

ALESSANDRA SILVA LIMA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO A GESTANTES, NA
PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO
VÍRUS HIV, NO DISTRITO LESTE DE
BELO HORIZONTE**

BELO HORIZONTE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
2007

ALESSANDRA SILVA LIMA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO A GESTANTES, NA PREVENÇÃO DA
TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV, NO DISTRITO LESTE
DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

BELO HORIZONTE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
2007

Dissertação aprovada no dia 29 de março de 2007, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pela seguinte comissão examinadora:

Dr. Francisco Carlos Félix Lana - Orientador- Escola de Enfermagem - UFMG

Dr^a. Aidê Ferreira Ferraz - Escola de Enfermagem - UFMG

Dr. Mark Drew Crosland Guimarães - Faculdade de Medicina - UFMG

*A Deus, por sua bondade infinita e por me guiar em cada passo no decorrer desta
pesquisa*

*A meus pais, Geraldo e Maria Rosa, e minha irmã Andréa, por sempre acreditarem em
meu trabalho como pesquisadora*

*A Augusto, que soube compreender minhas ausências e me deu todo o amor e carinho
necessário à conclusão desse trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Ao professor, amigo e orientador Francisco Carlos Félix Lana, pelas reuniões de orientação, nas quais adquiri valiosos ensinamentos que aplicarei no decorrer de minha vida docente.

À amiga Solange C. Bicalho Godoy, professora da Escola de Enfermagem (EEUFMG), pela presença, carinho e escuta durante esse tempo de muito trabalho.

Às professoras da EEUFMG, Lenice de Castro Mendes Vellela, Aíde Ferreira Ferraz e Marta Araújo Amaral, pela disponibilidade e atenção ao projeto.

À equipe da Gerência de Regulação em Epidemiologia e Informação do Distrito Sanitário Leste, e em especial à Gláucia Alves, pelo carinho e orientações relacionadas ao manejo dos bancos de dados.

Aos professores e amigos da EEUFMG, Adriano Marçal Pimenta, pelas orientações iniciais para a montagem do banco de dados e a Eunice Francisca Martins, pela ajuda na extração de algumas informações do banco de dados.

Aos amigos Jailton Roberto Guimarães e Isac Pereira Lima, do Setor de Informática da EEUFMG, pelos momentos de companheirismo e auxílio no decorrer da confecção deste trabalho.

Às funcionárias do Colegiado de Pós-Graduação (EEUFMG), Lucilene Batista, Nayara Daniel Paim, Grazielle Cristine Pereira, pela ajuda e esclarecimentos, e, em especial, a Silvia Antônia Fernandes Borges, por sua imensa ajuda em um momento delicado de minha vida.

À Ângela Parrela Guimarães e Rosângela Durso, do setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, pelo fornecimento de dados secundários referentes ao município.

*Não se canse antes que termine o que começou,
Finalize seus tropeços e suas conquistas.*

RESUMO

O projeto analisou a atenção à gestante ofertada na rede básica de saúde do Distrito Leste do município de Belo Horizonte e as ações direcionadas ao controle e à prevenção da transmissão materno-infantil do HIV. Foi discutida a permanência de taxas significativas de transmissão vertical do HIV na vigência de tecnologias adequadas para a sua prevenção. A terapia anti-retroviral, fornecida de forma gratuita pelo Ministério da Saúde para a gestante e seu recém-nascido, resulta em menores riscos de infecção da criança. No entanto, é constatado que o uso de anti-retrovirais durante a gestação não contempla todas as gestantes HIV positivas, o que pode ser evidenciado por taxas de transmissão materno-infantil do HIV ainda significativas. Por meio da análise dos discursos dos profissionais da rede básica que realizam o atendimento às gestantes e da análise dos bancos de dados Sispre natal e Sinan, foram identificados entraves de ordem funcional, econômica, física e cultural, que se relacionam diretamente aos problemas observados na captação precoce de gestantes e na instituição da terapêutica em tempo adequado. O envolvimento dos gestores, a capacitação dos profissionais e medidas intersetoriais que envolvam a comunidade são essenciais para o correto direcionamento de ações que permitam intervir adequadamente sobre o binômio mãe-filho, possibilitando a prevenção efetiva da transmissão vertical do HIV nas unidades básicas de saúde.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde, cuidado pré-natal, saúde materno-infantil, infecções por HIV/prevenção e controle, transmissão vertical de doença, aconselhamento.

ABSTRACT

The project analyzed the attention to the pregnant woman offered in the health basic attention in the East District of Belo Horizonte city, and actions aimed to control and prevent mother-to-child transmission of HIV. It has been discussed the permanence of HIV vertical transmission significant rates in the validity of technologies adjusted for its prevention. In spite of the Health Ministry delivery anti-retroviral therapy to pregnant woman and newborn that results in lower risks to infectious the child, the use of anti-retrovirals during the pregnancy does not contemplate all the HIV positive pregnant women. This is evidenced by mother-to-child transmission of HIV significant rates. An analysis of the healthy basic attention professionals' speeches that follow the pregnant women and the analysis of SISPRENATAL and SINAN data bases has identified functional, economic, physical and cultural limits. This problems are strongly related to the early ingress of pregnant women and receiving the therapeutic on time. The managers involvement, the professionals qualification and intersectorial measurements involving the community are essentials for the purpose action allowing adequate intervention in the mother/child binomial to make possible the effective prevention of vertical transmission of HIV in the health basic units.

Keywords: Health services evaluation, Prenatal care, Maternal and Child Health , HIV Infections/prevention & control , Disease Transmission Vertical , Counselling.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Pesquisa Avaliativa	47
Figura 2 Análise da Intervenção - Esquema para o estudo	52
Figura 3 Distribuição geográfica das unidades de saúde, Distrito Leste.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Proporção de casos de AIDS em menores de 13 anos infectados por via vertical, segundo categoria de exposição da mãe. Brasil. 1983 a 1999 (até agosto)	16
Gráfico 2 Percentual de cobertura de gestantes, no Distrito Sanitário Leste e Belo Horizonte, anos 2004 e 2005	73
Gráfico 3 Percentual de cobertura de captação precoce de gestantes, no Distrito Sanitário Leste e Belo Horizonte, anos 2004 e 2005	75
Gráfico 4 Percentual de gestantes que realizaram 6 consultas de pré-natal, no Distrito Sanitário Leste e Belo Horizonte, anos 2004 e 2005	77
Gráfico 5 Percentual de gestantes que realizaram 6 consultas de pré-natal e a consulta de puerpério, no Distrito Sanitário Leste e Belo Horizonte, anos 2004 e 2005	79
Gráfico 6 Percentual de gestantes que realizaram 6 consultas de pré-natal e todos os exames básicos, no Distrito Sanitário Leste e Belo Horizonte, anos 2004 e 2005	80
Gráfico 7 Percentual de gestantes que realizaram o exame anti-HIV, no Distrito Sanitário Leste e Belo Horizonte, anos 2004 e 2005	81
Gráfico 8 Faixa etária das gestantes HIV + do Distrito Sanitário Leste, anos 2004 e 2005 .	84
Gráfico 9 Escolaridade (anos de estudo) das gestantes HIV+, Distrito Sanitário Leste, anos 2004 e 2005	86
Gráfico 10 Evidência laboratorial do HIV, Distrito Sanitário Leste, anos 2004 e 2005	87
Gráfico 11 Razões que levaram à não realização de profilaxia com ARV, Distrito Sanitário Leste, anos 2004 e 2005	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 População residente em Belo Horizonte por região administrativa, ano 2000.....	54
Quadro 2 Caracterização do sujeitos da pesquisa no Distrito Leste de Belo Horizonte, MG, ano 2007.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos casos de entre indivíduos de 15 a 19 anos de idade, segundo Ano de diagnóstico e razão por sexo. Brasil. 1990-1999	15
Tabela 2 Unidades Básicas do Distrito Sanitário Leste que mantiveram cobertura de gestantes acima de 70% nos anos 2004 e 2005	74
Tabela 3 Total de mulheres HIV+ que fizeram uso dos ARV durante a gestação, no Distrito Sanitário Leste, anos 2004 e 2005	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ACS	Agente comunitário de saúde
BCF	Batimento cardíaco fetal
BPA	Boletim de produção ambulatorial
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DISAL	Distrito Sanitário Leste
DST	Doença sexualmente transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FDA	<i>Food And Drug Administration</i>
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS
GERSA	Gerência de Regulação em Epidemiologia e Informação
Hg/HTC	Hemoglobina/Hematócrito
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IG	Idade gestacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários

PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização da Assistência ao Pré-natal, Parto e Nascimento
PSF	Programa de Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sinan	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
Sisprenatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SMSA – BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia anti-retroviral
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>
UBS	Unidade básica de saúde
UNAIDS	<i>The Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
UPA	Unidade de pronto atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 EPIDEMIOLOGIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV E POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS À ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	11
2.1 Epidemiologia do HIV/AIDS e transmissão vertical	11
2.2 Evolução das políticas públicas de saúde direcionadas ao controle de vírus HIV	20
2.3 Acesso em saúde.....	34
2.4 Avaliação de saúde na atenção básica	45
3 METODOLOGIA.....	50
3.1 Desenho do estudo.....	50
3.2 Cenário do estudo	53
3.3 Coleta e Fontes de dados	56
3.4 Tratamento e análise dos dados	64
3.5 Aspectos éticos	70
4 ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO DISTRITO LESTE	72
4.1 Monitoramento da qualidade da assistência pré-natal e da transmissão vertical do HIV na rede básica	72
4.2 Vigilância à saúde e atenção à gestante.....	96
4.2.1 Acesso em saúde.....	99
4.2.2 O processo de trabalho na atenção às gestantes nas UBS	128
4.3 Prevenção contra o vírus HIV em mulheres.....	150
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177
7 ANEXOS	190

1 INTRODUÇÃO

O HIV/AIDS foi reconhecido em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de pacientes do sexo masculino, homossexuais, que residiam nas cidades de São Francisco e Nova Iorque. O fato de ser uma doença identificada, primeiramente, em homossexuais gerou, além da estigmatização e pânico, a falsa crença de que a heterossexualidade seria um fator de proteção contra o vírus. No entanto, dados epidemiológicos demonstram um progressivo aumento da infecção na subcategoria heterossexual, o que refletiu diretamente no aumento da proporção de mulheres infectadas.

A pandemia da infecção pelo HIV e AIDS é considerada, atualmente, um dos maiores problemas mundiais. Dados epidemiológicos demonstram que os países em desenvolvimento concentram mais de 90% dos casos e se configuram nos locais onde os impactos negativos nos campos social e econômico cresceram nos últimos anos (PARKER, GALVÃO & BESSA, 1999).

Em 1995, a *United States Agency for International Development*, ou Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), classificou a epidemia, no Brasil, como uma das três epidemias-chave, ao lado das epidemias na Índia e Nigéria, e explicitando que o combate à AIDS, nesses países, é crucial para a definição mundial da infecção.

A pandemia acompanha certas tendências para sua propagação: a pauperização, a interiorização e a feminilização, que é a tendência relevante para este estudo.

A tendência à pauperização pode ser medida indiretamente pela categoria escolaridade. Inicialmente, era diagnosticado um maior número de pessoas com curso superior ou segundo grau e, atualmente, a proporção maior de casos ocorre em pessoas de baixa escolaridade. Dados de 1987 mostram que, excluindo-se os casos para os quais não há essa informação, 40% dos homens declararam ter até 1º grau e 76% das mulheres; em 1997, foram 70% dos homens e 81% das mulheres (BRASIL, 1999a).

RODRIGUES-JÚNIOR & CASTILHO (2004) também constataram um aumento na proporção de casos de aids em indivíduos de baixa escolaridade em nível nacional. Foram observadas porcentagens de 2% de analfabetos, 11% de indivíduos com 1 a 3 anos de estudo e 12% de indivíduos com 4 a 7 anos de estudo em 1991. Em 2000, foram obtidos, 3% de analfabetos, 23% de indivíduos de 1 a 3 anos de estudo e 15% com 4 a 7 anos de estudo. Esses dados demonstram um avanço de casos nos estratos de menor escolaridade.

Esse fato, evidentemente, influencia o contexto em que se dá a transmissão materno-infantil do HIV, na medida em que a escolaridade e a renda materna influenciam na decisão de se realizar o pré-natal. Estudos realizados com gestantes revelaram que mulheres com menor escolaridade e renda não realizavam o pré-natal ou o iniciavam em idade gestacional superior a 14 semanas, o que reduzia de forma significativa a eficácia das ações preventivas (BRASIL, 1999b; SOUZA JÚNIOR, 2002; COIMBRA, 2003).

A interiorização da epidemia é constatada por um número cada vez maior de municípios exibindo casos da doença. Estima-se que, dos 5.507 municípios brasileiros, em quase metade já tenha notificado pelo menos um caso do vírus, levando-se em consideração que muitos deles ainda não possuem notificação da doença. Essa tendência

reflete diretamente nas políticas de saúde dos municípios, já que, pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a “municipalização” determina que eles devem ser capazes de implementar, gerenciar e avaliar as ações de vigilância, devendo incorporar a AIDS na agenda de suas políticas públicas de intervenção. No entanto, sabe-se que a maioria deles não está preparada para assumir esse compromisso e que as subnotificações ainda se encontram em altas porcentagens.

A feminilização da epidemia é uma tendência mundial: dos 39,5 milhões de pessoas atualmente infectadas com o HIV/AIDS no mundo, 17,7 milhões são mulheres (UNAIDS & WHO, 2006). A expansão da epidemia em mulheres ocorre, principalmente, naquelas em idade fértil.

Esse aumento de mulheres infectadas, principalmente em idade reprodutiva, resulta no aumento da transmissão materno-infantil do HIV, também conhecida como transmissão vertical (BRASIL, 1999a; SOUZA JÚNIOR et al., 2002; MELO et al., 2004).

A transmissão vertical, no decorrer dos anos, se tornou a principal via de infecção do HIV em crianças e, no ano de 1997, foi responsável por 90,5% dos casos em menores de 13 anos de idade. Atualmente, os dados ainda demonstram ser essa a principal via de infecção em crianças e, segundo o mesmo boletim epidemiológico, no ano de 2005, foi responsável por 79,2% do total de casos em menores de 13 anos de idade (BRASIL, 2006c).

A exposição da criança ao vírus pode ocorrer em três momentos distintos: gestação, parto e aleitamento materno, sendo que a transmissão intra-uterina ocorre com menor frequência no primeiro trimestre da gravidez. O atual panorama epidemiológico

indica expansão dos casos de transmissão vertical, no entanto, há tecnologia disponível para seu controle.

Em 1994, os resultados de um estudo realizado nos EUA e França, com gestantes HIV positivas, comprovaram que o uso da zidovudina (AZT) a partir da 14ª semana de gestação, no momento do parto e na criança, até a 6ª semana de vida, reduzia em 67,5% o risco de transmissão perinatal do HIV (CONNOR, 1994). Este estudo recebeu o nome de Protocolo 076 do *AIDS Clinical Trial Group* (ACTG-076) e significou um avanço no manejo da transmissão vertical.

No entanto, dados do Ministério da Saúde acusam uma baixa cobertura, demonstrada pelo fato de apenas 35% das gestantes HIV positivas terem utilizado a terapia anti-retroviral no ano de 2001 (BRASIL, 2001a). Essa baixa cobertura, mesmo dispondo de tecnologia adequada, leva a uma reflexão em relação à qualidade da assistência prestada a essas gestantes.

Deve-se ressaltar que o sistema público de saúde passa, atualmente, por um momento de transição, com a implantação do Estratégia de Saúde da Família (ESF). As equipes de saúde da família surgem como uma estratégia de mudança do modelo assistencial e reorganização dos serviços de saúde, tendo como bases para suas ações a Vigilância à Saúde, a descentralização e o domicílio-comunidade como local de atuação. Possui a co-responsabilidade social de prestar assistência de qualidade à população, desvinculando-se da tríade hospital-medicamento-equipamento, garantindo a promoção e a recuperação da saúde individual e coletiva. Os centros de saúde se configuram em porta de entrada do nível primário e têm a função de acolher o usuário e direcionar sua queixa de acordo com o nível de complexidade exigido.

Os conceitos de vínculo, acolhimento e responsabilização da equipe de saúde pelo cuidado integral coletivo e individual deveriam permear todas as ações nos serviços. O acolhimento é o momento em que o usuário é recebido pelo serviço de saúde e essa acolhida diz respeito tanto à abertura dos serviços públicos para a demanda quanto à vocação de responsabilizar-se pelos problemas de saúde daquela localidade (CAMPOS, 1994).

O pré-natal ofertado pelos serviços de saúde deve se configurar no momento de se abordar de forma adequada essa gestante, criando-se um vínculo com a futura mãe. Um grave problema identificado nesse panorama de transição dos serviços de saúde é a ausência de vínculo profissional/usuário. O profissional pode não se reconhecer como responsável pela saúde daquele grupo de indivíduos, o que pode resultar na ausência de compromisso com as ações por ele executadas. É dentro desse contexto paradoxal que se estruturam as ações de saúde, levando, por exemplo, o exame pré-natal a ser conduzido, em alguns momentos, sem o acolhimento necessário à gestante, comprometendo todo o processo futuro de assistência.

Outra ferramenta de extrema importância, que, se operacionalizada de forma adequada durante o pré-natal, pode trazer benefícios, é o aconselhamento em DST, HIV e AIDS. O aconselhamento teve início, no Brasil, em 1988, com a implantação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico, ou COAS (BRASIL, 2000a). Esses locais eram os responsáveis pela testagem sorológica de indivíduos que buscavam realizar o teste anti-HIV de forma confidencial e anônima, tendo como base o aconselhamento pré e pós-teste.

Com o avanço da epidemia, o governo ampliou a estratégia política de expansão quantitativa dos locais de testagem sorológica, expandindo o aconselhamento

para serviços que se configuravam como centros de referência a indivíduos portadores de DST e HIV/AIDS, organizações não-governamentais (ONGs) e serviços de pré-natal.

Atualmente, discussões permeiam o preparo dos profissionais de saúde que realizam o aconselhamento nos serviços, especificamente sobre, nos exames pré-natais, de que forma é realizada a abordagem dessas gestantes ou, até mesmo, se o aconselhamento é realizado. Trabalhos demonstram a ausência do aconselhamento em algumas unidades de saúde, resultado da ausência de infra-estrutura adequada, despreparo e ou desinteresse dos profissionais em executá-lo, ausência de recursos humanos e operacionais (FELICIANO & KOVACS, 2002; COMIBRA,2003).

O uso da terapia anti-retroviral combinada, disponibilizada pelo Ministério da Saúde para a gestante e seu neonato, reduz a carga viral da mãe para níveis praticamente indetectáveis, o que resulta em menores riscos de infecção do concepto (KIND, 1998). No entanto, foi constatado que o uso de anti-retrovirais durante a gestação não contempla todas as gestantes soropositivas, o que pode ser evidenciado por taxas de transmissão materno-infantil do HIV ainda significativas (BRASIL, 1999a; BRASIL, 2001a).

Por vezes, o teste anti-HIV é realizado sem o consentimento da parturiente, sendo incluído nos exames de rotina do pré-natal e entregue sem a realização de aconselhamento pós-teste adequado (MARQUES, 1998).

O processo de vigilância à saúde ainda possui falhas, o que pode ser demonstrado pelos fatores mencionados anteriormente e pela ausência de captação precoce e busca ativa de gestantes que faltam à consulta de pré-natal (BRASIL, 2005c). A captação tardia reduz a eficácia de ações preventivas, caso seja necessário o uso de terapia anti-retroviral combinada. A ausência de busca ativa das gestantes durante o pré-

natal e o possível desconhecimento de seu status sorológico impossibilitam as ações preventivas à transmissão materno-infantil do HIV. Dessa forma, a terapia anti-retroviral disponibilizada durante o período gestacional, parto e pós-parto (para o recém nascido) não será efetuada, o que poderia resultar na contaminação do concepto.

A própria estrutura operacional dos serviços constitui um entrave às ações, na medida em que os laboratórios de referência responsáveis pela realização dos testes têm dificuldades em liberar os resultados em tempo hábil. A ausência de articulações dentre os diversos níveis hierárquicos da atenção básica pode levar a problemas no envio das amostras direcionadas aos laboratórios de referência regionais, gerando restrições no acesso ao teste, em algumas localidades. Essa demanda reprimida para o diagnóstico laboratorial pode resultar no diagnóstico tardio de gestantes soropositivas no pré-natal, o que limita de forma significativa as ações preventivas (FELICIANO & KOVACS, 2002; SOUZA JÚNIOR, 2002; BRASIL, 2005c).

PASSARELLI et al. (2003) afirmam que, apesar das dimensões da epidemia, da mobilização política que causou e dos expressivos recursos que vêm sendo gastos, não existem de avaliações significativas, na literatura, que abordem a eficácia dos programas implementados, bem como as complexas respostas políticas geradas. Pode-se inferir que os campos da previdência social, desenvolvimento econômico e saúde reprodutiva já se encontram comprometidos.

Portanto, o estudo da epidemia torna-se relevante para que as falhas nos serviços de saúde sejam identificadas e a terapêutica de prevenção da transmissão vertical seja universalizada, tendo por referência os princípios de acessibilidade e equidade. A cobertura do pré-natal deve ser estendida a todas as gestantes, identificando aquelas soropositivas, para que a propedêutica possa ser efetuada em tempo hábil.

No entanto, devemos chamar a atenção, nesse momento, para as avaliações da assistência baseadas nas tendências epidemiológicas do vírus HIV, discutidas anteriormente: a pauperização, a interiorização e a feminilização da epidemia. Estas tendências, apesar de fornecerem informações úteis que permitem o direcionamento de ações conjuntas que visem a prevenção e o tratamento dos infectados, devem ser analisadas com cuidado, pois podem não refletir a real magnitude da infecção pelo HIV, uma vez que a análise da infecção pelo HIV ainda permanece sendo executada com base nas informações geradas pelas fichas de notificação compulsória.

O fato do atual sistema de vigilância epidemiológica da aids estar pautado na notificação de casos que preenchem os critérios de definição de aids, principal fonte de informação para a definição das tendências do vírus HIV, deixa escapar aqueles casos que não cumprem os critérios de definição, principalmente, os assintomáticos – aqueles que estão em período de incubação da doença, que corresponde, em média, de 5 a 10 anos (BRITO, CASTILHO & SZWARCOWALD, 2000). Este intervalo entre a infecção do indivíduo e a manifestação de sintomas com a sua notificação tende a aumentar com a introdução da terapia anti-retroviral e o tratamento de infecções oportunistas associadas ao HIV.

Motivado pela necessidade de reduzir os atrasos dessas notificações no caso de gestantes, foi criado o Sistema de Vigilância de Gestantes HIV Positivas e Crianças Expostas, o que tem possibilitado o rastreamento da infecção pré-natal juntamente com a avaliação prevalência da infecção do HIV nas gestantes e nas crianças (BRASIL, 2000e).

1.1 Objetivo geral

- Avaliar a atenção a gestantes nas unidades básicas de saúde, na perspectiva da prevenção da transmissão vertical.

1.2 Objetivos específicos

- Analisar a acessibilidade das gestantes ao pré-natal, em unidades básicas de saúde.
- Caracterizar o aconselhamento pré e pós-teste nas unidades básicas de saúde como uma tecnologia para a identificação de situações de risco e de prevenção para a transmissão vertical do HIV.
- Analisar os fatores facilitadores e dificultadores no processo de reconhecimento e acompanhamento das gestantes HIV positivas, nas unidades básicas de saúde.

No capítulo seguinte, foram estabelecidos quatro recortes teóricos, também identificados como categorias analíticas, que são: Epidemiologia do HIV/AIDS e transmissão vertical, Evolução das políticas públicas direcionadas ao HIV, Acesso em saúde e Avaliação de saúde na atenção básica. O referencial teórico é uma organização sistemática de conceitos e seus pressupostos, que têm por objetivo direcionar as ações na prática e no processo de investigação.

Para MINAYO (2004), categorias analíticas são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o

conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Portanto, a construção das categorias analíticas tem por objetivo estabelecer relações com as categorias empíricas, que se operacionalizam no trabalho de campo.

O capítulo seguinte realiza uma abordagem da metodologia empregada, evidenciando o desenho do estudo, o local onde se processou a pesquisa, fonte de dados e tratamento do material empírico. O tratamento do material empírico nos levou a três categorias empíricas, a saber: Monitoramento da Qualidade da Assistência Pré-Natal e da Transmissão Vertical do HIV na Rede Básica; Vigilância à saúde e Atenção à Gestante; Prevenção Contra o Vírus HIV em Mulheres.

No capítulo subsequente, foram apresentados os resultados do confronto estabelecido entre as categorias analíticas e as categorias empíricas, com objetivo de fornecer subsídios para a construção de uma atenção pré-natal de qualidade. A análise possibilitou a detecção de entraves vivenciados pelos profissionais de saúde da rede básica que inviabilizam a identificação precoce das gestantes soropositivas com a instituição da terapia anti-retroviral em tempo hábil.

O estudo também apontou alguns caminhos a serem percorridos para a melhoria da atenção a essas mulheres, identificando tecnologias disponíveis nas unidades básicas e que se adequadamente utilizadas, podem auxiliar no manejo adequado do controle da transmissão materno-infantil do vírus HIV.

2 EPIDEMIOLOGIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV E POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS À ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

2.1 Epidemiologia do HIV/AIDS e transmissão vertical

O vírus HIV é um retrovírus com genoma de RNA, pertencente à família Lentiviridae. É um retrovírus citopático não oncogênico, que necessita de uma enzima denominada transcriptase reversa para reverter RNA viral em cópia de DNA para, então, se ligar ao genoma do hospedeiro (BRASIL, 1999c).

O vírus pode ser transmitido por via sexual, sanguínea (em receptores de sangue ou hemoderivados não testados e usuários de drogas injetáveis), perinatal (durante gestação, parto ou aleitamento materno) e por exposição ocupacional, devido a acidentes de trabalho com perfuro cortantes que contenham o vírus.

Na ausência de intervenções, o tempo médio entre a contaminação e o aparecimento de sinais e sintomas de imunossupressão é de 7 a 10 anos. O curso da doença depende de fatores virais e da quantidade de inóculo, no entanto, o principal determinante da sua progressão é o hospedeiro (VERONESI, FOCACCIA & LOMAR, 2000).

Segundo SPRINZ & FINKELSZTEJN (1999), a progressão do vírus pode ser dividida em três fases: infecção aguda, infecção assintomática e infecção sintomática.

A infecção aguda, ou infecção primária ou síndrome de soroconversão aguda, compreende o momento da transmissão do vírus até, aproximadamente, seis meses depois. Geralmente, o tempo de exposição até o estabelecimento de sintomas é de duas a oito semanas. Dentre os sintomas mais comumente observados estão: febre,

adenopatias, faringite, rash maculopapular (principalmente face e tronco), em alguns casos mialgias e artralgias, podendo a infecção ser confundida com um quadro gripal ou uma mononucleose complicada. Nessa fase, os dados laboratoriais acusam linfocitose com presença de linfócitos atípicos, podendo ocorrer elevação das enzimas hepáticas, baixa contagem de linfócitos CD4 e aumento de linfócitos CD8. A viremia é observada, com as contagens de vírus HIV entre 10^5 e 10^8 cópias/ml de plasma. Os sintomas desaparecem duas semanas após o início, acompanhados de queda da viremia plasmática.

A infecção assintomática é o período mais longo da infecção, que se inicia por volta do sexto mês e se estende até que o indivíduo desenvolva sintomatologia ou laboratorialmente se torne imunodeficiente. A replicação viral se mantém constante e, quanto maior a viremia, maior a perda anual de CD4. Nessa fase, o tecido linfóide se configura no maior reservatório do vírus e, com a replicação viral, ocorre perda progressiva desse tecido, com comprometimento da arquitetura dos linfonodos. Como consequência da destruição tecidual, os vírus são liberados na circulação, o que determina aumento da viremia plasmática, acarretando o aparecimento de doenças oportunistas.

A fase de infecção sintomática é dividida em três momentos: o sintomático inicial, a AIDS e a infecção avançada. O sintomático inicial é caracterizado pela contagem de linfócitos CD4 entre 200 e 500 células/mm³. Candidíase oral ou genital de repetição, leucoplasia oral, herpes zoster, sendo episódio recorrente ou não, exacerbação de dermatoses (psoríase, onicomicoses, dermatite seborréica e tíneas extensas) são sintomas comuns dessa fase.

A AIDS se caracteriza pela contagem de linfócitos $CD4 < 200/mm^3$, sendo associada a doenças encontradas especificamente em pacientes com imunossupressão grave. Geralmente, são complicações infecciosas secundárias, como pneumocistose pulmonar, tuberculose, candidíase esofágica, toxoplasmose, etc.

Na infecção avançada, as taxas de linfócitos $CD4$ estão abaixo de $50/mm^3$. Doenças mais comumente encontradas são micobacterioses, retinite citomegálica, leucoencefalopatia multifocal progressiva e linfomas geralmente refratários ao tratamento.

A vigilância epidemiológica vem sendo realizada tomando-se como referência a notificação universal dos casos de AIDS. Por meio da Portaria nº 542 do Ministério da Saúde, de 22 de dezembro de 1986, foi instituída a notificação compulsória dos casos (BRASIL, 1986).

O Ministério da Saúde utiliza três critérios para o diagnóstico do HIV em adultos e dois critérios na definição de crianças (BRASIL, 2004a). Para a definição de casos em adultos, são: o Critério CDC Adaptado, o Critério RJ/Caracas e o Critério Excepcional Óbito, descritos a seguir.

O Critério CDC Adaptado consiste na existência de dois testes de triagem reagentes (Elisa, EIA) ou um confirmatório (PCR, Western Blot), associado à evidência de imunodeficiência e ou contagem de $CD4$ inferior a $350\text{cels}/mm^3$ de sangue.

Segundo a definição do Critério RJ/Caracas, a existência de dois testes de triagem ou um confirmatório positivo, associada à somatória de 10 pontos em uma escala de sinais e sintomas, define o diagnóstico. Essa escala baseada na identificação clínica de sinais e sintomas foi introduzida em 1992, tendo em vista a necessidade de critérios mais simplificados para a definição de casos.

O Critério Excepcional Óbito, como o próprio nome indica, apenas é utilizado quando não houver possibilidade de enquadramento do caso no Critério CDC Adaptado ou RJ/Caracas. Quando houver investigação epidemiológica inconclusiva, aliada à menção à AIDS, SIDA ou infecção pelo HIV, em algum campo da declaração de óbito, o critério será utilizado definindo-se a data do diagnóstico como a data do óbito.

Em relação ao diagnóstico em crianças (menores de treze anos de idade), há dois critérios a serem empregados. No Critério CDC Adaptado, crianças menores de 18 meses de idade, expostas ao HIV por transmissão vertical, são consideradas infectadas caso apresentem RNA ou DNA viral acima de 1000 cópias/ml, em duas amostras obtidas em diferentes momentos.

Crianças com 18 meses ou mais de idade, expostas ao vírus por transmissão vertical, serão classificadas como soropositivas caso uma amostra de soro seja reativa em dois testes de triagem ou um confirmatório para a pesquisa de anticorpos anti-HIV. Se a exposição ao vírus não ocorreu por transmissão vertical, em crianças de qualquer idade, a confirmação do caso será feita mediante a positivação de uma amostra de soro em dois testes de triagem ou um confirmatório.

Com a instituição terapêutica anti-retroviral, foi verificada uma diminuição da mortalidade e da incidência das infecções oportunistas, concomitante com a utilização mais generalizada de drogas anti-retrovirais combinadas (WHO, 2001).

A terapêutica é indicada em pacientes sintomáticos, independente da contagem de CD4 e em pacientes assintomáticos com níveis de CD4 inferiores a 200 cels/mm³ de sangue. Pacientes que possuam níveis de CD4 entre 200 e 350 cels/mm³ devem ser avaliados individualmente, quanto aos benefícios e aos transtornos

relacionados aos efeitos colaterais e resistência aos anti-retrovirais, levando ao início ou à postergação do uso de tais medicamentos (BRASIL, 2004c).

2.1.1 Transmissão vertical do vírus HIV

Uma breve descrição epidemiológica permite identificar quais grupos tendem a sofrer, em maior grau, os impactos do HIV. Observa-se que a disseminação do vírus acompanha certas tendências, sendo a feminilização, citada anteriormente, uma tendência evidente, constatada no aumento de casos de mulheres infectadas.

No Brasil, no ano de 1985, a relação entre homens/mulheres infectados pelo HIV era de 24/1 e, em 1997, ela reduziu rapidamente para 2/1. Deve ser ressaltado que no grupo etário de 15 a 19 anos, a partir de 1996, essa razão passou a ser de 1/1, como demonstrado na Tabela 1 (BRASIL, 1999a).

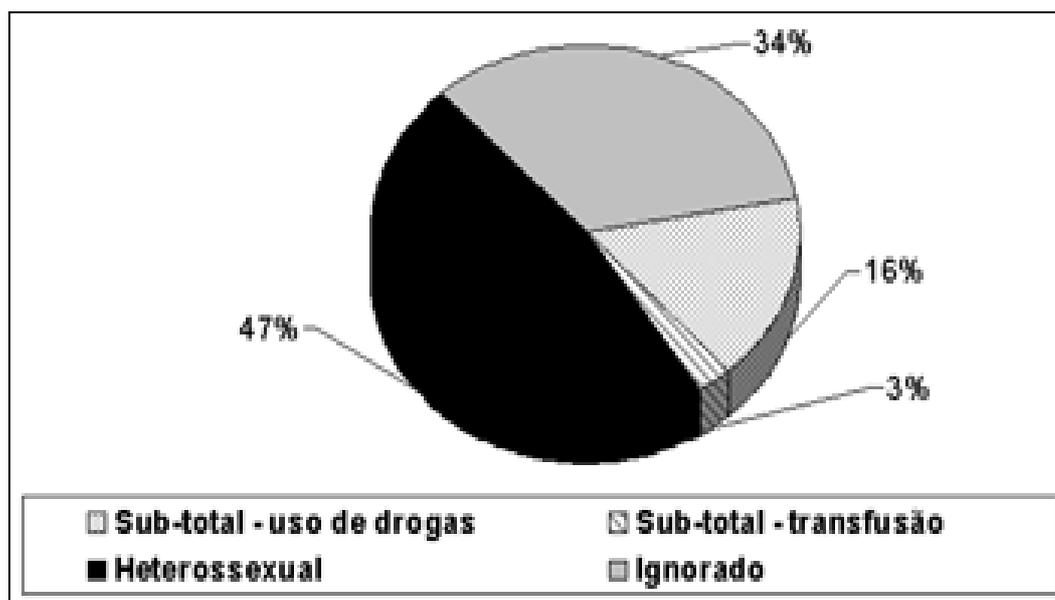
Tabela 1 Distribuição dos casos de entre indivíduos de 15 a 19 anos de idade, segundo ano de diagnóstico e razão por sexo. Brasil, 1990-1999.

Ano de Diagnóstico	Sexo		Razão
	Masculino	Feminino	
1990	234	75	3/1
1991	329	75	4/1
1992	257	98	3/1
1993	223	101	2/1
1994	228	125	2/1
1995	208	125	2/1
1996	165	121	1/1
1997	173	146	1/1
1998/99	195	197	1/1
Total	2012	1063	1/1

Fonte: CN-DST/AIDS - Ministério da Saúde

Observa-se que, em relação à categoria de exposição da mãe, a maior parte das infecções pelo HIV mãe-filho ocorre devido à subcategoria de exposição heterossexual, demonstrada no Gráfico 1.

Gráfico 1 Proporção de casos de AIDS em menores de 13 anos infectados por via vertical, segundo categoria de exposição da mãe. Brasil, 1983 a 1999 (até agosto).



Esse aumento de mulheres infectadas, principalmente em idade reprodutiva, gerou um aumento da transmissão vertical do vírus HIV, ou transmissão materno-infantil. Estima-se que quase 3,2 milhões de crianças com menos de 15 anos de idade já estejam vivendo com o HIV/AIDS e um total de 610.000 crianças já tenham morrido infectadas (WHO, 2003).

A primeira ocorrência de transmissão vertical registrada no país se deu em 1985, no estado de São Paulo, onde foram diagnosticados dois pacientes, que representavam 0,4% do total de casos do período.

A exposição da criança ao vírus pode ocorrer em três momentos distintos: gestação, parto e aleitamento materno. A transmissão intra-uterina ocorre com menor

frequência no primeiro trimestre da gravidez (CONNOR, 1994). Há fatores de risco de natureza materna e obstétrica que podem influenciar na transmissão, levando a criança a uma maior exposição ao vírus.

Os fatores maternos são: estágio evolutivo da infecção com baixa contagem de linfócitos CD4⁺, carga viral elevada, genótipo e fenótipo viral, estado nutricional materno, co-infecção com doenças sexualmente transmissíveis e deficiência de vitamina A na gestante. A exposição do feto às secreções maternas, amamentação, uso de drogas injetáveis, práticas sexuais desprotegidas e tabagismo também são fatores de risco maternos para a infecção.

Os fatores obstétricos são prematuridade e gemelaridade fetais, resposta imune e genética fetal, integridade da pele e mucosa, procedimentos invasivos durante a gestação, tais como a amniocentese, tipo de parto (vaginal, cesárea eletiva e não-eletiva), episiotomia, laceração do canal de parto e tempo de ruptura das membranas superior a quatro horas (VERONESI, FOCACCIA & LOMAR, 2000; MELO, 2004; BRASIL, 2004a, GARCIA et al., 1999).

CONNOR et al. (1994) realizaram um estudo multicêntrico, nos EUA e na França, desenvolvido pelo *Pediatric AIDS Clinical Trial Group*, que recebeu o nome de Protocolo 076 (PACTG 076). Este estudo foi conduzido no período de abril a dezembro de 1993, a fim de analisar os possíveis efeitos benéficos da zidovudina (AZT) na prevenção vertical. Os pesquisadores estudaram 477 gestantes HIV positivas, de período gestacional entre 14 e 34 semanas e contagem de linfócitos T CD4 acima de 200 células/mm³ de sangue.

O estudo mencionado afirma que, sem nenhuma intervenção, a taxa de transmissão materno-infantil do HIV situa-se em torno de 20%. Com a utilização da

zidovudina na gestante, a partir da 14^a semana de gestação, no momento do parto e na criança, até sua 6^a semana de vida, houve uma redução de 2/3 no risco de transmissão perinatal do HIV.

O estudo identificou mínimos efeitos colaterais nas mães e nos recém-nascidos que fizeram uso do AZT. Em relação aos recém-nascidos do grupo placebo e os do grupo exposto ao AZT, não foram identificadas alterações significativas de medidas antropométricas (peso, comprimento e circunferência da cabeça) e de desenvolvimento neuropsicomotor.

Com base nos resultados desse protocolo, o Ministério da Saúde disponibiliza, desde o ano de 1994, o AZT oral para ser administrado durante a gestação. No ano de 1996, introduziu o AZT injetável para essas gestantes, durante o trabalho de parto e a solução de AZT oral para os recém-nascidos.

