assistência Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar assistência clínica a gestante/ puérpera HIV+ e à criança exposta ao HIV 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura física adequada • Materiais e equipamentos em condições adequadas de uso • Profissionais de saúde capacitados • Leis, portarias e protocolos para prevenção da TV do HIV • Cartão do Pré-Natal • Partograma 	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento do Partograma • Evolução do trabalho de parto registrado no prontuário • Administração do ARV venoso à gestante HIV+ • Definição da via de parto conforme protocolo • Realização dos cuidados com o recém-nascido conforme protocolo • Visita médica e de enfermagem no pós-parto • Permissão do Acompanhante • Administração do ARV e ao recém-nascido exposto ao HIV • Solicitar exames confirmatórios para as gestantes com testes rápidos para triagem positivos • Encaminhamento da parturiente com teste rápido positivo para exame confirmatório • Aconselhamento pós-teste • Orientação para não amamentação e para inibição mecânica da lactação (enfaixamento de mama) • Administração do inibidor de lactação na gestante HIV+ • Orientação sobre o uso da fórmula infantil • Encaminhamento da puérpera HIV+ e recém- nascido a serviço especializado 	<ul style="list-style-type: none"> • Partograma preenchido gestante HIV+ e recém-nascido exposto ao HIV com acesso ao ARV • Gestante orientada quanto à não amamentação e ao uso de fórmula infantil • Exame confirmatório para HIV solicitado • Uso de inibidor de lactação registrado no prontuário • Parturiente encaminhada para realizar exame confirmatório • Permitida o acesso do acompanhante durante a internação • Puérpera HIV+ e recém-nascido encaminhados a serviço especializado (referência e contra-referência) • Registro no prontuário do encaminhamento da puérpera HIV+ e recém-nascido a serviço especializado 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do acesso à profilaxia da TV da gestante /puérpera HIV+ e criança exposta ao HIV • Garantia de assistência adequada à gestante/puérpera HIV+ e criança exposta ao HIV • Redução do risco de ocorrer a TV do HIV

Quadro 1 - Modelo Lógico das Ações de Redução da Transmissão Vertical do HIV em Maternidade-Projeto Nascer

					conclusão
Componentes	Objetivos	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados Imediatos
Assistência Laboratorial	Facilitar a gestante/parturiente acesso a exames do HIV	<ul style="list-style-type: none"> Estrutura física adequada Equipamentos em condições adequadas de uso Profissionais capacitados Kit teste rápido Kit teste Elisa Manuais técnicos (POP) 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilização do <i>kit</i> teste rápido. Realização do teste rápido Adoção de medidas preconizadas para garantir a qualidade dos exames ofertados Manutenção dos insumos acondicionados em condições adequadas e dentro do prazo de validade Estabelecimento de fluxo de atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> Teste rápido fornecido Teste realizado Testes rápidos entregues em tempo oportuno Parturiente encaminhada para realização do exame confirmatório Sistema informatizado para entrada e saída de exames Garantia da qualidade da testagem 	<ul style="list-style-type: none"> Melhoria no acesso das parturientes ao resultado do teste rápido para triagem e do exame sorológico para HIV
Vigilância Epidemiológica	Garantir a notificação nos casos de gestante HIV+ e da criança exposta ao HIV.	<ul style="list-style-type: none"> Profissionais capacitados Estrutura física Equipamentos Ficha de investigação de gestante HIV+ e da criança exposta ao HIV Núcleo de vigilância epidemiológica Comissão de Controle de Infecção Hospitalar 	<ul style="list-style-type: none"> Preenchimento da ficha de notificação Encaminhamento da ficha de notificação para o órgão responsável pela inserção dos dados nos sistema (SINAM) Análise das fichas para verificação da completude das informações 	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecimento de fluxograma de notificação Notificação de gestante HIV+ e à criança exposta ao HIV realizadas, Fichas preenchidas atendendo aos dados solicitados 	<ul style="list-style-type: none"> Melhoria na qualidade do preenchimento da ficha de notificação Melhoria da qualidade das informações no SINAN (gestante HIV+ e de criança exposta)

Quadro 1 - Modelo Lógico das Ações de Redução de Transmissão Vertical do HIV em Maternidade - Projeto Nascer

5.2 Tipo de estudo

O tipo de estudo proposto é o de caso com um nível de análise com 02 (duas) abordagens: a retrospectiva e a transversal. A transversal compreenderá entrevistas com gestores, gerentes setoriais (laboratório e farmácia), profissionais de saúde, parturientes e a observação dos procedimentos na triagem e do pré-parto, das condições físicas da farmácia e laboratório. Na abordagem retrospectiva, coleta de dados de um universo dos prontuários de mulheres atendidas na maternidade, independentemente do resultado do teste rápido, além de todos os prontuários de casos confirmados de HIV em 2007, devido à baixa prevalência deste agravo. A triangulação de fontes de informação permitirá diminuir a presença de vieses que possam comprometer o resultado da pesquisa.

5.3 Instrumento de pesquisa

Os instrumentos de coleta e técnica utilizada para o estudo (quadro 2) foram adaptados da dissertação de mestrado - Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco (SOUSA, 2006).

Abordagem	Instrumento de coleta de dados	Técnicas	Respondente/Local
Transversal	Questionário Institucional – Parte 1. (Anexo A)	Entrevista	Direção da Instituição
	Questionário Institucional Parte (Anexo A)	Entrevista e observação	Responsável pela farmácia/Farmácia
	Questionário Institucional Laboratório (Anexo A)	Entrevista e observação	Responsável pelo laboratório / Laboratório
	Questionário semi-estruturado profissionais de saúde (Anexo B)	Entrevista	Profissionais de Saúde
	Roteiro de observação triagem e pré-parto (Anexo C)	Observação não participante	Triagem /Pré-parto
	Questionário semi-estruturado Puérperas (Anexo D)	Entrevista	Puérperas
Retrospectiva	Roteiro de análise de prontuário (Anexo E)	Análise documental	Todos os prontuários de casos gestante HIV+ em 2007 Amostra aleatória de prontuários das parturientes atendidas em 2007

Quadro 2 - Instrumentos e técnicas para o estudo de pesquisa

5.4 Maternidade-caso

Para maternidade-caso escolheu-se o Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba), uma das maternidades cadastradas no Projeto Nascer pela Coordenação Estadual de DST/Aids-Bahia em 2002. Localizada em Salvador, foi uma das primeiras capacitadas para trabalharem com esta ação, e, das maternidades cadastradas é a de maior número de nascidos vivos em 2007, referência do estado

em atendimento secundário à gestação de alto risco desde 01/1999, além de possuir atividade de ensino e pesquisa.