Estudos comprovaram a redução da carga viral plasmática para níveis indetectáveis com o uso da terapia anti-retroviral combinada (KIND, 1998; MANDELBROT, 1998). Atualmente, o Ministério da Saúde preconiza o esquema duplo para o tratamento e, caso a gestante possua carga viral superior a 10.000 cópias/ml, é instituída a terapia tripla, a fim de reduzir a possibilidade de resistência aos anti-retrovirais (BRASIL, 2004a).

Outra medida já comprovada na redução da contaminação da criança é a realização do parto cesárea. Estudos comprovaram a redução da transmissão perinatal quando as mulheres soropositivas são submetidas a cesarianas eletivas (THE INTERNACIONAL PERINATAL HIV GROUP 1999; DUONG, 1999; MRUS, 2000, IOANNIDIS, 2001; RONGKAVILIT & ASMAR, 2004).

Outro fator de risco comprovado é a rotura das membranas. Estudos demonstraram que houve um maior risco de transmissão quando a rotura das membranas havia ocorrido há mais de 4 horas (MINKOFF, 1995; LANDESMAN, 1996; RONGKAVILIT & ASMAR, 2004).

O aleitamento materno representa um risco adicional de 7% a 22%, devendo ser suspenso quando a mãe for comprovadamente HIV positiva (DUNN et al., 1992).

O Ministério da Saúde, no consenso preconiza a cesariana eletiva em gestantes com carga viral superior ou igual a 1.000 cópias/ml ou carga desconhecida e com idade gestacional superior ou igual a 34 semanas. Em gestantes assintomáticas, com níveis de CD4 > 200 células/mm³ de sangue, o início da TARV deve se dar a partir da 14^a semana de gestação. Caso a carga viral dessas gestantes seja inferior a 1000 cópias/ml, poderá ser instituída a monoterapia com AZT seguida da recomendação de cesariana eletiva como via de parto. Caso haja impossibilidade de realizar a contagem de CD4 e carga viral, administrar a TARV combinada (zidovudina + lamivudina+ nelfinavir ou nevirapina).

Em gestantes assintomáticas com CD4 < 200 células/mm³ ou sintomáticas, independente da contagem de CD4, será iniciado em qualquer idade gestacional o uso de TARV-tratamento (zidovudina + lamivudina + nelfinavir ou nevirapina). É importante salientar que o ideal é que o parto ocorra com idade gestacional entre 38 e 39 semanas, independente da via escolhida (BRASIL, 2006a).

Como se pode constatar, a rede básica dispõe de tecnologia para intervir de forma adequada sobre o binômio mãe-filho. É necessário que sejam identificados os entraves presentes nas políticas de atenção direcionadas às gestantes, por meio da

avaliação da atenção do pré-natal, localizando os nós críticos que geram restrições do acesso a uma assistência de qualidade.

2.2 Evolução das políticas públicas de saúde direcionadas ao controle de vírus HIV

Segundo PARKER, GALVÃO & BESSA (1999), as respostas políticas e sociais à AIDS no Brasil podem ser divididas em cinco fases: entre 1982 e 1985, caracterizada como a fase inicial em que órgãos governamentais se omitem em relação às suas responsabilidades; entre 1986 e 1990, quando houve a criação do Programa Nacional de Combate a AIDS; de 1988 a 1992, que se configurou em um período de conflito entre o governo e as organizações não governamentais; entre 1990 e 1992, identificado como uma fase de estagnação dos programas de combate a AIDS e, finalmente, o período de 1994 até o presente, que se iniciou com o primeiro empréstimo do Banco Mundial. Esse empréstimo resultou de uma parceria entre Governo Federal e Banco Mundial, com o objetivo de financiar ações de prevenção e controle das DST/AIDS no Brasil.

O primeiro período de 1982 a 1985 foi caracterizado por uma mobilização gradual nas áreas afetadas, década em que os primeiros casos foram notificados. Foi uma fase marcada pela omissão da maioria dos órgãos governamentais, acompanhados de pânico, discriminação e estigmatização da doença. Pela ausência de lideranças internacionais e nacionais, as primeiras respostas à epidemia surgiram nas comunidades afetadas, como o movimento homossexual e setores progressistas na esfera estadual e municipal da saúde, que se aliaram às organizações não governamentais (ONGs).

A primeira ONG brasileira ligada à causa da AIDS foi o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA), surgido em São Paulo, em 1983, mas tendo formalizado

sua atuação somente em 1985. Esse grupo, constituído por militantes e profissionais de diferentes áreas, iniciou, em parceria com membros da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), a orientação a respeito da doença e o apoio aos infectados. Deve ser ressaltado que, antes da mobilização para a criação dessa ONG, alguns de seus representantes procuraram a SES/SP, a fim de tomar conhecimento acerca do plano de ação a ser implementado e, ao identificarem a total ausência desse, partiram para iniciativas próprias. Nesse mesmo ano, surgiram, em São Paulo, casas de apoio aos portadores do vírus HIV que, não sendo aceitos pela sociedade e familiares, se refugiavam nesses locais. A fim de minimizar o problema da ausência de leitos disponíveis, um convênio da SES/SP com essas casas de apoio foi firmado. Seguindo o exemplo de São Paulo, outros estados iniciaram articulações sociedade civil/ONGs, estabelecendo parcerias com suas secretarias de saúde municipais e estaduais, formulando planos de ação em resposta à epidemia.

O segundo período, compreendido entre 1986 e 1990, é a fase em que a epidemia iniciou sua rápida expansão, entidades não governamentais começaram a pressionar o governo e um programa nacional de combate à AIDS foi criado, qual seja, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (PN DST/AIDS). É importante lembrar que, ainda em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde consagrou as idéias do movimento de reforma sanitária, culminando com a promulgação, em 1988, da nova Constituição Federal, marco da redemocratização no país e que estabeleceu os princípios do novo modelo de atenção à saúde no país: o Sistema Único de Saúde ou SUS.

A coordenação do PN DST/AIDS elaborou um documento, no ano de 1987, analisando a epidemia e as medidas até então tomadas para seu controle, formalizando uma proposta de intervenção pragmática e técnica.

A consolidação do PN DST/AIDS significou o rompimento com a política de atenção anterior, pois, até aquele momento, havia uma relação horizontal baseada nas articulações entre os representantes dos setores governamental e não-governamental, e, a partir daí, as ações passaram a ser marcadas pela centralização e verticalidade. Essa nova abordagem gerou conflitos entre a esfera federal, as diferentes instâncias do governo e as organizações não-governamentais.

O período de 1988 a 1992 foi um período obscuro para as ONGs, caracterizado por conflitos com a esfera federal, pois a própria da coordenadora do projeto, Lair Guerra Macedo, se negava a receber os representantes das ONGs para possíveis articulações. Nesse mesmo ano, foram implementados no país programas de prevenção, provenientes de agências internacionais, que tinham como objetivo financiar programas e projetos em países em desenvolvimento. Podem-se citar, como exemplos dessas entidades, a Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Coordenação das Nações Unidas de Controle às Drogas (UNDCP), dentre outras. Ainda em 1988, a OMS instituiu o dia 1º de dezembro como Dia Internacional de Luta contra a AIDS, como parte de uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em escala global. A data foi adotada também no Brasil, tornando-se um referencial para o lançamento de campanhas educativas. Já no fim do ano de 1988, foram criados, em Porto Alegre e, posteriormente, no Rio de Janeiro os primeiros centros de testagem e aconselhamento, ou CTAs, anteriormente denominados

Centro de Orientação e Apoio Sorológico, ou COAS. Esses centros tinham o objetivo de garantir o acesso ao teste anti-HIV de forma confidencial e anônima, atendendo a todos os pacientes e obedecendo aos pressupostos do recém-criado Sistema Único de Saúde. Ainda nesse período, no final da década de 1980, a primeira medicação com eficácia, ainda que limitada, contra a progressão da imunodeficiência, foi aprovada, pela *Food and Drug Administration* (FDA) (entidade norte-americana que faz o controle dos alimentos, suplementos alimentares, medicamentos, cosméticos, equipamentos médicos, materiais biológicos e produtos derivados do sangue humano), a utilização do AZT, anteriormente chamado de azidotimina e atualmente denominado zidovudina, que é importado pelo Brasil.

O terceiro período, de 1990 a 1992, foi identificado como uma fase de estagnação dos programas de combate a AIDS. Em 1990, com a mudança do Ministro da Saúde e a crise do governo Collor, os projetos em andamento sofreram descontinuidade. Naquele mesmo ano, ocorreu o III Encontro Nacional de ONGs/AIDS e foi apresentada, ao novo coordenador do Programa Nacional de DST/AIDS (PN DST/AIDS), uma proposta de inserir as ONGs nas negociações com a OMS, com o objetivo de incluir o Brasil em uma possível pesquisa de vacinas anti-HIV. Dentro de uma nova perspectiva de ação conjunta com as ONGs, após o afastamento de vários membros da coordenação anterior, dentre eles Lair Guerra, um novo plano de ação foi elaborado, incluindo as ações educativas no âmbito das políticas de atenção. No entanto, mesmo com a abertura do governo ao diálogo com as ONGs e sociedade, o período de 1990 a 1992 não atingiu a resposta política e social que a epidemia demandava, sendo classificado como um período de lacuna de respostas governamentais.

No ano de 1994, o Banco Mundial concedeu um empréstimo de 160 milhões de dólares ao Brasil que, somado a 90 milhões de dólares Fornecidos pelo Tesouro Nacional, financiou um projeto para o controle da epidemia e que se tornou um modelo para todos os países em desenvolvimento, chamado **AIDS I**. Assim, o período que vai do ano de 1994 até o presente momento teve como marco inicial esse empréstimo e caracteriza-se por um crescente compromisso, por parte do governo federal, em garantir assistência e a continuidade no tratamento dos pacientes infectados pelo HIV

As negociações desse programa coordenado pelo Ministério da Saúde tiveram início em 1992 e sua implementação se deu em março de 1994, tendo vigorado até junho de 1998. Já no ano de 1998, foram negociados mais 165 milhões de dólares, com o Banco Mundial e 135 milhões de dólares do Tesouro, a fim de dar continuidade ao projeto, que recebeu o nome de **AIDS II** e que vigorou até junho de 2003.

Ao projeto **AIDS III**, que permaneceu até 2006, foi destinado um orçamento total de 200 milhões de dólares, sendo metade dessa verba concedida pelo Banco Mundial e a outra metade proveniente de recursos do Tesouro Nacional.

Em 1996, merece destaque o uso da terapia anti-retroviral combinada no retardo da imunossupressão, levando a uma redução nas taxas de mortalidade pela AIDS. Houve a aprovação de legislação nacional, garantindo o acesso aos medicamentos, contrariando as recomendações e advertências do Banco Mundial. O Brasil adotou uma política de distribuição de medicamentos, por meio do SUS, contemplando todos os indivíduos infectados. No decorrer dos anos, esta estratégia mostrou-se eficaz, tanto do ponto de vista da redução da mortalidade quanto da redução de gastos com os pacientes. Foi constatado que os recursos gastos com o tratamento da

AIDS em seus estágios iniciais são menos onerosos que as repetidas internações dos pacientes com imunossupressão grave.

Em 2001 foi realizada uma reunião da Organização Mundial do Comércio, em Doha, Qatar, na qual o Brasil conseguiu significativas reduções de preço dos anti-retrovirais e iniciou a produção nacional desses medicamentos. Dos quinze medicamentos atualmente distribuídos pelo SUS, oito são produzidos nacionalmente.

No início do século, o programa brasileiro de controle do HIV/AIDS foi reconhecido internacionalmente e um de seus pontos marcantes diz respeito à integração entre prevenção da doença e assistência aos portadores do vírus.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, aliada à prevenção, à universalidade e à equidade, deve permear as políticas de atenção, tornando possível a elaboração de programas que contemplem os direitos dos portadores do vírus HIV, sendo o Sistema Único de Saúde o local para sua execução.

2.2.1 Programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN)

A fragilidade dos programas de atenção à saúde reprodutiva, aliada ao aumento do número de casos de mulheres infectadas pelo HIV, gera a necessidade de aprimoramento das políticas de atenção à mulher; em relação à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, à gravidez indesejada e ao direito à reprodução livre de danos à criança.

No final da década de 1970, a sociedade brasileira discutia o direito das mulheres de controlar sua própria reprodução. Já no início da década de 1980, o movimento feminista buscou a interação com instituições públicas formuladoras de políticas de atenção e foi dentro de um contexto político de mudanças expressivas,

como a Reforma Sanitária e a implantação do SUS, que surgiu, no ano de 1983, o Programa Integral de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM).

Esse programa tinha como princípios a adoção do conceito de saúde integral da mulher, portanto, levando em consideração não apenas os aspectos biológicos da reprodução, mas também a vida sexual, emocional e social, estabelecendo ligações entre as ações preventivas e curativas no setor saúde (PARKER, GALVÃO & BESSA, 1999).

No entanto, o programa não repercutiu da forma como era esperado, pois, mesmo que tenha significado um avanço ao introduzir o conceito de “visão integral da saúde”, em muitos municípios, foi implantado de forma incompleta e, em outros, a proposta nem chegou a ser implantada de fato. Os programas de assistência sempre foram voltados para um estereótipo criado pela sociedade e que permeava todos os programas de atenção à mulher: as mulheres monogâmicas, assexuadas e mães. O fato de se voltarem para a discussão de questões como o abortamento, sexo fora do casamento, DSTs e gravidez indesejada, significou uma quebra do modelo atual de atenção, enfatizando que não apenas a sociedade mas também os próprios profissionais de saúde não estavam preparados para lidar abertamente com essas questões.

O êxito do programa foi evidenciado na área de contracepção, no entanto, a junção dos aspectos biológico/tecnológicos e emocionais não foi atingida, predominando a distribuição de contraceptivos sem orientações em relação à sexualidade da mulher. E é dentro desse contexto de assistência de baixa qualidade de atenção à saúde reprodutiva que a epidemia HIV/AIDS se estende a um número cada vez maior de mulheres.

Na assistência pré-natal, a mulher é vista como “uma paciente” a ser examinada, tendo o profissional de saúde o controle sobre os procedimentos e

tecnologia, cada vez mais avançada, dando pequena liberdade de escolha para sua cliente. Ocorre uma destituição de poder por parte dessa mulher, o que torna impossível a criação de vínculo profissional/gestante.

Partindo dos princípios de uma estrutura humanizada, na qual os direitos de escolha das mulheres fosse respeitado, o Ministério da Saúde lançou, em junho de 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria/GM nº 569 de 01/06/2000 (BRASIL, 2000c). O PHPN tem como objetivos a promoção da melhoria do acesso, a cobertura e a qualidade do pré-natal, do parto e do puerpério, e a assistência neonatal (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2002a).

O programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal, como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização é relacionada à certeza de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Os profissionais de saúde e a instituição devem criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que modifiquem o atual modelo de atenção, que não reconhece o direito de escolha da mulher. Por meio do bom senso adotado pelos profissionais de saúde, as práticas intervencionistas e cientificamente desnecessárias seriam abandonadas, prevalecendo os procedimentos sabidamente benéficos no acompanhamento do parto e do nascimento, reduzindo riscos para a saúde da mulher e do recém-nascido.

O programa está fundamentado nos seguintes princípios:

- toda gestante tem o direito de acesso a atendimento digno e de qualidade, no decorrer da gestação, parto e puerpério;

- toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério, realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico;
- todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal, de forma humanizada e segura.

Recomendações do programa:

- Realizar a primeira consulta pré-natal até o 4º mês de gestação;
- no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
- uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
- classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes.
- atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e ou hospitalar à gestação de alto risco;
- exames laboratoriais: ABO-Rh na primeira consulta; o VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; urina rotina, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação; glicemia de jejum, um exame na primeira

consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação; hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta; oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta e aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

Segundo o Ministério da Saúde, o PHPN pode ser dividido em três componentes: a assistência pré-natal; a organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal, e uma nova sistemática de pagamento ao parto para os hospitais que integram a rede SUS (BRASIL, 2000b).

O componente I constitui a assistência pré-natal e tem o objetivo de estimular estados e municípios a realizarem cadastramento e pré-natal de suas gestantes. Se o acompanhamento for realizado de forma adequada, incentivos financeiros poderão ser pagos, observando-se algumas exigências. Para cada município, será definida uma série numérica de identificação das gestantes por meio do banco de dados chamado Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sisprenatal), um software com o objetivo de gerenciar informações do PHPN.

A série numérica de cada município é definida pelo Ministério da Saúde e publicada em portaria, quando houver adesão do programa. Ao município, cabe a definição da série numérica de cada unidade, de acordo com a média de atendimentos esperados. Cada gestante deverá ser cadastrada na primeira consulta, por meio do preenchimento da Ficha de Cadastramento da Gestante (ANEXO III). Essas informações deverão ser digitadas no Sisprenatal que, mensalmente, gera o Boletim de

Produção Ambulatorial (BPA), que possibilita ao município o faturamento, por gestante cadastrada.

Os retornos da gestante, assim como os exames realizados durante o pré-natal, serão registrados na Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes (ANEXO IV) e as informações digitadas no Sis prenatal. É importante observar que a não digitação das informações no banco de dados impossibilita o repasse dos incentivos.

A conclusão da assistência pré-natal será confirmada se a gestante tiver realizado: 6 consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios (1 ABO-Rh, 2 VDRL, 2 urina, 2 glicemias de jejum, 1 hemoglobina, 1 hematócrito), a imunização antitetânica, a realização do parto e a consulta de puerpério. Foi observado que o exame anti-HIV não se encontra entre os exames obrigatórios solicitados durante o pré-natal. Esta ausência pode ser justificada por se tratar de um exame que deve ser oferecido, mas, cabe à gestante recusar-se ou não a fazê-lo, após aconselhamento pré-teste adequado. Após o encerramento da assistência pré-natal, com a realização do parto e consulta de puerpério, os dados serão digitados no Sis prenatal.

O segundo componente diz respeito à Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal. Esse componente tem o objetivo de desenvolver condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, por meio de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, centrais de regulação e financiamento a hospitais públicos e filantrópicos, que integram a rede SUS.

Os recursos serão repassados por meio de convênios específicos dos municípios que cumprem os critérios de elegibilidade e que se encontrarem na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal. Já para os municípios que se encontrarem na

condição de Gestão Plena da Atenção Básica, os recursos serão primeiramente encaminhados às suas respectivas secretarias estaduais de saúde que, então, fará os repasses.

O terceiro componente estabelece a nova sistemática de pagamento ao parto. Tem como objetivo a melhora do custeio da assistência ao parto nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), por meio do aumento do valor e da forma de remuneração dos procedimentos da tabela relacionados ao parto. Ainda consta um adicional para os hospitais que prestaram assistência às gestantes do Programa e concluíram o acompanhamento.

Em relação à avaliação do programa, os municípios que aderiram ao PHPN sofrerão uma avaliação anual por parte do Ministério da Saúde, devendo apresentar a conclusão da assistência pré-natal, para, no mínimo, 30% das gestantes cadastradas em seu primeiro ano de adesão, e 50% em seu segundo ano.

Para uma avaliação efetiva da assistência pré-natal, o Ministério da Saúde recomendou indicadores para serem utilizados pelos estados e municípios para avaliações do Programa:

Indicadores de Processo:

- percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município).
- percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal;

- percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
- percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos;
- percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;
- percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica;
- percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos. o teste anti-HIV e a dose imunizante da vacina antitetânica.

2.1.1.1 Indicadores de resultado

- Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.
- Percentual de recém-nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.

Para SERRUYA (2003), o PHPN significou um marco na assistência à saúde da mulher, na medida em que estabelece critérios para a avaliação de qualidade da assistência. No entanto, ainda há questões que merecem destaque, como a integração entre unidades básicas de saúde e rede hospitalar e a presença das práticas humanizadoras na atenção ao parto.

DINIZ (2005) também menciona o termo humanização, empregado na área de saúde, e coloca o programa como um instrumento de gestão que não incorpora os questionamentos que se evidenciam em relação à “técnica desumanizada” prestada à mulher pelas instituições de saúde.

A implantação do PHPN ainda é relativamente recente, fato que justifica o emprego de avaliações de sua funcionalidade. Um fato que merece destaque é a questão da humanização da assistência, sendo estabelecida por um programa, para que realmente seja realizada. Os profissionais de saúde, ao reverem sua prática, deveriam refletir se realmente é necessário que, para prestarem uma assistência **humanizada** ao usuário, seja necessário que isso conste em um protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde. A assistência humanizada integra um atendimento de qualidade, muitas vezes estabelecido por meio de laços afetivos profissional/usuário, não mensuráveis por indicadores.

No entanto, é fato que o estabelecimento de critérios de avaliação de qualidade propostos pelo programa, por meio de indicadores de processo e de resultado, significou um avanço para as políticas direcionadas à atenção pré-natal, se configurando em um importante instrumento de avaliação para gestores e profissionais da área de saúde.

2.3 Acesso em saúde

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem se dado em um contexto paradoxal, caracterizado pela insuficiência de recursos financeiros, o que tem levado a uma desativação de leitos hospitalares; por outro lado, há um esforço voltado para a construção de alternativas assistenciais. Essas alternativas assistenciais visam um redirecionamento de tais recursos públicos, buscando a superação de práticas tradicionais e enraizadas de atenção à saúde (CAMPOS, 1994). A construção do SUS ainda é recente e uma das grandes dificuldades é romper com o modelo hegemônico biologicista, centrado no ato médico.

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente designado Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem o objetivo de fornecer uma nova modelagem ao sistema de saúde e pode ser classificada como uma tentativa de reorganização desse sistema, pautada nos princípios doutrinários do SUS, explicitados pela universalidade do acesso, equidade na atenção e integralidade das ações.

Uma forma de reorganização da atenção que emergiu a partir do ESF foi o processo de acolhimento. Para MALTA et al. (1998), o acolhimento se constitui em uma postura de escuta; é o compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, baseando-se em um trabalho em equipe.

Essa nova forma de “acolher” o usuário nos centros de saúde reorganizou o processo de trabalho, rompendo com o modelo centrado no ato de um único profissional e integrando os outros profissionais de saúde na assistência direta ao usuário, favorecendo a atuação da equipe multiprofissional.

Segundo MERHY, FRANCO & BUENO (1999), o acolhimento possui três princípios organizativos. O primeiro diz respeito à acessibilidade universal, ou seja, todas as pessoas que procuram o serviço devem ser acolhidas, escutadas e deve ser dada a elas uma resposta positiva para a sua demanda. O segundo princípio fala da reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para a equipe multiprofissional, e que tal equipe se comprometa a solucionar o problema do usuário. O terceiro princípio fala da qualificação da relação trabalhador-usuário e que esta relação se pautem em parâmetros humanitários e de solidariedade.

Para tais autores, o acolhimento propõe o encontro entre trabalhador da saúde e usuário, num espaço dito intercessor, local onde se operam processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que objetivam a produção de relações de escutas e responsabilizações.

CAMPOS (1994) menciona que o acolhimento não deve se restringir apenas à recepção do usuário; ele deve abranger desde a abertura dos serviços à demanda, como sua vocação em responsabilizar-se pelos problemas de saúde da região. O autor também afirma que os serviços de saúde deveriam proporcionar um aumento do coeficiente de autonomia dos indivíduos e comunidades, auxiliando-os a lidarem com suas dificuldades, dando apoio na redução dos efeitos negativos das doenças e ou eliminação destas.

Cada indivíduo seria co-responsável por sua saúde, ou seja, aos serviços de saúde caberia o fornecimento de recursos institucionais, quando necessário e orientações quanto às responsabilidades do próprio indivíduo na manutenção de sua saúde, gerando sua autonomia.

Este autor está correto quando menciona que independência e autonomia não significariam rompimento ou desligamento. Pelo contrário, a partir do momento em que os usuários se tornam sujeitos, ativos em seu processo de manutenção/promoção de sua saúde, há a criação do vínculo equipe de saúde/usuário.

Vários autores mencionam a importância das “portas de entrada” como essenciais a um atendimento de qualidade (CAMPOS, 1994; MERHY, 1994; MALTA et al., 1998). E é por meio dessas portas de entrada abertas a todo e qualquer usuário dos serviços que podem ser garantidos o princípio da equidade da atenção e universalidade do acesso, propostos pelo SUS.

O acolhimento proporcionou uma reestruturação no processo de trabalho e ampliou o acesso da população à saúde. No entanto, o acesso à saúde não pode ficar restrito ao acolhimento na atenção primária, já que ele deve ser parte integrante de todos os níveis de atenção à saúde. Os conceitos ‘acesso’ e ‘acessibilidade’, em saúde, são muito mais amplos e merecem uma discussão sobre seus significados.

Para MERHY (1994), acesso e acolhimento devem deixar de ser problemas de recepção, para se tornarem objeto da prática de toda a equipe de saúde.

STARFIELD (2002) também defende o conceito de adoção das portas de entrada representadas por locais ou pessoas que têm a função de estabelecer o primeiro contato com o usuário que procura os serviços de saúde. Esta autora afirma que todos os serviços devem ser acessíveis à população e que os termos ‘acesso’ e ‘acessibilidade’

apresentam distinções, muitas vezes ignoradas, levando a confusões no emprego correto dos termos. O termo 'acessibilidade' é o que possibilita os usuários chegarem às unidades de saúde. Trata-se de um aspecto da estrutura do sistema, necessário à atenção primária. A palavra 'acesso' diz respeito à forma como o usuário experimenta a acessibilidade nos serviços.

DONABEDIAN (1980) distingue o acesso geográfico do organizacional: o acesso geográfico relaciona-se às características impostas pela distância e pelo tempo, para a obtenção do serviço de saúde. Já o acesso organizacional relaciona-se às características dos recursos que facilitam ou dificultam os esforços das pessoas para obterem assistência à saúde. Um exemplo de barreira imposta pela organização dos serviços eram as senhas que deveriam ser obtidas pelos usuários para conseguirem atendimento. Para STARFIELD (2002), essa forma de organização restringia o acesso da população às unidades de saúde, o que poderia comprometer a assistência.

DONABEDIAN (1980) também diferencia acessibilidade do cuidado de qualidade do cuidado. Para ele, a acessibilidade do cuidado é explicitada pela facilidade com que o cuidado é iniciado e mantido. Já uma avaliação da qualidade do cuidado prestado envolve a habilidade esperada em obter o mais alto nível de benefícios, de acordo com avaliações individuais e da sociedade. Portanto, a acessibilidade do cuidado constitui uma parte integrante do processo de avaliação da qualidade do cuidado.

Para UNGLERT (1995), a acessibilidade é tida como um pré-requisito para a garantia do acesso da população aos serviços. Ela deve ser garantida, do ponto de vista geográfico, por meio da análise do nível de distância a ser percorrida e obstáculos a serem transpostos pelos usuários para a obtenção de assistência; econômico, pela retirada de barreiras advindas dos sistemas de pagamento feitas pelos usuários; cultural,

com a adequação dos serviços prestados às crenças e hábitos da população, e funcional, por meio da adequada oferta de serviços à população, seus horários de funcionamento e sua qualidade. A acessibilidade dos serviços em saúde é um dos fatores que compõem o sistema mais complexo do acesso à saúde.

MALTA (2001), a medida do acesso é complexa, pois deve ser estabelecida a capacidade do paciente obter, quando necessário, o cuidado em saúde. Portanto, pode-se lançar mão de indicadores ditos indiretos, que se relacionam à oferta de serviços em saúde. Se for constatado um aumento da oferta de serviços, pode-se concluir, indiretamente, por uma maior facilidade no acesso da população a esses serviços. A mesma autora considera como indicadores indiretos: a disponibilidade de recursos humanos e sua capacitação; rede física adequada para o atendimento; serviços de apoio diagnóstico; aumento na oferta de serviços e a incorporação de serviços de necessidade para a população, anteriormente não existentes.

CAMPOS et al. (1990), a acessibilidade pode ser usada como um indicador de qualidade dos serviços de saúde, tendo esse conceito sido introduzido nas décadas de 1960 e 70, nos EUA. Houve, nessa época, uma crescente disposição governamental, com o objetivo de promover a expansão dos serviços de saúde para grupos vulneráveis; no entanto, de forma simultânea, verificava-se a não equidade de tais serviços prestados.

O autor propõe duas vertentes que se baseiam na acessibilidade como metodologia de avaliação da qualidade do cuidado. A primeira relaciona a equidade do acesso com características da população (renda familiar, cobertura previdenciária, atitudes frente ao cuidado) ou do sistema de saúde (distribuição e organização dos serviços, relações de poder).

A segunda vertente relaciona o acesso aos indicadores de passagem do indivíduo pelo serviço de saúde, por meio de padrões de utilização e satisfação do usuário dos serviços.

Para SILVA & FORMIGLI (1994), há diversas metodologias sendo empregadas atualmente no estudo da avaliação em saúde, o que gera diversidade terminológica dos enfoques, dificultando a sistematização do tema. Se o enfoque da avaliação recai sobre o indivíduo, serão observadas as relações entre usuários e prestadoras de serviços, além de características de ordem técnica relacionadas ao cuidado em si. Se o objetivo é avaliar um sistema, o enfoque será o estudo da acessibilidade, da cobertura e da equidade da atenção.

Estudos sobre a acessibilidade, cobertura e equidade da atenção guardam estreito valor social, pois podem ser usados na constatação de violação ou não do direito constitucional à saúde que todo cidadão deve ter assegurado (SILVA & FORMIGLI, 1994; ACÚRCIO, 1995).

2.3.1 Acesso dos pacientes HIV positivos aos serviços de saúde

Diversos estudos têm sido realizados para medir o grau de dificuldade no acesso dos usuários aos serviços de saúde e, atualmente, tem sido discutido o acesso de pacientes HIV positivos aos serviços. Dados existentes na literatura apontam que o acesso aos serviços de saúde constitui um dos fatores essenciais no tempo de sobrevivência de pacientes infectados pelo vírus HIV (ACÚRCIO & GUIMARÃES, 1996).

DAVIDSON et al. (1992) realizaram um estudo que analisou pacientes HIV positivos que utilizavam o sistema público de saúde. Os autores concluíram que, entre os usuários que possuíam barreiras financeiras, houve menor utilização dos cuidados de

saúde do que em relação aos pacientes que tinham emprego em tempo parcial. O estudo concluiu que a melhoria no acesso aos cuidados de saúde, juntamente com oportunidades profissionais, pode significar uma melhora na saúde dos pacientes HIV positivos, com intervenções cada vez mais precoces e melhora nas medidas de condições de saúde.

HELLINGER (1993), em um estudo conduzido de maio a julho de 2001, analisou a existência ou não de igualdade na utilização dos serviços entre homens e mulheres HIV positivas. Foi demonstrado que, após o diagnóstico e início da assistência, as mulheres HIV positivas receberam menos cuidados do que os homens soropositivos. Os homens usuários de drogas injetáveis receberam maiores cuidados de saúde do que mulheres HIV positivas, e mulheres infectadas com o vírus e assintomáticas tinham menor probabilidade de receberem AZT. Mais uma vez, um estudo comprova a vulnerabilidade programática contida nas ações direcionadas à saúde da mulher.

ACÚRCIO (1995) realizou um estudo que enfocava a relação entre a utilização dos serviços de saúde e os resultados na saúde de pacientes HIV positivos. O autor verificou que indivíduos com maior gravidade de saúde tendem a utilizar mais os serviços de saúde e estes serviços tendem a ser de maior nível de complexidade. Constatou, ainda, que os indivíduos que não utilizaram o AZT tiveram os piores resultados em relação ao tempo de sobrevida.

OLIVEIRA et al. (2002) avaliaram o acesso à assistência farmacêutica prestada aos portadores do vírus HIV/AIDS em serviços públicos do município do Rio de Janeiro. Estes autores constataram uma disponibilidade de medicamentos de 94,7%. No entanto, não havia previsão de cota adicional de medicamentos para a inclusão de

novos pacientes e, até mesmo, a mudança de regime terapêutico de pacientes já em tratamento. Geralmente, essa questão era sanada por doações dos próprios pacientes que mudavam de regime terapêutico, por faltosos e óbitos de pacientes, cujos anti-retrovirais eram repassados a outros pacientes. Deve ser ressaltado que 2,9% dos medicamentos prontos para dispensação estavam com prazo de validade vencido.

Em todas as unidades não foi recebida a confirmação da orientação dos pacientes em relação ao uso adequado dos anti-retrovirais durante a dispensação. Os profissionais que fazem essa dispensação justificavam a pouca ou nenhuma orientação pela exposição do paciente na fila, o que poderia acarretar a sua identificação como portador do vírus e resultar em discriminação. Cabia ao médico, durante a consulta, realizar as orientações quanto ao uso dos anti-retrovirais. Este é um argumento discutível, pois, a fila realmente se torna um local de exposição do indivíduo, no entanto, essa questão poderia ser resolvida com o envolvimento de toda a equipe multiprofissional. Assim, as orientações quanto ao uso adequado dos anti-retrovirais e sobre outros aspectos não ficariam apenas a cargo do médico da unidade, que dividiria as responsabilidades com toda a equipe da unidade de saúde, fortalecendo o vínculo e a responsabilidade por parte da equipe.

WEISER et al. (2003) realizaram um estudo em Botswana e constataram que o principal obstáculo à adesão da terapia anti-retroviral eram as restrições financeiras (44%), seguidas do estigma da doença (15%). As interrupções do tratamento ocorriam por barreiras financeiras e os pacientes aderiam à terapêutica quando tinham acesso aos medicamentos. Os níveis de adesão à terapêutica eram altos quando as barreiras econômicas e estruturais eram minimizadas.

Um trabalho foi realizado por MELCHIOR et al. (2006), em sete estados brasileiros (Ceará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo e Pará), com o objetivo de avaliar a qualidade no atendimento a pacientes com AIDS em relação à disponibilidade de recursos e à organização do trabalho. Os autores verificaram a grande disponibilidade dos ARV, em oposição à baixa disponibilidade de outros medicamentos relacionados às profilaxias primária e secundária. Exames, como CD4/CD8 e carga viral, estão disponíveis na quase totalidade dos serviços, no entanto, sem cumprirem as normas preconizadas pelo Consenso Brasileiro de TARV para paciente/ano. A maior parte dos profissionais considerou o acesso físico aos serviços adequado, no entanto, a maioria dos serviços não funciona em período integral; 40% deles funcionam seis horas ou menos por dia.

GUIMARÃES & ACÚRCIO (1999) concluíram que os anti-retrovirais não se encontram disponíveis em quantidade suficiente nos serviços de referência. O seu fornecimento é feito de forma descontínua, sem um planejamento efetivo e o sulfametoxazol-trimetoprima também não possui fornecimento contínuo. A ausência desses medicamentos leva os pacientes a suspenderem o tratamento, o que pode comprometer toda a sua terapêutica. Também foi observado que os pacientes tentavam não interromper o tratamento, o que gerava endividamentos e venda de bens pessoais para conseguir as medicações. A situação se agravou após a introdução dos inibidores da protease no tratamento (terapia tríplice), antes de sua distribuição pelos serviços de referência.

EL SADR & NEATON (2006) publicaram os resultados de um estudo multinacional denominado *Strategies for Management of Anti-retroviral Therapy* (SMART). O objetivo era comparar as conseqüências clínicas, em longo prazo, de duas

estratégias de tratamento, baseadas na continuidade/descontinuidade do tratamento com anti-retrovirais, de acordo com os níveis de células CD₄. Um grupo de pacientes interrompia o tratamento quando os níveis de CD₄ se encontravam acima de 350 células/mm³ e reiniciavam quando os níveis de CD₄ atingiam 250 células/mm³ de sangue ou menos. O outro grupo seguia continuamente o tratamento com os anti-retrovirais.

Inicialmente, a pesquisa, que se iniciou em 2002, teria seus trabalhos encerrados em 2012. No entanto, foi suspensa em 2006, pelo Comitê de Ética em Pesquisa dos EUA, devido ao comprometimento maior na saúde dos participantes com a terapêutica descontinuada. Pacientes do grupo da terapêutica descontinuada tiveram maior risco de progressão para a doença, mesmo com CD₄ acima de 350 células/mm³. A interrupção do tratamento também foi associada a um maior risco de eventos cardiovasculares, hepáticos, renais e morte, em comparação com o grupo de terapia contínua.

Portanto, foi desaconselhada a descontinuidade da terapia com anti-retrovirais e isso leva à reflexão de que o acesso aos medicamentos é essencial para a manutenção da qualidade de vida desses pacientes, evitando e ou retardando sua progressão para AIDS. Cabe ao governo o fornecimento desses medicamentos por meio de adequado planejamento, para que seja evitada a descontinuidade da terapia, levando a complicações, como as observadas neste estudo.

O acesso gratuito de toda a medicação para o tratamento dos pacientes portadores do vírus HIV e aqueles com AIDS foi regulamentado pela Lei nº 9313, de novembro de 1996 (BRASIL, 1996). Desde então, é responsabilidade do governo assegurar o fornecimento gratuito da medicação a todos os pacientes que necessitem de

tratamento. Foram previstos, para o ano de 2006, gastos que, talvez, excedam a 1 bilhão de reais para a compra dos medicamentos. Assim, depara-se com uma discussão cada vez mais importante: a quebra de patentes seria a alternativa para a manutenção do programa DST/AIDS no Brasil?

Atualmente, são distribuídos 17 anti-retrovirais pelo SUS, sendo 8 medicamentos genéricos, o que reduz em parte os preços. No entanto, os preços dos medicamentos patenteados ainda permanecem altos. O governo se encontra em um embate: de um lado, o aumento da demanda de pacientes que necessitam da terapia tríplice e, do outro, a limitação dos recursos destinados à compra dos anti-retrovirais. Talvez a luz no fim do túnel seja, realmente, a quebra de patentes pelo governo federal, com riscos de sofrer várias sanções internacionais.

No entanto, é importante ressaltar a decisão da Comissão de Direitos Humanos da ONU, realizada em Genebra, que aprovou, em 2001 a Resolução intitulada **Acesso a medicamentos no contexto de pandemias como o HIV/AIDS**, apresentada pelo Brasil. Por meio dessa resolução, que infelizmente não tem caráter de lei, o Conselho reconheceu que o acesso a medicamentos é característica essencial e que deve fazer parte do direito humano à saúde (BRASIL, 2001b).

A decisão, nesse momento, em relação à quebra de patentes pode garantir a sobrevivência da política nacional que tanto recebeu elogios internacionais e se encontra ameaçada. Essa parece ser a forma de garantir a continuidade do programa DST/AIDS, com a distribuição gratuita dos medicamentos e o respeito ao acesso universal à saúde, um dos princípios do SUS e que tem sido duramente violado. Dessa forma, poderá ser assegurada a manutenção contínua da terapêutica anti-retroviral, que é um dos direitos dos portadores do vírus HIV.

2.4 Avaliação de saúde na atenção básica

O processo de avaliação envolve um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Segundo FELISBERTO (2004), há a necessidade de se investir na institucionalização da avaliação, compreendida como a incorporação da avaliação à rotina dos serviços, sendo vista como parte integrante do processo e não como uma etapa a ser cumprida apenas ao final da implantação de programas.

Toda intervenção, independente de sua natureza, pode ser submetida a dois tipos de avaliação: busca-se compreender os componentes da intervenção em relação a normas e critérios, trata-se de uma avaliação normativa; se o julgamento da intervenção se fizer a partir de procedimentos científicos, será composta uma pesquisa avaliativa.