O Iperba é um estabelecimento da esfera administrativa estadual atuando nos níveis de atenção ambulatorial e hospitalar com atenção básica e média complexidade, com atendimentos na área ambulatorial, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, internação e urgência/emergência. A maternidade dispõe de 122 leitos distribuídos nas seguintes especialidades: cirurgia, com 05 para ginecologia; clínica, 01 para a clínica geral e 26 para a neonatologia; e obstetrícia, com 9 para clínica e 81 para cirúrgica. Quanto às instalações físicas para assistência hospitalar, o serviço possui 01 sala de recuperação com 02 leitos, 03 salas de cirurgia, 01 sala de curetagem, 03 salas de parto normal, 02 salas de pré-parto com 09 leitos e 26 leitos para RN patológicos (BRASIL2008c).

5.5 Unidade de análise e amostra

Neste estudo a propõe como unidade de análise os componentes da intervenção para a prevenção, a assistência clínica, a farmácia, o laboratório e a vigilância epidemiológica. A junção destes formará a dimensão unitária da maternidade-caso (unidade escolhida para o estudo).

A coleta de dados na unidade maternidade-caso Iperba consistirá de prontuários, entrevista com o gestor, gerente setorial (laboratório e farmácia), com puérperas (20% dos prontuários amostrados) e observação da assistência ao parto (10% dos prontuários amostrados - quadro 3). Além de entrevistas com 74 dos profissionais - quantitativo de profissionais da área médica e de enfermagem incluídos no cadastro nacional de estabelecimento de saúde, que atuam no quadro da maternidade na assistência ao parto, parte hospitalar, e nos cuidados com os bebês que estão cadastrados (BRASIL, 2008c).

Calculou-se a amostra pelo modelo de amostragem aleatória simples, em um universo de 4.918 nascidos vivos do hospital no ano de 2007, utilizando-se a fórmula abaixo descrita (COCHRAN, 1977):

$$n_0 = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Onde:

p = proporção de transmissão vertical do HIV no hospital, estimando-se uma proporção de cerca de 50%;

q = complementar de p, isto é, igual a (1 – p);

d = erro máximo admitido para estimação, d = 5%;

z = abscissa da curva normal para um nível de confiança de 95%, z = 1,96.

A seleção dos prontuários para revisão no ano de 2007 deve ser feita através de processo de amostragem sistemática de acordo com o número de prontuários amostrados por mês. Este processo consiste dos *N* elementos da população (NV no mês) reunidos em grupos definidos por um intervalo de amplitude (*N / n*) e sortear aleatoriamente um elemento de cada grupo para compor a amostra. Neste sentido, para atingir o número de prontuários do hospital, deve-se andar de 9 em 9. O número inicial (início casual) será sorteado entre 1 e 9 (SILVA, 2001). Essa forma permitirá selecionar prontuários de nascimentos ocorridos ao longo de todo o mês, garantindo, por outro lado, informações mais recentes, utilizando o último mês como referência.

Estabelecimento	N de nascidos vivos -2007*	Abordagem Transversal		Abordagem Retrospectiva
		Mães entrevistadas	Observação pré-parto	Nº de prontuário 2007
Iperba	4.918*	72	36	356

Quadro 3 - Quantitativo amostra referente à abordagem transversal e retrospectiva tendo como referência nascidos vivos em 2007

* Fonte: SESAB/SUVISA/DIS-SINASC - junho /08

5.6 Planos de análise e indicadores

Os indicadores para cada componente foram estabelecidos de acordo com o modelo lógico, pela disponibilidade de informação e importância da ação de acordo com padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde além de indicadores sem estes

padrões. Para cada indicador foi estabelecido o padrão adotado, as categorias e os pontos de corte visando à pontuação que será trabalhada para classificar o grau de implantação (Quadro 4). Algumas variáveis geraram um indicador sintético tomando-se por base quatro a dez questões com o objetivo de verificar a existência do mesmo.

Componente do modelo	Indicador	Elementos do modelo lógico	Meio de verificação/ Fonte de Informação	Padrão	Categoria e ponto de corte
Prevenção	Cartão do pré-natal da parturiente	Insumo	• Questionário/ puérpera		≥90,1 % =1,0 50,1 a 90,0% =0, 75 10,1 a 50,0% =0,50 ≤ 10,0%=0,00
	Aconselhamento pré-teste	Atividade	• Observação triagem e pré-parto		≥90,1 % =1,0 50,1 a 90,0% =0, 75 10,1 a 50,0% =0,50 ≤ 10,0%=0,00
	Autorização para realização do teste rápido	Atividade	• Observação triagem e pré-parto		≥90,1 % =1,0 50,1 a 90,0% =0, 75 10,1 a 50,0% =0,50 ≤ 10,0%=0,00
	Normas afixadas em local visível	Insumo	• Observação triagem e pré-parto	Pelo menos em 1 local	1 (Sim)=100%; 2 (Não) = 0%
Assistência Clínica	Partograma preenchido	Atividade	• Roteiro de análise de prontuário		≥90,1 % =1,0 50,1 a 90,0% =0, 75 10,1 a 50,0% =0,50 ≤ 10,0%=0,00
	Examinada antes do parto	Atividade	• Questionário parturiente		≥90,1 % =1,0 50,1 a 90,0% =0, 75 10,1 a 50,0% =0,50 ≤ 10,0%=0,00
	Aplicação do esquema terapêutico em parturientes com HIV+	Atividade	• Roteiro de análise de Prontuário		≥90,1 % =1,0 50,1 a 90,0% =0, 75 10,1 a 50,0% =0,50 ≤ 10,0%=0,00
	Início da profilaxia com AZT xarope na criança exposta ao HIV até oito horas de vida	Atividade	• Questionário profissional de saúde • Roteiro de análise de prontuário	Até 8 horas de vida	Até às 8 hs = 100%; Acima de 8hs = 0
	Inibição Mecânica (antes de iniciar a medicamentosa) da lactação	Atividade	• Questionário/ puérpera e profissional de saúde • Roteiro de análise de prontuário		≥90,1 % =1,0 50,1 a 90,0% =0, 75 10,1 a 50,0% =0,50 ≤ 10,0%=0,00
	Inibição medicamentosa da lactação	Atividade	• Questionário puérpera e profissional de saúde • Roteiro de análise de Prontuário		≥90,1 % =1,0 50,1 a 90,0% =0, 75 10,1 a 50,0% =0,50 ≤ 10,0%=0,00
	Admitir acompanhante	Atividade	• Questionário instrucional - gestão	Permitir a 100% das parturientes	1 (Sim)=100%; 2 (Não) = 0%
	Maternidade com ambiente físico limpo e agradável (condições físicas adequadas)	Insumo	• Roteiro de observação triagem e pré-parto		Todos os itens adequados -100% 7 a 8 itens adequados - 75% 5 itens adequados -50% Nenhum i tem adequado - 0
	Encaminhamento da puérpera HIV+ e recém nascido exposto ao HIV á serviço especializado	Atividade	• Questionário Profissional de saúde • Roteiro de análise de Prontuário		≥90,1 % =1,0 50,1 a 90,0% =0, 75 10,1 a 50,0% =0,50 ≤ 10,0%=0,00

Quadro 4 - Modelo de Análise

					Conclusão
Componente do modelo	Indicador	Elementos do modelo lógico	Meio de verificação/ Fonte de Informação	Padrão	Categoria e ponto de corte
Assistência Farmacêutica	Medicamentos AZT xarope	Insumo	• Questionário / Responsável farmácia		1 (Sim)=100%; 2 (Não) = 0%
	Medicamentos AZT endovenoso	Insumo	• Questionário / Responsável farmácia		1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%
	Medicamentos Inibidor de lactação	Insumo	• Questionário / Responsável farmácia		1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%
	Controle de estoque	Atividade	• Questionário / Responsável farmácia		1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%
	Fornecimento da fórmula infantil	Atividade	• Roteiro de análise de prontuário		1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%
	Estrutura física adequada (poeira, lixo, infiltrações, mofo, incidência de luz solar sobre medicamentos, caixa de remédio em contato direto com o chão)	Insumo	• Questionário/ observação farmácia		4 resposta negativa -100% 3 resposta negativa -75% 2 resposta negativa -50% 1 resposta negativa - 25%
	Equipamentos (geladeira)	Insumo	• Questionário farmácia	No mínimo 01 no serviço	1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%
Existência de termômetro para geladeira e/ou freezer	Insumo	• Questionário / observação farmácia	No mínimo 1 por geladeira	1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%	
Assistência Laboratorial	Equipamentos (geladeira)	Insumo	Questionário - observação Laboratório	No mínimo 01 no serviço	1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%
	Existência de termômetro para geladeira e/ou freezer	Insumo	Questionário- observação Laboratório	No mínimo 1 por geladeira	1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%
	Kit teste rápido para HIV	Insumo	• Questionário/ responsável Laboratório	Ter pelo menos 01 kit disponível	1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%
	Sistemas de requisição, controle e logística informatizada		• Questionário/ responsável Laboratório	Existência de um sistema	1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%
	Tempo para entrega do resultado do teste rápido	Atividade	• Roteiro observação triagem e pré parto • Questionário/ Responsável laboratório	30'	Até 30' = 100% De 31' a 40' = 75% De 41' - 1h = 50% Acima de 1 hora = 0
	Realiza exame confirmatório para HIV	Atividade	• Questionário / Responsável laboratório		1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%
	Controle qualidade de exames	Atividade	• Questionário/ Responsável laboratório		1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%
Vigilância Epidemiológica	Notificação de gestante HIV+ e criança exposta ao HIV	Atividade	• Questionário/ Profissional de saúde • Roteiro de análise de prontuário	Notificar 100% dos casos detectados de gestante HIV+ e de criança exposta ao HIV	
	Núcleo de vigilância epidemiológica	Insumo	• Questionário/ gestor	Pelo menos 1 por maternidade	1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%
	Comissão de controle de Infecção Hospitalar	Insumo	• Questionário/gestor	Pelo menos 1 por maternidade	1 (Sim)=100% 2 (Não) = 0%

Quadro 4 - Modelo de Análise

O somatório dos valores encontrados por cada indicador indicará o escore de cada um dos componentes. A soma dos escores dos componentes formou a dimensão unitária do grau de implantação das ações de redução da transmissão vertical do HIV. Assim, o grau de implantação será obtido pelo somatório dos valores de cada componente.

Para classificar o grau de implantação definiu-se como critério a medida da integralidade - soma dos escores das ações realizadas para cada componente, utilizando-se os seguintes pontos de cortes (HARTZ *et al*, 1997):

Grau de implantação	Percentual
Implantado	≥80 %
Insatisfatório	40 e 79%;
Critico	≤39%.

Quadro 5 - Parâmetro para o grau de implantação

Os dados obtidos serão reunidos num banco de dados e processados em programas específicos. Para a análise estatística será utilizado um *software* cujo método de análise seja adequado às variáveis contidas nos instrumentos de coleta de dados.

5.7. CRITÉRIO DE PARTICIPAÇÃO

Os sujeitos da pesquisa serão os gestores da unidade e dos setores já especificados, uma amostra de profissionais de saúde da maternidade e usuárias. Para efetivação do estudo, será solicitada, inicialmente, autorização da instituição (maternidade) na qual deverá se concretizar a pesquisa. Todos os sujeitos envolvidos serão esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e ao aceitar participar deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previamente elaborado pela pesquisadora (Anexos F e G).

Assim, serão excluídos os gestores/parturientes/profissionais que se recusarem a participar do estudo quando informados verbalmente da finalidade do mesmo.

Salienta-se que a pesquisa pode ser interrompida tanto pela pesquisadora quanto pela instituição pesquisada caso não ocorra de acordo com previsto no projeto ou por razões que fujam ao controle dos mesmos

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo acontecerá de acordo com as normas e diretrizes brasileiras que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, em conformidade com a lei 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

7. ESTRATÉGIA DE DISSEMINAÇÃO DOS DADOS

Para divulgação dos resultados estão previstas as formas abaixo relacionadas:

- Relatório;
- Seminários com gestores e profissionais dos serviços;
- Publicação de artigo.

Os resultados da Avaliação serão apresentados aos gestores e profissionais através de relatório, com a finalidade de:

- Subsidiar o Planejamento Estratégico do Programa;
- Planejamento de atividades de capacitação;
- Tomada de decisões estratégicas;
- Recomendar ajustes à melhoria do programa, se necessário.

8.REFERENCIAS

AGUILAR,MJ, ANDER-EGG E. Avaliação de Serviços e Programas Sociais. Rio de Janeiro. Vozes, 1994,61p

Bahia Secretaria de Saúde do Estado Plano de Ações e Metas-2008. 88p

BRASIL Política Nacional de DST/Aids : princípios, diretrizes e estratégias / Coordenação Nacional de DST e Aids, 1. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 1999. p. 220

_____, Avaliação na Atenção Básica em saúde: caminhos da institucionalização/ Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de acompanhamento e Avaliação: Coordenação técnica, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira-IMIP. Brasília, DF. Ministério da Saúde. 2005 36p

_____,. Boletim epidemiológico Aids,junho a agosto de 1999. Disponível em: http://www.Aids.gov.br/udtv/boletim_jun_ago99/prevenc_trans_vertical.htm: Acesso em: 16 nov. 2007

_____.Boletim Epidemiológico - Aids e DST.- Ministério da Saúde / Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília (DF): 2006 2(1).

_____.Plano Operacional da Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis .Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. DF. 2007a . 24p

_____. Ministério da Saúde: Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano II - nº 1 - 01ª - 26ª de 2005 - semanas epidemiológicas -janeiro a junho de 2005- Brasília Brasil –novembro 2005

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano III - nº 1 - 01ª - 26ª de 2006 - semanas epidemiológicas janeiro a junho de 2006, - Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. Brasília. 2006.a

_____. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília: 2006.b

_____. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para Profilaxia de Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes. Brasília. 2006.c

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV / Secretaria Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.: il. – (Série Legislação n.º 2)

_____. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial número 2104/GM de 19 de novembro de 2002 Dispõe sobre instituição do Projeto Nascer. Disponível em: www.aids.gov.br. Acesso em 16 de novembro de 2007

_____.Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília: 2007b

_____.Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para Profilaxia de Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes. Brasília. 2007c

_____, Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde 2006. Vol. 01 75p. Disponível em :<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume1.pdf>. Acesso 10 de janeiro de 2008

_____.Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, DATASUS. Bahia. Disponível em .
http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento. Acesso em 13/07/2008

_____. Ministério da Saúde Portaria Ministerial nº 874 de 3 de julho de 1997. Publica o guia de condutas terapêuticas em HIV/DST, para orientar o cumprimento do disposto nos parágrafos 1º e 2º da Lei Nº 9.313, de 13/11/96.- Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília . 4 jun. 1997. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aids/>. Acesso em 10 de maio de 2008

_____. Ministério da Saúde Portaria nº 0993/GM de 4 de setembro de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília.