2.4.1 Avaliação normativa

Para FEKETE (1997a), no planejamento normativo, o planejador atua como agente externo sobre um sistema-objeto que, supostamente, obedece a leis do tipo estímulo-resposta. Dentro do espaço considerado, não há conflitos nem outros atores envolvidos no processo.

Para CONTANDRIOPOULOS et al. (1997), a avaliação normativa consiste em um julgamento sobre uma intervenção, na qual são comparados os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas.

A apreciação da estrutura consiste na comparação dos recursos da intervenção com critérios e normas, ou seja, se os recursos empregados atingiram os resultados programados. Habitualmente, é o tipo de apreciação em que organismos de acreditação se baseiam.

A apreciação do processo analisa se os serviços oferecidos pelo programa/intervenção são adequados para atingir os resultados, estabelecendo a comparação de tais serviços com critérios e normas predeterminadas. Pode ser dividida em três dimensões: a dimensão técnica dos serviços, a dimensão das relações interpessoais e a organizacional.

A dimensão técnica dos serviços observa a adequação dos serviços às necessidades dos clientes. Pergunta-se: os clientes necessitam de tal serviço? A dimensão das relações interpessoais inclui o tipo de natureza psicológica/social estabelecida entre os usuários dos serviços e os produtores de cuidados. Já a dimensão organizacional considera a acessibilidade aos serviços, a extensão da cobertura de tais serviços, assim como sua continuidade e globalidade.

A apreciação dos resultados compara os índices dos resultados obtidos com critérios e normas, verificando se os resultados observados corresponderam aos resultados esperados.

2.4.2 Pesquisa avaliativa em saúde

Realiza-se um julgamento *ex-post* de uma intervenção por meio de métodos científicos, analisando-se a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, efeitos, rendimento e suas relações com o contexto no qual a intervenção foi aplicada (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análise, que serão abordadas para melhor compreensão deste estudo, como exemplificado na Figura 1.

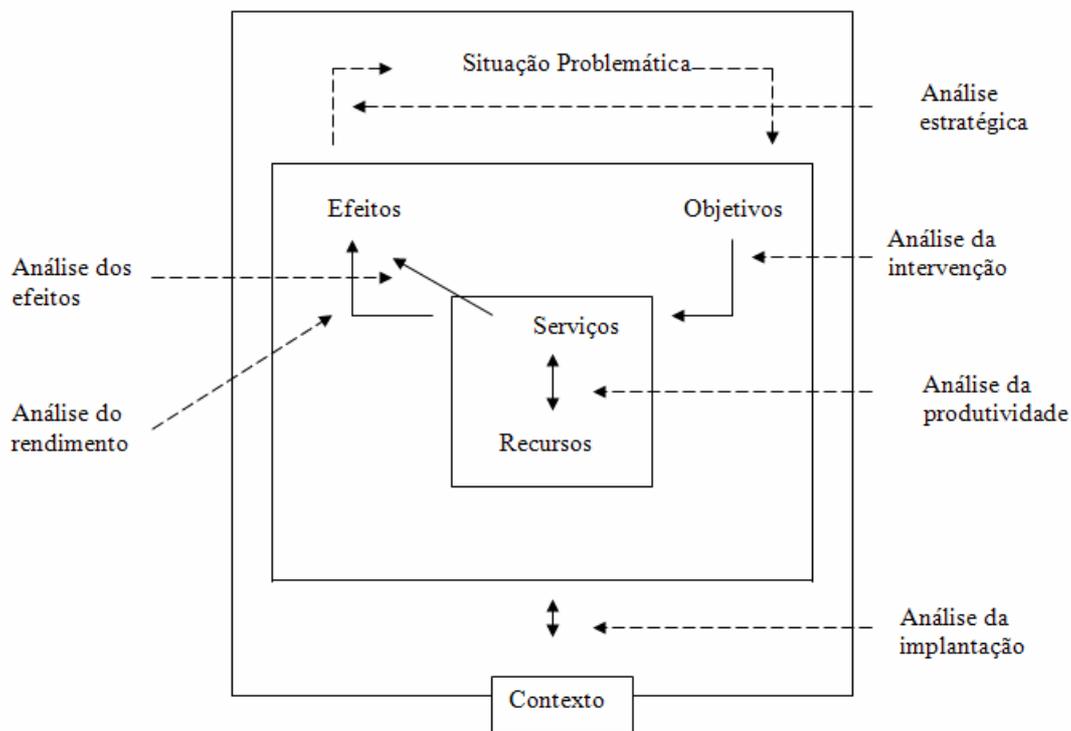


Figura 1 Pesquisa avaliativa

Fonte: Gris, Universidade de Montreal, 1992. In: HARTZ, 1997.

1) Análise estratégica: analisa a adequação estratégica entre a intervenção e situação problema, ou seja, é o julgamento sobre a pertinência de uma intervenção.

Para isso, realizam-se duas perguntas: É pertinente intervir sobre este problema, considerando os outros existentes? É pertinente intervir da forma como está sendo feito?

2) Análise da intervenção: estuda a relação existente entre os objetivos da intervenção e os meios empregados. Verifica-se o real alcance dos recursos disponibilizados e os serviços produzidos, relacionando aos objetivos determinados.

3) Análise da produtividade: estuda o modo como os recursos são usados para a produção de serviços. Podem ser colocadas duas perguntas norteadoras: Poderíamos produzir mais serviços com os mesmos recursos? Poderíamos produzir a mesma quantidade de serviços com os mesmos recursos?

4) Análise dos efeitos: consiste em avaliar a influência dos serviços sobre os estados de saúde, ou seja, estabelece a eficácia dos serviços para modificar os estados de saúde. É importante que se considerem não apenas os efeitos desejados, como também os não desejados sobre a população alvo. Se houver disponibilidade de tempo, os efeitos devem ser considerados em relação a médio e longo prazos.

5) Análise dos rendimentos: relaciona a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos. Geralmente, a análise do rendimento se faz com a análise de custo/benefício, custo/eficácia e custo/utilidade. Nas análises custo/benefício, ocorre a demonstração, em termos monetários, dos custos totais da intervenção e suas vantagens. As análises custo/eficácia e custo/utilidade são as mais utilizadas na área de saúde. Os custos continuam a ser expressos em termos monetários, no entanto, as vantagens são expressas ou por índices reais de resultados (anos de vida ganhos, redução de dor, etc.), ou pela utilidade que traz a intervenção para aqueles aos quais ela se destina (*Quality Adjusted Life Years*).

6) Análise da implantação: é composta de dois tipos de análise: o primeiro consiste em medir a influência da variação no grau de implantação da intervenção em diferentes contextos. O segundo tipo se refere à influência do contexto sobre os efeitos

da intervenção. Ocorre a especificação do conjunto de fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Com base no referencial teórico, buscou-se construir uma abordagem do problema que contemplasse de forma abrangente os determinantes que envolvem a atenção pré-natal no município de Belo Horizonte.

A seguir, no item metodologia, apresenta-se um diagrama, explicitando a dimensão “análise da intervenção”, considerando-se os diversos componentes que integram esta abordagem.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de natureza exploratória, que se insere no campo das pesquisas avaliativas em saúde e que tem como objeto a prevenção da transmissão vertical do HIV. O enfoque recai sobre a análise da intervenção do programa de pré-natal ofertado pela rede básica de saúde do município de Belo Horizonte, com ênfase nas ações preventivas relacionadas à transmissão materno-infantil do vírus HIV. A análise da intervenção aborda a relação existente entre os objetivos da intervenção e os meios empregados, conforme já anteriormente discutido no item **Pesquisa avaliativa em saúde**.

O desenho de investigação foi construído tendo como referência a necessidade de ampliar a abordagem do objeto em suas diferentes dimensões, as quais exigem a combinação de dados objetivos com os subjetivos, ou seja, para além do “qualitativo” ou do “quantitativo”. Nesta perspectiva, foi feita uma combinação de duas estratégias metodológicas complementares.

A primeira dimensão tratou de uma abordagem quantitativa, combinando indicadores relacionados a acesso, cobertura e captação precoce das gestantes, proveniente dos Relatórios Gerenciais do banco de dados Sis prenatal e também da análise individual das fichas de notificação das gestantes HIV positivas e crianças expostas registradas no Sinan.

Na segunda dimensão de análise, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde lotados em unidades básicas de saúde do Distrito Leste de Belo Horizonte, na perspectiva de uma abordagem em profundidade

dos discursos acerca do processo de atenção à gestante e prevenção da transmissão vertical do vírus HIV.

Para melhor compreensão deste estudo, foi elaborado um esquema da pesquisa, adaptado do modelo de investigação (HARTZ, 1997), abordando essa dimensão de análise, relacionando-a ao estudo proposto.

Problema de saúde visado:

Prevalência de taxas de transmissão vertical do vírus HIV, mesmo dispondo de tecnologia adequada

Efeitos diretos da intervenção:

- Captação precoce de gestantes durante o pré-natal;
- Realização de aconselhamento pré e pós-teste a todas as gestantes;
- Rede laboratorial com capacidade de responder à demanda de exames em tempo hábil;
- Disponibilização de terapia anti-retroviral a todas as gestantes HIV+;

Objetivos intermediários:

- Adequada orientação das mulheres quanto à sua vulnerabilidade ao HIV;
- Captação precoce de gestantes durante o pré-natal;
- Conscientização dos profissionais de saúde em relação à importância do aconselhamento pré e pós-teste;
- Existência de rede laboratorial p/ a realização do exame e entrega em tempo hábil;
- Uso da terapia anti-retroviral por todas as gestantes HIV+;
- Detecção de possíveis entraves no SISPRENATAL e SINAN em relação à análise de dados;

Objetivos específicos da intervenção:
(Prevenção da transmissão vertical do vírus HIV)

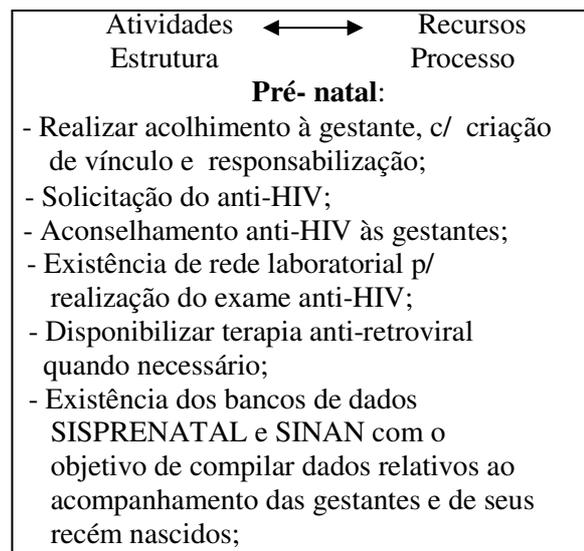


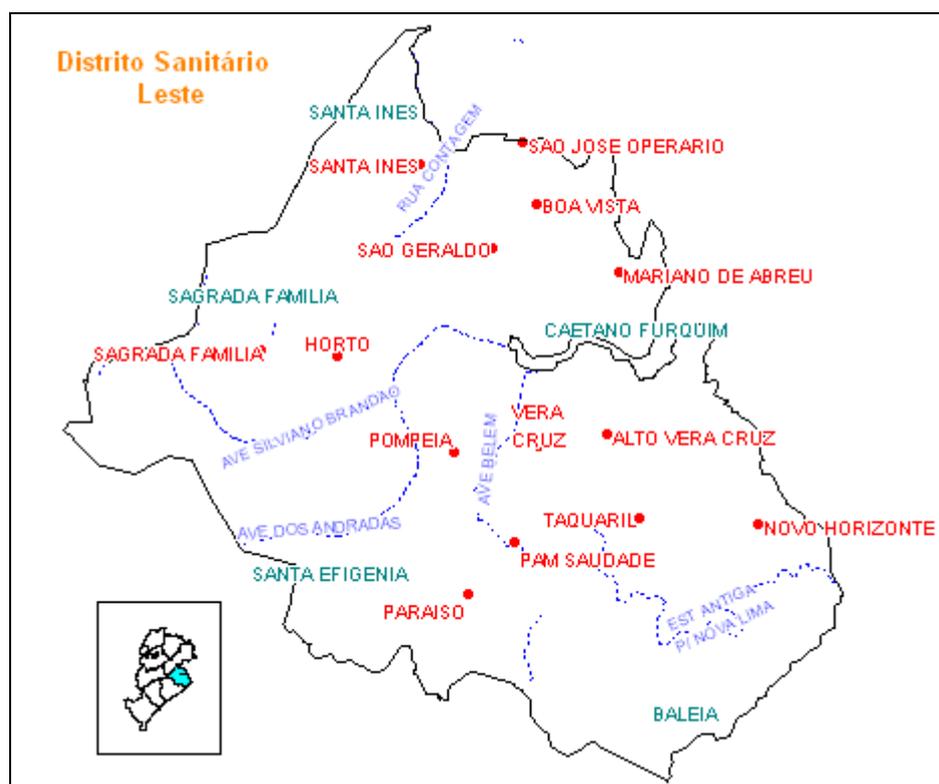
Figura 2 – Análise da Intervenção – Esquema para o estudo
Adaptado: Gris, Universidade de Montreal, 1992, In: HARTZ, 1997

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado nas unidades básicas de saúde, pertencentes ao Distrito Leste do município de Belo Horizonte.

A Regional Leste é um dos nove distritos sanitários da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, correspondente às administrações regionais da prefeitura, tendo, cada um deles, um definido espaço geográfico, populacional e administrativo de abrangência. A área de cada Regional coincide com o território de cada distrito sanitário. Há nove distritos sanitários: Norte, Pampulha, Venda Nova, Noroeste, Leste, Centro-Sul, Oeste e Barreiro (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição geográfica das unidades de saúde, Distrito Leste



Fonte: Sistema de informação/SMSA-BH

O Distrito Sanitário Leste (Disal) corresponde, geograficamente, a uma região que se limita com os municípios de Sabará e com os distritos sanitários Centro-Sul e Nordeste. Compreende uma área de 26,9 km², atendendo a uma população de 254.573 habitantes, segundo o Censo de 2000, como podemos verificar no Quadro 1.

Quadro 1 - População residente em Belo Horizonte por região administrativa, ano 2000.

REGIÃO ADMINISTRATIVA	POPULAÇÃO
BELO HORIZONTE	2.238.526
BARREIRO	262.194
CENTRO SUL	260.524
LESTE	254.573
NORDESTE	274.060
NOROESTE	338.100
NORTE	193.764
OESTE	268.124
PAMPULHA	141.853
VENDA NOVA	245.334

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, ano 2000.

O Distrito Leste é composto por quinze centros de saúde e dois serviços de atenção secundária com diversas especialidades, que são Postos de Atendimento Médico (PAM) Sagrada Família e Saudade. Este último também realiza serviços de atenção primária. Possui um Laboratório Distrital, que atende às unidades dos distritos Leste e Nordeste; um Centro de Referência para Saúde Mental (Cersam) e um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que presta serviços e orienta sobre a AIDS e as doenças sexualmente transmissíveis.

Possui 7,3% da população em áreas de muito elevado risco; 19,1% em áreas de elevado risco; 35,9% em áreas de médio risco e 37,7% em áreas de baixo risco. Aproximadamente 70% da população é usuária do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005c).

É importante salientar que, em 1993, a Secretaria Municipal de Saúde lançou o Projeto Vida, como uma estratégia de reorganização da assistência materno-infantil. Foi feita a opção por iniciar-se o projeto em um Distrito piloto, estendendo-o posteriormente às outras regionais. A escolha do Distrito Leste se deu pela elevada taxa de mortalidade infantil do bairro Taquaril, além de possuir uma equipe com capacidade gerencial e com uma importante unidade de atendimento materno-infantil, o PAM Saudade. A instituição do Projeto Vida significou um avanço na qualidade de assistência à saúde da mulher e da criança.

O Disal foi escolhido para a pesquisa por ter sido pioneiro na implantação do Projeto Vida. Além disso, a organização das informações sobre o binômio mãe-filho é realizada em tempo superior ao das outras regionais, com maior status de processamento organizacional das informações, o que facilita a coleta e a utilização dos dados.

Em relação às unidades básicas, estas foram escolhidas de acordo com sua tradição no acompanhamento às gestantes, bom volume de atendimento e presença de nível satisfatório de organização do processo de trabalho. Portanto, os serviços foram mapeados e escolhidos de acordo com a importância que possuem em relação à saúde da mulher.

3.3 Coleta e Fontes de dados

Foram utilizados como fontes de informação os relatórios gerenciais do banco de dados do Ministério da Saúde Sis prenatal e as Fichas de Notificação de Gestantes HIV Positivas e Crianças Expostas, pertencentes ao Sinan. A coleta dos dados referentes ao Distrito Leste incluiu os anos de 2004 e 2005.

Além dos bancos de dados, foram consultados documentos e relatórios provenientes da Área Técnica da Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Simultaneamente à coleta nos bancos de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), provenientes da Regional Leste, de Belo Horizonte.

3.3.1 Sis prenatal

Para o gerenciamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), foi criado um banco de dados informatizado, o Sis prenatal, um software que foi desenvolvido em ambiente Windows, na linguagem Delphi, o que permite seu fácil manuseio. Esse banco de dados tem o objetivo de fornecer relatórios e indicadores da qualidade da assistência do pré-natal.

Os indicadores do Sis prenatal selecionados para o presente estudo foram os seguintes:

- cobertura: percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta em relação ao número de nascidos vivos;

- cobertura de captação precoce: percentual de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a primeira consulta em até 120 dias, em relação ao número de nascidos vivos do período;
- percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e que tenham, pelo menos, 240 dias de idade gestacional;
- percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
- percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos e que possuam, pelo menos, 240 dias de idade gestacional;
- percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV e que possuam 280 dias ou menos de idade gestacional.

O Relatório de Indicadores é gerado automaticamente pelo programa e consta na parte de Relatórios Gerenciais - Componente I (Incentivo à Assistência Pré-natal). Para a coleta dos dados, foi necessário gerar individualmente o relatório de cada unidade básica para então calcularmos as porcentagens totais referentes ao Distrito Leste.

Para esse cálculo, o programa exige o número de nascidos vivos de cada unidade básica no período selecionado, que obtivemos no próprio distrito para então gerar os relatórios individuais. É necessário mencionar que houve um atraso quanto à coleta desses dados pois o computador do distrito no qual o programa estava instalado apresentou problemas técnicos, e esses relatórios não se encontravam disponíveis em outro computador, o que levou a um atraso significativo na coleta desses indicadores.

Os Relatórios de Indicadores do município de Belo Horizonte também foram coletados a fim de facilitar a compreensão dos dados e estabelecer comparações, e foram obtidos diretamente na Secretaria Municipal de Saúde.

3.3.2 Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan)

O Sinan consiste em um sistema de informação que foi desenvolvido entre 1990 e 1993, a fim de sanar as dificuldades do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças (SNCD), que apresentava problemas de subnotificação e supria de forma limitada às informações de morbidade no país.

Foi desenvolvido pelo Centro Nacional de Epidemiologia, com o apoio técnico do Datasus e do Prodabel (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte), com o objetivo de processar e coletar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análises do perfil de morbidade no país.

O Sinan pode ser operacionalizado no nível administrativo mais periférico, ou seja, nas unidades de saúde. Caso o município não disponha de computadores em suas unidades, o sistema pode ser acessado nas secretarias municipais, regionais de saúde e ou secretarias estaduais de saúde.

Configura-se em um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

O Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 33 de 14 de julho de 2005). Mas, é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como

varicela, no estado de Minas Gerais ou difilobotríase, no município de São Paulo (BRASIL, 2005b).

A entrada de dados no Sinan se faz por meio da utilização de formulários padronizados, denominados ficha individual de notificação e ficha individual de investigação.

A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e ou vigilância epidemiológica das secretarias municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos, em meio magnético, para as secretarias estaduais de saúde (SES).

Caso não ocorra nenhuma suspeita de doença, as unidades precisam preencher o formulário de Notificação Negativa, que tem os mesmos prazos de entrega. Esta é uma estratégia criada para demonstrar que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alerta para a ocorrência de tais eventos e evitar a subnotificação. Caso os municípios não alimentem o banco de dados do Sinan, por dois meses consecutivos, são suspensos os recursos do Piso de Assistência Básica (PAB).

A Ficha Individual de Investigação (FII) é um roteiro de investigação que possibilita a identificação da fonte de infecção e os mecanismos de transmissão da doença.

Além das duas fichas anteriores, constam a planilha e o boletim de acompanhamento de surtos e os boletins de acompanhamento de hanseníase e tuberculose.

Em vista do grande número de agravos, de acordo com a Portaria nº 33, e considerando os objetivos de nosso trabalho, será abordado o agravo **infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical**. Segundo a Portaria Ministerial nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003, é obrigatória a notificação de todas as gestantes HIV+ e de todas as crianças, filhas de mães soropositivos ou que tenham sido amamentadas por mulheres HIV+. A notificação é realizada em serviços de pré-natal, maternidades, ambulatórios materno-infantis e serviços de referência para DST/AIDS, por meio da Ficha de Investigação Gestante HIV+ e crianças expostas (ANEXO V). As variáveis a serem utilizados no estudo extraídos desse documento são os seguintes:

- idade da gestante no momento da evidência laboratorial do HIV;
- grau de escolaridade da gestante;
- evidência laboratorial do HIV:
 - antes do pré-natal;
 - durante o pré-natal;
 - durante o parto;
 - após o parto;
- idade gestacional (em semanas) na primeira consulta de pré-natal;
- em uso de anti-retrovirais para tratamento:
 - sim;
 - não;
 - ignorado;

- se realizada profilaxia com anti-retrovirais (ARV), idade gestacional em que foi iniciada;
- se não foi realizada profilaxia ARV, motivos:
 - atraso na entrega do resultado à gestante;
 - ignorado;
 - recusa da gestante;
 - ARV não oferecido;
 - ARV não disponível;
 - Outros motivos;

A fim de operacionalizar a coleta dos dados referentes à Ficha de Investigação Gestante HIV+ e crianças expostas, a autora elaborou um instrumento de coleta contendo as variáveis delimitadas no estudo (ANEXO VI).

3.3.3 Entrevistas semi-estruturadas

Para GIL (1994), a entrevista é uma forma de interação social, um diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

A classificação dos tipos de entrevistas se refere mais comumente ao seu grau de estruturação. Dessa forma, as entrevistas mais estruturadas são aquelas que predeterminam em maior grau as respostas a serem obtidas, ou seja, baseiam-se na utilização de um questionário para a coleta de dados, o que gera padronização das explicações. As entrevistas não estruturadas são desenvolvidas de forma mais espontânea, sem que estejam submetidas a um modelo pré-estabelecido de interrogação. Esse tipo de abordagem gera profundidade qualitativa, já que é caracterizado pela

flexibilidade e pela descoberta de significados em detrimento da padronização, o que permite ao entrevistado responder às perguntas dentro de sua própria estrutura de referência.

As entrevistas semi-estruturadas utilizam tanto características da entrevista estruturada como da não-estruturada. As perguntas são normalmente especificadas, mas o entrevistador está mais livre para ir além das respostas de uma maneira que pareceria prejudicial às metas da padronização e comparabilidade (MAY, 2004). Informações como idade, sexo e ocupação podem ser padronizados na entrevista.

Para TRIVIÑOS (1995), a entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e, em seguida, oferecem um amplo campo de interrogativas; fruto de novas hipóteses, que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado. O informante, seguindo espontaneamente sua linha de pensamento, dentro do foco principal colocado pelo investigador, inicia a sua participação na elaboração da pesquisa.

O pesquisador pode buscar tanto o esclarecimento quanto a elaboração das respostas dadas, registrando informações qualitativas sobre o tópico abordado. O pesquisador se reserva a possibilidade de acrescentar questões no decorrer da entrevista, no sentido de obter uma informação mais aprofundada em certos pontos (CONTANDRIOPOULOS, 1999).

O pesquisador pode *sondar* além das respostas, estabelecendo um diálogo com o entrevistado. A *sondagem* permite ao entrevistado esclarecer ou ampliar sua resposta, sendo reduzida à medida que a entrevista se torna mais estruturada. No entanto, esse método exige um nível mais elevado de qualidade, o que exige maior nível

de competência por parte do entrevistador, devido ao maior grau de liberdade conferido à entrevista (GOODE, 1979).

Antes do início da coleta das entrevistas foram realizados dois pré-testes, que identificaram alguns entraves e questões tendenciosas, que foram corrigidos antes do início da coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas no período de julho a setembro de 2006, pela própria pesquisadora. Foram entrevistados 16 profissionais de saúde que realizavam o pré-natal nas unidades básicas de saúde do Distrito Leste, sendo 8 enfermeiros e 8 médicos. Todos os profissionais que foram contactados se mostraram disponíveis e interessados pelo tema. As entrevistas foram marcadas de acordo com a disponibilidade de cada profissional e todas foram realizadas em seus locais de trabalho.

As entrevistas foram gravadas em MP3 (MPEG Audio Layer-3), mediante autorização prévia do profissional e transcritas pela própria pesquisadora, imediatamente após sua coleta. Questões relativas à acessibilidade aos serviços, aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, fatores facilitadores e dificultadores da atenção no pré-natal foram abordados. Dessa forma, estabeleceram-se duas questões norteadoras:

- 1) Como você avalia o processo de acolhimento direcionado à gestante nas unidades básicas de saúde?
- 2) Fale sobre o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV direcionado às gestantes.

Essas questões fazem parte de um roteiro de entrevista que contém dados complementares dos profissionais de saúde (ANEXO VII).

Em relação à amostra populacional, sua definição não seguiu critérios numéricos, dando ênfase ao aprofundamento e à abrangência da compreensão, em detrimento de generalizações.

Segundo MINAYO (2004), a amostragem qualitativa deve considerar os sujeitos sociais em número suficiente para permitir certa reincidência de informações, porém, não deve haver o descarte de informações ímpares, cujo potencial explicativo deve ser levado em consideração na análise.

Para a interrupção das entrevistas, utilizou-se o critério da saturação de dados. Para MARCUS & LIEHR (2001), a saturação dos dados ocorre quando as informações que estão sendo compartilhadas com o pesquisador se tornam repetitivas. Ou seja, as idéias transmitidas pelos participantes foram compartilhadas antes por outros participantes, e a inclusão de outros participantes não resultará em novas idéias. Foram entrevistados profissionais de saúde provenientes de 4 unidades básicas da Regional Leste, até que verificou-se a reincidência de informações, chegando a essa saturação, o que levou à interrupção na coleta das entrevistas.

3.4 Tratamento e análise dos dados

Dimensão quantitativa:

Para o tratamento dos dados secundários provenientes dos sistemas de informação Sis prenatal e Sinan, foi utilizado o Epiinfo versão 3.2. Realizou-se uma análise descritiva, univariada, que abordou a distribuição de frequências para as

variáveis provenientes dos bancos de dados Sis prenatal e Sinan, com a apresentação dos dados na forma de tabelas, gráficos de setores ou em barras.

A fim de conferir credibilidade aos dados coletados, estes obedecerão a critérios de validação interna e externa (CONTANDRIOPOULOS, 1999). A validade interna de uma pesquisa se refere às características do modelo que permitem concluir que as relações observadas empiricamente entre as variáveis independente e dependente são explicadas pelo modelo de pesquisa adotado, e não por outras variáveis que influenciaram os resultados do estudo. Ou seja, a validade interna se refere à capacidade do pesquisador de minimizar os vieses da pesquisa.

Já a validade externa se refere ao grau de generalizações dos resultados para outras populações, outros contextos e outros períodos e está pautada em três princípios: da similitude, da robustez e da explicação.

O princípio da similitude se refere à população da pesquisa, que deve ser representativa da população sobre a qual se objetiva generalizar os fatos. O princípio da robustez estipula que o potencial de generalização se expande de forma concomitante às reproduções dos efeitos em diferentes contextos. O princípio da explicação gera o aumento da capacidade de generalização por meio de pesquisas relacionadas a processos causais em avaliação.

Dimensão qualitativa:

Em relação às entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, optou-se por utilizar a abordagem qualitativa em sua avaliação, tendo em mente que o quantitativo e o qualitativo não são opostos na produção do conhecimento e assumem caráter de complementariedade.

Para MINAYO (2004), incluindo os dados operacionalizáveis e junto com o conhecimento técnico, qualquer ação de tratamento, prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige. Para esta mesma autora, ao ampliar as bases conceituais, as ciências sociais não se tornam menos científicas; muito pelo contrário, elas conseguem uma maior proximidade dos aspectos que desejam englobar.

O tratamento dos dados provenientes das entrevistas foi realizado por meio da abordagem da análise do discurso, na perspectiva da dialética marxista proposta por MINAYO (2004).

Para a autora, a contribuição mais atual da análise do discurso é a insistência de incorporar, na compreensão de um texto, suas condições de produção. O texto é visto na análise do discurso como uma unidade complexa de significações, denominada unidade **de análise**, podendo ser expresso por uma palavra ou um conjunto de frases. O **texto** é essencialmente dialético, na medida em que sua análise lhe devolve a incompletude, dada pelas múltiplas formas de interpretação.

Do ponto de vista histórico, a postura interpretativa dialética reconhece os fenômenos sociais como resultados e efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada. Portanto, o centro da análise é a prática social, a ação humana, na medida em que atravessa o meio social conservando as determinações, mas também transformando o mundo.

Segundo ORLANDI (1997), essa modalidade traz o discurso como o local de contato entre a língua e a ideologia. Essa nova forma de trabalhar a linguagem articula três regiões do conhecimento: o materialismo histórico, como teoria das formações sociais e suas transformações, estando aqui incluída a ideologia; a lingüística

como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação e a teoria do discurso, como teoria da determinação histórica dos processos semânticos.

A análise do discurso possui como objeto a reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos, tais como os campos filosófico, jurídico ou político. Busca a compreensão do modo de funcionamento, dos princípios de organização e das formas de produção social do sentido. É composta por dois princípios básicos que norteiam o estudo. O primeiro afirma que o sentido de uma palavra, expressão ou proposição não existe em si mesmo, mas expressa posições ideológicas em jogo, no processo sócio-histórico, no qual as palavras expressões e proposições são produzidas. O segundo princípio afirma que toda formação discursiva dissimula sua dependência das formações ideológicas.

A hipótese dessa análise está no fato de se considerar que o discurso é influenciado pelo contexto e determinado por condições de produção e pelo próprio sistema lingüístico. Ou seja, partindo-se dos efeitos da superfície (linguagem e sua organização), chega-se a uma estrutura profunda, que são os processos de produção.

O discurso é o local em que se processa a relação entre a língua e a ideologia. A língua é condição de possibilidade do discurso, na qual a ideologia se materializa (ORLANDI, 1997). O homem é um produto das relações sociais, portanto, possui sua visão de mundo aliada aos discursos que absorve, podendo sofrer coerção pelo grupo a que pertence.

ORLANDI (1987) define com propriedade a coerção social e a ideologia a que o sujeito social é submetido da seguinte forma:

Todo texto possui sua ideologia e qualquer discurso é referidor, na medida em que dialoga com outros discursos, mas também é referido, na medida em que é produzido no interior de grupos que determinam quem fala, o que e como falam e em que momento (ORLANDI, 1987).

Como critério de validade da pesquisa, foi utilizada a triangulação dos dados, que consiste na comparação dos dados obtidos de diversas fontes, a partir do uso simultâneo de técnicas de abordagem diferenciadas, envolvendo o trabalho de vários pesquisadores, o que permite a investigação do fenômeno em suas diferentes perspectivas (MINAYO, 2004).

Para a autora, na perspectiva marxista, a validade se situa ao nível da prática, que não deve ser pensada apenas como atividade externa de transformação, e se constitui em um compromisso social, que enfatiza a dimensão interior do ser humano, aliando teoria e prática enquanto unidades complementares.

A fim de operacionalizar o método, foram seguidos alguns passos sugeridos pela autora com o objetivo de ir além das meras palavras, buscando a essência, o não-dito contido nas entrevistas.

A **ordenação dos dados** constitui o primeiro passo para a operacionalização da análise do discurso. Nela é realizado um mapeamento de todos os dados obtidos no campo. É o momento em que efetuamos a transcrição das entrevistas gravadas em MP3, efetuando cuidadosamente a releitura do material e a organização dos relatos. Essa fase forneceu um mapa horizontal das descobertas do campo.

O segundo passo foi a **classificação dos dados**, tendo em mente que o dado é construído no decorrer do processo, **não existe por si só**. Nesse momento, efetua-se uma leitura exaustiva dos textos, conhecida por alguns autores como leitura flutuante. A leitura flutuante consiste na tomada exaustiva do material, deixando-se impregnar pelo

seu conteúdo. Essa atividade auxilia o pesquisador a estabelecer as categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas, ultrapassando a sensação de caos inicial e estabelecendo uma relação dialética entre elas.

A constituição de um *corpus* ou vários *corpus* de comunicações é outro item que compõe a classificação dos dados. Após a leitura flutuante e as formações dos *corpus*”, realizou-se uma leitura transversal de cada corpo. Efetuou-se o recorte de cada entrevista, em termos de unidade de registro, que foi referenciada por tópicos ou temas.

Segundo MINAYO (2004), essa primeira classificação ainda é grosseira, é elaborada como em gavetas, onde cada assunto, tópico ou tema foi cuidadosamente separado e guardado.

Em seguida, realizou-se um refinamento do processo de classificação, no intuito de reagrupar os temas em torno de categorias centrais.

A terceira etapa da análise dos dados é a **análise final**, caracterizada pela articulação entre as categorias empíricas e as categorias analíticas, com o objetivo de responder às questões levantadas inicialmente na pesquisa.

Ao utilizar a análise do discurso como forma de análise, buscou-se uma compreensão contextualizada e aprofundada da assistência pré-natal no Distrito Leste de Belo Horizonte, discutindo questões relacionadas ao aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV e o conceito de acessibilidade para os profissionais de saúde, na perspectiva da dialética marxista.

A realidade empírica foi captada por meio da sistematização dos discursos dos profissionais de saúde, dos quais foram retiradas as unidades de significado que foram agrupadas por semelhanças e, dessa forma, constituíram os núcleos de pensamento que, por fim, deram origem às categorias empíricas do trabalho.

A seguir são apresentados as categorias empíricas e os núcleos de pensamento que foram discutidos no decorrer da análise das entrevistas.

Categoria Empírica 1: Vigilância à saúde e atenção à gestante

- Núcleo de pensamento 1: acesso em saúde
- Núcleo de pensamento 2: o processo de trabalho na atenção às gestantes nas UBS

Categoria Empírica 2: Prevenção contra o vírus HIV em mulheres

- Núcleo de pensamento: aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV

3.5 Aspectos éticos

O presente trabalho teve início somente após sua avaliação e aprovação pelos comitês de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (ANEXOS I e II).

No que diz respeito aos dados secundários, estes são disponibilizados pelo Ministério da Saúde, junto com as secretarias municipal e estadual de Saúde de Belo Horizonte. Todas as informações coletadas no período determinado não continham a identificação de indivíduos ou instituições, mantendo, portanto, a confidencialidade em relação às fontes de informação.

Em relação aos dados obtidos das entrevistas com os profissionais de saúde, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO VIII), a fim de seguir as determinações da Resolução 196, que estabelece as diretrizes éticas a serem seguidas em pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1997). As entrevistas

foram concedidas pelos profissionais de saúde após a assinatura de tal termo de consentimento, com explicação prévia do objeto de pesquisa.

4 ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO DISTRITO LESTE

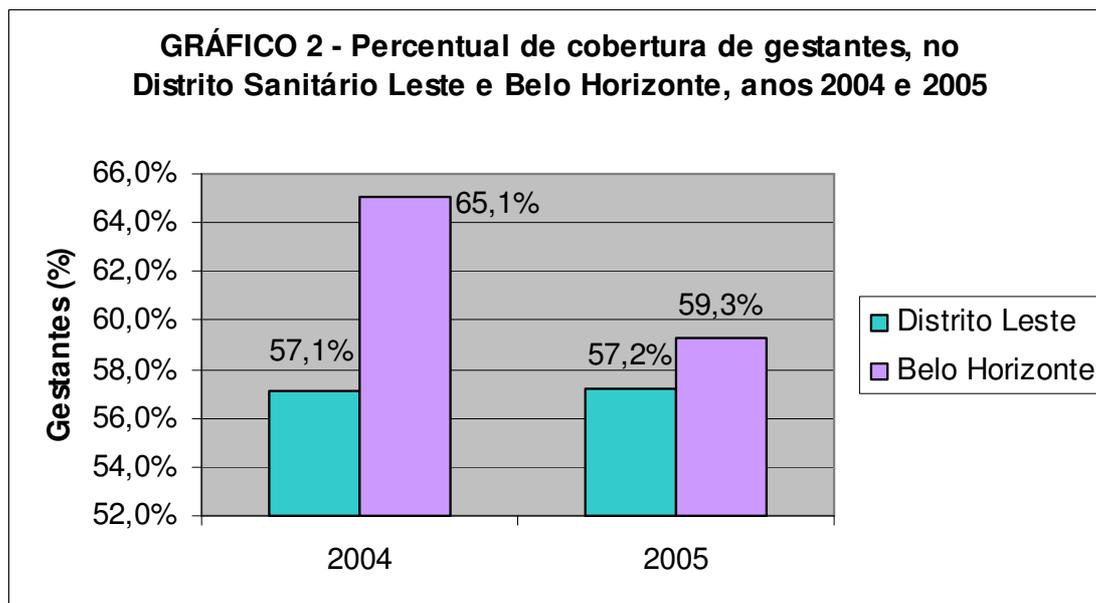
A análise da pesquisa se divide em dois momentos complementares. Inicialmente, realizou-se uma discussão acerca dos dados secundários provenientes dos bancos Sis prenatal e Sinan. Para isso, foram utilizadas tabelas e gráficos, a fim de exemplificar os achados quantitativos e facilitar a compreensão dos dados. Em seguida, nos dois próximos tópicos (4.2 e 4.3), realizou-se uma abordagem dos discursos dos profissionais baseada na análise do discurso proposta por Minayo.

4.1 Monitoramento da qualidade da assistência pré-natal e da transmissão vertical do HIV na rede básica

É importante relatar que, para uma melhor compreensão acerca dos dados do Distrito Sanitário Leste, também foram coletados os indicadores do banco Sis prenatal do município de Belo Horizonte, a fim de estabelecer comparações entre os resultados alcançados pelo município e pelo distrito.

4.1.1 Sis prenatal

Em relação ao indicador de **cobertura de gestantes**, no Distrito Leste, no ano de 2004 obtivemos um total de 1.956 gestantes cadastradas e 3.425 nascidos vivos no mesmo período. Já em 2005, houve um total de 1.844 gestantes cadastradas e 3.223 nascidos vivos no período (Gráfico 2).



Fonte: Relatório de Indicadores Sisprenatal – GERSA (LESTE e SMSA-BH)

Se forem feitas algumas comparações com Belo Horizonte, observaremos que os indicadores de cobertura de gestantes do município tiveram uma redução de 2004 para o ano 2005. Em 2004, o município captou 21.354 gestantes e teve um total de 32.820 nascidos vivos, o que equivale a um percentual de captação de 65,1%. Em 2005, foram captadas 18.963 gestantes e 31.956 nascidos vivos no período, equivalendo a um percentual de cobertura de 59,3%.