_____. Ministério da Saúde Portaria nº 569/GM em 1º de junho de 2000 PHPN. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília

_____. Ministério da Saúde Portaria de nº 1071/GM de 9 de julho de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/Aids>. Acesso em 10 de maio de 2008

_____. Ministério da Saúde Portaria de nº822/GM de 27 de junho de 2003 Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília

_____. Ministério da Saúde Portaria nº 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília

_____. Ministério da Saúde. Portaria Técnica Ministerial n.º 874/97 de 03 de julho de 1997, publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília de 04/07/97. disponível em http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/Aids/GM_P874_97aids.doc. Acesso em 11 de maio de 2008

_____. Ministério da Saúde. Programa nacional de DST/Aids- Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programas-1ª edição , Brasília. Março2005

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher Gestação de Alto Risco Manual Técnico.3ª Edição .Brasília 2000

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 7 (3): 401-412, 2002.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. , Uberaba, v. 34, n. 2, 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 17 Nov 2007

BRITO, Ana Maria de et al . Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. Rev. Saúde Pública , São Paulo2008 . Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php> Acesso em: 16 Jan 2008

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

CONTANDRIOPOULOS, Ap; CHAMPAGNE, F; DENIS, Jr & INEALUT, R, 1997. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: HARTZ, ZMA (org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. pp. 29-47

Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução nº. 196/96: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 24p.

CONNOR EM, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. For the Pediatric AIDS Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med.* 1994;331(18):1173-80. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7935654>. Acesso em 16 de jan 2008

Centers for Diseases Control and Prevention - CDC. Recommendations of the U.S. public health service task force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. *MMWR.* 1994;3:RR-11 Disponível em :<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00032271.htm>. Acesso em 16 de jan 2008

DOURADO, Inês et al . Soroprevalência do HIV-1 na população geral de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2007 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 02 Jan 2008.

FARIAS, João Paulo Queiroz – Dissertação de mestrado - Profilaxia da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: atitude de obstetras e neonatologistas das maternidades públicas da cidade de Salvador/Bahia. [manuscrito] Escola Bahiana de Medicina e Saúde Publica -2006.112 p.

FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. *Revista Brasileira saúde Materno Infantil,* Recife, V.5, p 583-592, dez.2005. Suplemento1

FONSECA, Maria Goretti Pereira, SZWARCOWALD, Célia Landmann e BASTOS, Francisco Inácio. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Rev. Saúde Pública,* dez. 2002, vol.36, no.6, p.678-685. ISSN 0034-8910.

HARTZ, ZMA et al. Avaliação do programa materno-infantil: Análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 89-131, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997.

IBGE dados Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba> . Acesso em 30 março 2008).

MACÊDO, Vilma Costa – Dissertação de mestrado - Avaliação da implantação do Projeto Nascer em Maternidades do interior do estado de Pernambuco: estudos de casos . [manuscrito]- Universidade Federal de Pernambuco – Recife 2007. 102p.

MOREIRA, TMA. Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: Um estudo de caso. Tese de Doutorado. ENSP/FIOCRUZ, 228 p, 2002. Disponível em: <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/moreiratd/capa>. Acesso em 06/11/2007

NOGUEIRA AS et al. Successful prevention of HIV transmission from mother to infant in Brazil using a multidisciplinary team approach. *Braz J Infect Dis.* 2000;5:78-86

Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde Ética

RODRIGUES-JUNIOR, Antonio Luiz and CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, July/Aug. 2004, vol.37, no.4, p.312-317. ISSN 0037-8682.

SANTOS, Jairo Ivo dos et al . Soroprevalência do HIV, HTLV-I/II e outros patógenos de transmissão perinatal em Salvador, Bahia. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* , São Paulo, v. 37, n. 4, 1995 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 02 Jan 2008

SANTOS, Normeide Pedreira dos, Dissertação de mestrado- Avaliação do Projeto Nascer em uma Maternidade de referência em Feira de Santana- Bahia . [manuscrito] Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública –Salvador -2006. 60p.

Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN) dados Bahia Acesso em 09 abril.2008

SILVA, N. N. Amostragem Probabilística. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

SOUSA, M. Goretti de G. - Dissertação (mestrado) Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco/– Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz . Brasília, 2006., 88 pp.

SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges de et al . Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 38, n. 6, 2004 . Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>
Acesso em: 31 Dez 2007

SZWARCWALD CL, JÚNIOR Souza PRB, Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. Boletim Epidemiológico - Aids e DST - Ano III - nº. 1 - 01ª - 26ª de 2006 - semanas epidemiológicas janeiro a junho de 2006. Brasília 2006.

SZWARCWALD CL, Barbosa Júnior A, Fonseca MG. Estimativa do número de crianças (0-14 anos) infectadas pelo HIV, Brasil, 2000. *Bol Epidemiol Aids*. 2001;25(1):49-54. Disponível em :
<http://www.Aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/.pdf> .Acesso em 17 jan 2008

THORNE C, NEWELL ML. Epidemiology of HIV infection in the Newborn. *Early Human Development* 2000;58:1-16. Disponível em
<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1398721>, Acesso em 10 de janeiro 2008

UNAIDS. Aids epidemic update : December 2007. disponível em
http://data.unAids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf. Acesso em 27 de dez. 2007

VELOSO Valdiléa G., VASCONCELOS Ana Lúcia, GRINSZTE Beatriz. Prevenção da Transmissão Vertical no Brasil. Boletim epidemiológico AIDS, junho a agosto de 1999. Disponível em:
http://www.Aids.gov.br/udtv/boletim_jun_ago99/prevenc_trans_vertical.htm: Acesso em: 16 nov. 2007

Wade NA, , et al. Abbreviated regimens of Zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1998; 339:1409-1414 Disponível: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/339/20/1409>. Acesso em 12 dez. 2007

WORTHEN, Blaine R.: SANDERS, James R. FITZPATRICK Jody L.; Avaliação de Programas: Concepções e Práticas. São Paulo. Editora Gente, 2004. 730f

YIN, Robert, K. Estudo de caso; planejamento e métodos. trad.Daniel Grassi.3ª ed. Porto Alegre; Bookman ,2005

9.ANEXOS

Anexo A - Questionário Institucional

Nº |__|__|__|__|__|__|

Parte 1. Administração - Gestão

Entrevista com o gestor do serviço ou, na sua ausência, com profissional por ele indicado.
Para todo o questionário preencher 88 para **não se aplica** e 99 para **não informado**.