O indicador de cobertura de gestantes do município sofreu decréscimo do ano 2004 para 2005, enquanto no Distrito Leste permaneceu praticamente o mesmo. No entanto, é necessário destacar, em relação ao distrito, a existência de algumas unidades básicas que mantiveram uma cobertura de gestantes acima de 70% nos dois anos consecutivos (Tabela 2).

Em cinco unidades básicas de saúde do Distrito Leste, foram mantidos índices satisfatórios de cobertura das gestantes. São necessárias intervenções que busquem aumentar essa cobertura, tanto no distrito quanto no município, também

levando em consideração a existência de subnotificações, partos em domicílio, a vinda de mulheres de cidades menores para a capital para realizarem o parto, dentre outros fatores que influenciam diretamente esse indicador de cobertura.

Tabela 2 Unidades básicas do Distrito Leste que mantiveram cobertura de gestantes acima de 70%, nos anos 2004 e 2005.

	ANO 2004	ANO 2005
C.S. Alto Vera Cruz	70,14%	78,35%
C.S. Boa Vista	86,96%	78,51%
C.S. Granja de Freitas	100,00%	96,36%
C.S. Mariano de Abreu	84,77%	71,19%
C.S. Novo Horizonte	88,63%	98,24%

Fonte: Relatório de Indicadores Sispre natal - Gersa-LESTE

Em relação aos dados do distrito, obtivemos em 2004, um total de 1956 gestantes cadastradas no período e desse total, 1469 gestantes (42,9%) não tiveram acesso ao cadastramento para início do pré-natal. Em 2005, do total de 1844 gestantes cadastradas, obtivemos 1379 gestantes (42,8%) sem cadastro no Sispre natal. Esses dados nos levam a refletir sobre os problemas relacionados ao acesso dessas mulheres ao pré-natal nas unidades básicas de saúde, pois um número importante de mulheres não deu entrada no sistema, com o seu cadastramento no programa e início do pré-natal.

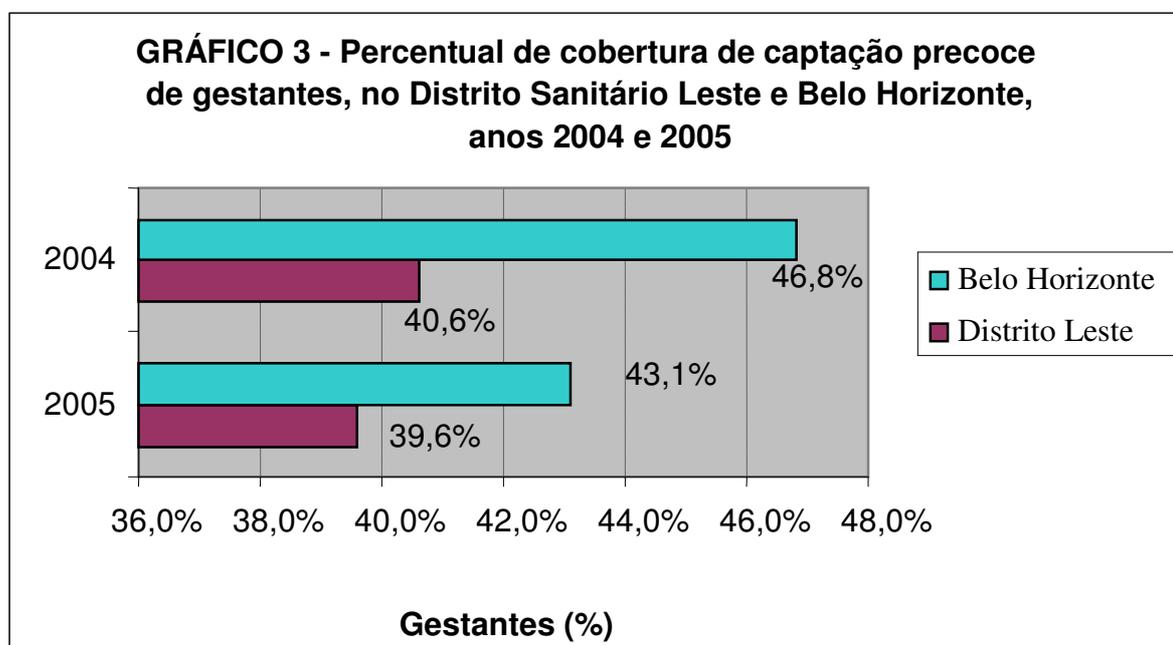
Sabemos que o cadastramento de todas as gestantes no Sispre natal é efetuado em sua primeira consulta de pré-natal nos centros de saúde, a fim de obterem uma assistência adequada. Constatamos em nossa pesquisa, uma grande porcentagem de mulheres que não realizaram o cadastramento, nos levando a concluir que não realizaram pré-natal nas unidades básicas de saúde, o sugere a possibilidade de demanda reprimida para o pré-natal.

Tais achados se opõem ao recomendado pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que possui como um de seus objetivos o

cadastramento de todas as gestantes adscritas na área de abrangência de uma unidade básica de saúde, levando a uma cobertura efetiva dessas mulheres, com o início da assistência durante o pré-natal, se estendendo ao parto e puerpério (BRASIL, 2000b).

Portanto, o cadastramento dessas mulheres no Sisprenatal, é essencial para a garantia de acesso a atenção pré-natal nas unidades básicas de saúde e uma parcela significativa de mulheres nos dois anos consecutivos analisados não realizaram tal cadastramento no programa, sugerindo a possibilidade de demanda reprimida para o pré-natal, o que simultaneamente, pode inviabilizar intervenções em tempo hábil que visem à manutenção do bem estar do binômio mãe-filho, principalmente, no que diz respeito ao início adequado da terapia anti-retroviral, até mesmo de sua execução para as gestantes HIV positivas.

Em relação ao indicador de **captação precoce**, os resultados também não se mostram satisfatórios, tanto para o distrito quanto para o município (Gráfico 3):



Fonte: Relatório de Indicadores Sisprenatal – Gersa (Leste e SMSA-BH)

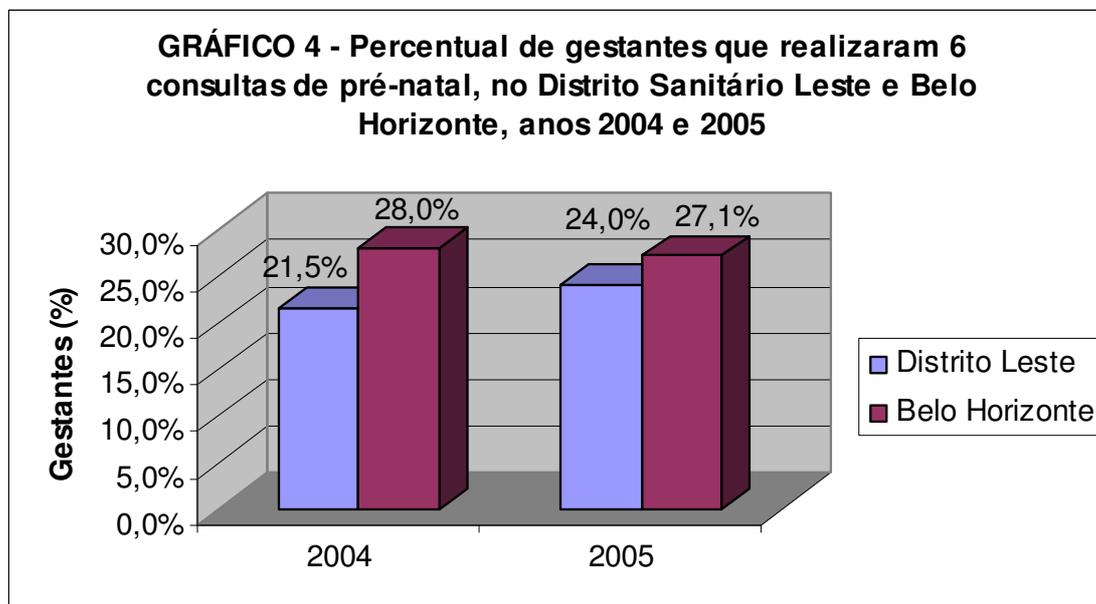
Em 2004, no Distrito Leste obteve-se um total de 1.390 gestantes, com captação até 120 dias de gestação e, em 2005, um total de 1.276 gestantes, gerando percentuais de 40,6% e 39,6%, respectivamente. Em relação a Belo Horizonte, foram captadas precocemente, em 2004, 15.363 gestantes e, em 2005, 13.790 gestantes, totalizando percentuais de 46,8% e 43,1%, respectivamente. A captação precoce necessita de melhora nos percentuais, tanto no distrito quanto no município.

MOURA, HOLANDA JÚNIOR & RODRIGUES (2003) em um estudo realizado em uma área do Ceará obtiveram um percentual de captação precoce da ordem de 58,2%, sendo a cobertura de pré-natal dessa área em torno de 97,6%.

TANAKA et al. (2004) analisaram o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento em âmbito nacional e concluíram que a média percentual do indicador de captação precoce na região sudeste é superior a 90%. No entanto, quanto maior o porte do município, menor é a média percentual de captação com até 120 dias. Portanto, as capitais brasileiras possuem os menores índices de captação precoce, da ordem de 76,98%, o que ainda apresenta valor superior à da capital mineira.

Os valores de captação precoce de nosso estudo se mostram insatisfatórios, mas devemos levantar a hipótese também de sub-registros de informações, pois se houve um pequeno incremento do número de mulheres que realizam 6 consultas de pré-natal no distrito leste, como mostrado a seguir, seria contraditório não observar um pequeno aumento no número de mulheres que iniciam o pré-natal de forma precoce. Pois quanto maior o número de mulheres com captação precoce, maior a probabilidade de realizarem as 6 consultas mínimas preconizadas pelo Ministério.

Em relação ao **percentual de gestantes que realizaram 6 consultas de pré-natal** preconizadas pelo programa, as porcentagens de conclusão encontram-se no Gráfico 4.



Fonte: Relatório de Indicadores Sispre natal – Gersa (Leste e SMSA-BH)

Em relação ao Distrito Leste, em 2004, apenas 255 gestantes realizaram as 6 consultas de pré-natal, ou seja, no total, 21,5% das gestantes. Em Belo Horizonte, foram 3.659 mulheres, um total de 28%. Em 2005, no Distrito Leste, foram 301 gestantes, ou seja, 24% e, em Belo Horizonte, 3.282 gestantes, ou seja, 27,1% realizaram 6 consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Devemos observar que os percentuais de realização de 6 consultas se encontram inferiores a 30%, tanto no distrito quanto no município. O que é corroborado pelo estudo de SERRUYA, LAGO & CECATTI (2004) que realizaram um inquérito de base populacional sobre o Programa de Humanização do Parto e Nascimento e encontraram, no Brasil um percentual de realização de 6 consultas de pré-natal da ordem de 22,6%.

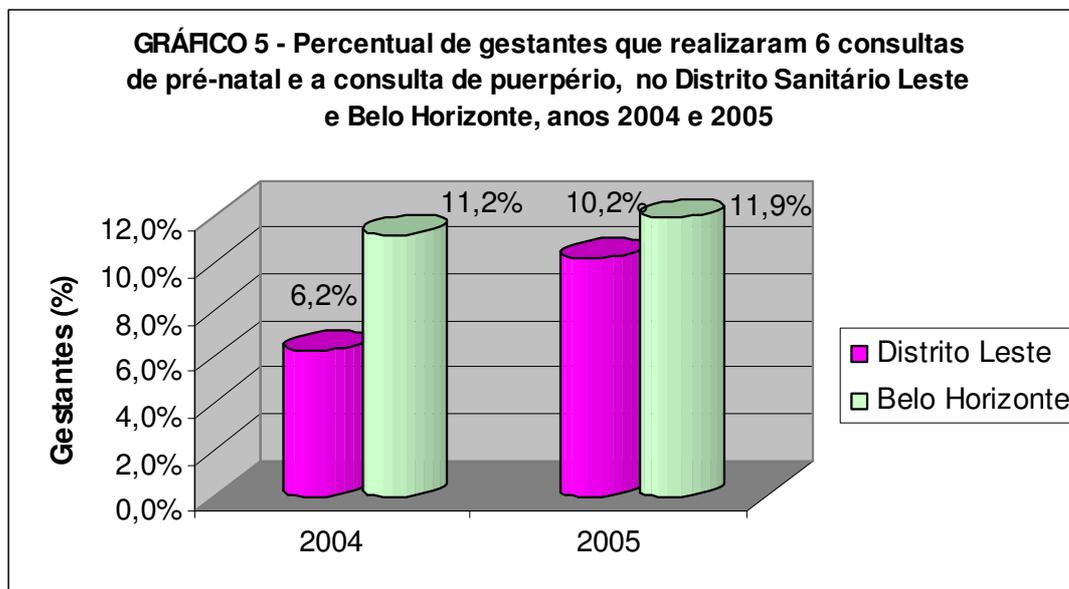
TANAKA et al (2004) também encontraram baixos percentuais para esse indicador, sendo encontrado na região sudeste 21,81% de realização de 6 consultas durante o pré-natal. O que demonstra que a baixa realização do número de consultas de pré-natal ocorre em nível nacional, não atendendo ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

No entanto, cabe ressaltar, que o parâmetro de no mínimo 6 consultas de pré-natal adotado pelo próprio Ministério da Saúde necessita de revisões. Segundo uma pesquisa publicada pela Organização Pan-Americana de Saúde sobre os indicadores básicos no Brasil (IDB), o parâmetro utilizado para a avaliação do número de consultas de pré-natal, segundo o IDB, é de 7 ou mais consultas, e não 6 ou mais consultas, como o preconizado pelo Ministério (BRASIL, 2005d).

Tal indicador (IDB) utiliza como base o Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc), e é exemplificado pelo número de nascidos vivos de mães residentes com 6 ou mais consultas de pré-natal sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes, ao final multiplica-se esse valor por 100.

No entanto, na Declaração de Nascido Vivo consta um número de 7 ou mais consultas de pré-natal, e não 6 ou mais consultas como preconizado pelo Ministério, o que gera problemas na interpretação correta dos dados. Portanto, se há dois indicadores distintos que realizam a mesma avaliação do número ideal de consultas durante a gestação, sendo um pertencente ao Sisprenatal e outro se refere a um indicador básico de saúde, deveria haver uma uniformidade desses indicadores por parte do Ministério, a fim de obtermos dados mais fidedignos nas pesquisas realizadas sobre a qualidade do acompanhamento pré-natal.

Analisando-se o indicador que conjuga as **6 consultas de pré-natal associada à realização da consulta de puerpério**, constata-se que os percentuais caem para menos da metade (Gráfico 5).



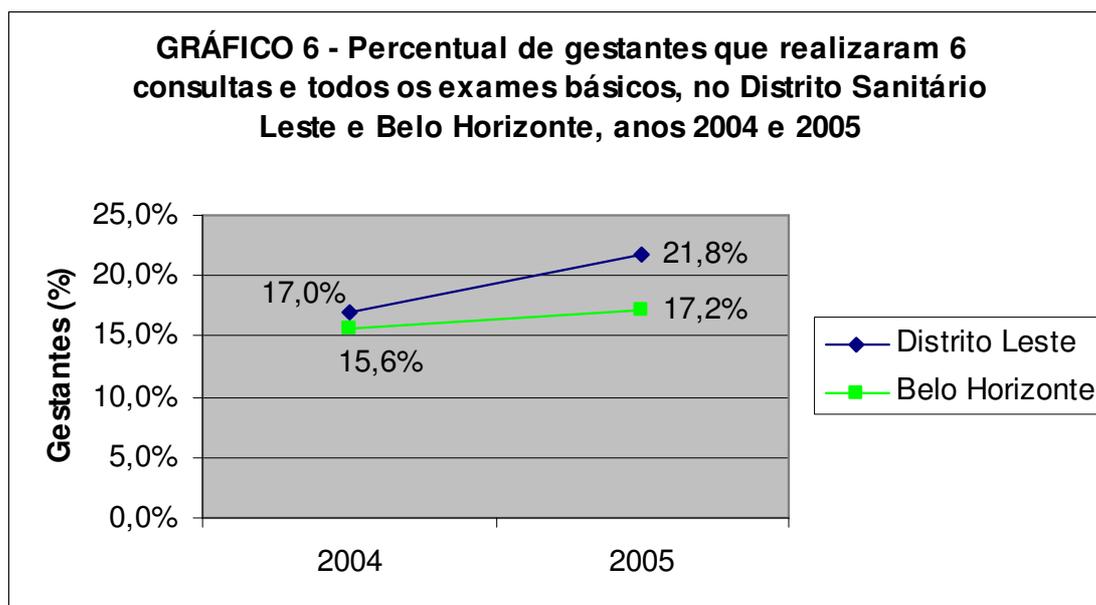
Fonte: Relatório de Indicadores Sis prenatal – Gersa (Leste e SMSA-BH)

Segundo o manual de implantação do PHPN, a consulta puerperal deverá ser realizada até 42 dias após a realização do parto (BRASIL, 2000b). No entanto, constatou-se baixa frequência de realização desta consulta, no Distrito Leste e em Belo Horizonte.

SERRUYA (2003), em seu trabalho de avaliação do PHPN, já havia detectado baixos índices de realização da consulta de puerpério em todas as regiões brasileiras. O indicador também reduziu-se pela metade quando a consulta puerperal estava associada às 6 consultas mínimas que deveriam ser realizadas no pré-natal. Mas, deve ser ressaltado o aumento significativo desse indicador no Distrito, evidenciado por percentuais de 6,2%, em 2004 e que alcançaram 11,2%, em 2005. Esses dados podem refletir um aumento na captação de gestantes que não comparecem às unidades básicas

e que podem ser “buscadas” pelos agentes comunitários de saúde, obedecendo ao período mínimo preconizado para a realização da consulta puerperal.

Em relação ao indicador **percentual de gestantes inscritas que realizaram as 6 consultas de pré-natal e todos os exames básicos**, observamos pouca variação nos valores, tanto no município quanto no distrito (Gráfico 6).

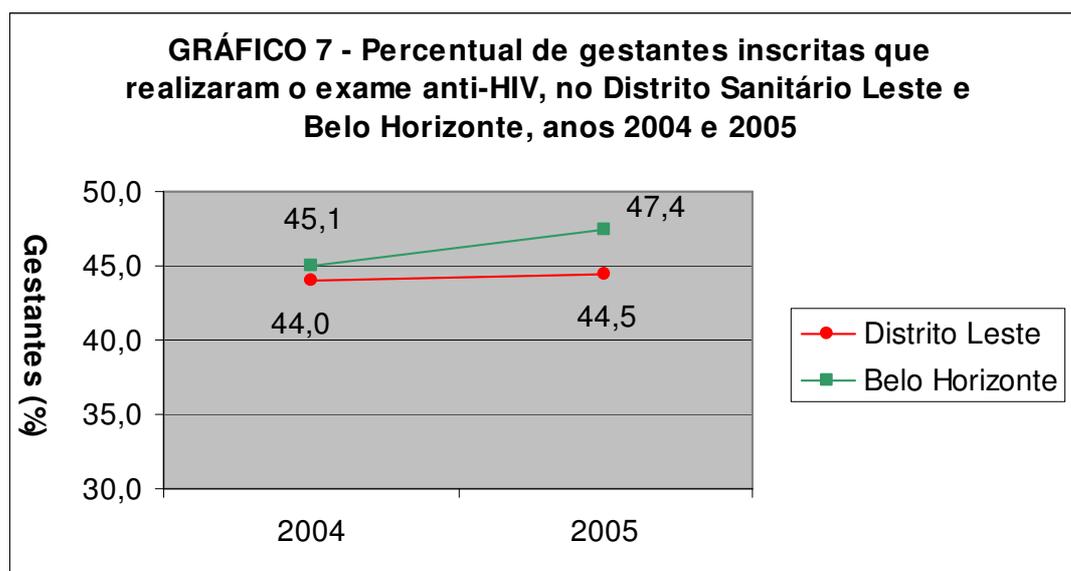


Fonte: Relatório de Indicadores Sispre natal – Gersa (Leste e SMSA-BH)

Segundo o manual “Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento”, os exames básicos preconizados pelo Ministério para todas as gestantes são: 1 ABO-Rh, na primeira consulta; 2 VDRL, sendo um na primeira consulta e outro na 30ª semana de gestação; 2 glicemias de jejum, sendo um na primeira consulta e outro na 30ª semana de gestação; 2 exames de urina, sendo um na primeira consulta e o outro também na 30ª semana de gestação e 1 Hg/HTC na primeira consulta (BRASIL, 2002a). Tanto o Distrito Leste quanto o município apresentaram crescimento desse indicador, do ano 2004 para 2005, no entanto, o Distrito apresenta indicadores de realização de todos os exames básicos melhores do que os do município.

Analisando-se apenas o indicador de realização de seis consultas de pré-natal, o município apresenta vantagem nos dois anos consecutivos, mas, se conjugarmos no mesmo indicador às seis consultas de pré-natal preconizadas e todos os exames básicos, observa-se um aumento nos percentuais do Distrito e que se mostram superiores aos do município. Isso demonstra que o aumento no indicador se deu pela maior cobertura de exames básicos no Distrito Leste, em relação ao município de Belo Horizonte, nos dois anos consecutivos analisados.

Em relação ao indicador **percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV**, também observamos pouca variação nos resultados do distrito nos anos analisados (Gráfico 7):



Fonte: Relatório de Indicadores Sispre natal – Gersa (Leste e SMSA-BH)

Em relação ao Distrito Leste, houve pouca variação, constatada por 44,0% das gestantes submetidas à testagem do vírus HIV e, no ano de 2005, foram 44,5% das gestantes. No município de Belo Horizonte, em 2004, a porcentagem foi de 45,6% das gestantes com sorologia anti-HIV e, em 2005, 47,4%. Considerando que a sorologia

anti-HIV deve ser ofertada a todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal, torna-se necessária uma discussão que envolva possíveis entraves que geram indicadores ainda não satisfatórios, tais como a não realização do pré-natal, pois a existência de demanda reprimida resulta na não realização do exame e a possibilidade de sub-registros.

Vários estudos demonstram a persistência de demanda reprimida para a realização do pré-natal na rede básica (FELICIANO & KOVACS, 2002; LEAL et al., 2004; ALMEIDA & BARROS, 2005). A não realização do pré-natal e, conseqüentemente, a não realização do teste inviabilizam a prevenção de complicações próprias da gravidez e o início de terapia anti-retroviral, caso a gestante fosse identificada como soropositiva durante o pré-natal.

A existência de sub-registros também é evidenciada em alguns estudos. TREVISAN et al. (2002) discutem a possibilidade de sub-registros, principalmente na primeira consulta de pré-natal, quando são solicitados os exames básicos. Portanto, o profissional de saúde solicita o exame, no entanto, não ocorre o posterior registro no cartão e na ficha de produção diária das unidades básicas de saúde, o que pode gerar uma redução no indicador de gestantes que realizaram o teste anti-HIV.

COUTINHO et al. (2003), em estudo realizado na cidade de Juiz de Fora, MG, também constataram a ausência de registro da realização do teste anti-HIV em um terço dos cartões de gestante analisados.

Esses estudos demonstram que os indicadores podem não refletir a realidade da assistência prestada, considerando-se o preenchimento inadequado e incompleto dos campos dos cartões.

4.1.2 Sinan - Ficha de notificação das gestantes HIV+ e crianças expostas

Foram identificadas 14 gestantes soropositivas em 2004 e 15 soropositivas em 2005, chegando um total de 29 gestantes HIV+ notificadas no Distrito Leste, nos anos 2004 e 2005. As taxas de incidência do vírus HIV nas gestantes, entre os anos de 2004 e 2005, se encontram na Tabela 3.

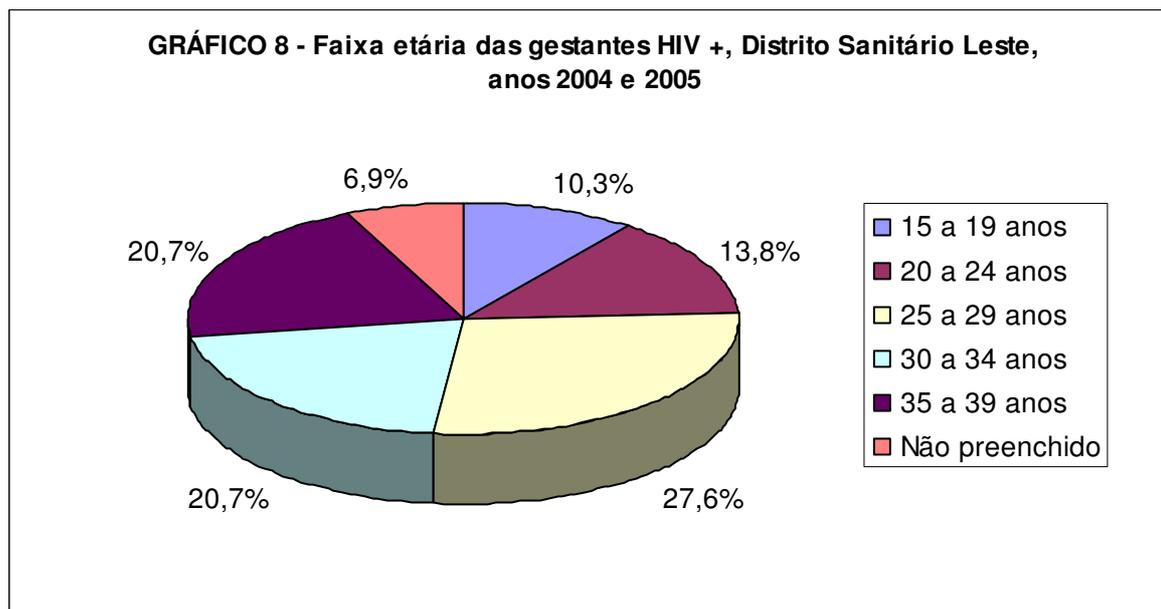
Tabela 3 - Taxa de incidência do vírus HIV, por 1000 gestantes, no Distrito Leste, anos 2004 e 2005.

ANO	INCIDÊNCIA (por 1000 gestantes)
2004	4,08
2005	4,65

Fonte: Sinan – Ficha de investigação gestante HIV positiva e crianças expostas/ Gersa Leste

Conforme observado, houve um aumento na incidência de gestantes soropositivas no Distrito Leste, entre os anos consecutivos analisados. Esse aumento do número de mulheres infectadas pelo vírus nos leva a uma reflexão acerca da eficácia das políticas públicas direcionadas ao controle do vírus HIV em mulheres. Evidentemente, esse aumento de mulheres infectadas, em idade reprodutiva, pode gerar um aumento na probabilidade de contaminação da criança com o vírus HIV.

Em relação à idade dessas mulheres soropositivas, os dados demonstram um maior acometimento das faixas etárias de 25 a 29 anos (27,6%), 30 a 34 anos (20,7%) e 35 a 39 anos (20,7%) exemplificadas no Gráfico 8.



Fonte: Sinan – Ficha de investigação gestante HIV positiva e crianças expostas/ Gersa Leste

Esses dados coincidem com os dados do Ministério da Saúde, do ano de 2003, em relação à taxa de incidência de AIDS (por 100.000 habitantes) em pessoas do sexo feminino. A taxa de incidência para mulheres entre 30 a 34 anos foi de 34,4; para 35 a 39 anos, foi de 33,1, e, para as idades entre 25 a 29 anos, foi de 30,1, demonstrando também um maior acometimento em mulheres nessas faixas etárias (BRASIL, 2006d). Isso leva à conclusão de que o vírus HIV tem atingido um número cada vez maior de mulheres em idade reprodutiva, o que deveria resultar em maior atenção dos serviços de saúde em relação à saúde da mulher.

O enfoque de aspectos preventivos do vírus HIV e a assistência adequada a essas mulheres soropositivas deveriam se tornar uma prática nas unidades básicas de saúde e nos serviços de referência para mulheres soropositivas.

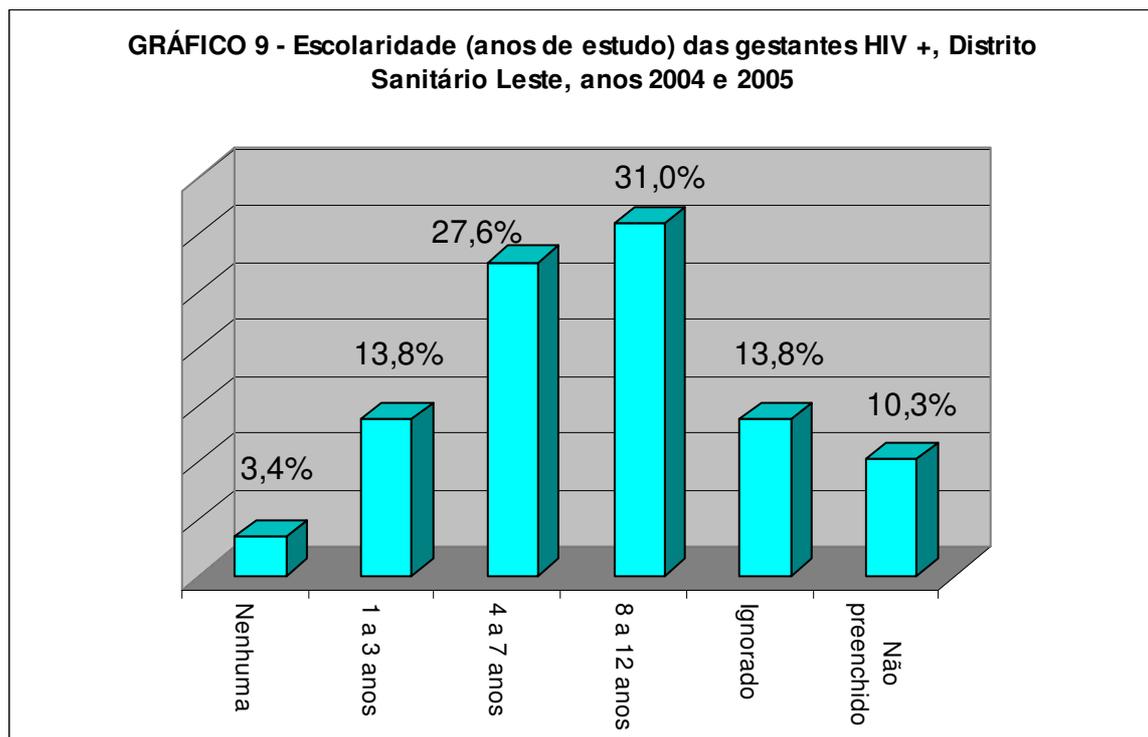
Sabemos que o planejamento familiar realizado nos centros de saúde se constitui em um momento de fornecer orientações em relação às formas de prevenção pelo vírus HIV, sendo, portanto, um instrumento eficaz na prevenção do vírus HIV em

mulheres quando realizado. Principalmente se analisarmos a busca de adolescentes em relação aos métodos contraceptivos nas unidades básicas de saúde. A gravidez na adolescência é outro fato preocupante, e observamos altos índices de adolescentes soropositivas grávidas, o que corresponde a 10,3% de nossa amostra.

É sabido que boa parte dessas adolescentes recorre às unidades de saúde a fim de conseguirem um método contraceptivo que as previna da gravidez, se esquecendo das DST. Portanto, recorrer a reuniões de planejamento familiar englobando também aspectos próprios da adolescência a fim de tornar as reuniões *mais atraentes* para essas jovens pode se tornar uma estratégia de intervenção eficaz no combate as DST/Aids e a gravidez precoce. Para isso, a capacitação no trato com a adolescência se faz essencial e indispensável para os profissionais que lidam com essas gestantes diariamente.

Em relação às mulheres soropositivas para o vírus, o enfoque deveria recair sobre a criação de vínculo dessas mulheres com unidades de referência no tratamento do HIV/Aids e com as unidades básicas, propiciando promoção de qualidade de vida e abordagem de aspectos preventivos da transmissão materno-infantil para aquelas que desejem engravidar. O desejo de ser mãe é algo inerente na maioria das mulheres e não poderia ser diferente em uma mulher apenas porque é soropositiva. No entanto, por vezes esse desejo não é compreendido pelos profissionais de saúde, que devem aprender a não realizar julgamentos de valor, a fim de realizarem uma assistência de qualidade.

Com relação à escolaridade dessas mulheres, identificamos um grande percentual de mulheres com baixa escolaridade, conforme demonstrado no Gráfico 9.



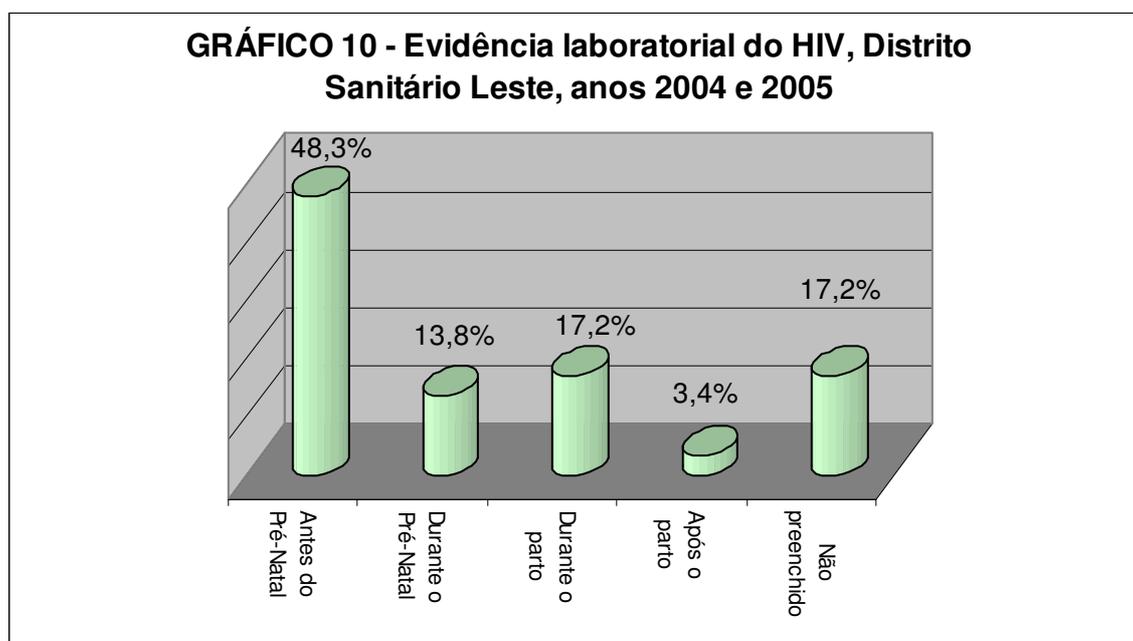
Fonte: Sinan – Ficha de investigação gestante HIV positiva e crianças expostas/ Gersa Leste

Excluindo-se os casos ignorados (13,8%) e os campos de escolaridade não preenchidos da ficha de notificação (10,3%), o que impossibilitou delimitar o grau de escolaridade de 7 gestantes de um total de 29 mulheres soropositivas, observou-se, que mulheres com baixa escolaridade, ou seja, com menos de 8 anos de estudo, somam 48,2% dos casos notificados no Distrito Leste, enquanto mulheres com 8 a 12 anos de estudo correspondem a 31%. É importante mencionar que o campo 12 anos ou mais de estudo não foi incluído no gráfico, devido à ausência de gestantes com esse grau de escolaridade.

SZWARCWALD et al. (2000) concluíram que a epidemia de AIDS no Brasil se iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação na direção de indivíduos de menor escolaridade. BRITO, CASTILHO & SZWARCOWALD (2001) também evidenciam esse acometimento inicial de estratos

menos favorecidos economicamente pela epidemia, expondo dados de 1985. Segundo estes autores, naquela época, 76% das pessoas notificadas com AIDS possuíam ensino superior ou médio e apenas 24% cursaram os primeiros quatro anos do ensino fundamental ou eram analfabetos. Já no ano de 1999/2000, essa realidade se inverteu, e 74% de pessoas notificadas eram analfabetas ou haviam completado o ensino fundamental e apenas 26% tinham 11 anos de estudo ou curso superior.

Em relação ao momento em que a mulher conheceu seu status sorológico, identificou-se uma alta porcentagem de mulheres sabidamente soropositivas para o vírus, antes da gestação (Gráfico 10).



Fonte: Sinan – Ficha de Investigação Gestante HIV positiva e Crianças Expostas/Gersa Leste

Pode-se observar que 14 mulheres (48,3%) já conheciam seu status sorológico antes de engravidarem. Esse fato demonstra uma situação presente no cotidiano dos profissionais de saúde, mas ainda pouco debatida: o direito reprodutivo das mulheres soropositivas.

BARBOSA & KNAUTH (2003) analisaram a existência de altas taxas de laqueadura tubária em mulheres soropositivas na grande São Paulo, evidenciando, até mesmo, a indução sofrida por essas mulheres, por parte dos profissionais de saúde, para que se submetessem ao procedimento.

Já BUCHALLA et al. (2002) constataram que os filhos representam, para essas mulheres, um estímulo para lutar pela vida. Portanto, a intenção de tê-los não se alterou substancialmente em consequência da infecção pelo HIV. No entanto, foi relatado por essas mulheres a sua preocupação com a possível soropositividade de seus filhos, com a permanência do estigma da doença e a transferência para eles.

Assegurar os direitos reprodutivos dessas mulheres é dever dos profissionais de saúde, em uma sociedade na qual ter filhos é algo culturalmente solicitado, e o estigma em relação às mulheres soropositivas sobre o direito de engravidarem ainda permanece.

Um total de 18 mulheres HIV positivas fizeram uso dos ARV durante o pré-natal, sendo que 14 mulheres já conheciam seu status sorológico antes de engravidarem e 4 mulheres obtiveram o diagnóstico durante a gestação (Tabela 4).

Tabela 4 Total de mulheres HIV+ que fizeram uso dos ARV durante a gestação. Distrito Sanitário Leste, 2004 e 2005.

	(n)	(X) de IG para início do PN	(X) de IG de início dos ARV
Gest.Ant.PN (ARV.S)*	8	13,3 semanas	-
Gest.Ant.PN (ARV.N)**	6	21 semanas	23,3 semanas
Gest.Dur.PN***	4	22,5 semanas	25,5 semanas

Fonte: Sinan - Ficha de investigação gestante HIV positiva e crianças expostas/Gersa Leste

Gest.Ant.PN (ARV.S)* = gestantes com soropositividade comprovada antes do pré-natal e que já usavam ARV; Gest.Ant.PN (ARV.N)** = gestantes com soropositividade comprovada antes do pré-natal e que não usavam ARV; Gest.Dur.PN*** = gestantes com soropositividade comprovada no pré-natal e que não usavam ARV.

Desse total de mulheres com sorologia comprovada para o HIV antes do pré-natal, podemos notar que 8 mulheres usavam os ARV antes da gestação e 6 mulheres iniciaram os ARV durante o pré-natal.

A média de IG de captação para as mulheres sabidamente soropositivas antes da gestação e que já usavam ARV foi de 13,3 semanas para o início do pré-natal. Enquanto para as mulheres também soropositivas antes da gestação mas que não usavam ARV foi de 21 semanas, e para as mulheres diagnosticadas durante o pré-natal a média foi 22,5 semanas.

Segundo o programa de humanização do pré-natal e nascimento o Ministério preconiza que a captação de gestantes para o início do pré-natal deve corresponder a 16 semanas de gestação (BRASIL, 2000b). E apenas as mulheres soropositivas para o HIV e que já utilizavam ARV foram obtiveram uma média de captação precoce satisfatória, segundo as normas do programa.

Uma das causas que podem explicar tal fato seria a inserção definitiva dessas mulheres nos serviços de saúde, através do cadastro necessário à obtenção dos ARV. A proximidade e constância nesses locais especializados de orientação e tratamento do vírus HIV podem favorecer uma captação precoce dessas gestantes.

ACÚRCIO (1995) relatou que indivíduos que percebem maior gravidade na evolução de sua doença e manifestam sintomas, apresentam maior poder de utilização dos serviços, pois possuem maior tolerância a obstáculos a serem enfrentados na obtenção de atenção. É importante relatar que os serviços também possuem maior permeabilidade aos pacientes mais graves, mesmo que não disponham de estrutura adequada para seu atendimento.

Pelo fato dessas mulheres já manifestarem algum sintoma característico da aids ou como relatado, possuem maior frequência de acompanhamento em serviços de referência em HIV, isso facilita a sua inserção nos serviços de saúde, em relação aos outros pacientes que não possuem periodicidade em seu acompanhamento ou gravidade de seu quadro de saúde.

Observamos um total de 10 mulheres que iniciaram o uso dos ARV durante o pré-natal, sendo 6 mulheres sabidamente soropositivas antes da gestação e 4 mulheres com soropositividade comprovada durante a gestação.

Comprovamos pela análise dos dados que a média de IG de captação para início do pré-natal para gestantes sabidamente HIV+ antes do pré-natal mas que não utilizavam ARV foi de 21 semanas e para gestantes que obtiveram a soropositividade durante o pré-natal, o índice de captação foi 22,5 semanas de idade gestacional.

Em relação à idade gestacional de início dos ARV, também foi comprovada uma diferença nas médias: para as mulheres soropositivas antes do pré-natal, a média foi de 23,3 semanas para o início dos ARV, e uma média de 25,5 semanas para o início dos ARV para as mulheres que obtiveram o resultado da soropositividade durante o pré-natal.

Esses dados comprovam a necessidade de se melhorar a captação precoce dessas mulheres, pois conforme o documento *Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antiretroviral em Gestantes* a terapia anti-retroviral deve ser iniciada a partir da 14ª semana de gestação ou em qualquer idade gestacional, dependendo dos níveis de CD4 dessas mulheres (BRASIL, 2006a).

Os dados demonstram uma média de início dos ARV de 23,3 semanas e 25,5 semanas para as mulheres soropositivas que iniciaram a terapia anti-retroviral

durante a gestação, o que resulta em achados não satisfatórios de IG de início da terapia ARV.

É observado que a captação precoce dessas mulheres que iniciaram o uso de ARV durante o pré-natal não ocorreu, o que gerou atrasos no início da terapia com ARV. Portanto, um fator que deve ser trabalhado nos serviços que realizam o pré-natal é a identificação precoce de gestantes para o rápido início do pré-natal, o que possibilita diagnóstico em tempo hábil para a instituição de terapia com ARV.

Sabemos que o ACS por ser um membro da comunidade, pode desempenhar esse papel de identificação de gestantes na comunidade e possibilitar sua inserção precoce no centro de saúde. O fato de funcionar como um elo de ligação entre a comunidade e o serviço de saúde, favorece sua atuação na identificação precoce de situações envolvendo os usuários de sua área de abrangência. O seu papel é de relevância para essa captação precoce de gestantes favorecendo o desenvolvimento de uma assistência pré-natal de qualidade pela equipe de saúde.

Um total de apenas 18 mulheres (62,1%) realizaram profilaxia com ARV durante o período gestacional. Em relação às razões que levaram à não execução da terapia anti-retroviral durante o período gestacional, destaca-se a não realização do pré-natal, conforme Gráfico 11.



Fonte: Sinan – Ficha de investigação gestante HIV positiva e crianças expostas/Gersa Leste.

Um total de 5 mulheres soropositivas (45,5%) não realizou pré-natal, o que levou à não utilização dos ARV antes do parto. Tal informação sugere a existência de demanda reprimida em relação ao pré-natal nas unidades básicas de saúde.

Uma gestante (9,1%) que realizou o pré-natal na rede básica, entrou em trabalho de parto sem o uso dos ARV durante a gestação, devido ao atraso na entrega do resultado do teste anti-HIV.

O dado ignorado, segundo a ficha de notificação, se relaciona a uma gestante soropositiva (9,1%) que realizou o pré-natal em consultório particular, não constando o uso dos ARV em sua ficha. Nesse caso, é desconhecida a conduta adotada, pois, ao que parece, perdeu-se o contato com essa gestante, e, assim, não se sabe, segundo os dados da sua ficha de notificação, se ela fez uso dos ARV durante o período gestacional.

Essa dificuldade do acesso ao prontuário de gestantes que realizam o pré-natal em consultório particular já foi mencionada em estudo anterior realizado pela Gerência de Saúde Leste da Prefeitura de Belo Horizonte, configurando-se em um problema que merece atenção por parte dos órgãos competentes (BRASIL, 2005c).

É importante relatarmos que 4 mulheres (36,3%) também não possuíam dados na ficha de notificação que permitissem concluir se elas fizeram uso ou não de ARV durante o pré-natal. Cada gestante possuía, em média, de duas a três fichas de notificação, o que, muitas vezes, gerava contradição nos dados relatados entre uma ficha e outra. Isso pode ser explicado pelo fato de que sempre que uma gestante HIV+ chega a uma instituição, o fato deve ser notificado.

Portanto, se a soropositividade de uma gestante foi comprovada na UBS, haverá uma ficha de notificação que será encaminhada ao distrito e, assim que ela chegar ao local em que realizará seu pré-natal, e posteriormente à maternidade, duas novas fichas serão feitas e encaminhadas ao distrito. A existência de várias fichas de notificação de uma mesma gestante HIV+ pode gerar contradições nos dados encaminhados ao distrito, gerando problemas na compilação dos dados. Uma das formas de se amenizar esses erros entre uma ficha de notificação e outra seria a informatização dos dados, já que, por mais que uma mesma gestante possua, em média, três fichas de notificação, o número dessas fichas deve ser o mesmo.

Com a informatização da rede básica, um procedimento iniciado no distrito sanitário oeste em fevereiro de 2002, essa questão poderá ser solucionada, pois o prontuário eletrônico poderá evitar contradições geradas eliminando as várias fichas de notificação existentes para uma mesma gestante.

No entanto, sabemos que esse é um processo gradual e que futuramente envolverá todas as unidades básicas de todos os distritos, a rede secundária e de apoio diagnóstico, favorecendo um rápido fluxo de informações. Atualmente, o que permanece como fato concreto é a existência de várias fichas de notificação de uma mesma gestante e que por vezes agrupa dados contraditórios, gerando dificuldades no distrito para a compilação desses dados.

Outra questão aliada à contradição nas informações e que também merece destaque é a alta taxa de campos não preenchidos pelos profissionais que notificam essas gestantes, como evidenciado pelo estudo, o que inviabiliza a análise completa desses dados. O treinamento desses profissionais de saúde, com orientação a respeito do preenchimento adequado dessas fichas e a sua importância, são essenciais para que todos os dados solicitados sejam informados.

A análise dos dados secundários nos possibilitou a identificação de inúmeros entraves na realização de um pré-natal de qualidade. Observamos que a cobertura de gestantes e a captação precoce necessitam de melhora em seus índices. A não realização do pré-natal sugerindo a existência de demanda reprimida para o pré-natal foi um fator que impossibilitou a utilização de terapêutica antiretroviral em várias gestantes soropositivas para o HIV. A realização de 6 consultas de pré-natal como preconiza o programa ainda não é uma realidade para a maioria das gestantes.

Esse fator se agrava ainda mais se conjugarmos no mesmo indicador as 6 consultas de pré-natal e a consulta de puerpério, o que resulta na redução desse indicador para menos da metade no distrito e no município, um fator já constatado em outros estudos (SERRUYA, 2003; TANAKA et al, 2004).

Nosso estudo demonstrou no perfil das gestantes HIV positivas a persistência de mulheres em idade reprodutiva, na faixa de 15 a 19 anos, e com menos de 8 anos de estudo na amostra.

Vários estudos têm demonstrado que justamente essas mulheres com menor grau de instrução e que dependem dos serviços públicos de saúde são as que possuem menor probabilidade de serem atendidas, de realizarem o pré-natal com o número de consultas preconizado e a sua captação para o início do pré-natal ocorrer em tempo adequado (CESAR & TANAKA, 1996, TRAVASSOS, 2000; COIMBRA, 2003).

Um total de apenas 62,1% das mulheres soropositivas realizou profilaxia com ARV durante os 2 anos consecutivos analisados. A média de idade gestacional de captação para o início do pré-natal não se mostrou satisfatória para as gestantes, sendo que apenas as mulheres soropositivas e que já utilizavam ARV obtiveram início do pré-natal dentro do período preconizado de até 16 semanas.

O início dos ARV durante o pré-natal também não se mostrou satisfatório, pois a média de início dos ARV para gestantes sabidamente soropositivas antes da gestação, mas que não usavam anteriormente antiretrovirais foi de 23,3 semanas e para as gestantes identificadas como soropositivas durante o pré-natal a média de início dos ARV foi de 25,5 semanas. Portanto, observamos que a captação tardia de gestantes levou ao início tardio da terapia antiretroviral, o que aumenta as possibilidades de contaminação do conceito.

Observamos que a inserção das mulheres não se realizou no tempo preconizado, não apenas as soropositivas, e sim as gestantes como um todo, demonstrando que os índices de captação precoce ainda não se encontram satisfatórios.

É importante mencionar a quantidade significativa de gestantes soropositivas com informações incompletas em suas fichas de notificação para que pudéssemos concluir se fizeram uso ou não de ARV durante o pré-natal. A existência de sub-registros aliada à contradição nos dados encontrados nas fichas nos leva a concluir que o banco de dados pode não refletir a realidade do atendimento realizado nas UBS.

Dessa forma, aliada à discussão dos dados secundários a análise qualitativa das entrevistas realizadas com os profissionais que realizam o pré-natal podem nos auxiliar na busca por entraves ao bom funcionamento dos bancos de dados e de uma discussão que se mostre complementar aos resultados quantitativos encontrados.

4.2 Vigilância à saúde e atenção à gestante

Como já anteriormente relatado, os tópicos seguintes se referem à análise em profundidade dos discursos dos profissionais de saúde coletados nas unidades básicas do Distrito Leste (MINAYO, 2004).

Inicialmente, elaboramos uma caracterização do perfil dos sujeitos da pesquisa, como explicitado no Quadro 2.

Quadro 2 – Caracterização do sujeitos da pesquisa no Distrito Leste de Belo Horizonte, MG, ano 2007.

Identificação	Sexo	Idade (em anos)	Formação Profissional	Especialização / Residência	Tempo de trabalho na instituição
E 01	F	57	Enfermeiro	PSF e Saúde Pública	11 anos e 6 meses
E 02	F	39	Enfermeiro	não	1 ano e 6 meses
E 03	F	29	Enfermeiro	PSF	1 ano e 9 meses
E 04	F	30	Enfermeiro	PSF	3 anos e 4 meses
E 05	M	26	Médico	não	2 meses
E 06	F	29	Enfermeiro	PSF	20 dias
E 07	F	37	Médico	não	1 mês
E 08	F	36	Médico	GOB e Sexologia	6 anos
E 09	M	30	Médico	PSF e Geriatria	2 anos
E 10	F	46	Médico	PSF e Clínica Médica	2 anos
E 11	M	31	Médico	PSF	3 anos
E 12	M	52	Médico	Anestesia	1 ano e 1 mês
E 13	F	56	Enfermeiro	PSF e Saúde Pública	3 meses
E 14	F	45	Enfermeiro	PSF e Saúde Pública	19 anos
E 15	F	28	Enfermeiro	Saúde Pública e Educação Profissional	1 ano e 6 meses
E 16	F	34	Médico	Pediatria e Terapia Intensiva	6 meses

Fonte: Entrevistas realizadas com profissionais de saúde das UBS, ano 2007.

GOB:Ginecologia e Obstetrícia; M: masculino; F: feminino; PSF:programa de Saúde da Família

Foram entrevistados 16 profissionais de saúde, provenientes de 4 unidades básicas de saúde do Distrito Leste. Obtivemos um total de 12 profissionais do sexo feminino (75%) e 4 profissionais do sexo masculino (25%).

Desse total de profissionais, observamos um percentual de 75%, ou seja, 12 profissionais com especialização ou residência na área de saúde da mulher e do recém-nascido; e 4 profissionais (25%) sem nenhum tipo especialização ou residência na área de saúde da mulher e que realizavam o pré-natal nas UBS.

A idade dos profissionais variou de 26 a 57 anos, com uma média de 37,8 anos. O tempo de trabalho nas instituições de saúde variou de 20 dias a 19 anos, com uma média de 3 anos de trabalho para os profissionais de saúde.

Em relação à média de permanência dos enfermeiros, obtivemos um total e 4,8 anos de trabalho nas unidades básicas, enquanto a média de permanência no trabalho, para os médicos foi de 2,1 anos.

A partir desse momento, após uma breve caracterização dos sujeitos da pesquisa, daremos início às análises das entrevistas com esses profissionais. A fim de favorecer a leitura, as categorias empíricas e seus núcleos de pensamento foram novamente mencionados.

Categoria Empírica 1: Vigilância à saúde e atenção à gestante

- Núcleo de pensamento 1: Acesso em saúde
- Núcleo de pensamento 2: O processo de trabalho na atenção às gestantes nas UBS

Categoria Empírica 2: Prevenção contra o vírus HIV em mulheres

- Núcleo de pensamento: aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV

Nesta categoria **Vigilância à saúde e atenção à gestante** discutem-se os aspectos relacionados ao novo modelo assistencial, buscando-se determinar se os objetivos propostos por esse modelo estão presentes nas políticas de atenção e na prática às gestantes no município de Belo Horizonte. São abordadas questões que vão desde a responsabilização e vínculo (tanto por parte das gestantes quanto dos profissionais que as atendem), a resolutividade até a sobrecarga de trabalho e a violência contra esse profissional de saúde que atende à população. Discutem-se aspectos envolvidos no acesso pelas gestantes às unidades de saúde e como se dá a sua trajetória nesses serviços, identificando fatores dificultadores e facilitadores de um atendimento de qualidade por parte do sistema público de saúde. Para tanto, foram construídos dois

núcleos de pensamento: acesso em saúde e o processo de trabalho na atenção às gestantes nas UBS.

4.2.1 Acesso em saúde

Segundo UNGLERT (1995), a acessibilidade, tida como um pré-requisito para a garantia do acesso da população aos serviços, deve ser garantida, sob os pontos de vista geográfico, econômico, cultural e funcional.

Em relação ao acesso geográfico, a maioria dos profissionais entrevistados relatou que os usuários de sua área de abrangência moram próximo ao centro de saúde, o que facilita seu acesso.

Fácil acesso é que ele 'tá' bem localizado, né? É a maioria das pessoas, a área de abrangência é em volta da unidade. Tem vários ônibus que passam aqui na porta (E 1).

O pessoal que mais frequenta são os que ficam o mais próximo do posto. Tem umas que reclamam muito, que é lá embaixo, mas, ainda é perto (E 2).

No entanto, também foi relatado que, em algumas áreas, as pessoas têm dificuldade de chegar ao centro de saúde porque residem em locais distantes das unidades de saúde e ou onde há irregularidades nos terrenos, a exemplo do que é visto nos aglomerados, como as favelas em geral.

Esses discursos refletem a importância de as UBS situarem-se próximo à população de sua área de abrangência:

Minha área é toda lá embaixo (o centro de saúde é no final do morro). Então, o acesso é todo complicado. Tem ônibus que passa aqui na porta (E 3).

É a dificuldade, escadões, a gente tem aqui lugares de 360 degraus, entendeu? Então, assim, eu acho que o acesso, o problema é isso. Tem lugares que são difíceis mesmo! (E 4)

Eu trabalho com dois setores, o setor dois e o setor cinco. O dois é mais distante, tem que pegar um ônibus ou vir mais devagar porque é uma distância considerável. O cinco já é mais próximo, mas, mesmo assim, pra vir aqui, ela tem que subir o morro, entendeu? O que não é muito fácil, né?, pra gestante (E 11).

O aumento da população sob a responsabilidade de uma equipe pode dificultar o acesso dessa população ao centro de saúde, à medida que um número maior de usuários pode ser incorporado a uma equipe de PSF que esteja afastada dessa área. Essa dificuldade no acesso pode ser explicitada pela dificuldade no acesso geográfico, ou seja, pela distância considerável entre o centro de saúde e a casa do usuário e também irregularidades geográficas a serem transpostas pelos usuários para chegarem às unidades de saúde, tais como morros. Percorrer distâncias consideráveis e irregularidades nos relevos para chegar às unidades de saúde são desafios, principalmente para as gestantes, o que pode dificultar o seu acesso aos serviços.

Além das dificuldades geográficas a serem transpostas pelas usuárias, elas também apresentam dificuldades de ordem econômica, relacionadas ao acesso aos serviços de saúde:

As gestantes que têm um nível, uma situação financeira mais precária, o único recurso que elas têm é o centro de saúde. Então, realmente, elas vêm aqui (E 3).

Agora, a demanda do SUS é enorme. É uma área que tem uma demanda, cem por cento da área é SUS, cem por cento! E

agora, desses cem por cento que vêm aqui, o que é que tem: tem fome, tem desemprego, tem violência familiar, tem droga no meio, tem tudo. E o SUS absorve isso tudo! (E 10).

Vários estudos observaram que usuários com menor renda e escolaridade tendem a utilizar em maior grau os serviços públicos de saúde (CESAR & TANAKA, 1996; SANTOS et al., 2000; TRAVASSOS, 2000).

No entanto, contraditoriamente, estudos observaram uma relação inversa do uso desses serviços, ou seja, a população classificada como de menor renda possui menores chances de consumir os serviços de saúde. Observou-se que quem mais necessita dos serviços tem menor probabilidade de receber atendimento. Fato também observado na saúde materno-infantil, ou seja, a cobertura de saúde materno-infantil é superior para mulheres de nível sócio-econômico mais elevado do que para as mulheres de condições sócio-econômicas inferiores e que, portanto, dependem, única e exclusivamente, desses serviços, como mostrado nos estudos a seguir.

PUCCINI et al. (2003) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a assistência ao pré-natal e ao parto de mães de crianças menores de um ano residentes no município de Embu, região metropolitana de São Paulo. O estudo demonstrou que o estrato populacional com piores condições sócio-econômicas e de moradia possuía maiores dificuldades de acesso ao pré-natal e parto e qualidade inferior na atenção, além de realizarem um menor número de consultas durante o pré-natal, comparados ao estrato de melhor nível sócio-econômico e habitacional.

NASCIMENTO et al. (2003) analisaram o perfil de gestantes atendidas pelos serviços público e privado da cidade de Guaratinguetá, São Paulo. Os autores observaram que mães com menor escolaridade, maior paridade e com menor intervalo interpartal e sem emprego tiveram menor número de consultas de pré-natal em relação

às mães atendidas no setor privado. Foi levantada a possível associação entre o menor intervalo interpartal e o menor número de consultas de pré-natal dessas mulheres com condições sócio-econômicas inferiores, à dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde.

COIMBRA (2003) também observou a relação inversa do consumo de serviços de saúde ao verificar que mulheres atendidas em hospitais públicos e que possuíam menor renda e escolaridade tiveram um pré-natal deficiente, com menores índices de captação precoce e número de consultas abaixo do estimado para a idade gestacional.

Em relação ao acesso econômico, foi relatada a dificuldade de se referenciar as gestantes para o pré-natal de alto risco e para as maternidades de referência das unidades básicas, devido às condições econômicas dessas mulheres. Geralmente, são locais que se situam em distâncias consideráveis em relação à residência das usuárias.

Muitas vezes, você marca um pré-natal de alto risco lá pro Barreiro. Uma paciente daqui, ela tem que pegar, no mínimo, dois ônibus, e pegar dois ônibus, uma paciente que não tem dinheiro pra comprar uma passagem, ela não vai lá! Não vai lá mesmo! (E 11).

Porque a gente vê, por outras consultas, como é que é, e até a gente já pegou gestante aqui em trabalho de parto, entrando em trabalho de parto e não tinha dinheiro para pegar ônibus. Tinha que vir aqui pra pedir uma ambulância (E 11).

Como o pré-natal de alto risco é um pouco mais longe, ela alegava que não ia porque não tinha dinheiro pra passagem (E 15).

No entanto, o problema, nesse momento, não é propriamente a distância geográfica e, sim, a falta de recursos econômicos. A ausência de condições econômicas das usuárias pode dificultar ou, até mesmo, inviabilizar o acesso dessas mulheres à assistência pré-natal de alto risco e à maternidade de referência, para a realização de seu parto, dessa forma comprometendo a assistência pré-natal de qualidade.

A acessibilidade cultural está relacionada à análise da inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população (UNGLERT, 1995). Para FEKETE (1997b), a acessibilidade sócio-cultural é constituída por fenômenos que determinam a busca de assistência, tais como percepção sobre o corpo e doença, crenças relativas à saúde e credibilidade dos serviços de saúde. Foi observado, nos discursos dos profissionais, que a população, em geral, tem uma visão “medicalizada” dos serviços.

Ou seja, as pessoas apenas comparecem ao centro de saúde para serem atendidas pelo profissional médico e é necessário que haja a prescrição de algum medicamento para que a consulta efetuada tenha bons resultados sobre sua saúde. Essa opinião pode ser constatada nos depoimentos transcritos a seguir.

Não sei se chegaram a comentar, então, hoje, um tanto de gente já falou que vai quebrar o posto de cima embaixo porque não tem médico (E 2).

Nós vamos continuar no mesmo de vir aqui pegar uma receita e ir embora! Eu já tive paciente aqui que eu disse que eu queria cuidar dela e que eu ia fazer uma consulta geral e ela virou pra mim e falou assim: “pode deixar que eu tenho cinco filhos que cuidam de mim, eu só quero a receita do diclofenaco!”(risos) Tá bom, né? Então é isso, é muito complicado! (E 10).

A atenção à saúde nos serviços públicos é uma busca crescente pela atenção médica para todos os tipos de problemas, queixas, dores e incômodos. A medicalização

transforma culturalmente as populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso resulta em um consumo abusivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação dos usuários que utilizam os serviços de saúde (TESSER, 2006).

O mesmo autor também reforça a importância de avaliar a interação serviço de saúde/usuário, para que essa dependência cultural e historicamente construída não seja mais uma vez reforçada. Dessa forma, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) poderia representar uma oportunidade de reorientação da medicalização com a construção da autonomia dos usuários, ou reforçar e consolidar o processo de medicalização já existente na sociedade, deixando em segundo plano a equipe multiprofissional.

Em relação, especificamente, aos discursos direcionados à atenção pré-natal, foi observada uma visão abrangente dos profissionais de saúde que o realizam, ultrapassando os limites físico-biológicos.

Aí a gente conversa, a gente tem o cartão, né?, e faz aquela entrevista e tudo. Depois, passo para os dados vitais. Aí eu peso, vejo quantas semanas que ela tá de gestação, olho a pressão, faço a medição útero-fita, ausculto, se tiver já na época. Aí, faço algumas orientações, né?, em relação à vacinação, em relação aos cuidados que a gestante tem que ter, esclareço muitas dúvidas, tiro muitos tabus, né? ‘Ah porque minha sogra está querendo que eu faça isso e isso, me deu um chá, eu posso tomar’? (E 4)

Então, a gente faz o que tem quem ser feito, né?, das medições, olhar dados vitais, fazer a medição do crescimento uterino (...) e falar como ela está se sentindo, como ela ‘tá’ percebendo essa gravidez, como ela ‘tá’ sentindo o crescimento do bebê, de falar qual a expectativa ela ‘tá’ tendo com esse neném, se ela ‘tá’ se preparando pra esse neném, se ‘tá’ fazendo enxovalzinho, sabe?, se a família ‘tá’ aceitando bem, se ela tem

apoio familiar ou do companheiro, dessa questão de prepará-la para a maternidade, pra amamentação, essas coisas todas (E 13).

A enfermeira de minha equipe está de férias. A gente 'tá' com uma idéia, eu já pedi pra ela, eu acho que falta informação de mama, falta demonstração de como cuidar da criança, como dar um banho no recém-nascido, porque, depois que nasce, não tem nada implícito, né? (E 10)

Os fatores físico-biológicos envolvidos na realização da consulta de pré-natal, tais como aferição de pressão, peso, medição do útero materno e ausculta de BCF são aspectos contemplados no decorrer da consulta da gestante. No entanto, associada aos fatores físico-biológicos, foi observado uma preocupação dos profissionais de saúde em realizar uma assistência integral a essas gestantes, contemplando também os aspectos psicológico-sociais.

Contrariamente ao nosso estudo, BRIENZA & CLAPIS (2002), em trabalho realizado na cidade de Ribeirão Preto, SP, observaram a priorização dos aspectos físico-biológicos durante a realização do pré-natal. Essa abordagem torna a assistência pouco abrangente, além de não contemplar todo o universo no qual a mulher, futura mãe, está inserida.

Segundo o manual de pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde, as condutas baseadas nos aspectos físicos devem ser associadas aos aspectos psicológicos do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2005a). Aspectos emocionais, tais como ansiedades, medos e mudanças de vínculos afetivos, devem ser abordados durante as consultas de pré-natal, como evidenciado nos discursos citados anteriormente.

É importante mencionar que essa visão abrangente do atendimento à gestante não é vista no aconselhamento anti-HIV, no entanto, tal conteúdo será

discutido neste trabalho em um núcleo de pensamento construído especificamente para discutir sobre o teste anti-HIV, portanto, não será abordado nesse momento.

Em relação ao acesso funcional, ou seja, à entrada propriamente dita do usuário nos serviços de saúde, foram identificados inúmeros percalços no caminho das usuárias que buscam assistência pré-natal e as que já estão inseridas no sistema. No entanto, também foram identificados pontos positivos, por parte da equipe de saúde, para melhorar o acesso das gestantes aos cuidados do pré-natal.

Em relação ao sistema de referência e contra-referência, foram observadas algumas particularidades. Em relação ao pré-natal de alto risco, a consulta é marcada via central de marcação de consultas e, com relação à sua marcação, não há nenhum problema, como relatado no discurso abaixo:

Quanto a esses encaminhamentos, por exemplo, pra pré-natal de alto risco, a gente realmente não tem problema nenhum. A rede, ela é preparada, tem um pré-natal de alto risco. Daí a pouquinho, a gente já consegue através da central de marcação (...) (E 14).

A referência de gestantes para a realização do pré-natal de alto risco é realizada sem dificuldades. No entanto, em relação a alguma urgência obstétrica, foi verificada uma dificuldade quanto ao contato com a maternidade de referência da unidade básica:

Que a emergência obstétrica seja mais ágil, porque a gente tem alguma dificuldade. Ela chega com alguma queixa ou com algum sangramento, alguma dor, a gente percebe que você vai fazer o contato, é difícil o contato! Então, você manda procura direta, entendeu? Você fica com medo, na procura direta, ela não ser aceita, mas, por telefone, você não consegue (E 13).

Então, assim, eu acho que a referência secundária tá precisando, sabe, de ser melhor olhada, melhor facilitada a via de acesso (E 13)

A questão da procura direta, mesmo que essa gestante possua cadastro nessa maternidade, pode gerar ansiedade quanto ao seu atendimento e corre-se o risco de referenciá-la para a maternidade de referência que, naquele momento, pode não ter infra-estrutura (recursos físicos, humanos e materiais) para atendê-la. O resultado pode ser uma peregrinação desnecessária, se o contato direto unidade básica de saúde/maternidade fosse efetivo.

Dessa forma, a falta de um sistema de comunicação unidade básica/maternidade adequado, quando essa gestante procura inicialmente o centro de saúde antes de ir direto para a maternidade ou quando foi identificada alguma anormalidade na consulta de rotina do pré-natal na unidade básica, pode gerar uma peregrinação desnecessária pelas maternidades. Contudo, tal fato não confirmado pelo estudo.

Elas são encaminhadas, às vezes, na dúvida nossa, que a gente avalia como não normal, 'tá' perdendo líquido ou sangramento. Todas as vezes que a gente encaminha pra maternidade, a gente tem uma boa resposta. Pelo menos, nunca voltou uma gestante que eu tenha encaminhado. Todas são atendidas (...) todas são atendidas! (E 15).

O estudo não confirmou a peregrinação das gestantes à procura de maternidades, mas alertou para a preocupação dos profissionais quanto à ausência de comunicação efetiva entre UBS e maternidade de referência, o que pode futuramente gerar essa peregrinação.

Essa ausência de comunicação eficaz entre os níveis de atenção também foi comprovada por MENEZES et al. (2006), que avaliaram a dificuldade de acesso das gestantes às maternidades do município do Rio de Janeiro. Pela identificação de fatores sociais, demográficos e obstétricos, os autores associaram tais fatores à peregrinação das gestantes à procura de assistência.

Foi identificado que, mesmo havendo um sistema de referência e contra-referência estabelecido, a implementação dos sistemas de transporte de pacientes e a comunicação efetiva entre as unidades de atenção primária e secundária são essenciais para se evitar a peregrinação dessas mulheres por maternidades e garantir a continuidade de uma assistência de qualidade à gestante.

Foi constatado que o sistema de contra-referência não é efetivo, constituindo uma das preocupações dos profissionais que realizam encaminhamentos, principalmente para gestações de alto risco:

Quando a paciente tem algum risco, às vezes, tem dificuldade pra acompanhar, a gente encaminha e não tem certeza que tá dando tudo certo (E 7).

Muitas vezes, você marca um pré-natal de alto risco lá pro Barreiro. Aí, corre-se o risco e, nesse ponto, a gente não tem como controlar, porque aí não tem busca ativa porque a gente não tem o retorno deles, entendeu? Então, não sabe se a pessoa está indo ou não está! (E 11)

No entanto, deve ser mencionado que é dever das UBS manter contato com as gestantes referenciadas para unidades de referência (BRASIL, 2000b). Portanto, a UBS tem a função de manter vínculo com a gestante encaminhada, por meio de visitas domiciliares, feitas pelos agentes comunitários de saúde. Constatou-se o conhecimento

de alguns profissionais em relação a essa solicitação do PHPN, como se pode observar no seguinte depoimento:

“E o agente comunitário sabe que ela tem uma gravidez de alto risco que não faz o pré-natal aqui por causa disso. O ACS continua acompanhando essa gestante, a gente cobra deles se elas estão indo às consultas, ela por ser encaminhada para o alto risco, ela não perde o vínculo com a gente.” (E 13)

“E ela foi encaminhada e ela fez os exames e não voltou mais à consulta, né e como ela era alto risco falava” Ah eu vou na consulta, eu vou na consulta!”Acabou que ela ganhou neném, e ela fez uma consulta só no alto risco.” (E 13)

É importante relatar que, em alguns serviços, são realizadas as visitas às gestantes referenciadas para outros serviços, como o preconizado. No entanto, por algum motivo (cultural ou financeiro), essas mulheres omitem que não estão realizando acompanhamento adequado e o serviço para o qual foram referenciadas não dá o retorno para as unidades básicas sobre as faltas dessas gestantes (contra-referência ineficaz), como observado no último trecho transcrito de entrevista.

Com isso, as unidades básicas permanecem com a ilusão de que a mulher está devidamente acompanhada no pré-natal de alto risco. Mais uma vez, observa-se a importância da comunicação efetiva entre os níveis hierárquicos, a fim de que seja garantida a assistência pré-natal e que essas gestantes sejam abordadas por uma equipe multiprofissional que atenda às suas reais necessidades (financeiras ou culturais) e que as orientações necessárias para um adequado acompanhamento do pré-natal seja de risco habitual ou as de alto risco sejam realizadas.

Observou-se o conhecimento que os profissionais de saúde têm em relação à vinculação das gestantes à maternidade de referência da unidade básica, conforme recomendações do PHPN (BRASIL, 2000b):

(...) as nossas gestantes elas vão para o Hospital Hilda Brandão, né? A nossa referência mesmo aqui é a maternidade Hilda Brandão (E 3).

A gente encaminha pra Hilda Brandão, né?, que é a nossa maternidade de referência (E 8).

Pra Hilda Brandão. A leste toda manda pra Hilda Brandão, que é a nossa maternidade de referência (E 13).

Constatou-se que ocorre a realização de visitas das gestantes à maternidade de referência que estão vinculadas, a fim de conhecerem o local no qual o parto será realizado:

A gente sempre conversa muito essa questão de que tipo de parto vai ser, onde é que vai ser seu parto. Aí, têm até essas visitas guiadas lá na Hilda (maternidade) e a gente marca com elas pra elas conhecerem (...) (E 9)

Tal atitude fortalece os vínculos profissionais/gestantes/maternidade de referência e humaniza o atendimento pré-natal, pois reduz a ansiedade dessas mulheres quanto ao local de realização do parto. Essa prática deveria ser adotada por todas as unidades básicas, pois, além de humanizar o atendimento, proporciona maior integração UBS/maternidade. Isso porque o contato com a maternidade não ocorre apenas para referenciar uma gestante em caso de alguma intercorrência obstétrica, ou mesmo o

parto, mas, se faz a partir do momento em que a gestante esteja se aproximando do desfecho final da gestação, ou seja, do parto.

No entanto, constatou-se, no discurso de um profissional, a não familiarização com essa vinculação das gestantes à maternidade de referência:

Bom, a gente não tem um hospital de referência. A orientação que a gestante tem é que ela pode procurar qualquer unidade que ela queira, né? A gente não encaminha pra uma unidade específica. Não sei se alguém faz isso, mas eu nunca ouvi falar. A orientação que a gente dá é que ela, quando estiver em trabalho de parto, ela deve por conta própria, procurar, né? (E 7)

(...) eu vejo uma ansiedade, uma angústia muito grande dessas gestantes em relação a quando, como e onde ela vai ganhar o neném dela. Imagina que você 'tá' em casa, esperando as contrações e sem saber pra onde você vai. Então, é estranho isso. Então, você vai esperar começar o trabalho de parto, aí você vai procurar a maternidade (...) (E 7).

Tal “desinformação” pode repercutir de forma negativa na qualidade da atenção do pré-natal, pois há uma maternidade de referência à qual as gestantes são vinculadas na primeira consulta de pré-natal. No entanto, esse profissional, por não ter informação sobre essa maternidade, pode levar a gestante a uma peregrinação desnecessária pelas maternidades no momento em que entrar em trabalho de parto.

O profissional em questão está na unidade básica de saúde há apenas um mês, mas esse tempo deveria ter sido suficiente para informá-lo sobre as rotinas do setor no qual está inserido. Sabe-se que o treinamento introdutório fica a cargo de colegas da própria unidade e, em casos como esse, o fato de ele não ter ocorrido pode comprometer a assistência das usuárias das unidades básicas.

Um sistema de referência e contra-referência efetivo é uma das exigências do PHPN e representa um dos pilares de sustentação da qualidade da atenção às gestantes (BRASIL, 2000d). O estabelecimento adequado de fluxos e contrafluxos de pacientes e a troca de informações gerenciais revelam o grau de responsabilização da rede de serviços com a resolubilidade da demanda de saúde trazida pelo usuário (ROCHA, 2004).

O contato para referenciar a gestante com alguma urgência obstétrica apresenta problemas e que a contra-referência não é executada. Ambos os entraves são o resultado de uma comunicação deficiente entre os níveis hierárquicos e que necessita de solução rápida para execução de uma assistência pré-natal de qualidade.

Em relação à solicitação de exames laboratoriais, é um procedimento de rotina que ocorre durante a primeira consulta de pré-natal. Dentre os exames laboratoriais solicitados, está o exame anti-HIV, que será solicitado após o aconselhamento e o consentimento da gestante. Outro entrave funcional identificado é a demora na entrega do exame anti-HIV na unidade básica de saúde onde foi solicitado durante o pré-natal:

Demora, uns dois meses e a gestante fica lá na expectativa. Com certeza, é complicado. Até os outros lá também demoram um pouquinho pra chegar. E a gestante vem no próximo mês, já fez a consulta, já volta no segundo mês e ainda não tem resultado (E 6).

Demora demais. A média aqui é de trinta a sessenta dias pra ver o resultado. Então, ela faz com a enfermeira, a enfermeira solicita o exame, ela faz o exame, ela vem para a primeira consulta comigo e um mês depois ainda sem ter chegado o resultado. E a gente vai ver, talvez, na segunda consulta, que é mais daqui há trinta dias. Então, a média, aí, é de sessenta

dias, mais sessenta dias do que trinta dias. Você tem um HIV positivo, você já perdeu muito tempo, né? (E 8).

Mas, de maneira geral os exames são muito demorados. Você solicita o exame e, pra eles ficarem prontos, 'nó!', demora demais! Às vezes, numa segunda consulta, o HIV ainda não está pronto! Trinta dias depois! Então, só vai ver o resultado na terceira consulta (E 13).

Há demora na entrega do exame anti-HIV para a gestante, o que pode acarretar em complicações no decorrer do pré-natal. Uma identificação tardia de uma possível gestante HIV positiva pode comprometer a prevenção da transmissão vertical do vírus. Se a gestante foi captada tardiamente, a situação se agrava ainda mais, pois maior será o tempo para a identificação, com início tardio da terapêutica com anti-retrovirais.

Outro fator mencionado em relação à demora na entrega do exame é a ansiedade que esse tempo de espera acarreta nas gestantes:

Olha, elas ficam muito ansiosas. Mais ou menos trinta dias, no mínimo. (...) tem mãe que fica superansiosa, preocupada e, na hora que entrega, sente aquele alívio grande! (E 1)

(...) A menina, na terceira, quarta consulta e o exame não chegou, entendeu? Aí, fica complicado porque a pessoa começa a ficar ansiosa porque o exame não vem e acha que tem alguma coisa! Aí, a gente tem que trabalhar com ela, explicar que não é porque deu alguma alteração, que o laboratório pode ter tido alguma dificuldade pra enviar, pra diminuir um pouco essa ansiedade dela (E 15).

Observou-se, nos discursos dos profissionais, que uma falha funcional, ou seja, do serviço de atenção à saúde dessas gestantes têm gerado um aumento da ansiedade durante a gestação. Para CAMACHO et al. (2006), a gestação e o puerpério

são momentos marcados por mudanças hormonais e sociais, nos quais os limites entre o fisiológico e o patológico podem se tornar muito estreitos. Acredita-se que a gravidez seja um momento de alegria na vida da mulher, no entanto, é também o momento em que ela experimenta sentimentos ambivalentes e medo, com a formação de uma nova identidade na sociedade: a de ser mãe.

As oscilações de humor são comuns no primeiro trimestre da gestação, o que gera uma maior labilidade emocional que se expressa pelo aumento de irritabilidade e vulnerabilidade a estímulos externos. A partir do terceiro trimestre, essa ansiedade tende a aumentar, em decorrência da proximidade do parto.