I. Identificação do questionário

1. Município |__|__|__|__|__|__|
2. Maternidade _____
3. Entrevista em |__|__|__|/|__|__|__|/|__|__| 4. Entrevistador (nome) _____
5. Digitado em |__|__|__|/|__|__|__|/|__|__| 6. Digitador _____ |__|__|

II. Identificação do entrevistado

7. Nome _____
8. Cargo _____ |__|__| 9. Profissão _____ |__|__|

III - Informações gerais

10. Quantos nascimentos ocorrem por mês nessa unidade (dados recentes)? |__|__|__|
Anotar mês/ano de referência |__|__| / |__|__|
11. A instituição permite a presença de acompanhante durante a internação para o parto?
1. Sim 2. Não |__|__|
12. Existe um núcleo de vigilância epidemiológica 1. Sim 2. Não |__|__| (Se sim, vá para a questão 14).
13. Se não, qual o setor responsável pela vigilância epidemiológica? _____ |__|__|
14. Existe uma comissão de Controle de Infecção Hospitalar 1. Sim 2. Não |__|__|
15. A maternidade notifica os casos de gestante HIV+ e crianças expostas ao HIV? 1. Sim 2. Não
|__|__|
16. Número de casos de gestantes HIV+ notificados no período de 01/01/07 a 01/12/07 |__|__|__|
17. Quantitativo de profissionais que atuam na assistência ao parto e cuidados com o bebê:
 - a. Obstetras |__|__| |__|__|
 - b. Pediatras |__|__| |__|__|
 - c. Neonatologistas |__|__| |__|__|
 - d. Anestesiologistas |__|__| |__|__|
 - e. Cirurgião geral |__|__| |__|__|
 - f. Enfermeiras |__|__| |__|__|
 - g. Enfermeiras obstétricas |__|__| |__|__|
 - h. Auxiliares /Técnicos de enfermagem |__|__| |__|__|
 - i. Psicólogos |__|__| |__|__|
 - j. Nutricionistas |__|__| |__|__|
 - k. Assistentes sociais |__|__| |__|__|
 - l. Farmacêuticos |__|__| |__|__|
 - m. Residentes (R1, R2 e R3) |__|__| |__|__|

Parte 2. Farmácia

Solicitar autorização para ver o estoque de medicamentos para Aids, inibidor de lactação e fórmula láctea para o recém-nascido. Anotar a data de validade de duas amostras dos medicamentos abaixo listados. Selecione uma amostra da frente da prateleira e outra que esteja atrás ou uma amostra de cima e outra de baixo, caso esteja empilhado.

I. Identificação do profissional

1. Nome _____
2. Cargo _____ |__|__|
3. Profissão _____ |__|__|

II. Dados sobre medicamentos para Aids e fórmula láctea.

4. Especificar o tipo de medicamento e data de validade:

Medicamento/Fórmula	Quantidade	Validade (parte da frente) Mês/ano	Validade (parte de trás) Mês/ano
AZT injetável (frascos)	_ _ _	_ _ / _ _	_ _ / _ _
AZT xarope (frascos)	_ _ _	_ _ / _ _	_ _ / _ _
Inibidor da lactação	_ _ _	_ _ / _ _	_ _ / _ _
Fórmula Láctea 1º semestre (latas)*	_ _ _	_ _ / _ _	_ _ / _ _

*Caso a farmácia não disponibilize a fórmula infantil, quem fornece _____

5. A farmácia faz controle de estoque dos medicamentos? 1. Sim 2. Não |_|_|
6. Quantas vezes faltaram AZT injetável nos últimos 12 meses? |_|_|_|
7. Quantas vezes faltaram AZT xarope nos últimos 12 meses? |_|_|_|
8. Quantas vezes faltaram inibidor da lactação nos últimos 12 meses? |_|_|_|
9. Quantas vezes faltaram fórmula láctea para o recém-nascido nos últimos 12 meses? |_|_|_|
- Se não faltou = 00. Se não teve nos últimos 12 meses = 88

IV. Observações do entrevistador.

10. Informar a impressão quanto a:
- 10.1. Presença de poeira, lixo exposto 1. Sim 2. Não |_|_|
- 10.2. Presença de mofo, infiltrações 1. Sim 2. Não |_|_|
- 10.3. Incidência de luz solar sob os medicamentos
1. Sim 2. Não |_|_|
- 10.4. Caixas de remédio em contato direto com o chão, parede ou teto
1. Sim 2. Não |_|_|
11. Verifique sobre conservação de insumos
- 11.1 Há geladeira e/ou freezer próprio no setor? 1. Sim 2. Não |_|_|
- 11.2. Almoxarifado específico para medicamentos ? 1. Sim 2. Não |_|_|

Parte 3. Laboratório:

I. Identificação do profissional

1. Nome _____
2. Cargo _____ |_|_|_|
3. Profissão _____ |_|_|_|

II. Dados sobre teste/exames de HIV

4. O teste rápido é realizado pelo laboratório 1. Sim 2. Não |_|_|

5. Se não, quem realiza _____

6. Responda às questões abaixo sobre teste rápido para HIV.

POP*	Quantidade de exames disponíveis	Data de validade do kit- mês/ano
1. Sim 2. Não		
_ _	_ _ _	_ _ / _ _

*Procedimento Operacional Padrão – só registre sim se o procedimento for mostrado

7. Qual é o intervalo de tempo entre o recebimento da amostra e a disponibilidade do resultado do teste rápido?
1. Minutos |_|_|_| 2. Horas |_|_|_| 3. Dias |_|_|_| 4. Não sabe |_|_| 5. |_|_|_|
8. É realizado exame confirmatório para HIV (se sim vá para a questão 22)
1. Sim 2. Não |_|_|_|
9. Se esta unidade não realiza os testes confirmatórios (Elisa, IMF, WB). A unidade encaminha os pacientes para realizar este exame em outro local ? 1. Sim 2. Não |_|_|_|

10. Qual é o intervalo de tempo entre a coleta da amostra e a disponibilidade do resultado do teste confirmatório?

1. < 24 horas. 2. 24 a 48 horas 3. > 48 horas 4. Não sabe |___|

11. Este laboratório utiliza algum mecanismo de controle de qualidade dos exames?

11.1. Teste rápido 1. Sim 2. Não |___||___|

12. O laboratório possui sistemas de requisição, controle e logística informatizados?

1. Sim 2. Não |___|

13. Se sim, quais?

a. SIREX_a 1. Sim 2. Não |___|

b. SISCEL_b 1. Sim 2. Não |___|

c. Outro 1. Sim 2. Não |___|

III. Informações sobre conservação de insumos (observações do entrevistador)

14. Há geladeira e/ou freezer próprio no setor? 1. Sim 2. Não |___|

15. A geladeira e/ou freezer tem termômetro para registro de controle da temperatura?

1. Sim 2. Não |___|

Anexo E - Roteiro para Análise de Prontuários

Nº |__|__|__|__|__|__| CASO: 1. HIV/Aids() 2. NÃO CASO ()