O compromisso dos profissionais de saúde e da rede de serviços de atenção à mulher é propiciar às gestantes a condução da gravidez de forma adequada, e reduzir ao máximo os estímulos externos negativos (que estejam ao alcance da equipe multiprofissional) que possam desencadear nelas ansiedades e preocupações, o que demonstra uma assistência humanizada.

A demora na entrega do exame anti-HIV pode acarretar preocupações e ansiedades desnecessárias durante a gestação, por ser um exame que carrega um alto teor de preconceito e estigma por parte da sociedade. Além disso, é solicitado em um período no qual a mulher se encontra altamente vulnerável, tanto por alterações sociais quanto fisiológicas próprias da gestação. Portanto, orientações e apoio emocional adequados por parte da equipe de profissional que conduz o seu pré-natal são essenciais para a manutenção de uma atenção humanizada e de qualidade (BRASIL, 2005a).

Portanto, deve ser explicitada a importância da entrega do exame em tempo adequado, não apenas para a prevenção precoce da transmissão materno-infantil do HIV, mas também para a redução de fatores estressantes desnecessários durante a

gestação. Acredita-se que as alterações hormonais e sociais que essas mulheres experimentam durante o ciclo gravídico-puerperal sejam suficientes, não devendo ser agravadas por problemas da rede básica de serviços.

Em relação ao exame de ultra-som, as pacientes que são captadas em idade gestacional avançada correm o risco de não conseguir realizá-lo, pois o tempo de espera do exame pode exceder o tempo de duração do pré-natal.

O problema é o ultra-som. Esse demora e, às vezes, assim, dependendo da cota que tem no mês, dependendo da quantidade de gestante, às vezes, demora dois, três meses. Então, quando a gestante vem do meio pro final, às vezes, você já nem consegue porque já chega muito próximo ou, então, acaba fazendo particular mesmo, né? (E 9).

Ultra-som, aqui não se faz ultra-som, todas elas pagam! Todas elas pagam! Pelo tempo, não dá tempo, né? Outra coisa: ninguém marca data de menstruação sabe? Então, você tem que marcar isso com um ultra-som o mais recente, mais próximo possível. Todas elas pagam uma taxazinha nessas escolas de ultra-som aí! (E 10).

Esse entrave funcional é agravado pelo aspecto econômico, pois as gestantes que têm melhores condições econômicas pagam pelo exame, enquanto as gestantes de menor nível sócio-econômico correm o risco de não conseguir realizá-lo durante o pré-natal. Isso reforça a importância da captação precoce das gestantes, até para que não haja ônus relativo a nenhum exame do pré-natal (ou até mesmo a sua não realização) pela falta de tempo para realizá-lo, e que seja feito de forma gratuita e em tempo hábil para que seja instituída a melhor terapêutica de tratamento.

A existência de demanda reprimida é outro entrave funcional e que constitui em uma realidade nas unidades básicas de saúde. Os profissionais têm associado a

existência de demanda reprimida, principalmente, à falta de recursos humanos para realizar o atendimento das gestantes.

A demanda, ela 'tá' parcialmente reprimida. A minha equipe ficou mais de seis meses sem médico, então, por conta disso, teve uma repressãozinha da demanda (E 7)

Reprimida quer dizer o seguinte: que ela tem que ter assistência e não tem, é isso? Tem! Frequentemente. Principalmente nessa fase de falta de médico. Até conseguir marcar uma consulta pra mim (ginecologista de apoio), minha agenda 'tá' lotada, então, fica realmente difícil (E 8).

A não ser, às vezes, falta de profissional, que eles andam meio sumidos, né? As equipes começam a ficar desfalcadas, né? Então, isso tem atrapalhado e muito o atendimento na atenção básica: a falta do profissional lá pra poder atender (E 13).

Eram cinco equipes do PSF. Ficou um bom tempo sem nenhuma equipe formada, somente com médico de apoio. Então, a ginecologista-obstetra, ela teve uma dificuldade também de 'tá' dando vazão a essas fichas, a esses atendimentos (E 16).

Pode-se mencionar que a escassez de recursos humanos para o atendimento das gestantes também está relacionada à alta rotatividade dos profissionais de saúde nas unidades básicas, como relatado a seguir:

É uma rotatividade muito grande de profissional que 'tá' insatisfeito e sai, e não tem nenhum vínculo forte com a prefeitura e qualquer motivo ele sai da unidade (E 8)

O segundo fator relacionado à demanda reprimida é a questão do aumento da demanda de gestantes como um fator limitador do acesso e da qualidade do atendimento a essas gestantes nas unidades básicas.

Agora, a gente 'tá' com um problema porque a minha área é a maior área do centro de saúde, é a de maior população e é a área que tem mais gestantes. A gente 'tá' com uma dificuldade toda, é conseguir atender as gestantes todas, e a gente 'tá' tendo até que referenciar. Porque você busca e vai atender como? (E 9).

E você pode não conseguir fazer um trabalho direito, de boa qualidade e tal, por causa do volume grande demais que você acaba tendo que reduzir o tempo de consulta (E 9).

Quando se discute a respeito de recursos humanos, outro tema que emerge é a questão da capacitação dos profissionais de saúde que realizam o pré-natal. Deve ser ressaltado que a capacitação é, atualmente, um dos problemas gerenciais mais debatidos. No caso do pré-natal, foram observados discursos contendo a insuficiência de capacitação para sua realização:

A gente 'tá' sem o sonar e, pra ouvir batimento cárdio-fetal com aquele pinard, é precaríssimo. A gente, às vezes, fica até com medo. A gente quer ouvir, quer ter certeza, então, é complicado. O difícil é isso! Acaba que sai mais caro para o governo porque eu não vou deixar de pedir um ultra-som, entendeu? Eu até poderia priorizar outro, é um exame de excelência pra fazer, mas, sem um sonar, não tem como não fazer! (E 5).

Na outra equipe, eu atendia todas e a (...) fazia só a primeira. Agora, a gente 'tá' até pensando em fazer isso aqui pra otimizar um pouquinho outras coisas do atendimento, porque 'tá' sendo difícil pra ela porque (silêncio). Pra operacionalizar mesmo! Aí, a gente vai fazer naquele mesmo esquema que a

gente fazia antes: ela faz a primeira e eu faço as outras. Mas, por enquanto, ainda 'tá' revezando (E 9).

Segundo o Manual Técnico de Assistência Pré-Natal, do Ministério da Saúde, no instrumental mínimo para a realização de consultas de pré-natal consta o estetoscópio de pinard (BRASIL, 2000d). O sonar doppler é um instrumento importante para a ausculta precoce dos batimentos cardíacos fetais (BCF), no entanto, na listagem se encontra em segundo plano. Assim, não é uma exigência do Ministério que as unidades básicas de saúde tenham esse aparelho para o atendimento pré-natal. O estetoscópio pinard é um instrumento essencial para o acompanhamento das gestantes nas UBS e o profissional de saúde deve dominar seu uso para uma condução adequada do pré-natal.

Como se pode observar no depoimento (E5), o profissional solicita o ultrassom porque não ausculta batimentos cardíacos fetais com pinard. Segundo o Manual de Pré-Natal da prefeitura de Belo Horizonte, a avaliação ultra-sonográfica está indicada se houver a necessidade de precisar a idade gestacional, para gestantes com mau passado obstétrico (abortamentos habituais, malformação fetal), gravidez múltipla, polidrâmnio ou que apresentem placenta prévia, dentre outras indicações, a critério médico (GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2003).

A ausculta de BCF faz parte da rotina de consultas do pré-natal e sabe-se que a ausência de BCF com pinard, após a 24^a semana de gestação, é sinal de alerta para o profissional que atende à gestante. Se o profissional de saúde sempre encaminha a gestante para a avaliação ultra-sonográfica para a ausculta dos BCF (pois o sonar nessa unidade se encontra estragado) e levando-se em consideração a demora para a realização do exame na rede pública, corre-se o risco de que anormalidades na

dinâmica fetal não sejam identificadas em tempo hábil para que seja instituído o melhor tratamento para o binômio mãe-filho.

A falta de capacitação gera insegurança e faz com que o profissional não se responsabilize pelo paciente, o que faz com que ele o encaminhe para outro profissional da equipe que ele julga estar devidamente capacitado para determinada função.

Olha, especificamente sobre o aconselhamento, eu passo pro médico passar, pra ele orientar direitinho, porque é muita responsabilidade. Eu, como enfermeira, converso e tudo. É ele que vai orientar e tudo, apesar de que até ele tem dificuldade, talvez pela mesma falta minha, porque ainda não teve capacitação (E 2).

Tenho dificuldades para realizar o aconselhamento, tanto que outras colegas minhas também passam a responsabilidade pro médico, entendeu? (E 2).

Ao mesmo tempo, observa-se que um profissional devidamente capacitado para a assistência às gestantes tem autonomia para tomar decisões que dizem respeito aos usuários sob sua responsabilidade, o que fortalece a atuação da equipe multiprofissional.

Se, por exemplo, eu pego uma gestante com quarenta semanas, quarenta e uma, e eu acho que 'tá' passando da hora, eu mesma faço o relatório e mando pra maternidade. Então, assim, a gente tem uma abertura muito grande pra fazer isso, não é só função do médico, né? (E 4).

Segundo o Manual de Assistência de Pré-Natal da prefeitura de Belo Horizonte, o atendimento pré-natal deve ser realizado por meio de consultas intercaladas entre o enfermeiro e o médico obstetra (GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA

À SAÚDE, 2003). Foi constatado que, em algumas UBS, o atendimento à gestante é feito pelo enfermeiro e o médico generalista, e não por um médico obstetra. Esse fato ocasiona na equipe uma ansiedade quanto ao andamento da assistência pré-natal, sendo solicitada a inclusão de um obstetra no acompanhamento e avaliação dessa gestante.

As vezes, assim, não precisaria nem ser mensalmente. A gente estabeleceria um período para estar passando por ela (obstetra), né?, talvez no finalzinho da gestação. Lá no Granja, eu achava interessante porque, no finalzinho, a gente passava essa gestante com ela também. O generalista fazia, a enfermeira fazia e o ginecologista/obstetra fazia também. Eu acho que assim é uma forma de 'tá' tranquilizando a equipe mesmo, o generalista e a enfermeira. Acho que seria interessante, pelo menos mais pro final da gravidez, né? (E 6).

Ter obstetra de referência, tá? Eu não gosto de dizer que tem que ser só obstetra, acho que é utópico demais pra realizar o pré-natal inteiro! Ter uma obstetra de referência pra trabalhar junto com as equipes, então, eu acho que isso realmente faz falta, né?, porque, às vezes, tem detalhes, até do exame físico, que a gente não domina. Então, tem coisas que, às vezes, faz falta, né? (E 7).

Por meio da análise dos discursos transcritos acima, novamente percebe-se que ocorre um embate: a especialização versus a generalização. O ESF trouxe à tona discussões que mobilizaram, e ainda mobilizam, os profissionais de saúde no que diz respeito à especialização. O programa exige um profissional diversificado e preparado para atender desde o recém-nascido até o idoso, no entanto, esbarra nas leis de mercado cada vez mais especialistas e individualizadas.

Profissionais devidamente capacitados podem resolver boa parte das demandas durante o pré-natal e a existência de um obstetra de apoio às equipes poderia auxiliar para uma melhoria na qualidade da assistência pré-natal nessas unidades. O

médico generalista e o enfermeiro, devidamente capacitados para realizarem o pré-natal, podem acompanhar com qualidade as gestantes de sua área de abrangência. Observou-se que há necessidade, segundo os próprios profissionais, de serem realizadas capacitações para o atendimento à gestante, dessa forma buscando um atendimento de qualidade:

Acho que poderia ter capacitação, né? Para os profissionais de saúde que trabalham com o pré-natal, enfermeiros e médicos, e essa capacitação, já no início mesmo, né? É 'tá' reciclando quem já tá (E 2).

Não adianta querer médico generalista, porque acaba tendo que assumir muita coisa e muita coisa que você não 'tá' preparado pra assumir, tem que haver essa capacitação! (E 9)

Por vezes, é relatado que esse tipo de capacitação é buscado por iniciativa dos próprios profissionais, pois como sistema de saúde não investe neste aspecto, cabe aos próprios fazê-lo para que possam acompanhar as gestantes:

Mesmo, e igual eu falei, acho que é muito perfil de cada um. Eu, como sempre gostei, fiquei na maternidade um tempo, fiz muito parto na época de acadêmico, e gostava muito. Então, eu sempre corri atrás, e a gente vê que isso não é uma realidade pra todo mundo, né? (E 9)

Eu fui aprender a fazer pré-natal! Eu saí e fui aprender pré-natal lá na faculdade, quando encarei o PSF. Eu era clínica, então, num minuto eu peguei pré-natal porque eu fui aprender por minha conta! Porque é uma responsabilidade grande demais! (E 10).

Em relação aos recursos físicos utilizados no atendimento nas unidades básicas, foram identificados vários entraves a um atendimento de qualidade. Foi

relatada a ausência de salas nas unidades básicas de saúde para as equipes, e o problema, por vezes, é sanado por meio da reserva das salas, do rodízio para o atendimento de cada equipe.

Eu tenho que desmontar esse consultório todinho pra ele ser um consultório de obstetrícia! Porque a única sala de ginecologista tem que ser agendado, a sala de ginecologia aqui é agendada! Eu prefiro ficar na minha, eu, pelo menos, transformo ela numa sala de ginecologia e ninguém entra (risos)! (E 10).

A questão pior que a gente tem é a questão da área física. Então, a gente tem duas salas de pré-natal aqui. Então, a gente tem que fazer a divisão das salas por equipes, em horários de utilização das salas. Então, é o único problema maior é esse! Você tem uma gestante, por exemplo, ela é da minha área e ela tem que ser atendida por mim e hoje, né? Já passou do horário de atendimento, não posso falar assim: 'Vem mais tarde que eu vou te atender porque a sala vai estar ocupada com outra' (E 13)

Para gestantes tem tido aí uma combinação entre as salas. A enfermeira, ela faz a prevenção, então, a gente marca os horários para cada uma 'tá' encaixando sua equipe naquele horário. É difícil também. Às vezes, falta, sim, a sala adequada pra 'tá' fazendo o atendimento (E 16).

Segundo o Manual de Estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde, a lógica dos espaços exclusivos deve ser superada, permitindo, dessa forma, compartilhar os espaços físicos, inclusive os consultórios, entre todos os profissionais da equipe de saúde (BRASIL, 2006b). Em relação aos outros membros da equipe, tais como auxiliares, assistentes sociais e psicólogos, esses nem foram mencionados na utilização dos espaços em conjunto, o que reforça, mais uma vez, o caráter fragmentado das ações em saúde. Verificou-se que, se o espaço físico é

insuficiente para o atendimento, o que ocorre na maior parte dos centros de saúde, o enfermeiro fica sem o espaço físico adequado em detrimento do médico da sua equipe.

É tudo cheio porque tem acolhimento por equipe, né? Tem pediatra que atende, tem ginecologista, aí, a gente fica procurando sala mesmo pra atender o pré-natal (E 2).

A gente tem um pouco de dificuldade porque, na verdade, a maioria de todos os centros de saúde deve ser o consultório médico. A gente tem um pouco dessa dificuldade, quando você 'tá' atendendo uma gestante: 'Ah, eu preciso da sala!'. E, aí, onde você vai atender? (E 4).

A gente tem enfermeiras que não tão tendo espaço para fazer o acolhimento porque as equipes estão completas. Enquanto as equipes não estavam completas, a gente tinha consultório livre para 'tá' fazendo, mas agora a gente não tem (E 16).

Verificou-se que ao médico cabe o atendimento sempre nos consultórios, o que, por vezes, o impede de distribuir seu tempo com outras atividades, tais como grupos operativos e visitas domiciliares, como relatado no discurso de um profissional médico:

Se as enfermeiras fazem (grupos operativos), eu acho que isso é um papel até, não tirando a responsabilidade do médico, mas, enquanto eu 'tô' no posto eu 'tô' aqui dentro (consultório). A enfermeira, ela tem mais, com certeza, tem muito mais conhecimento da população que a gente (E 10).

Observa-se que o modelo assistencial hegemônico privatista ainda prevalece como modelo assistencial adotado nas unidades básicas. O modelo de Vigilância à Saúde ainda é muito incipiente e apenas foi percebido em atividades isoladas nas equipes. Segundo PAIM (1999), o modelo médico-assistencial privatista é o predominante no Brasil e está baseado na livre iniciativa dos indivíduos em procurarem

assistência à sua saúde apenas quando se sentem doentes. É a pressão espontânea e desordenada da demanda que regula a oferta dos serviços e disponibiliza recursos, sendo um modelo predominantemente curativo e que não visa o atendimento integral dos indivíduos. Esse é o modelo predominante nos centros de saúde, como se observa nos relatos de discursos a seguir:

Você tem que distribuir, tem médico de apoio, que atende quinze vagas de adulto, a população aqui é muito doente. Tem muito agudo entendeu, mas muito mesmo! Então, a gente vai encaixando (E 2).

É muito raro uma mulher que vem desejando engravidar, engravidou, iniciou. Isso não existe na nossa realidade de PSF (E 7).

E essa da equipe aqui, nós mudamos há pouco tempo pra essa equipe e é interessante que é pouquíssimo. O planejamento familiar é muito vazio. O reflexo é essa quantidade de gestante que tem, que tem muita! (E 9).

Pode-se observar que a pouca ênfase em ações preventivas gera atendimentos não integrais de atenção. As falas refletem um modelo curativo, baseado no atendimento de demanda espontânea. Esse modelo não altera de forma significativa a saúde da população e, portanto, foi incorporado a ele o modelo assistencial sanitário. O modelo sanitário corresponde à ênfase em campanhas (tais como vacinação e combate a epidemias) e programas especiais de saúde pública (controle da tuberculose, saúde da mulher, saúde da criança, etc.).

Tal modelo é visto, pelo autor, como o “apaga incêndios”, pois também não contempla a integralidade das ações em saúde como o anterior (PAIM, 1999). Isso porque as campanhas e programas especiais dispõem de uma administração centralizada e verticalizada, o que dificulta a descentralização dos serviços, uma das propostas atuais

para a consolidação do SUS. Essa verticalização pode ser constatada das decisões no programa de atenção à saúde da mulher, como se observa nos relatos a seguir:

Porque não vem tanto assim, sabe?, e a gente coloca esse número que é um número que já é do posto (preservativo). Eu perguntei quantos passam, ah!, passam tantos, entendeu? Eu sigo o que o pessoal faz, mas é porque sempre falta, né? (E 5).

Que é muito pouco! É dez (preservativos)! Eu geralmente passo vinte, aí falam: 'olha, doutora, não vai dar pra ser isso'. Eu fui orientada a passar no nome do homem, porque se ela (a mulher) usa anticoncepcional, na mesma receita não pode ter as duas coisas pra ela. Isso aí é tudo protocolado. Tudo já vem assim pra seguir, entendeu? (E 8)

Como se pode perceber, esse modelo também não contempla a integralidade das ações em saúde, ocorrendo, atualmente, na rede de serviços, a coexistência dos modelos assistenciais médicos privatista e sanitarista, levando a um atendimento fragmentado do indivíduo. A construção de um modelo condizente com os princípios da reforma sanitária é um desafio para o sistema público de saúde e pode ser exemplificado no modelo de Vigilância à Saúde, que corresponde a uma alternativa assistencial para a reorganização do processo de trabalho na área.

Há uma tentativa de superar a demanda espontânea e programas especiais para uma situação de oferta programada, por meio de estudos epidemiológicos nos quais seriam identificados os principais problemas de saúde daquela comunidade e os serviços estariam voltados para as necessidades identificadas. Isso ainda não ocorre nas unidades básicas de saúde. A questão que envolve as atividades de prevenção e promoção ainda é muito incipiente ou, até mesmo, não realizada.

Eu acredito que uma equipe vinculada a uma área, com o tempo, você melhora isso, mas tem que sair um pouco da assistência para a promoção! O que 'tá' falho é a promoção! Quem que promoveu a saúde dessa mulher? Que ações de promoção foram feitas? Falta promoção! (E 10).

Fica evidenciada, mesmo que de forma modesta, a tentativa de alguns profissionais de estabelecerem parcerias interinstitucionais, como, por exemplo, com algumas escolas da área de abrangência, para a realização de atividades educativas de prevenção das DST/AIDS em adolescentes.

A gente tem a equipe cinco, que a Dra (...) tá tentando fazer uma captação a nível aí de escola e de outros projetos que a gente tem tentado associar pra ver se consegue essa orientação mais precoce em relação à prevenção do HIV em adolescentes, tá? (E 16).

Também é observada a discussão desses profissionais de trabalharem com a oferta programada, de formularem projetos acerca de realidades identificadas:

Olha, atualmente, a minha demanda tem sido de adolescentes. Eu acho que a gente tinha que se focar, em equipe, né? Um trabalho específico nessa área. Vou até conversar com a, nós temos uma hebiatra aqui, né? Mexe com adolescentes pra saber como seria nossa atuação pra evita,r né?, esse tipo de coisa, gravidez, 'tá' bem elevado (E 14)

Isso reflete a preocupação com uma demanda identificada na unidade. No entanto, essas atividades são vistas como preocupações isoladas de profissionais e não como uma demanda para a equipe de saúde, levando à conclusão de que a Vigilância à Saúde é um modelo não executado. Não são percebidas parcerias dentro das equipes e parcerias interinstitucionais consolidadas, que visem à programação de oferta organizada nas UBS. Existem apenas iniciativas isoladas de alguns profissionais, o que

resulta em atividades não integrais de saúde, com pouco ou nenhum impacto na saúde das populações.

O modelo de Vigilância à Saúde incorpora novos sujeitos às ações, trabalhando não apenas com os profissionais de saúde, mas também com a população organizada. Isso leva não apenas à abordagem clínico/epidemiológica, individual e coletiva, mas também a um estudo das determinações sociais que afetam a população em relação à suas condições de vida (TEIXEIRA, PAIM & VILAS BÔAS, 1998). Em apenas um discurso desses profissionais foi concebida a possibilidade de ação intersetorial, com o estabelecimento de parcerias, sem, no entanto, mencionar a ação da sociedade organizada e se essas parcerias seriam estabelecidas com a unidade de saúde ou, novamente, se daria em nível central, verticalizando, mais uma vez, as ações de saúde:

Eu acho que tinha que ser um programa de televisão, de rádio, de entrevista, dessas rádios comunitárias estarem ligadas nisso, é de massa! Porque a gravidez é um evento! Então, eu acho que o projeto é muito maior, é um projeto de educação de massa! (E 10)

O estudo desse núcleo de pensamento possibilitou o reconhecimento de vulnerabilidades programáticas, tais como a demora na entrega do exame anti-HIV para as UBS, um sistema de referência e contra-referência estabelecido, mas não efetivo e a existência de demanda reprimida de gestantes. Além de problemas de ordem funcional, foram identificados problemas de ordem financeira que as gestantes apresentam e que podem impossibilitar a execução de um pré-natal de qualidade por parte da rede pública. Foram identificadas, ainda, ações não articuladas entre a equipe e a ausência de ações

intersetoriais realmente consolidadas resulta em um modelo de atenção presente que tem por características a fragmentação do indivíduo e a cura, em detrimento da promoção à saúde.

Ou seja, o modelo de Vigilância à Saúde se configura em algo almejado e ainda não alcançado nas unidades básicas de saúde. Ele corresponde a ações fragmentadas que não se relacionam com o todo do sistema, prevalecendo a coexistência de modelos médico/privatista e sanitaria nas UBS analisadas. É importante relatar o esforço dos profissionais de saúde para atenderem às gestantes dentro desse modelo de atenção. Constata-se a persistência de cada profissional em realizar o pré-natal levando em consideração à gestante não apenas como um ser biológico, mas também psicológico e social.

No entanto, são esforços individuais de cada profissional, que não refletem um esforço coletivo por parte da equipe como um todo. Isso acaba gerando um atendimento não integral dessa mulher, apesar dos esforços individuais dos membros da equipe. O modelo de Vigilância à Saúde requer integração entre os membros da equipe e, enquanto prevalecerem os atendimentos individuais em detrimento da equipe, o atendimento integral permanecerá inviável.

4.2.2 O processo de trabalho na atenção às gestantes nas UBS

Neste item serão realizadas reflexões que abordarão os aspectos que envolvem o processo de trabalho dos servidores da saúde. Aspectos como o processo de acolhimento das unidades básicas, a violência no cotidiano desses profissionais, a sobrecarga de trabalho, fatores éticos envolvidos e criação de vínculo, responsabilização e resolutividade das demandas trazidas pelos usuários foram as unidades de significado eleitas para a discussão.

Em relação ao acolhimento, como um componente do processo de trabalho em saúde, observa-se, ainda, a persistência de sua execução como método de triagem nas unidades básicas de saúde. Tal fato levou as UBS a assumirem outras formas de abordagem das gestantes, a fim de otimizarem sua entrada nos serviços de saúde:

O acolhimento começa às sete horas, as ACS passam, pegam o nome, não tem limite! Às vezes, até gestante já chegou para marcar primeira consulta aqui no pré-natal e passou por acolhimento. A gente fala que não precisava disso não! E vai atendendo, atendendo, sabe? (E 2).

E as gestantes, de uma forma geral, a gente não atende só no acolhimento. Então, é até uma orientação que as ACS têm. Então, nem sabe se está grávida ainda, mas a gente já deixa vir em horário. Fora: 'Ô, pede um teste de gravidez pra mim?'. A gente faz isso, mesmo fora do acolhimento, já pra tentar fazer esse escoamento assim mais rápido, né? (E 9).

Quando a própria futura mãe desconfia que 'tá' grávida, ela também nos procura. O acesso é fácil, às vezes, elas nem vem no acolhimento pra pegar o exame. Às vezes, vem em outras horas do dia, né? (E 15).

Pode-se observar que o acolhimento ainda é acompanhado da idéia de triagem qualificada, sendo um aspecto positivo a não passagem dessa gestante por esse processo, gerando maior resolutividade à sua demanda.

Segundo os discursos dos profissionais, a gestante é bem acolhida quando não passa pelo processo de acolhimento da unidade:

E todas as gestantes têm porta aberta. Elas não enfrentam fila, elas não têm nenhuma dificuldade de marcar pré-natal. Isso não tem mesmo! Então, todo mundo sabe, até o porteiro, que se chega uma grávida, ela tem acesso rápido e direto às consultas de pré-natal. Então, ela é muito bem acolhida (E 13).

A gestante, ela ainda é mais privilegiada do que os outros. A partir do momento que ela sabe que 'tá' grávida, ela já pode marcar seu pré-natal na portaria. Ela não precisa passar nem no acolhimento. Então, eu avalio, são bem acolhidas, entendeu? Tem atividade, tem apoio. Assim, então, eu vejo que o processo 'tá' indo bem, na minha opinião (E 14).

O que inicialmente poderia se constituir em uma contradição na prática, nas unidades básicas, ou seja, a gestante ser bem acolhida sem passar pelo acolhimento “normal” da unidade, merece uma maior reflexão.

Segundo MALTA et al. (1998), o acolhimento constitui uma estratégia que visa aspectos como: a reconfiguração do processo de trabalho nas unidades de saúde, que pretende melhorar o acesso dos usuários aos serviços; humanizar as relações entre os profissionais de saúde e usuários, abordando os usuários não apenas pelo aspecto biológico, mas também pelos aspectos psicológico, cultural e social; aperfeiçoar o trabalho em equipe por meio da integração e complementariedade das ações exercidas por cada categoria profissional; aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos problemas concretos dos usuários e elevar os coeficientes de vínculo e confiança entre eles.

Portanto, o acolhimento não deve se resumir apenas à porta de entrada da unidade. Ele também possui como características o atendimento humanizado ao usuário com a resolutividade da demanda trazida por ele. As gestantes são bem acolhidas, segundo a percepção dos profissionais, quando ocorre sua rápida inserção no programa, com a marcação de sua consulta de pré-natal, evitando as filas ainda existentes no acolhimento “normal” da unidade.

O atendimento humanizado que elas recebem, aliado à resolutividade de sua demanda que naquele momento se configura na marcação da sua consulta de pré-natal,

Leva á conclusão de que são acolhidas pelo sistema de saúde, mesmo que possuam inserção diferenciada no serviço. Essa inserção diferenciada na unidade se configura em um ponto positivo, devido às filas existentes e à demora no atendimento, muitas vezes causada pelo grande número de pessoas que procuram assistência diariamente.

Para CAMPOS (1994), a acolhida deveria dizer respeito tanto à abertura dos serviços públicos para a demanda, como à sua vocação para responsabilizar-se por todos os problemas de saúde de uma região. O acolhimento deve fazer parte de todos os momentos de passagem do usuário na unidade básica, permeando todo o processo de trabalho em saúde, não se resumindo apenas à porta de entrada da unidade de saúde.

O atendimento do profissional enfermeiro respaldado por protocolos, com os quais solicita vários exames, dentre eles, o teste de gravidez, pode gerar maior resolutividade no processo de trabalho.

A ACS vai lá, pega o nome e já sabe quem veio para o teste de gravidez. Passa pra gente, o enfermeiro, quando tá fazendo o acolhimento, já faz o pedido, né? (E 1).

As equipes fornecem, é o enfermeiro que fornece. Isso facilita muito esse acolhimento, essa busca delas, porque, pra passar pelo médico...Então, como o enfermeiro pode 'tá' dando o pedido, preconizado pelo protocolo da prefeitura, isso facilita muito, né? (E 15).

A solicitação do teste de gravidez pode ser feito tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro, o que aumenta as possibilidades de resolução dessa demanda, uma vez que as gestantes, muitas vezes, não necessitam ser atendidas inicialmente no acolhimento para a solicitação do teste. Podem pedir ao ACS que conduz essa gestante, geralmente ao enfermeiro, que solicita o teste de maneira rápida e sem burocracias.

Além de não necessitarem passar pelo acolhimento (nesse momento o conceito se restringe à porta de entrada da rede de serviços) para a solicitação do teste de gravidez, as gestantes podem agendar sua primeira consulta de pré-natal em qualquer horário na recepção das unidades básicas, não havendo um dia específico para a sua marcação:

A gestante, ela não precisa ficar na fila, né? Ela, às vezes, na primeira consulta, ela fica, né?, para a enfermeira pedir o teste de gravidez. A enfermeira pede o teste de gravidez e, quando ela já vem com o resultado, o balcão já marca (E 1).

Mas, de qualquer forma, a gente tem tido uma frequência, sabe, maior dessa grávida mais precoce agora. A qualquer hora que ela chegar, ela já é agendada pra consulta de pré-natal. Ela chegou, ela já é agendada automaticamente pra sua equipe (E 13).

Esse agendamento em qualquer dia e horário facilita o acesso dessas mulheres às consultas de pré-natal e tal atividade executada nas UBS está de acordo com o preconizado pelo Manual de Rotinas de Atendimento Pré-Natal da Secretaria do município (GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2003).

É importante relatar que as consultas subseqüentes são marcadas pelo próprio profissional que a atendeu na sua consulta anterior, ou seja, ela já sai do consultório com a próxima consulta de pré-natal marcada.

Então, a maioria delas já sai da consulta de pré-natal com a outra marcada, principalmente pelo enfermeiro pré-natalista. Então, nós já agendamos conosco ou com o próprio ginecologista, então, assim elas não ficam em fila (E 15).

A não passagem das gestantes pelo acolhimento para a marcação da primeira consulta de pré-natal e as consultas subseqüentes, aliada à solicitação do exame beta-HCG por parte do profissional enfermeiro, possibilita uma maior resolutividade do processo, propiciando a marcação de consultas sem uma espera significativa por parte dessas gestantes.

Houve uma crítica em relação ao acolhimento, por parte de um profissional, que argumentou que tal processo é importante, no entanto, não deveria ser a sua única função:

(...) porque o enfermeiro fica muito tempo dentro do posto fazendo outras atividades: acolhimento, acolhimento, acolhimento e as outras atividades ficam um pouco a desejar, entendeu? Então, eu acho que isso complica o setor, entendeu? (E 2).

Tal posição foi colocada por um profissional enfermeiro que percebeu que suas atribuições estão se resumindo ao acolhimento da demanda espontânea e pelo fato de esta ser realmente expressiva, esse profissional dispõe de pouco tempo para se dedicar às outras atividades dentro do centro de saúde. O atendimento de uma demanda expressiva, aliado às outras atividades que deve desempenhar, gera uma sobrecarga de trabalho:

Eles fizeram até um fluxograma, que entra uma parte de manhã, até onze horas, quinhentas pessoas circulando o tempo todo. Vai no balcão, vem cá, vai na farmácia, tem coleta de manhã, entendeu? É tudo cheio, porque tem acolhimento por equipe, né? Às vezes, tem colega minha que tava de férias, atendeu oitenta pessoas. Eu já atendi sessenta, setenta e, assim, coisas que não eram pra acolhimento não! E vai atendendo, atendendo, sabe? Então, a sobrecarga é muito grande (...) (E 2).

Eu vejo essas enfermeiras aqui. Essas meninas penam, penam aqui! Tem uma dedicação sim, ninguém trabalha mal. Agora, o excesso de gente e a morosidade dos exames mata qualquer um! (E 10).

É importante relatar que também os médicos passam pelo problema da sobrecarga de trabalho:

Até conseguir marcar uma consulta pra mim, minha agenda 'tá' lotada. Então, fica realmente difícil (ginecologista de apoio do PSF) (E 8).

Minha área é a maior área do centro de saúde, é a de maior população e é a área que tem mais gestantes. A gente 'tá' com uma dificuldade toda, é conseguir atender às gestantes todas e a gente 'tá' tendo até que referenciar. Aqui, na equipe, a gente conseguiu resolver dessa forma e você, não conseguindo fazer um trabalho direito, de boa qualidade e tal, por causa do volume grande demais que você acaba tendo que reduzir o tempo de consulta (E 9).

E tudo tem seus limites, né? Temos as nossas dificuldades porque a gente fica basicamente aqui dentro do centro de saúde. Então, é difícil, né?, 'tá' saindo porque o número de consultas é muito grande. E, mesmo agora, com as equipes completas, a gente tem dificuldade de 'tá' saindo um pouco aqui do posto (E 16)

Os profissionais médicos relatam que o sistema exige a realização de consultas, o que resulta em pouco espaço em suas agendas para atividades educativas, ou atividades extramuro, por exemplo.

O profissional enfermeiro permanece como “apaga incêndios” e sabe-se que, dessa forma, o sistema de saúde deixa de aproveitar todo o arsenal tecnológico que esse profissional possui, perpetuando o senso comum de que apenas o profissional médico poderá solucionar os problemas da população. Ao médico também tem sido

negada a sua participação em outras atividades, muito mais até do que para os enfermeiros, também reflexo de sua formação acadêmica e das exigências relacionadas ao número de consultas que devem ser executadas diariamente.

Segundo MERHY, FRANCO & BUENO (1999), a implantação do acolhimento nas unidades básicas proporcionou ao profissional enfermeiro maior autonomia e aumento da resolutividade em seu processo de trabalho. Mas, deve ser relatado que, se a demanda que esse profissional atende todos os dias é de fato significativa (tendo como idéia o acolhimento restrito à porta de entrada das unidades básicas), ele realmente terá pouco tempo para se dedicar às outras atividades também de suma importância no serviço, tais como grupos operativos, visitas domiciliares e puericultura, dentre outras atividades.

O acolhimento é um processo que veio com o objetivo de reorganizar o processo de trabalho nas UBS e não se resume apenas à entrada do usuário nos serviços, mas, nos restringiremos a esse conceito como porta de entrada da unidade, apenas para fazermos algumas considerações. Pode-se verificar que, na maioria dos centros de saúde, o acolhimento apenas é executado pelo profissional enfermeiro com o auxílio dos ACS, que organizam os usuários por área de abrangência para cada equipe.

Quem pega o nome na fila é o agente comunitário (...) e a ACS vai lá, pega o nome, passa pra gente, o enfermeiro quando tá fazendo o acolhimento (...) (E 1).

O acolhimento começa às sete horas. As ACS passam, pegam o nome, não tem limite. Às vezes, tem colega minha que tava de férias atendeu oitenta pessoas. Eu já atendi sessenta, setenta e, assim, coisas que não eram pra acolhimento não! E o enfermeiro vai atendendo, atendendo, sabe? (E 2).

A participação do médico e de outros profissionais na acolhida do usuário, a partir do momento em que este se insere na UBS, ainda não se faz de forma expressiva. Deve-se relatar que a perpetuação do modelo assistencial privatista se deve ao sistema, aos órgãos responsáveis e não apenas às atitudes dos profissionais. Portanto, discussões que envolvam todas as esferas de atenção são essenciais para a mudança gradual para um modelo que contemple, além do atendimento de demanda espontânea, ações de vigilância da saúde, promoção e prevenção.

No entanto, não se deve esquecer da participação popular nessas negociações, pois, se os usuários não forem envolvidos nessas discussões, apenas os trabalhadores da saúde e gestores não serão suficientes para a mudança de posturas e que causem impacto sobre a saúde da população. A partir do momento em que o usuário também é considerado um cidadão, com o direito de exercer seu voto sobre as decisões acerca de sua saúde, além de se tornar sujeito, que julga e que defende seus interesses, simultaneamente é estabelecido o vínculo equipe de saúde/usuário dos serviços.

É importante ressaltar que, inicialmente, as gestantes não se encontram envolvidas com as solicitações do serviço.

Mas, mesmo já orientando na primeira consulta a importância do exame e tudo, entendeu?, ela esquece a urina, de colher, não vem naquele dia. A gente tenta agendar pra outro dia. Vai abrir o Sis prenatal, pede pra trazer identidade e a pessoa deixa de trazer. Eu acho que a própria paciente não dá importância do quadro dela, que ela pode proteger uma criança, entendeu? (E 2).

Dependendo da gestante, se ela tivesse interesse, viesse cedo, né?, no primeiro mês já da ausência de menstruação, aí daria. Mas, ela não vem, demora a colher e, às vezes, até perde o pedido. Aí chega pra gente: 'Ah, eu perdi aquele pedido, dá pra você fazer outro?'. Aí você vai, repete tudo, todos os exames, aí já coloca segunda via, entendeu?, porque já justificando (E 14).

Tais discursos expressam as atitudes das gestantes nos primeiros contatos com o serviço e com os profissionais responsáveis pela realização do pré-natal. Para CAMPOS (2003,) o vínculo, inicialmente, se constrói sobre um castelo de areia de fantasias e exageros que, com o tempo, podem ser esclarecidos. Para que haja um vínculo positivo, a usuária deve acreditar que a equipe de saúde tem a capacidade de resolver o seu problema, especificamente em relação à gestante realizar com qualidade o seu pré-natal.

É interessante observar que, no decorrer da gestação, pode ocorrer a criação do vínculo, ocorrendo, após essa interação profissional de saúde/usuária, a mudança de postura diante do pré-natal.

Apesar que, quando elas começam, é muito difícil delas começarem a faltar. Você pode ver direitinho, até elas cobram, entendeu?, a consulta (E 2).

Geralmente, elas não faltam! Geralmente não, noventa e nove por cento não faltam. Ou, quando elas faltam, elas justificam: 'Ah, eu tive que levar meu menino no médico, passei mal no dia, não deu pra vir' (E 4).