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

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

I. Identificação do questionário

1. Município |__|__|__|__|__|__|
2. Maternidade _____
3. Pesquisa em |__|__|__|/|__|__|__|/|__|__| 4. Pesquisador (nome) _____
5. Digitado em |__|__|__|/|__|__|__|/|__|__| 6. Digitador |__|__|

II. Identificação da mulher

6. Nome da mulher _____
7. Data de nascimento |__|__|__|/|__|__|__|/|__|__| 12. Idade (anos) |__|__|
8. Escolaridade(*considerar anos de estudo com aprovação*)
1. Nenhuma/analfabeta 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 |__|__|
9. Situação conjugal: 1. Solteira 2. Companheiro/casada 3. Divorciada/separada 4. Viúva |__|
10. Município de origem _____|__|__|

II. Informações do pré-natal

11. Realizou pré-natal? (Se não, vá para a questão 19) 1. Sim 2. Não |__| |__|
12. Presença de cartão pré-natal no prontuário 1. Sim 2. Não |__|
13. Nº de exames realizados para HIV no pré-natal |__|__|
14. Data do 1º exame (HIV) |__|__|__|/|__|__|__|/|__|__|
15. Resultado do 1º exame (HIV) 1. Positivo 2. Negativo |__|
16. Data do 2º exame (HIV) |__|__|__|/|__|__|__|/|__|__|
17. Resultado do 2º exame (HIV) 1. Positivo 2. Negativo |__| .Se negativo vá para questão 19.
18. Usou anti-retroviral durante a gestação? 1. Sim 2. Não |__|__|

IV. Dados do trabalho de parto e parto

19. Existe partograma no prontuário? 1. Sim 2. Não |__|
20. O partograma está preenchido? 1. Sim 2. Não |__|
21. Existem dados sobre o consentimento para realização do teste rápido?
1. Sim 2. Não |__|__|
23. Realizado teste rápido para detecção de HIV:
1. Sim, no pré-parto 2. Sim, no pós-parto 3. Não |__|
24. Resultado do teste rápido 1. Positivo 2. Negativo 3. Sem resultado |__|
25. Data do parto |__|__|__|/|__|__|__|/|__|__|
26. Prescrição de ocitocina 1. Sim 2. Não |__|
27. Realizada amniotomia (rotura artificial de membranas) 1. Sim 2. Não |__|
28. Tipo de parto 1. Vaginal 2. Cesárea 3. Fórceps |__|
29. Realizada episiotomia 1. Sim 2. Não |__|

ATENÇÃO. As questões abaixo deverão ser preenchidas exclusivamente para os casos de prontuários de puérperas HIV+ atendidas na instituição no período de 01/01/2007 a 31/12/2007.

30. 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 |__|__|
31. Houve dispensação do AZT para a parturiente? 1. Sim 2. Não |__|__|
32. Houve dispensação do AZT xarope para a criança exposta ao HIV? 1. Sim 2. Não |__|__|
33. Quando tempo após o nascimento deu-se início da terapêutica no recém-nascido
1. ≤ 8h 2. 9 a 24 h 3. 24 a 48 h 4. > 48 h |__|__|
34. Foi realizada inibição mecânica da lactação? 1. Sim 2. Não |__|__|

35. Foi realizada inibição química da lactação? 1. Sim 2. Não |
36. Houve dispensação da fórmula infantil? 1. Sim 2. Não | Se não pule para a questão 44
37. Quantas latas foram dispensadas? _____
38. Foi notificado o caso da gestante HIV+ e da criança exposta ao HIV? 1. Sim 2. Não
39. Encaminhamento do recém-nascido (anote o nome do Serviço de Saúde). 1. Sim 2. Não
-
40. Encaminhamento da puérpera (anote o nome do Serviço de Saúde). 1. Sim 2. Não
-

Anexo C - Roteiro de Observação - Triagem e pré-parto

Nº |__|__|__|__|__|

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

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

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

I. Identificação do Instrumento

1. Maternidade _____
2. Município |__|__|__|__|__|__|
3. Data da observação |__|__|/|__|__|/|__|__| 4. Horário de início da observação
|__|__:|__|__|
5. Observador _____
6. Digitado em |__|__|/|__|__|/|__|__| 7. Digitador _____ |__|__|

II. Identificação da mulher

8. Nome: _____
9. Nº prontuário |__|__|__|__|__|__|
10. Data da admissão |__|__|/|__|__|/|__|__|

III. Observações quanto à abordagem da paciente:

11. Os membros da equipe se dirigem à paciente pelo nome? 1. Sim 2. Não |__|
12. A paciente teve acompanhante no pré-parto? 1. Sim 2. Não |__|
13. A paciente foi questionada a respeito da realização de exames para HIV no pré-natal?
1. Sim 2. Não |__|
14. A paciente foi questionada sobre o resultado dos exames de HIV/Aids? (se 3 ou 4, vá para
questão 16)
1. Sim, com resultado positivo 2. Sim, com resultado negativo 3. Sim, com resultado
desconhecido 4. Não foi questionada |__|
15. A paciente soropositiva para o HIV/Aids identificada no pré-natal foi interrogada sobre seu
esquema terapêutico na gestação? 1. Sim 2. Não |__|
16. A paciente que desconhece o resultado do exame HIV/Aids no pré-natal foi aconselhada sobre
a importância de realizar o teste para HIV? 1. Sim 2. Não |__|
17. Foi solicitada a autorização para a realização do teste rápido para o HIV/Aids, caso não tenha
sido feito no pré-natal? 1. Sim 2. Não |__|
18. O teste rápido para HIV foi realizado? 1. Sim 2. Não |__|
19. Tempo de entrega do teste rápido
1. Minutos |__|__| 2. Horas |__|__| 3. Dias 4. Não sabe |__|
20. Quem realizou o teste rápido para HIV _____
21. Que profissional realizou o aconselhamento para o HIV?
1. Médico 2. Enfermeiro 3. Assistente social 4. Psicólogo 5. Outro _____
|__|
22. Caso tenha havido recusa à realização desses exames, qual o motivo da parturiente?