No decorrer da gestação, com a interação profissional de saúde/usuária, a rede de circulação de afetos pode ser estabelecida, gerando a co-responsabilização pela saúde da gestante, tanto de sua parte quanto do profissional de saúde.

Contudo, o desempenho de um trabalho em equipe na atenção ao pré-natal não tem sido executado, observando-se a existência de um trabalho fragmentado e evidenciando-se uma divisão de tarefas entre os profissionais que prestam a assistência às gestantes.

Tem o auxiliar de enfermagem que faz vacinação, né?, tem o ACS que faz busca ativa, né? O pré-natal de baixo risco, o enfermeiro faz a primeira consulta e tem que ser o médico de família. E equipes que não têm médico de família, é feito pela ginecologista. E nos de risco, é encaminhado para centro de referência (E 1).

Ah, não, não, a gente não segue o protocolo, vamos dizer, como equipe, né? Agora, individualmente, eu acredito que a gente consiga, né? Então, no atendimento, se você for considerar o trabalho individual de cada equipe, o pessoal é muito bom, entendeu? Mas, enfim, como protocolo e orientação de grupo não tem não, mas, individualmente, acredito que fique razoável (E 7).

A organização parcelar do trabalho fixa os profissionais em apenas uma determinada etapa do processo terapêutico, o que faz com eles se alienem do seu objeto de trabalho. Os trabalhadores não terão interação com o objeto final de sua atividade, pois apenas participam de forma pontual (MERHY, FRANCO & BUENO, 1999).

Com base nos achados de PEDUZZI (2001), pode-se classificar o tipo de equipe identificada nas UBS em relação ao trabalho desenvolvido no pré-natal. Para esta autora, existem dois tipos de equipe: a equipe agrupamento e a equipe integração. A equipe agrupamento, perfil de equipe evidenciado nas UBS, é aquela na qual há fragmentação dos trabalhos desenvolvidos pelos seus diferentes profissionais, e um profissional detém a autonomia técnica plena, o que impossibilita que os outros membros possam exercer seu poder de decisão sobre a situação de saúde dos usuários.

Já a equipe integração é o tipo de equipe almejada pelo trabalho em saúde, pois há a existência de um projeto assistencial comum a todos os seus membros; a comunicação é um fato intrínseco ao trabalho; há complementaridade e colaboração no exercício da autonomia técnica de cada profissional envolvido, ou seja, sem coações ou submissões hierárquicas a um profissional específico.

No entanto, isso não quer dizer que não haja relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. As diferenças técnicas se relacionam à especialização de saberes e intervenções, sendo, portanto, essencial a existência das especificidades. Os profissionais realizam intervenções que dizem respeito especificamente à sua área de atuação, ao mesmo tempo em que executam ações comuns (flexibilidade da divisão do trabalho), tais como acolhimento e grupos operativos.

O trabalho em equipe não elimina essas especificidades. Ele pressupõe que, além do desempenho de atividades próprias a cada profissão, que haja atuação interdependente entre elas, baseada na comunicação interna entre seus membros e discussões periódicas acerca do projeto assistencial que possuem em comum. Portanto, a articulação das ações ou dos trabalhos requer, da parte de cada agente, um dado conhecimento acerca do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde (SCHRAIBER et al., 1999).

A existência de protocolos que definam as ações de cada profissional pode facilitar esse reconhecimento daquelas que foram executadas por diversos profissionais, além da mudança de postura dos próprios profissionais que prestam a assistência. A inclusão dos gerentes das UBS nas discussões acerca do projeto assistencial comum, juntamente com os profissionais de saúde, possibilitaria o desenvolvimento de ações integrais.

O que se tem observado é que tal vínculo, quando é estabelecido, se estabelece com apenas um profissional, devido à fragmentação do trabalho executado. Se a mulher tem apenas um profissional da equipe como sua referência e, por algum motivo, ele posteriormente venha a sair da unidade, essa unidade básica deixa de ser um

ponto de apoio para essa gestante, e perde-se o vínculo construído a duras penas. Como pode-se observar, no discurso, não há a idéia da equipe integração que se responsabiliza pelos problemas do usuário:

O APU leste já mandaram um tanto de gente pra cá e não tem médico (era pós-feriado e não havia médico na unidade). Então, a enfermeira tem que solucionar um problema que não é dela, e tem que encaminhar, entendeu? É assim, por ele não ter uma referência boa da urgência, vem tudo pra cá. Tem muito caso que é agudo! Aí, tem que 'tá' batendo em porta de médico, né? Pede pra atender a mais e o que pode ser feito e tudo. E é complicado isso pra gente, porque a gente é mal vista, parece que 'tá' pedindo pra você, entendeu? (E 2).

Ao que parece, são executadas ações isoladas e, a partir do momento em que um profissional solicita a intervenção do outro, parece que ele está “atrasando” seu trabalho. A idéia de fragmentação do trabalho com a presença de uma simples divisão de tarefas é evidente, o que dificulta a interação entre os profissionais da equipe e destes com o usuário. Não há a possibilidade de se estabelecer um vínculo equipe/usuário na ausência da equipe integração, pois, nestas circunstâncias, este vínculo se dará de forma frágil e ele será facilmente corrompido pelas dificuldades funcionais do sistema a que os usuários são submetidos diariamente.

Entretanto, outra questão identificada no discurso merece destaque: o atendimento pré-hospitalar realizado pelas UBS. Sabe-se que, com a criação das equipes de saúde da família e com a criação do processo de acolhimento como porta de entrada das unidades básicas, ocorreu uma ampliação dos atendimentos executados pela equipe de saúde. No entanto, tal processo também resultou em uma dificuldade operacional, exemplificada no aumento da demanda de atendimentos de casos agudos nas UBS, a qual as equipes não estavam preparadas para assumir.

Segundo a portaria 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, o atendimento pré-hospitalar fixo é a assistência prestada em um primeiro nível de atenção aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, seqüelas ou morte. Tal atendimento é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários (PACS), ambulatórios, serviços de diagnóstico e terapia e serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2002b).

É dever da atenção primária e das unidades básicas de saúde o acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência. Após o primeiro atendimento prestado, o paciente será referenciado para o nível de assistência seguinte, por meio da adequada pactuação entre UBS/Central de Regulação/nível secundário. Portanto, os profissionais de saúde das UBS devem se responsabilizar pelo atendimento inicial desses pacientes, referenciando-os após a primeira avaliação de seu estado de saúde. Pelo que se pôde constatar, tal responsabilização das equipes de PSF pelo atendimento de casos agudos dentro de sua área e abrangência é um fato que merece maior discussão entre os profissionais das equipes, gestores responsáveis pelas UBS, Central de Regulação e Secretaria Municipal de Saúde.

A responsabilização dos profissionais deve ser para toda a população de sua área de abrangência, seja na assistência à demanda programada, seja o atendimento à demanda espontânea de casos crônicos ou agudos. A universalidade do acesso deve ser garantida, independente do quadro do paciente que procura o serviço e que, após avaliação, será estabelecida a melhor conduta para sua demanda de saúde, sempre almejando o estabelecimento de vínculo usuário/equipe de saúde.

Sabe-se que a alta rotatividade de profissionais, um ponto já discutido anteriormente, pode favorecer a quebra desse vínculo, pois ele não se estabeleceu com a equipe e sim com um integrante dessa equipe:

É uma rotatividade muito grande de profissional que ‘tá’ insatisfeito e sai, e não tem nenhum vínculo forte com a prefeitura e, qualquer motivo, ele sai da unidade. Então, acaba que ou a paciente fica mal assistida porque ela não consegue ter todas as consultas ideais, retornos no final e fica essa trocação de médico: uma hora começa comigo, vai pro outro, depois volta pra mim. E eu acho que isso dificulta muito o atendimento da gestante em geral (E 8).

Por vezes, essa rotatividade de profissionais se deve à localização das unidades básicas de saúde em áreas classificadas como de alto risco. Em localidades onde os índices de violência são significativos, há dificuldades de se formar a equipe de PSF completa.

Segundo MINAYO & SOUZA (1998), a violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes e nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual. Na verdade, só se pode falar de “violências”, pois se trata de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser reconhecidas. A violência é um fenômeno social, travado no nível das relações sociais. Para aquelas autoras, a atitude dos profissionais de saúde em relação à violência sempre se resumiu à “*contagem de eventos, como reparadores dos estragos provocados pelos conflitos sociais*”. No entanto, atualmente, os profissionais de saúde se vêem inseridos nesse processo, de forma que não apenas atendem usuários vítimas da violência, mas também se encontram como vítimas dela.

A violência permeia o processo de trabalho em saúde e constitui um tema que exige enfoque das autoridades competentes. Isso porque as agressões contra os profissionais, tanto verbais quanto físicas, estão se tornando cada vez mais frequentes.

Segundo SANTOS JÚNIOR & DIAS (2004), há uma tendência dos estudos brasileiros em diferenciarem a violência do trabalho, da violência no (ambiente de) trabalho dos profissionais de saúde.

Para MINAYO & SOUZA (1998), a violência do trabalho pode ser classificada como violência estrutural, ou seja, a violência que permeia os trabalhadores de saúde, quando submetidos a condições de trabalho insalubres. É a violência que se origina no modo de produção e na organização do processo de trabalho e que causa desconforto, sofrimento, desgaste, fadiga, adoecimento e até mesmo a morte.

A gente começa a fazer de bobo, que a gente não sabe o que fala com o paciente mais! Essa falta de informação é grave, essa morosidade daquilo que a gente tem que ter à mão! Um exame de gravidez é uma semana! Você colheu na segunda, na terça-feira você busca, tem que 'tá' pronto! Isso é obrigação! Então, assim, a saúde 'tá' brincando, um jogo de gente que não tem compromisso, não tem compromisso com nada. Ela (gestante) perde a consulta da demora, que é morosidade da saúde é muito grande. Isso dá uma angústia na gente que é quase impossível da gente trabalhar! (E 10).

Então, fica naquela coisa: a gente finge que trabalha, o outro finge que tem assistência (risos um pouco nervosos e preocupados) e é esse fingimento geral aí. Então, mexer com a saúde não é fácil não, sabe? O que o ser humano pode fazer a gente dedica tudo! Tem uma dedicação sim, ninguém trabalha mal. Agora, o excesso de gente e a morosidade dos exames mata qualquer um! (E 10).

Como se pode observar no discurso do profissional acima, seu desgaste físico e psicológico origina-se dos problemas estruturais do sistema, ou seja, da demora

dos exames e do excesso de pessoas para serem atendidas, se configurando na violência estrutural, inerente ao processo de trabalho.

A violência no trabalho ou no ambiente de trabalho foi classificada, pelas autoras, como violência do comportamento e violência da delinquência (MINAYO & SOUZA, 1998). A violência da resistência ou a violência do comportamento são as diferentes formas de resposta de grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural. Já a violência da delinquência é aquela que se revela nas ações fora da lei socialmente reconhecida. Ou seja, a violência no trabalho se refere aos comportamentos violentos de uma pessoa ou de um grupo de pessoas, sejam essas colegas de trabalho, assaltantes ou, até mesmo, usuários dos serviços de saúde.

Pode-se perceber, nas transcrições de discursos a seguir, que a violência no trabalho praticada por usuários contra os profissionais de saúde nas UBS é uma realidade:

Quando você trabalha com uma população que fica de frente pra você, então, a gente teme um pouco de agressividade, de revolta, né? Até mesmo de outras complicações de paciente, né? Passível de acontecer (E 3).

Têm pessoas que vêm com a intenção de assistência, mas tem gente que vem por outras coisas. Até para agressão mesmo. Então, eu acho que isso é ruim! (E 8).

E aqui é um posto central, um posto bom, não vou falar no Novo Horizonte que é lá longe, lá no Alto Vera Cruz, que a violência é muito grande. Lá você 'tá' sem médico há muito tempo, muito tempo, né? (E 13).

A própria condição de trabalho de uma área que é violenta, dos riscos que você corre, é ameaçado, e você não tem incentivos. Você faz a opção de trabalhar num lugar mais

central, né? É pra onde todo mundo quer ir. Com menos risco, com uma população que não seja de risco. Eu acho que tem muito a ver isso aí (E 13).

Atualmente, a violência passou a ser citada como um risco ocupacional ou como inerente ao trabalho de vários profissionais, dentre eles, os trabalhadores da área de saúde (SCHULTE et al., 1998; SANTOS JÚNIOR & DIAS, 2004). Devido à magnitude que o problema assumiu no decorrer dos anos, é necessário que os gestores incluam discussões sobre o tema, a fim de propor saídas para esse problema. Isso porque a violência contra o profissional de saúde o afasta cada vez mais do seu trabalho, principalmente das áreas de risco, favorecendo a rotatividade de profissionais nesses locais e impossibilitando a criação do vínculo autêntico entre a equipe (entre seus membros) e o cliente.

Em relação aos aspectos éticos envolvidos no processo de trabalho do profissional de saúde, BRAUNACK-MAYER (2001) relata a diferença nos problemas éticos enfrentados pela atenção básica e outros níveis de atenção, como, por exemplo, a atenção secundária. Crises vivenciadas em unidades hospitalares requerem, geralmente, decisões imediatas, enquanto, na atenção básica, os problemas são tomados como pertencentes ao cotidiano de trabalho, o que pode levar a dificuldades na identificação de um problema ético, tomando-o apenas como entrave, seja administrativo ou interpessoal.

Um problema identificado nos discursos dos profissionais diz respeito ao caráter unidirecional das decisões. Os profissionais de saúde ditam regras e condutas a serem seguidas pelas gestantes, o que pode se tornar mais forte com a gestante adolescente. Isso porque o caráter paternalista assumido pelo profissional se revela mais

forte quando ocorre o processo de transferência do profissional para uma gestante adolescente que ele julga que poderia pertencer a sua família.

Gente! Quatorze anos! Tá na hora de brincar de boneca! Eu tenho uma filha de quatorze anos! É outra mente, outra visão de vida. Então, assim, não sei como seria a atuação da equipe nesse foco (E 14).

O profissional se vê em maio a um embate ético, pois não sabe até que ponto pode avançar para auxiliar essa gestante sem invadir sua vida pessoal e suas decisões. No entanto, não deixa de realizar julgamentos de valor, mas com o intuito de protegê-la.

(...) gente, o que essas adolescentes têm na cabeça, né? E, assim, a maioria 'tá' querendo, já tava na hora, dezessete anos, aquela mentalidade, sabe? Uai, hoje em dia, você não tem filhos mais nova. A opção é estudar, e ficando mais madura, né? (E 14).

A cabeça não é muito boa. Devia ser, né? 'Tá' nova (risos), mas não tem muito juízo. Então, e pílula é aquele negócio: você esqueceu uma, você arrisca. Então, assim, um método que a gente controle, junto com ela. A injeção, ela vem aqui pra tomar, você anota e vê se ela 'tá' tomando direitinho e tal. Se deixa por conta dela... Não é que a gente queira decidir por ela não. Mas, às vezes, a gente tem que dar um passo na frente delas porque a família ignora, nem acompanha (...) (E 14).

Essa postura paternalista pode gerar uma redução na autonomia das gestantes adolescentes, mas que, segundo os discursos, é necessária para a sua proteção. Segundo ZOBOLI & FORTES (2004), ser paternalista é retirar o caráter de cidadania do usuário, sendo a persuasão eticamente defensável, no entanto, a coerção não.

A questão da autonomia do usuário em tomar suas próprias decisões se torna complexa quando envolve adolescentes. TAQUETE et al. (2005), em um estudo realizado com profissionais do Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente da Universidade do Rio de Janeiro, constataram que a autonomia do adolescente para exercer o seu autocuidado constitui um problema ético vivenciado. Muitos profissionais alegam que os adolescentes não devem ter autonomia, ou seja, as decisões sobre sua saúde deveriam ser compartilhadas pelos pais. No entanto, sabe-se que a confidencialidade de consulta deverá ser respeitada, salvo ocasiões específicas em que haja uma soropositividade ao HIV ou uma gestação na adolescência. Esses casos se configuram em momentos em que o sigilo deve ser quebrado e a família do adolescente envolvida, a fim de dar o melhor suporte possível.

A assistência à adolescência é um campo que exige muito cuidado e atenção por parte do profissional. Foi mencionado por eles a necessidade de capacitação em relação ao trato com adolescentes, a fim de minimizarem certos conflitos e saberem até que ponto a interferência não assume um caráter protecionista e autoritário.

A falta de profissionais, a falta de capacitação, assim, o que pode ser feito, né? Eu acho que uma sugestão, assim, é treinar a gente para atender os adolescentes porque não tem grupo de adolescentes, não existe até (E 2).

Olha, atualmente, a minha demanda tem sido de adolescentes. Eu acho que a gente tinha que se focar, em equipe, né? Um trabalho específico nessa área, mas, ao mesmo tempo, em quase todos, a gravidez foi planejada. Aí eu não sei até quando você pode interferir nessa mente, entendeu? (E 14).

Sabemos que a gravidez na adolescência pode vir acompanhada de vários transtornos para as adolescentes, tais como a prematuridade do recém-nascido com

altas taxas de mortalidade, eclâmpsias, altos índices de infecções urinárias, dentre outros problemas. No entanto, o senso comum que caracteriza a gravidez na adolescência como “uma gravidez indesejada ou não planejada” e dotada de problemas psicológicos e biológicos deve ser abandonado (CASTRO, ABRAMOVAY & SILVA, 2004).

A partir do momento em que os profissionais de saúde que atendem essa população tenham em mente que a contextualização dessa gravidez é necessária, a apreensão do lado simbólico pode auxiliar na tomada conjunta de decisões, levando à compreensão das vulnerabilidades sociais a que estas adolescentes estão submetidas. Treinamentos, oferecidos pela prefeitura, direcionados aos profissionais de saúde, são necessários para a melhoria do acompanhamento de mães adolescentes e suas famílias, com a compreensão de seu universo singular de maneira contextualizada e de caráter não paternalista.

Transitar pelo campo da ética não é tarefa fácil, pois o sujeito ético não é aquele que segue as regras porque teme a punição, mas, é aquele que acredita no valor e na legitimidade dessas regras (ZOBOLI & FORTES, 2004). Os profissionais de diversas áreas possuem respaldo para a sua atuação, embasados em seus códigos de ética.

Porém, o código de ética não supre a decisão pessoal. Ele tem a função de normatizar as decisões a serem tomadas pelos profissionais e é dotado de caráter punitivo, caso haja inobservância desses incisos (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2000; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988). Dessa forma, não interioriza no profissional o caráter impecável e a

prática da boa conduta em relação aos usuários. Tais atributos devem fazer parte do interior de cada profissional.

Observa-se, no discurso abaixo, a exemplificação sobre o caráter intrínseco da ética, o que pode comprometer a qualidade do atendimento prestado à gestante, caso o profissional não incorpore a ética como pertencente ao seu dia-a-dia:

Então, assim, umas coisas meio grosseiras, assim, que essa semana, a gente tava discutindo que nós estamos sem o sonar. Mas, assim, aí um dia desse um dos (...) falando que não ouvia nenhum BCF com o pinard e que fazia assim mesmo! Já que não ouve, tem que treinar, né?, pegar com alguém e tal! (E 9)

Tanto o código de ética de enfermagem quanto o código de ética médica possuem incisos que se relacionam eticamente à manutenção do bem-estar geral do paciente, sendo vedado aos profissionais a prática de atos danosos ao paciente que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

No caso observado, o profissional desconhece a prática da ausculta de BCF, que é um procedimento obrigatório durante as consultas de pré-natal (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2006). Segundo os códigos de ética de enfermagem e médico, tal desconhecimento se caracteriza como imperícia, que ocorre quando o profissional revela, em sua atitude, falta ou deficiência de conhecimentos técnicos da profissão e despreparo prático. Tal conduta se caracteriza como falta ética, no entanto, como já mencionado anteriormente, pelo fato de não requerer uma decisão imediata, ela se torna comum, pertencente no cotidiano da equipe.

Como relatado anteriormente, ser um profissional ético é muito mais do que a observância de normas que regulamentam sua profissão pelo receio de ser punido; é

incorporá-las na sua prática e assistência cotidianas. A ética deve pertencer intimamente ao caráter do profissional, para que seja seguida fielmente e o código de ética seja um respaldo necessário à boa prática profissional.

O estudo desse núcleo de pensamento possibilitou adentrar no ambiente de trabalho dos profissionais que prestam a assistência às gestantes. Foram identificados entraves à constituição de uma equipe integrada entre si e que favoreça o desenvolvimento de um projeto assistencial comum nas UBS. Foram identificados problemas éticos vivenciados por esses profissionais em seu cotidiano de trabalho e dificuldades enfrentadas pela equipe com a população em geral e como se processa a criação do vínculo profissional de saúde/usuário. Pois o vínculo verdadeiramente forte, entre a equipe e os usuários, apenas poderá ser efetuado quando as equipes formadas nas UBS forem do tipo integração, e não agrupamento, como tem ocorrido.

4.3 Prevenção contra o vírus HIV em mulheres

Nessa categoria empírica, é realizada uma abordagem sobre o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, destacando-se as percepções que os profissionais de saúde possuem acerca da realização do teste e suas repercussões para a gestante e para eles próprios.

Segundo o manual de aconselhamento em DST, HIV e AIDS, do Ministério da Saúde, aconselhamento significa escuta ativa, individualizada e centrada no cliente, que tem o objetivo de resgatar os recursos internos desse cliente, a fim de que ele possa se reconhecer como sujeito de sua própria saúde e que promova mudanças de comportamentos que se façam necessários (BRASIL, 2000a). Ao envolver mudanças de comportamento em que se acham implicadas questões relacionadas à individualidade,

amor, sexualidade e paixões humanas, o aconselhamento é uma prática que encontra obstáculos de difícil transposição (ACHKAR, 2006).

O fato de a sexualidade ser cada vez mais trazida a público, em vista das atuais necessidades de discussão da prevenção da epidemia, fez com que os profissionais de saúde assumissem o papel de transmissores de tais informações para a população. No entanto, por vezes, os profissionais de saúde assumem um discurso normatizador, que estabelece condutas a serem seguidas pelas usuárias sem a devida discussão sobre o comportamento e a vida íntima dessas mulheres. A relação profissional/gestante é assimétrica e o aconselhamento se resume a uma transmissão de informações sobre o vírus de forma descontextualizada, embutida de forte cunho moral e disciplinadora das condutas a serem adotadas.

A primeira coisa que eu pergunto pra ela é se você sabe o que é o teste HIV. Toda gestante tem indicação de fazer, porque só dela 'tá' gestante é porque ela não usou método nenhum. Ela é uma pessoa de risco pra HIV, né? Aí, eu explico isso e pergunto: 'Você concorda comigo?' Explica tudo e pergunta do parceiro se ela sabe, mas num sabe, né? É aquela história: ela num sabe se o homem..., né? Como você vai garantir, né? Difícil (E 14).

Quando eu 'tô' atendendo, eu sempre converso a respeito desse teste. Explico pra ela que é um teste de rotina, mas que é bom que todas as gestantes façam realmente (E 15).

Observa-se como a educação em saúde se relaciona intimamente com o modelo pedagógico tradicional de “concepção bancária”, discutido por Paulo Freire (1987). Para o autor, há uma quase enfermidade da narração: narrar, sempre narrar. O educador deve “encher” os educandos com os conteúdos de sua narração. Em vez de comunicar-se, o educador faz comunicados. O autor caracteriza esse modelo como

“concepção bancária”, no qual as informações são depositadas, arquivadas nas mentes dos educandos. Nesse conceito, o saber é uma doação dos que se julgam sábios aos que nada sabem. Quanto mais os educandos exercitem o arquivamento de depósitos de informações, tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria sua inserção no mundo, como transformadores dele, na qualidade de sujeitos.

O mesmo modelo pedagógico tem sido reproduzido na área de saúde, em que os profissionais detentores de um saber inquestionável transmitem aos usuários as informações de forma unilateral e sem o diálogo necessário, inviabilizando, dessa forma, a constituição de sujeitos ativos no processo de aconselhamento. O diálogo é a condição necessária para uma comunicação efetiva entre o profissional de saúde que realiza o aconselhamento e a gestante. Sem o diálogo não há comunicação. O estabelecimento do diálogo requer amorosidade, humildade, fé e profunda crença no ser humano e em sua capacidade criativa (FREIRE, 1987).

Cabe ao profissional que realiza o aconselhamento da gestante o seu resgate como sujeito ativo em seu processo prevenção/promoção de sua saúde. Esse resgate se dá por meio do estabelecimento de um diálogo com essas mulheres, em vez da transmissão assimétrica de informações sobre o vírus HIV, realizada, muitas vezes, de forma descontextualizada de sua realidade e, por vezes, sem impacto, o que não leva à mudança de comportamento necessária.

Foi observada outra característica nos discursos dos profissionais, advinda do caráter normatizador que estes adotam durante o aconselhamento anti-HIV. Constatou-se que o caráter voluntário do teste não tem sido respeitado. Geralmente, os profissionais solicitam o teste como protocolo de atendimento durante a primeira consulta de pré-natal. O exame é solicitado ao mesmo tempo em que o profissional

informa à gestante a importância de realizá-lo, não sendo observada nenhuma reflexão a respeito do tema:

Eu explico o que é o exame que eu 'tô' pedindo. Esse exame é o HIV, pra ver se tem o vírus. A gente explica, entendeu? (E 5).

E, quando instituiu-se a obrigatoriedade desse exame, realmente, era um problema, tanto pro médico quanto pro paciente, aquele constrangimento. Hoje, isso não existe, então, a gente faz o protocolo, assina, pede, mas a gente vê que não tem nenhum preconceito, ninguém tem constrangimento mais em realizar o exame, né? (E 7).

Aconselhamento? (risos) Eu faço o que eu tenho, (...) Olha, é importante, agora elas fazem! Não tem recusa, nenhuma paciente até hoje que passou por mim, eu não tenho recusa de HIV não! Não tem como. Aconselhar a paciente gestante a fazer o anti-HIV, ela já vem muito bem tranqüila, não tem como não fazer! (E 10).

Elas ficam com um pouquinho de medo quando a gente fala que vai pedir porque é rotina, porque muitas vêm pela primeira vez, né? (E 15).

Como já mencionado anteriormente, o exame anti-HIV é solicitado juntamente com os outros exames do pré-natal, durante a primeira consulta. No entanto, a partir do momento em que chega à unidade básica de saúde, assume um fluxo diferenciado, a fim de garantir a confidencialidade do teste, como garantido às gestantes:

Aí ele vem no malote do gerente (anti-HIV), né? Porque a gente coloca lá na sala da ginecologia. Porque esses exames ficam lá no consultório da ginecologia, não ficam aqui no balcão. Vai para o profissional que pediu (...) (E 1).

Mas, aí, eu sempre falo essa questão e, na hora da entrega do exame, que aí eu falo que é um exame sigiloso, que ninguém tem acesso a ele, a não ser nós, os profissionais. E mostro a elas que está lacrado, que ninguém abre, ninguém vê. O exame é entregue na hora (E 4).

Além de ter uma burocracia um pouco grande, de ficar arquivado em lugar diferente, ninguém tem acesso a ele, a não ser o profissional enfermeiro ou médico. Nenhum outro profissional pode pôr a mão, essas coisas, né? (E 13)

Como ele não vem junto com os outros exames de rotina pra ela, ele é impresso separado, grampeado e colocado na sala de ginecologia. Porque quem pediu, ou o ginecologista que vai fazer a segunda consulta, ele vai pegar essa caixinha, vai anotar, pedir pra ela assinar que recebeu o exame e vai ver o resultado do exame (E 15).

Os resultados dos exames de HIV vêm no malote do gerente da unidade básica e são colocados separadamente, geralmente na sala de ginecologia e é aberto somente pelos profissionais (enfermeiros ou médicos) que atendem o pré-natal dessa gestante, garantindo a ela absoluta privacidade quanto ao resultado do teste.

No entanto, também foi relatado que, por vezes, os profissionais de saúde olham o resultado dos exames da gestante antes de sua entrega na consulta de pré-natal:

Porque, na verdade, a gente olha os resultados antes, do teste anti-HIV, né? Todos que chegam, a gente 'tá' conferindo antes. Então, no caso se chegar uma gestante com resultado positivo, eu vou procurar, né? (E 6).

Uma coisa até que eu gosto é que o teste anti-HIV chega. A gerência recebe e passa pra gente. Quando eu vou entregar, eu já tenho o resultado dos meus exames (E 10).

O sigilo quanto ao resultado do exame é mantido; apenas o profissional que atende a essa gestante conhecerá o resultado. No entanto, essa prática é realizada para que os profissionais sintam-se mais seguros para a entrega do resultado e orientações pós-teste mais adequadas, além de um direcionamento rápido dessa gestante ao serviço de referência, por meio da sua busca ativa, caso seja necessário. Um resultado positivo “arquivado na gaveta” ou, até mesmo, a sua demora para entrega na unidade básica pode trazer sérias restrições à eficácia da prevenção da transmissão materno-infantil do vírus HIV.

Foi relatada a ansiedade durante a entrega do exame anti-HIV, quando não se conhece previamente o seu resultado e este é aberto juntamente com a gestante.

Elas ficam assim, olhando pra mim, vai me dando até desespero, meu Deus. Se der um positivo aqui, eu acho que desmonto também! (risos) (E 4).

É doloroso você fazer esse aconselhamento, sentar com o cliente, abrir o resultado na frente dele. Você fica naquela expectativa danada. Então, você fica rezando pra que seja um exame negativo, né? Você fica sempre rezando (...) (E 13).

Graças a Deus eu não peguei nenhuma gestante HIV positiva não. Eu tive um teste recentemente indeterminado, o primeiro deu indeterminado, o outro deu positivo e terceiro deu negativo, do mesmo teste, né? Assim. Eu conversei com a gestante, dezesseis anos e expliquei pra ela e repeti, e ela ficou tranqüila. Ela ficou assim tão tranqüila que eu falei assim: ‘Poxa, eu fiquei apavorada com aquele teste dela!’ (E 14).

Os profissionais relatam a ansiedade gerada no momento da entrega do teste anti-HIV à gestante. Talvez até porque não seja muito comum um resultado positivo, eles não se sentem seguros e sempre verbalizam o alívio de nunca terem captado uma

gestante HIV positiva durante o pré-natal. Isso pode também ser explicado pela falta de capacitação de alguns profissionais, que não receberam treinamento sobre o tema aconselhamento. A ausência de capacitação pode gerar insegurança para lidar com o assunto HIV/AIDS, ainda tão estereotipado e estigmatizado pela sociedade e, muitas vezes, até pelos próprios profissionais que prestam assistência.

Outra questão observada foi a de que o lado emocional da mãe não é trabalhado. A prioridade recai sobre a importância de se realizar o exame, para que seja evitada uma possível contaminação do concepto.

O enfermeiro faz o pré-teste, né?, e que tem que ser feito e tudo. A gente fala que vai pedir e tudo, e a importância, né?, sobre o anti-HIV pra criança e tudo (E 2).

Aí eu falo que é o vírus da AIDS e que a gente tem que ver, né?, se ela é portadora ou não do vírus, por causa do neném, pra gente conseguir o mais rápido possível evitar que o neném venha a contrair o vírus, né? (E 4).

A gente, assim, não chega a ter um aconselhamento aqui, assim, com as gestantes não, a gente já pede como protocolo mesmo. Eu sempre falo porque 'tô' pedindo. Não chega a ser uma orientação, mas a gente sempre explica que 'tá' pedindo e porque 'tá' pedindo. Eu sempre falo. Eu sempre explico, até pra autorização do exame, né?, explico que tem que fazer pelos riscos pro bebê (E 9).

E a gente conversa a respeito, que se fosse dar um resultado positivo existe tratamento pro neném não ser contaminado, né? Explica que a questão de amamentação pode transmitir, do leite materno pode transmitir se não for detectado a tempo o problema. Não tem como a gente evitar que o neném seja contaminado (E 15).

Segundo o Manual de Aconselhamento do Ministério, durante a realização do pré-teste, o profissional de saúde deve considerar, com o cliente, os impactos em sua vida dos possíveis resultados do teste, identificando qual o apoio emocional que essa pessoa, no caso a gestante, possui com relação a família, parceiro e amigos. Caso seja identificada uma possibilidade de risco dessa gestante, deve ocorrer uma reflexão sobre a maternidade, a soropositividade e as implicações, abordando as formas de transmissão materno-infantil do vírus HIV. O que realmente foi visto pelos discursos foi o aconselhamento priorizando a transmissão vertical do vírus HIV, em detrimento dos fatores psicossociais relacionados ao tema HIV/gestação.

Quando solicitados a falar sobre o aconselhamento pós-teste anti-HIV, freqüentemente, os profissionais o associaram a soropositividade para o HIV.

Eu explico o que é o exame, eu 'tô' pedindo esse exame, é o HIV, pra ver se tem o vírus, a gente explica, entendeu? E o exame chega pra gente, então, assim eu não tive nenhuma positivo, igual eu te falei (E 5).

E já 'tá' bastante tempo (que ocorreu o treinamento de aconselhamento). A gente pega muito pouco, pra falar a verdade, assim. Para falar a verdade, peguei três casos, e um já tava, praticamente gente já tinha certeza (do diagnóstico), entendeu? (E 11).

O aconselhamento, elas, assim, muitas aqui, a maior parte delas que a gente atende, são múltiplas. Então, elas já passaram antes por esse teste, né? Então, tem pouco questionamento por parte delas também. E tem sido tranqüilo, não tenho tido problemas não. Eu particularmente nunca peguei nenhuma HIV positiva, graças a Deus (sorriso) (E 16).

Como evidenciado pelos discursos, a orientação pós-teste não tem sido realizada por vários profissionais, por julgarem que o aconselhamento deve ser

realizado apenas se a gestante é HIV positiva. Essa conduta se opõe às recomendações do manual de aconselhamento do Ministério sobre a orientação no pós-teste, que é essencial para que haja uma mudança na conduta das pessoas e que realmente interrompa a cadeia de transmissão do vírus HIV (BRASIL, 2000a).

Observou-se que alguns profissionais até mesmo desconhecem o manual de aconselhamento do Ministério:

Mas, esse aconselhamento que você fala, é o quê? (E 7).

Aconselhamento? (risos) Eu faço o que eu tenho (...) O como eu vou fazer com a gestante e tudo, é individual, eu com a minha habilidade que vou aconselhar! (E 10).

(...) quais informações o senhor prioriza no pós-teste? (entrevistadora). O que eu priorizo? (silêncio). É, quais as informações que o senhor passa pra elas quando está entregando o exame? (entrevistadora). Só orientações gerais mesmo, nós trabalhamos numa área carente, né? Então, sempre oriento que, mesmo durante a gravidez, ter relação com companheiro, marido sempre usando camisinha, né?, prevenções, né? (E 12).

Pode ser observada a falta de familiaridade de alguns profissionais com o tema aconselhamento. Deve ser relatado que esses profissionais não tiveram acesso ao treinamento em aconselhamento em DST, HIV e AIDS, o que reforça a idéia do treinamento introdutório para os profissionais recém-chegados ao serviço e atualizações para aqueles que já possuem um tempo de trabalho na unidade básica.

Foi observado como essa capacitação qualifica o aconselhamento, pois o discurso de profissionais que realizaram o treinamento se mostrou de acordo com o

protocolo, especificamente sobre o pós-teste, no qual assumiram outra postura diante de um resultado negativo:

Aí, eu faço o aconselhamento pós-teste, né? Explico novamente todo esse processo de novo da doença, né? Fala que aquele resultado negativo, na maioria que peguei, que não quer dizer imunidade, né? Que ela continua exposta, se não tomar as medidas de precaução” (E 3).

Geralmente, quem faz a primeira consulta é a enfermeira, então, quando a paciente chega pra mim, ela ‘tá’ chegando com o exame. Às vezes, eu faço o pós-consentimento: o HIV deu negativo, isso não quer dizer que vai ser pra sempre, tem que tomar todos os cuidados. Eu faço mais o pós, pós-resultado (E 8).

Essa capacitação é importante, uma vez que todos os profissionais entrevistados realizam o pré-natal, portanto, solicitam o teste anti-HIV e devem ser orientados para que realmente possam conduzir boas orientações e reflexões a respeito do tema HIV/AIDS.

Dentro do discurso normatizador desses profissionais, por vezes, eles lançam mão de artifícios que envolvem o próprio estigma da doença, o medo e seu caráter incurável, para evitar que as gestantes venham a se contaminar posteriormente.

Com relação ao conceito de estigma, a sua discussão se iniciou com os trabalhos de Erwing Goffman, em 1988. Inicialmente, a palavra estigma foi criada pelos gregos e representava sinais corporais, feitos com cortes ou fogo, no corpo dos indivíduos que apresentavam comportamento moral inadequado. A partir do momento em que alguém é apresentado à sociedade, esta apresenta uma série de atributos que ele deve possuir para que seja aceito no meio social. A sua identidade social deve ser

composta por atributos de natureza normativa e que foram estabelecidos pelo meio ao qual ele será incorporado.

O autor distingue dois tipos de identidade social que o indivíduo possui; as exigências feitas daquilo que se espera da pessoa constituem a sua identidade social virtual, e a categoria de atributos que a pessoa possui na realidade é sua identidade social real. Enquanto se está em companhia de um estranho, pode-se notar que ele possui algum atributo que o torne diferente dos outros e não mais poderá ser incluído na categoria anterior, sendo incluído em uma categoria menos desejável.

Em resumo, ocorre a discrepância entre a identidade social virtual e a identidade real do indivíduo, surgindo o estigma. Estigma é um atributo profundamente depreciativo e as pessoas que o possuem são desacreditadas pela sociedade. O indivíduo estigmatizado possui uma diferença indesejável e é classificado dessa forma pela sociedade que se baseia em critérios de “diferença” ou “desvio”, resultando na chamada “identidade deteriorada” (GOFFMAN, 1988).

É possível que as pessoas ditas “normais” percebam essa discrepância no momento em que tal pessoa é apresentada à sociedade, chamada de desacreditada pelo autor. No entanto, se a diferença não se encontra imediatamente detectável ou, pelo menos, a sociedade não a conheça, o indivíduo é dito desacreditável. Nesse caso, a questão primordial que se coloca não é a manipulação da tensão gerada pelo contato social e, sim, a manipulação da informação oculta que pode desacreditar “o eu”, sendo, portanto, usado por esses indivíduos o encobrimento de seu defeito.

O portador do vírus HIV pode ser classificado como desacreditável, pois o seu defeito não é identificado imediatamente pela sociedade, portanto, opta por encobrir sua soropositividade:

Aí, ele (companheiro da gestante acompanhada no pré-natal) perguntou se mais alguém tinha tomado ciência do exame. Ela (o profissional de saúde) falou que não, que era só equipe dela mesmo, e se poderia ter sigilo. Claro, sigilo absoluto e que ele já sabia e tal. Ele já sabia e não queria que mais ninguém ficasse sabendo (E 13).

É lógico que ela (gestante HIV positiva) não quer vir aqui, porque ela tem um pouco de medo, de se expor, alguma coisa desse tipo. Pra ela, foi muito interessante ter sido encaminhada pra outro serviço que não o perto da casa dela. Eu senti isso nela, que ela sentiu mais aliviada, mais segura, de 'tá' fazendo um pré-natal longe daqui (E 13).