IV. Condições iniciais da gestante em observação:

23. Foi realizada amniotomia (rotura artificial das membranas)? 1. Sim 2. Não |__|
24. Fez uso de ocitocina? 1. Sim 2. Não |__|
25. Fez uso AZT intravenoso? 1. Sim 2. Não |__|
26. Gestante encaminhada para: 1. Parto vaginal 2. Parto cesáreo 3. Permaneceu no pré-parto
|__|

V. Observações do ambiente físico hospitalar:**28. Verifique o ambiente quanto a:**

- a. A temperatura ambiente é agradável (não faz frio nem calor)? 1. Sim 2. Não
 - b. A roupa de cama é limpa? 1. Sim 2. Não
 - c. A paciente está vestida com roupa hospitalar? 1. Sim 2. Não
 - d. A roupa é adequada (limpa e em boas condições)? 1. Sim 2. Não
 - e. Há água potável disponível para a paciente? 1. Sim 2. Não
 - f. Há presença de restos de alimentos sobre os móveis? 1. Sim 2. Não
 - g. Há evidências de insetos (moscas, baratas etc)? 1. Sim 2. Não
 - h. Há presença de lixo fora de vasilhame de coleta e/ou espalhado no ambiente? 1. Sim 2. Não
 - i. Os banheiros são limpos? 1. Sim 2. Não
 - j. Os banheiros têm papel higiênico, sabão, descarga, pia com torneira? 1. Sim 2. Não .
29. 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

Horário em que encerrou a observação: ||:|

Anexo D – Questionário - Puérpera

Nº |__|__|__|__|__|

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Consultar o prontuário antes da entrevista para verificar se houve óbito do RN e anotar o nome da mulher

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

I. Identificação do questionário

1. Maternidade _____
2. Município _____
3. Nº do Prontuário |__|__|__|__|__|__|
4. Entrevista em |__|__|/|__|__|/|__|__|
5. Entrevistador (nome) _____|__|__|
6. Digitado em |__|__|/|__|__|/|__|__| 9). Digitador _____|__|__|

II. Identificação da mulher e dados sócio-demográficos

Nós vamos fazer algumas perguntas sobre você.

7. Qual o seu nome? _____
8. Qual a data de seu nascimento? |__|__|/|__|__|/|__|__|
9. Qual a sua idade? |__|__| anos
- 10 Município/UF onde reside _____
11. Qual a sua situação conjugal?
 1. Solteira 2. Companheiro/casada 3. Divorciada/separada 4. Viúva |__|

III. Assistência pré-natal

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

- 12 Você fez pré-natal? (Se Não, vá para questão 20) 1. Sim 2. Não |__|
- 13 Trouxe o cartão do pré-natal para maternidade?
 1. Sim 2. Não 3. Não tem o cartão |__|
14. Você fez exames para diagnóstico da infecção pelo HIV no pré-natal? (Se Não, vá para questão 19) 1. Sim 2. Não 3. Não sabe |__|
15. Qual foi o resultado do exame para o diagnóstico da infecção pelo HIV? (Se 2 ou 3, vá para questão 18)
 1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe |__|
16. Você iniciou a profilaxia para redução da transmissão vertical do HIV durante o pré-natal?
 1. Sim 2. Não |__| Se sim, vá para a questão 32.
17. Se não, por quê? _____
18. Você diria que o seu atendimento de pré-natal foi? 1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. Ruim |__|

IV . Dados do pré-parto e parto

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

19. Ficou alguém da sua família/amigo acompanhando você na maternidade? (Se sim, vá para questão 21) 1. Sim 2. Não |__|
20. Se não, por quê? 1. Não tinha acompanhante 2. A maternidade não permite acompanhante. 3.Outro _____|__|
21. Você sabe se foi realizado o exame para HIV/Aids? 1. Sim 2. Não |__|
22. Você foi informada sobre o porquê da realização desse exame?
 1. Sim 2. Não |__|
23. Quem lhe informou _____
- 24 Depois de fazer o teste lhe informaram do resultado? 1. Sim 2. Não |__|
25. Se resultado positivo, você foi informado dos procedimentos que seriam realizados?
 1. Sim 2. Não |__|
26. Você foi examinada antes de ir para a sala de parto? 1. Sim 2. Não 3. Não lembro |__|
27. O seu bebê nasceu de parto: (Se 1, vá para questão 29) 1. Vaginal 2. Cesáreo |__|
28. 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 |__|
- 29 Você diria que o atendimento ao parto foi? (Se 1 ou 2, vá para questão 31)
 1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. Ruim |__| (
30. Qual o motivo? _____
31. Se puérpera HIV+ 1. Sim 2. Não (mais de uma resposta)
 - a. Usou AZT durante o trabalho de parto () b. Fez enfaixamento de mama ()
 - c. Usou inibidor de lactação ()

Entrevistador, em caso de óbito fetal ou natimorto, preencher com 0 até a questão 00

VI. Dados do Bebê (*Agora vamos fazer algumas perguntas sobre o seu bebê*)

32. Como o bebê está passando no momento? 1. Muito bem 2. Bem 3. Regular 4. Mal |___|

33. Se mulher HIV+, recebeu a orientação para não amamentar o bebê? 1. Sim 2. Não |___||___|

34 Se puerpera com criança exposta ao HIV+.seu bebê está usando medicação devido ao resultado do teste positivo para HIV 1. Sim 2. Não |___||___|

35 .. Você diria que o atendimento ao seu bebê foi ?

1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. Ruim |___|

Para ser preenchido pelo entrevistador ao final da entrevista

36. A cooperação da entrevistada foi:

1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Razoável 5. Fraca |___|

37. A respondente é portadora de alguma deficiência? 1. Sim 2. Não |___|

Anexo B - Questionário - Profissionais de Saúde

Nº |__|__|__|__|__|

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

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

I. Identificação do questionário

1. Maternidade _____
2. Município |__|__|__|__|__|__|
3. Entrevista em |__|__|__|/|__|__|__|/|__|__| 4. Entrevistador (nome) _____ |__|__|
5. Digitado em |__|__|__|/|__|__|__|/|__|__| 6. Digitador _____ |__|__|

II. Identificação do profissional

7. Nome _____
8. Qual a sua idade? |__|__| anos 9. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino |__|
10. Profissão/especialização: _____
11. Há quanto tempo trabalha nesta Unidade?
 1. < 1 ano 2. 1–2 anos 3. 3–4 anos 4. > 5 anos |__|
12. Você já recebeu alguma capacitação sobre as medidas de controle da transmissão vertical do HIV? (Se 2 vá para a questão 15) 1. Sim 2. Não |__|
13. Há quanto tempo foi capacitado sobre as medidas de controle da transmissão vertical do HIV? 1. < 1 ano 2. 1 – 2 anos 3. > 2 anos |__|
14. Qual a instituição responsável pela capacitação? _____
 1. O próprio hospital 2. SMS 3. SES 4. Outra _____ |__|
15. Você conhece as diretrizes (concepção) do Projeto Nascer? 1. Sim 2. Não |__|

III. Informações sobre transmissão vertical do HIV (conhecimento e atitudes)

16. Existe na maternidade algum cartaz afixado em local acessível, ou outro tipo de material contendo informações sobre procedimentos a serem seguidos para o controle da transmissão vertical do HIV? 1. Sim 2. Não |__|
17. Você habitualmente conversa com as suas pacientes no intuito de recomendá-las sobre a testagem do HIV no parto? 1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca |__|
18. Na sua opinião, é importante realizar o aconselhamento sobre a testagem para o HIV em parturientes? 1. Sim 2. Não |__|
19. Você solicita os exames do HIV independente do aconselhamento e/ou consentimento das suas pacientes? 1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca |__|
20. Caso o teste rápido para o HIV seja reagente, e a gestante não tenha prévio conhecimento do seu status sorológico, que procedimentos devem ser seguidos antes e durante o parto : (mais de uma resposta):
 1. Sim 2. Não
 - a. Informar à parturiente |__|
 - b. Realizar o aconselhamento |__|
 - c. Realizar parto normal |__|
 - d. Realizar parto cesáreo |__|
 - e. Aplicação do AZT-IV antes e durante o parto |__|
21. Usualmente, em quanto tempo chega o resultado do teste rápido para você?
 1. Minutos |__|__| 2. Horas |__|__| 3. Dias 4. Não sabe |__|
22. Caso o teste rápido para o HIV seja reagente, o exame confirmatório é realizado:
 1. Na unidade de saúde 2. Em laboratório externo |__|
23. A puérpera recebe orientações sobre a inibição da lactação?
 1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca |__|
24. É realizada a inibição mecânica da lactação?
 1. Sim 2. Não |__|
25. É administrado o inibidor de lactação?
 1. Sim 2. Não |__|
26. Devem ser reforçadas as orientações/aconselhamento à puérpera após a confirmação diagnóstica? 1. Sim 2. Não |__|
27. A gestante HIV+ é notificada? (Se 1, vá para questão 29)
 1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca |__|
28. Por que não notifica sempre? |__| |__|
 1. Não encontro a ficha 2. falta de tempo 3. Não sou eu que tenho de notificar
 4. Outros _____
29. Quem notifica. |__| |__|
 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Assistente social 4. Outro _____

30. E ao recém nascido, é indicada a terapia com a Zidovudina (AZT-xarope)?
1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca |___|
31. Em até quanto tempo após o parto é iniciado no recém nascido, o tratamento com o AZT xarope?
1. < 2 h 2. 2 a 4 h 3. 5 a 8 h 4. > 8 h |___|
32. E esta prescrição para o bebê, é indicada por até quantas semanas?
1. De 1 a 2 semanas 2. Até 4 semanas 3. Até 6 semanas 4. > 6 semanas |___|
33. O recém-nascido recebe o leite fórmula infantil na maternidade? (Se 1, vá para questão 43)
1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca |___|
42. Por que não recebe sempre |___||___|
1. Nem sempre tem a formula infantil na maternidade 2. Falta de tempo para prescrever
3. Não sou eu que tenho de dispensar 4. outros _____
4. Outros _____
34. Quantas latas são dispensadas? |___||___|
35. O recém-nascido e a puérpera são encaminhados para acompanhamento em algum. Serviço de Saúde Especializado/Centro de Referência? Se 1, vá para a questão 37
1. Sempre 2. Às vezes 3. Nunca |___|
36. Por que não encaminha sempre? |___|
1. Falta de tempo 3. Não sou eu que tenho de encaminhar 4. Esqueço
5. outros _____
37. Qual Centro/SAE? _____
38. Na sua opinião, que aspectos precisariam ser implementados (insumos, recursos humanos, capacitação, gestão, etc.) nesta unidade de saúde para um melhor desenvolvimento das atividades de controle da transmissão vertical do HIV ? _____
- Para ser preenchido pelo entrevistador ao final da entrevista**
39. A cooperação da(o) entrevistada(o) foi:
1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Razoável 5. Fraca |___|

ANEXO F - Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais de saúde.

Prezado Sr.(a):

Sou XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - Diretoria de Vigilância Epidemiológica - Coordenação Estadual de DST e desenvolvo um estudo com o tema **AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM UMA MATERNIDADE DE SALVADOR - BAHIA – ESTUDO DE CASO**, que objetiva verificar se o programa funciona adequadamente e em consequência obter informações e buscar melhorias para o atendimento à gestante/parturiente/puérpera e às crianças. Neste sentido, solicito sua colaboração na participação da pesquisa, respondendo a um questionário sobre a assistência prestada por você às parturientes e puérperas com HIV nesta maternidade.

Os dados obtidos serão apresentados na perspectiva da globalidade, não sendo possível a identificação individual dos participantes. Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, mas seria importante seu depoimento, por fazer parte dos profissionais que assistem a essas mulheres e crianças. Garanto-lhe que sua participação ficará no anonimato. Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento. Além disso, poderá não responder a alguma questão, caso deseje. Responder às perguntas não lhe trará risco, todas as informações serão estritamente confidenciais, seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou da publicação desta pesquisa.

Caso deseje, tem o direito de solicitar outros esclarecimentos, para os quais estou disponível no endereço XXXXXXXXXXXXXXX, telefone: (). Meu orientador é a Prof (a). XXXXXXXXXXXXXXX, meu co- orientador é o Prof (a). XXXXXXXXXXXXXXX

Atenciosamente,

Pesquisadora

Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, realizado pela pesquisadora XXXXXXXXXXXXXXX compreendi seus objetivos, concordo em participar da pesquisa e declaro que aceito que a pesquisadora observe a assistência que eu presto às parturientes e puérperas com HIV nesta maternidade.

Salvador , _____de_____de 2009.

Assinatura do profissional

(1ª via, pesquisadora; 2ª via, paciente)

Anexo G - Termo de consentimento livre e esclarecido para puérpera

Prezada Senhora:

Sou XXXXXXXXXXXX da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - Diretoria de Vigilância Epidemiológica - Coordenação Estadual de DST/Aids, e desenvolvo um estudo com o tema **AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM UMA MATERNIDADE DE SALVADOR - BAHIA - ESTUDO DE CASO**, que objetiva verificar se o programa funciona adequadamente e em consequência obter informações e buscar melhorias para o atendimento à parturiente/puérpera e para a criança.

Esclareço que parturientes são mulheres grávidas que estão próximas de parir e puérperas são mulheres que já pariram. Neste sentido, solicito sua colaboração ao participar da pesquisa, respondendo a uma entrevista contendo questões sobre a assistência/atendimento que tem recebido nesta maternidade desde o momento da sua admissão. Assim, esta entrevista poderá durar até meia hora. Solicito também sua permissão para verificar seu prontuário e registrar os dados que forem necessários à pesquisa.

Gostaria de deixar claro que essas informações são sigilosas e principalmente seu nome em nenhum momento será divulgado. Caso se sinta constrangida, envergonhada, durante nossa entrevista, tem o direito de pedir para interrompê-la, cancelar sua participação ou mesmo não responder a alguma questão que não queira, sem causar qualquer mudança no seu atendimento.

Os dados obtidos serão apresentados na perspectiva da globalidade, não sendo possível a identificação individual dos participantes.

Caso deseje, tem o direito de solicitar outros esclarecimentos, para os quais estou disponível no endereço:XXXXXXXXXX, telefone: (X) XXXXXXXX. Meu orientador é a Prof (ª). XXXXXXXXXXXXXXXX, meu co- orientador é o Prof.(ª) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Atenciosamente,

/ Pesquisadora

Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, realizado pela pesquisadora XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, compreendi seus objetivos, e declaro que concordo em participar da pesquisa, com o acesso meu prontuário, e também que a qualquer momento posso retirar meu consentimento.

Salvador , _____de_____de 2008.

Assinatura da paciente

(1ª Via Pesquisadora; 2ª Via paciente)