Geralmente, o paciente HIV positivo encobre sua soropositividade, a fim de evitar a estigmatização. Entretanto, o autor relata que todo o problema da manipulação do estigma é influenciado pelo fato do conhecimento pessoal ou não do ser estigmatizado(GOFFMAN, 1988). A sua posição social varia de acordo com o número de pessoas que sabem de seu segredo, ou seja, quanto maior o número de pessoas que conhecem a sua condição, mais incerta é a sua situação social. Tal fato faz com que revele sua condição ao menor número de pessoas possível e que, por vezes, freqüente ambientes em que possam passar despercebidos, por serem estranhos aos olhos daqueles que os vêem, como demonstrado nos discursos citados anteriormente.

Para PARKER & AGGLETON (2001), o estigma desempenha um papel central na produção e reprodução das relações de poder e de controle, em todos os sistemas sociais. Por meio dele, ocorre a desvalorização de grupos e, simultaneamente, a valorização de outros, e é empregado estrategicamente na reprodução de relações de poder. É importante ressaltar que a estigmatização não ocorre de forma abstrata. Ela é resultado de intensas disputas pelo poder na vida social. O estigma é usado por atores

sociais que buscam a legitimação de seu status de dominação dentro das estruturas e desigualdades sociais.

Diversos estudos têm identificado a perpetuação do estigma dentro dos sistemas de saúde e, entre os principais fatores relacionados a essa perpetuação, estão o medo da doença, as crenças moralistas, a falta de conhecimento sobre a transmissão do vírus e a incurabilidade da doença (PARKER & AGGLETON, 2001). A questão da incurabilidade da doença e o medo de ser contaminado por ela são reforçados nos discursos dos profissionais de saúde durante o aconselhamento e esse pode ser um dos fatores que podem reforçar o estigma e as respostas discriminatórias.

Então, tento abordar a doença de uma forma geral. A fisiopatologia, os fatores de risco, a transmissão, né?, as complicações que ela possa vir a ter. Colocando sempre que é uma doença grave, que não tem cura, né?, e que tem as formas de prevenção (E 3).

Então, assim, aí, eu vou, pego o exame, a gente abre junto, né?, e falo, com ela: 'Olha, seu exame deu negativo, por enquanto, né? Você não contraiu o vírus, o neném não tem. Mas isso não impede que você venha a contrair'. Aí, eu falo que pode pegar através do sangue, da relação sexual sem camisinha, de agulha contaminada, dou as orientações. E que a AIDS não tem cura, então, ninguém quer pegar, então tem que ter cuidado. Não é porque dessa vez não contraiu que, né?, não possa ter (E 4).

Se o próprio serviço de saúde, juntamente com os seus profissionais, não adota condutas diferenciadas com relação ao manejo do HIV/AIDS, não há como suscitar mudanças desse estigma na sociedade. Foi observada, em um discurso de um profissional, a menção a grupo de risco, um conceito atualmente abandonado:

Se a gente tem a liberdade e ela na conversa ela fala: 'Ah, meu marido é usuário de drogas, meu marido 'tá' no grupo de risco!' Aí, a gente já pede pra ele também, porque aí, ela vem com ele e fazem os dois o teste (E 14).

Se nos remetermos às origens da infecção do vírus, descobriremos como esse conceito surgiu no decorrer da evolução da epidemia. Segundo AYRES, FRANÇA JÚNIOR & CALAZANS (1997), a infecção pelo vírus tem três momentos cruciais que marcam a transição de conceitos fundamentais, e é justamente na primeira fase da infecção que surge o conceito de grupo de risco, usado pelo profissional de saúde no discurso citado. A primeira fase, tida como o período da descoberta de uma nova entidade clínica, vai de 1981 a 1984. É o momento em que uma nova doença surge no cenário da saúde e o estudo a respeito de seus fatores de risco passa a ser prioridade.

Segundo os autores, o fator de risco transmutou-se no conceito de grupos de risco, difundindo-se amplamente através da mídia na época. Os quatro Hs (hemofílicos, homossexuais, haitianos e usuários de drogas, no caso, a heroína) passaram a ser os grupos sobre os quais devem ser articuladas estratégias de prevenção, e isso fez com que se tornassem alvo de estigmatização, exclusão social e medo. Como foi observado, o profissional associou usuários de drogas ilícitas como pertencentes aos grupos de risco para o HIV, o que é caracterizado como um conceito da primeira fase da epidemia e atualmente abandonado, por gerar estigmatização e exclusão dos grupos nos quais a doença foi inicialmente identificada.

A segunda fase, tida como o período das primeiras respostas, está compreendida entre 1985 a 1988. Nesse período, o agente etiológico já estava isolado e o conceito de grupo de risco entrou em desuso e crítica, sendo substituído pelo conceito de comportamento de risco. As estratégias desse período se traduziram no controle de

bancos de sangue, estímulo para o uso adequado do preservativo, aconselhamento e testagem, e, até mesmo, distribuição e troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. No entanto, esse conceito também demonstrou limites, à medida em que resultou na tendência à responsabilização individual, pois, se o indivíduo se contaminou, seu contágio foi resultado de uma falta de compromisso pessoal com a prevenção.

O conceito vulnerabilidade, atualmente adotado, surgiu no decorrer da terceira fase da epidemia, que se iniciou em 1989 e permanece nos dias atuais. O termo foi introduzido por MANN e seus colaboradores no livro “AIDS no mundo”, que discute as tendências mundiais da epidemia e as formas efetivas de prevenção (MANN, TARANTOLA & NETTER, 1993). Esse conceito supera o caráter individualizante e abrange, além dos aspectos individuais, aspectos contextuais e coletivos que levam à maior ou menor susceptibilidade à doença. Os autores classificam a vulnerabilidade como individual, social e programática.

No entanto, AYRES, FRANÇA JÚNIOR & CALAZANS (1997) classificam o conceito de forma mais abrangente, abandonando os escores sócio-econômicos adotados na primeira publicação da obra de Mann, assegurando que a vulnerabilidade possui os três pressupostos defendidos pelos autores de Harvard. No entanto, deve ser vista como detentora de características ético-filosóficas, o que confere subjetividade e forma qualitativa, muito mais do que a forma pragmática como tinha sido anteriormente adotada. Para tais autores, o termo pode ser definido como:

Esforço de produção e divisão de conhecimento, debate a ação sobre diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV/AIDS, segundo a particularidade de sua situação

quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), programáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento (AYRES, FRANÇA-JÚNIOR & CALAZANS, 1997).

Em relação à vulnerabilidade feminina, foi demonstrado que as mulheres podem ter dificuldades quanto à negociação do uso do preservativo com seus parceiros. Seria uma não percepção de risco ou essas mulheres estão sendo submetidas a coerções de diversas naturezas, o que faz com que elas não possuam poder o suficiente para negociar o uso do preservativo.

No planejamento familiar, eu reforço também e o médico faz o mesmo reforço: isso aqui é pra evitar só gravidez, não protege contra doença. Então, assim, são orientadas, né? Mas, você sabe que não é fácil conseguir fazer elas (mulheres) usarem o método que é o preservativo masculino que tem aqui. O pessoal ainda 'tá' pegando doença, 'tá' engravidando (E 15).

Os jovens têm que ter na cabeça que aqueles métodos previnem contra a gravidez, mas somente a camisinha é que vai proteger contra a gravidez e contra a AIDS. E a maioria das mulheres aqui não toma muito cuidado. Uma realidade triste, né? (E 15).

Segundo FILGUEIRAS & DESLANDES (1999), muitas mulheres estão vinculadas a uma relação de submissão a seus parceiros e não possuem formas de abordar o assunto preservativo. Dentro do imaginário humano, o preservativo, freqüentemente, está associado à idéia de infidelidade, a uma declaração de que a mulher aceita uma possível traição do homem ou, até mesmo, que ela é a pessoa que se expõe na relação, sendo a infiel nesse caso.

O uso do preservativo envolve subjetividade, além de um contexto de diferenças de gênero, que faz com que as mulheres estejam em desvantagem, em uma

relação assimétrica de valores, historicamente construída e legitimada pela sociedade. Para SALDANHA & FIGUEIREDO (2003), as conquistas masculinas são valorizadas pela quantidade, enquanto as mulheres continuam fixadas no amor romântico, mantendo o casamento como um objetivo de vida. A idéia de casal é significado de felicidade, e é nesse momento em que se cria uma subjetividade própria das mulheres: “ser do outro” em detrimento do “ser de si”, o que, segundo a autora, é um ponto de fragilização e vulnerabilidade.

No discurso abaixo, há uma desconsideração da vulnerabilidade que essa mulher está sendo submetida:

Mas, a gente vê que ainda existe muita, né? ‘Ah, mas eu só faço com o meu namorado!’ O casal não tá seguro! Agora, pessoas jovens iniciando, nunca dá pra confiar cem por cento no outro (E 15).

A partir do momento em que há confiança e estabilidade na relação, a mulher não se percebe vulnerável à infecção pelo vírus HIV, sentindo-se, portanto, protegida pela relação estável.

Durante essa terceira fase, também surgiu um conceito atualmente adotado, originado dos movimentos feministas, se contrapondo à idéia da responsabilidade única e individual do contágio: *empowerment*.

Segundo esse conceito, a discussão sobre o comportamento seguro em relação ao HIV/AIDS não é apenas resultado de informação e vontade, também envolve coerções de natureza cultural, econômica, política e jurídica, desigualmente distribuídas entre gêneros, etnia, segmentos sociais e grupos etários. As mulheres,

muitas vezes, não são donas de sua vontade, devido a coerções de diversas naturezas, o que as torna vulneráveis à infecção pelo vírus HIV.

Para CAMPOS (2003), os programas perdem a eficácia ao tentar manipular e controlar o desejo, o interesse, os valores das pessoas, em função das necessidades oriundas de normas estabelecidas pela epidemiologia e pela lógica das políticas públicas. E é justamente nesse ponto em que encontramos uma das fragilidades do programa de prevenção as DST/AIDS, pois, se as mulheres são destituídas de poder de decisão devido a vários fatores mencionados anteriormente, são necessárias abordagens que envolvam como pode se dar esse *empoderamento* em relação à epidemia, sendo esse aspecto uma das saídas para conter o avanço da epidemia em mulheres.

Daí a importância do *empowerment*, que aborda até mesmo aspectos jurídicos relacionados às desigualdades a que estão submetidas às mulheres, levando-as a uma discussão que se remete à sua submissão pelo pólo hegemônico representado pelos homens. Portanto, se faz necessário que os profissionais de saúde conheçam tais conceitos para que possam, no decorrer de suas atividades diversas com as mulheres, realizar orientações que visem à sua transformação em seres autônomos e não submissos a ele ou à sociedade.

O estudo dessa categoria permitiu entrar em contato com a forma de abordagem que os profissionais de saúde utilizam para realizar o aconselhamento das gestantes no pré-natal. Foi observada a existência de um discurso normatizador, assimétrico, que lança mão de sua posição de profissionais para ditar condutas, não se baseando na escuta ativa, contextualizada dessas gestantes. No entanto, vale ressaltar que a confidencialidade quanto ao resultado do exame tem sido mantida pelos profissionais.

Observa-se a importância do próprio profissional em não perpetuar conceitos atualmente abandonados e discriminatórios, tais como “grupo de risco” e “estigma” e se engajar, no conceito de vulnerabilidade feminina e *empowerment* (empoderamento).

As atualizações têm papel primordial nesses momentos para que o conhecimento disponível possa ser usado em benefício das usuárias dos serviços, sendo gestantes ou não, pois, nesse momento, o foco está na atenção à mulher em geral e que deve ser trabalhado pelos serviços. Já os órgãos competentes devem propiciar tais atualizações a seus funcionários, não isentando a própria responsabilidade do profissional em se manter atualizado, visando sempre um atendimento de qualidade e contextualizado para essas mulheres.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram identificados inúmeros entraves à realização de um pré-natal de qualidade na rede básica e que geram dificuldades na identificação de uma possível gestante soropositiva.

É necessário mencionar que os bancos de dados (Sisprenatal e Sinan) podem não retratar de forma autêntica a realidade da atenção pré-natal executada nas unidades básicas. A própria defasagem de tempo, o que acarreta uma maior atualização do nível local em detrimento do nível central, aliada à presença de sub-registros e à ausência de preenchimento adequado das fichas que alimentam os bancos, compromete a avaliação apenas pelos indicadores do programa. Isso impossibilita a interpretação adequada dos dados.

Em nossa amostra, observamos um alto percentual de casos ignorados e campos não preenchidos. As perdas demonstram as fragilidades das informações obtidas com o processamento dos dados, comprometendo a possibilidade de uma caracterização mais detalhada da epidemia, do ponto de vista epidemiológico (CRUZ, TOLEDO & SANTOS, 2003).

Tal fato nos leva a refletir sobre a qualidade das informações disponibilizadas, que podem não refletir a real situação da qualidade do pré-natal ofertado às gestantes e da infecção pelo HIV nessas mulheres.

No entanto, desses dados são essenciais em análises situacionais para a sua utilização por gestores, auxiliando na tomada de decisões (TANAKA et al., 2004). É necessário um maior aprimoramento das informações fornecidas por esses bancos, pois é partir delas que direcionamos ações preventivas e terapêuticas.

São necessários treinamentos da equipe para o preenchimento adequado das fichas, principalmente para os profissionais recém-chegados, para familiarizá-los em relação ao preenchimento adequado dos campos e para que se conscientize de sua importância, sabendo que os dados gerados são necessários em avaliações posteriores e periódicas da qualidade da assistência prestada.

Observamos a existência de protocolos relacionados à execução de condutas adequadas na prevenção materno-infantil do vírus HIV. No entanto, a ausência de capacitação profissional no trato com as gestantes, gera uma execução inadequada desses protocolos, aliada à insuficiência de recursos materiais e físicos, o que impossibilita o atendimento de qualidade a essas mulheres.

Há disponibilidade de anti-retrovirais a todas as gestantes, contudo, a identificação tardia de mulheres soropositivas resulta no início tardio da terapia, o que aumenta as chances de contaminação do concepto. Considerando-se as gestantes que foram identificadas como soropositivas durante o pré-natal, foram constatadas médias de captação precoce inadequadas, o que levou ao início tardio da utilização da terapia anti-retroviral.

A captação precoce é um fator que tem dificultado a execução de um pré-natal de qualidade nas UBS. Observou-se, pelos achados secundários, que essa captação precoce de gestantes é baixa, o que pode acarretar a redução do número de consultas durante o pré-natal e atrasos na identificação de uma possível gestante soropositiva.

Os discursos dos profissionais de saúde revelaram atrasos na entrega dos resultados dos exames solicitados no pré-natal, e esse indicador sofreu aumento. Ou seja, nos anos consecutivos analisados no Distrito Leste, constatou-se pequeno aumento do número de mulheres que realizam todos os exames básicos preconizados e as seis

consultas de pré-natal, mas não houve aumento no número de mulheres captadas precocemente (até 120 dias de gestação). Considerando os discursos dos profissionais de saúde que relataram possuir, em média, uma captação precoce satisfatória de gestantes nas UBS, levanta-se a possibilidade de sub-registro de informações.

Outro fator que provém do processo de trabalho e que influencia diretamente na qualidade do atendimento a essas gestantes é o acolhimento dessas mulheres, com a criação do vínculo e responsabilização por parte desses profissionais. A alta rotatividade de profissionais está ligada diretamente a esse processo.

A partir do momento em que o profissional deixa a unidade, por qualquer motivo, essas mulheres perdem o vínculo com as UBS. No entanto, o fator agravante, nesse momento, tem sua origem na autenticidade do vínculo, agravada pela rotatividade desses trabalhadores da saúde. Cria-se, portanto, um vínculo ainda não autêntico nas unidades, pois ele deveria ser construído com uma equipe de saúde e não apenas com um único profissional dessa equipe.

Essa rotatividade dificulta, e até mesmo inviabiliza, a criação de vínculos autênticos entre os profissionais e a gestante e entre os próprios profissionais de uma mesma equipe, o que leva à execução isolada de funções, ou seja, uma simples divisão de tarefas entre os profissionais de uma mesma equipe.

O desenvolvimento do trabalho em equipe nas unidades básicas de saúde pressupõe o diálogo entre os membros da equipe e o gerente da unidade de saúde. Este não deve possuir um perfil centralizador e sim de gestão participativa, a fim propiciar a interação entre as equipes, evitando o fortalecimento dos traços de submissão e hierarquização de alguns profissionais em relação a outros, o que inviabilizaria a criação de autonomia e aumento da resolutividade por parte de equipe.

Propiciar o desenvolvimento de uma equipe interdisciplinar nas UBS requer a participação de todos os profissionais, em todos os momentos do atendimento aos usuários. No entanto, foi constatada a pequena participação dos profissionais médicos no processo de acolhimento como porta de entrada nas unidades básicas de saúde.

É importante relatar que o profissional médico ainda permanece no modelo de atenção anterior, realizando consultas, o que resulta em pequeno tempo disponível para que ele se dedique a outras atividades, tais como visitas domiciliares ou grupos operativos.

Esse distanciamento se deve às próprias exigências do sistema, da população que também está inserida no modelo de atenção medicalizado e à formação acadêmica desse profissional, centrada em princípios biológicos, com pouco foco para questões sociais. O processo de mudança no modelo assistencial e na forma como a população se insere nesse sistema ocorre de forma lenta e gradual, a partir de iniciativas gerenciais e dos próprios profissionais que atendem aos usuários.

O estabelecimento de parcerias entre a prefeitura e os pólos acadêmicos de formação, que propiciem maiores experiências práticas nas unidades básicas de saúde, também são essenciais, gerando maiores possibilidades de atuação em equipe em saúde pública. Os centros de formação profissional devem criar possibilidades de atuação em conjunto com outros cursos universitários, por meio do estabelecimento de parcerias em projetos de pesquisa, favorecendo um enfoque na interdisciplinaridade já na graduação, a fim de favorecer o trabalho em equipe na vida profissional. Tal sugestão deve ser aplicada a todos os cursos.

Essa participação de todos os profissionais, em todos os momentos do atendimento do usuário, deve ser reforçada pelo gerente da unidade. Este deve ter em

mente que a adesão de todos os profissionais, em todas as etapas do processo de atendimento aos usuários, é essencial para que não se alienem de seu objeto de trabalho e criem o vínculo necessário para a construção de um atendimento integral nos serviços de saúde.

Outro fator preocupante, citado nos discursos e que pode comprometer a atenção pré-natal de qualidade, é a violência contra o profissional de saúde nas unidades básicas, principalmente se essa unidade se localiza em uma área de risco. Sabe-se que a temática da violência contra os profissionais de saúde assumiu grandes proporções no decorrer dos anos e se configura, atualmente, em um problema gerencial que merece atenção especial.

As agressões físicas e verbais têm se tornado cada vez mais constantes e afastam os profissionais de seus locais de trabalho, gerando maior rotatividade de trabalhadores, principalmente de alguns locais tidos como de maior risco. Esses fatores geram redução ou, até mesmo, suspensão do atendimento à população que, por sua vez, responde com agressividade ao fechamento das portas das UBS, resultando em um círculo vicioso de grandes proporções. Especificamente em relação às gestantes, essa rotatividade pode causar problemas no acompanhamento adequado do pré-natal, pois pode gerar atrasos na marcação de consultas, levando à redução do número de consultas totais realizadas e até mesmo à não conclusão do acompanhamento nas UBS.

O estabelecimento de fóruns de discussões acerca do tema violência entre gestores, profissionais de saúde das UBS e os membros da comunidade presentes nos conselhos locais de saúde, é uma possível saída para alterar o quadro da violência como inerente ao processo de trabalho dos profissionais da área da saúde.

Essa possibilidade de sub-registro é reforçada pelo exame anti-HIV, pois foram constatados baixos índices de realização do exame nos achados secundários. No entanto, pelos discursos, percebeu-se que eles foram realizados, sem, no entanto, promover um aconselhamento pré-teste adequado, com respeito quanto ao caráter voluntário do exame e forma correta de abordagem dessas gestantes.

Em relação ao aconselhamento anti-HIV, como uma ferramenta disponível para a prevenção da transmissão vertical, constatamos que os profissionais de saúde ainda não se encontram familiarizados com o seu uso. A abordagem, durante o aconselhamento, da prevenção da transmissão vertical tem se restringido a informações relacionadas às formas de transmissão do vírus e às possibilidades de tratamento para uma possível gestante soropositiva, priorizando a proteção da criança e se esquecendo de dar apoio emocional à gestante.

O profissional tem ditado condutas e fornecido informações às gestantes, sem contextualizá-las e promover reflexão sobre o assunto. A comunicação unilateral tem ocorrido e esta impede a troca de informações entre as gestantes e os profissionais de saúde, o que não resulta em usuários tidos como sujeitos ativos de um processo de busca e manutenção de sua saúde.

Mais uma vez, reforça-se a necessidade de treinamento em aconselhamento para os profissionais, para que, além de se sentirem seguros quanto às orientações sobre os resultados do exame e condutas a serem adotadas, possam auxiliar as gestantes, com o objetivo de realmente formar indivíduos com autonomia. Deve ser estabelecido um diálogo entre gestante e profissional de saúde, para que essa gestante se veja como responsável por sua saúde e bem estar, com o reconhecimento de sua vulnerabilidade

frente ao HIV. As secretarias municipais de saúde, juntamente com os gerentes das unidades básicas e gestores municipal e estadual, devem estar atentas a essa demanda.

A existência de um centro de treinamento e referência em aconselhamento localizado no Posto de Assistência Médica da Sagrada Família, Distrito Leste, facilita o acesso aos treinamentos. O Centro de Testagem e Aconselhamento deve ser visto como uma referência para o treinamento dos profissionais de saúde da rede pública sobre o tema, pois esses profissionais lidam com o aconselhamento diariamente.

A maior articulação entre o CTA e a Secretaria Municipal de Saúde pode propiciar aos profissionais de saúde da rede básica treinamentos mais frequentes sobre o tema, a fim de minimizar os impactos negativos que uma abordagem inadequada possa causar às gestantes e à população em geral.

A tecnologia para a prevenção da transmissão materno-infantil do vírus HIV se encontra disponível a todas as mulheres soropositivas, no entanto, as dificuldades se iniciam no diagnóstico precoce dessas mulheres, sendo que boa parte desses entraves foi identificada no processo de trabalho dos profissionais de saúde.

A capacitação dos profissionais no atendimento integral às gestantes, se constitui em uma medida inicial para minimizar os efeitos negativos identificados. No entanto, os outros entraves observados tais como rede laboratorial com excesso de demanda de exames, área física das unidades básicas inadequadas para atendimento, insuficiência de recursos materiais disponíveis para execução adequada do pré-natal e violência contra o profissional nas UBS, também necessitam de intervenções.

Ações em conjunto que englobem a secretaria de saúde do município e intervenções intersetoriais que favoreçam parcerias entre as esferas de governo devem ser executadas, a fim de promoverem a melhora da atenção pré-natal nas redes básicas

de saúde em seus diversos aspectos. Tais medidas se tornam essenciais, a fim de que o sistema público de saúde consiga oferecer a essas mulheres um pré-natal de qualidade, e que a terapêutica anti-retroviral seja instituída em tempo adequado, proporcionando na prática, uma redução significativa dos níveis de contaminação da criança.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHKAR, S. Aconselhamento e prevenção: alcances e limites. In: SZAPIRO, A.M. (Org). **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência**. Brasília, 2006. p.26-37. (Coleção DST/AIDS. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, 8).
- ACURCIO, F.A. **Análise da relação entre a utilização de serviços públicos de saúde e os resultados na saúde de indivíduos infectados pelo HIV, em Belo Horizonte/MG, 1989-1994**. 1995. 205f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995.
- ACURCIO, F.A.; GUIMARÃES, M.D.C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.233-242, 1996. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1508.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2006.
- ALMEIDA, S.D.M.; BARROS, M.B.A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Revista Panam. Saúde Pública**, v.17, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n1/24024.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2006.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.J. AIDS, vulnerabilidade e prevenção. In: SEMINÁRIO SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS, 2., 1997, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABIA, 1997. p.20-37.
- BARBOSA, R.M.; KNAUTH, D.R. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.365-376, 2003. Supl. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 12 ago. 2006.
- GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Protocolo para assistência pré-natal. Coordenação de atenção à saúde da mulher. Belo Horizonte, 2003. 8p. Disponível em: <www.pbh.gov.br/smsa>. Acesso em: 22 dez. 2006.
- BRASIL. Congresso Nacional. Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986. Inclui a AIDS e a Sífilis Congênita no elenco das doenças de notificação compulsória em nível nacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 dez. 1986. Seção 1. p. 19827.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 out. 1997. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 22 dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Epidemiologia da transmissão Vertical do HIV no Brasil. **Boletim Epidemiológico de AIDS**, v.12, n.3. 1999a. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/udtv/boletim_jun_ago99/trans_vertical.htm>. Acesso em: 02 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção da Transmissão Vertical. **Boletim Epidemiológico de AIDS**, v.12, n.3, 1999b. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/udtv/boletim_jun_ago99/prevenc_trans_vertical.htm>. Acesso em: 16 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 1999c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos**. 4.ed. Brasília, 2000a. 25p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2000b. 20p.

BRASIL. Congresso Nacional. Portaria n.º 569/GM de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 jun. 2000c. Republicada 18 ago. 2000. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em: 05 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília: Secretaria e políticas de saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher, 2000d. 88p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Implantação da Vigilância do HIV em Gestantes e Crianças Expostas. **Boletim Epidemiológico de AIDS**, v. 12, n.1, 2000e. Semana Epidemiológica 48/49 a 22/00. Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 20 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de DST e AIDS. **A epidemia de HIV-AIDS entre crianças e adolescentes**. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprovado na Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas Resolução Proposta pelo Brasil sobre Acesso a Medicamentos no Contexto de Pandemias como o HIV/AIDS**. Nota à Imprensa. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002a. 20p.

BRASIL. Congresso Nacional. Portaria n.º 2048/GM de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Atendimento pré-hospitalar). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 219, 12 nov. 2002b. Seção 1, p. 32-54. Disponível em: <www.cremesp.org.br>. Acesso em: 20 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília, 2004a. Disponível em: <www.AIDS.gov.br/final/tratamento/gestante2.pdf>. Acesso em: 16 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças**. Brasília, 2004b. 51p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília, 2004c. 61p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher, 2005a. 159 p. (Série Direitos Sexuais e Reprodutivos, 5). Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 01 dez. 2006.

BRASIL. Congresso Nacional. Portaria n.º. 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 jul. 2005b. Seção 1. página 111. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/cesat/Legisla.html>>. Acesso em: 05 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestante HIV positiva: evento sentinela. **Boletim Epidemiológico de AIDS**, v.2, n.1, p.16-21, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Publicação da Organização Pan-Americana da Saúde - RIPSa. IDB, 2005d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/CapituloF.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília, 2006a. Disponível em:

<www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISFB7D5720PTBRIE.htm>. Acesso em: 16 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília, 2006b. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>>. Acesso em: 21 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Casos de AIDS (número e percentual) em indivíduos menores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição hierarquizada por ano de diagnóstico, Brasil, 1980-2006. **Boletim Epidemiológico de AIDS**, ano III, n.1, p.35, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Taxa de incidência (por 1000.000 hab.) de aids segundo faixa etária por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 1995-2006. **Boletim Epidemiológico de AIDS**, ano III, n.1, p.34, 2006d.

BRAUNACK-MAYER, A.J. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. **The Journal of Medical Ethics**, Australia, v.27, p.98-103, 2001. Disponível em:

<<http://jme.bmj.com/cgi/content/full/27/2/98>>. Acesso em: 15 nov. 2006.

BRIENZA, A.M.; CLAPIS, M.J. Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. **Proceedings...** Disponível em:

<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200011&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 19 jan. 2007.

BRITO, A.M.; CASTILHO, E.A.; SZWARCOWALD, C.L. 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: 05 jan. 2007.

BUCHALLA, C.M. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, p.12-23, 2002. Disponível em:

<<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 ago. 2006.

CAMACHO, R.S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.33, n.2, 2006. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista/>. Acesso em: 20 dez. 2006.

CAMPOS, F. E. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.6, 1990. p. 50-61. Disponível em:

<<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 02 mar. 2006.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S.; CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.29-87.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. 185p.

CAMPOS, T.P.; CARVALHO, M.S. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr./jun. 2000. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 01 jan. 2007.

CASTRO, M.G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L.B. A gravidez juvenil. In: BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Juventudes e Sexualidade**. Brasília: UNESCO, 2004. p.127-169.

CESAR, C.L.G.; TANAKA, O.Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.59-70, 1996. Suppl. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v12s2/1521.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2006.

COIMBRA, L.C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Luís, v.37, n.4, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16780.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2005.

CONNOR, E.M. et al. Reduction of maternal infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Group Protocol 076 Study Group. **N. Engl. J. Med.**, New Jersey, v.331, n.18, p.1173-1180, 1994. Disponível em: <<http://content.nejm.org>>. Acesso em: 04 jan. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM Nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-7.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Legislação e Normas. Resolução COFEN nº 240/2000 de 30 de agosto de 2000. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Minas Gerais (MG): COREN MG, 2005. p.41-51.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**: definição, estrutura e financiamento. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.25, n.10, 2003. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 05 jan. 2007.

CRUZ, M.M; TOLEDO, L.M; SANTOS, E.M. O sistema de informação de AIDS do Município do Rio de Janeiro: suas limitações e potencialidades enquanto instrumento da vigilância epidemiológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1. p.81-89, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 02 jan. 2007.

DAVIDSON, A. et al. Relation of social factors to health care utilization and health status assessment in HIV-infected patients. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 8., 1992, Amsterdam. [**Abstracts on line...**]. Disponível em: <<http://gateway.nlm.nih.gov>>. Acesso em: 23 out. 2006.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul./set. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em: 10 set. 2005.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment:** explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Michigan: Health Administration, 1980. v.1.

DUNN, D.T. et al. Risk of human immunodeficiency type 1 transmission through breastfeeding. **Lancet**, London, v.340, n.8819, p.585-588, 1992. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 04 jan. 2005.

DUONG, T. et al. Vertical transmission rates for HIV in the British Isles: estimates based on surveillance data. **BMJ**, London, v.319, p.1227-1229, 1999. Disponível em: <www.bmj.com/cgi/citemap?id=bmj;319/7219/1227>. Acesso em: 22 dez. 2006.

EL-SADR, W.; NEATON, J. Strategies for Management of Anti-retroviral Therapy Study: Results of the SMART Study. SMART STUDY TEAM. **Community Programs for Clinical Research on AIDS (CPCRA)**. Disponível em: <<http://www.cpcra.org/docs/pubs/2006/croi2006-smart.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Assistência pré-natal:** manual de orientação. 140p. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/manuais.htm>>. Acesso em: 22 ago. 2006.

FEKETE, M.C. **Bases Conceituais e Metodológicas do Planejamento em Saúde.** Texto de apoio da Unidade II. Texto elaborado para a bibliografia básica do Projeto GERUS/Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. 1997a. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U2T2.pdf>. Acesso em: 02 out. 2006.

FEKETE, M.C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde.** Texto de apoio da Unidade I. Texto elaborado para a bibliografia básica do Projeto GERUS/Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. 1997b. p.114-120. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf>. Acesso em: 02 out. 2006.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da AIDS. **Revista Brasileira de Saúde Matern. Infant.**, Pernambuco, v.2, n.2, p.157-165, maio/ago. 2002.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saude Mater. Infant.**, Recife, v.4, n.3, jul./set. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300012>. Acesso em: 20 set. 2006.

FILGUEIRAS, S.L.; DESLANDES, S.F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, 1999. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 11 dez. 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 107p.

GARCIA, P.M. et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. Women and Infants Transmission Study Group. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v.341, n.6, p.394-402, 1999. Disponível em: <<http://content.nejm.org>>. Acesso em 03 mar. 2005.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 1994. 207p.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. 158p.

GOODE, W.J. **Métodos em pesquisa social.** 7.ed. São Paulo: Editora Nacional, 1979. 488p.

GUIMARÃES, M.D.C. ; ACURCIO, F.A. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.1, p.73-84, 1999. Disponível em : <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 02 jan. 2006.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais a pratica na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. 131p

HELLINGER, F.J. The use of health services by women with HIV infection. **Health Serv Res.**, Rockville, v.28, n.5, p.543-561, 1993. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=8270420>>. Acesso em: 22 out. 2006.

IOANNIDIS, J.P.A. Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 by Pregnant Women with RNA Virus Loads <1000 Copies/mL. **J. Infect. Dis.**, Chicago, v.183, n.4, p.539-545, 2001. Disponível em: <www.journals.uchicago.edu/JID/home.html>. Acesso em: 05 jan. 2005.

KIND, C. et al. Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effect of elective Cesarean section and zidovudine prophylaxis. Swiss Neonatal HIV Study Group. **AIDS**, St. Gallen, v.12, n.2. p.205-210, 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acesso em: 06 jan. 2005.

LANDESMAN, S.H. et al. Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to child. The Women and Infants Transmission Study. **N. Engl. J. Med.**, New York, v.334. n.25, p.1617-1623, 1996. Disponível em: <<http://content.nejm.org>>. Acesso em: 22 maio 2005.

LEAL, M.C. et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, 2004. Supl. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 15 nov. 2006.

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde:** as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996. 2001. 423f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

MALTA, D.C. et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: REIS et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:** reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p.121-142.

MANDELROT, L. et al. Perinatal HIV-1 transmission: interaction between zidovudine prophylaxis mode of delivery in the French Perinatal Cohort. **JAMA**, Paris, v.280, n.1, p.55-60, 1998. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org>>. Acesso em: 22 fev. 2005.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p.276-300.

MARCUS, M.T.; LIEHR, P.R. Abordagens da pesquisa qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação crítica e utilização. 4.ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2001. p. 123-139.

MARQUES, H.H.S. et al. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. **Revista de Saúde Pública**, São José do Rio Preto, v.36, n.4, 1998. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11756.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2005.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 288p.

MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/AIDS no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.1, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 out. 2006.

MELO, V.H. et al. A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. In: CORRÊA, M.D. et al. **Noções práticas de obstetrícia**. 13.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2004. Cap.49, p.699-718.

MENEZES, D.C.S. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/10.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2006.

MERHY, E.E. Em busca a qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S.; CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-160.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, abr./jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 out. 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.513-531, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2006.

MINKOFF, H et al. The relationship of the duration of ruptured membranes to vertical transmission of human immunodeficiency virus. **Am. J. Obstet Gynecol**, v.173, n.2, p.585-589, 1995. Disponível em: <<http://pt.wkhealth.com/pt/re/ajog>>. Acesso em: 25 maio 2006.

MOURA, E.R.F.; HOLANDA JÚNIOR, F.; RODRIGUES, M.S.P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600023&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 dez. 2006.

MRUS, J.M. et al. The cost-effectiveness of elective Cesarean delivery for HIV-infected women with detectable HIV RNA during pregnancy. **Official Journal the**

International AIDS Society, Ohio, v.14, p.2543-2552, 2000. Disponível em: <<http://www.aidsonline.com>>. Acesso em: 22 set. 2006.

NASCIMENTO, L.F.C. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, São Paulo, v.3, n.2, p.187-194, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a09v03n2.pdf>. Acesso em: 20 out. 2006.

OLIVEIRA, M.A. et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, set./out. 2002. p.1429-1439. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11016.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2006.

ORLANDI, E.P. **A linguagem e seu funcionamento**: as formas do discurso. 2.ed. São Paulo: Pontes, 1987. 276p.

ORLANDI, E.P. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. 4.ed. São Paulo: Editora Unicamp, 1997. 189p.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.567-584.

PARKER, R.; AGGLETON, P. Estigma, discriminação e AIDS. Rio de Janeiro, 2001. 45p. (Coleção ABIA Cidadania e Direitos, 1). Disponível em: <www.soropositivo.org/abia/estigma/index.htm>. Acesso em: 15 nov. 2006.

PARKER, R.G.; GALVÃO, J.; BESSA, M.S. **Saúde, desenvolvimento e política**: respostas frente à AIDS no Brasil. São Paulo: ABIA, 1999. 399p.

PASSARELLI, C.A. et al. **AIDS e desenvolvimento**: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. 298p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.103-109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2006.

PUCCINI, R.F. et al. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.35-45, jan./fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14903.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2006.

ROCHA, F.A.F. **A trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro**. 2004. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

RODRIGUES-JÚNIOR, A.L; CASTILHO, E.A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v.37, n.4, p. 312-317, 2004.

RONGKAVILIT, C.; ASMAR, B.I. Advances in prevention of mother-to-child HIV transmission. **Indian J. Pediatr.**, Detroit, v.71, n.1, p.69-79, 2004. Disponível em: <www.ijppediatricsindia.org>. Acesso em: 22 jan. 2005.

SALDANHA, A.A.W.; FIGUEIREDO, M.A.C. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade para o HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável. In: CONGRESSO VIRTUAL, 4., 2003, Portugal. Disponível em: <<http://www.AIDScongress.net/pdf/181.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2006.

SANTOS, I.S. et al. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.6, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 nov. 2006.

SANTOS JÚNIOR, E.A.; DIAS, E.C. Violência no trabalho: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte, v.2, n.1, jan./mar. 2004. Disponível em: <www.anamt.org.br/downloads/revista/vol_02_01/rbmt05.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2006.

SCHRAIBER, L.B. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 11 dez. 2006.

SCHULTE, J.M. et al. Violence and Threats of Violence experienced by Public Health Field-Workers. **JAMA**, Atlanta, v.280, n.5, p.439-442, 1998. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org>>. Acesso em: 20 dez. 2006.

SERRUYA, S.J. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 157f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia)-Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 1994. Disponível em:<<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 23 out. 2006.

SOUZA JÚNIOR, P.R.B. et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.6, 2002. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/03.pdf>. Acesso em: 25 maio 2005.

SPRINZ, E; FINKELSZTEJN, A. **Rotinas em HIV e AIDS**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. 340p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SZWARCWALD, C.L. et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.77-87, 2000. Supl. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2214.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2007.

TANAKA, O.Y. et al. **Projeto de avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. Relatório final. 914BRA2000. São Paulo: Ministério da Saúde/UNESCO, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_mulher.html>. Acesso em: 11 nov. 2006.

TAQUETTE, S.R. et al. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, 2005. Disponível em: <www.scielo.org>. Acesso em: 12 dez. 2006.

TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface**, Botucatu, v.10, n.19, 2006. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 13 dez. 2006.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM J.S.; VILAS BÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.6, n.2, p.7-28, 1998.

THE INTERNATIONAL PERINATAL HIV GROUP. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. **N. Engl. J. Med.**, Bethesda, v.340, n.13, p.977-987, 1999. Disponível em: <<http://content.nejm.org>>. Acesso em: 05 jan. 2005.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.133-149, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 nov. 2006.

TREVISAN, M.R. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.24, n.5, 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 02 jan. 2007.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação, o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 1995. 175p.

UNAIDS & WHO. **AIDS Epidemic update: special report on HIV/AIDS/Dec. 2006**. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization. Geneva, 2006. Disponível em: <http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf>. Acesso em 09 set. 2006.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p.221-35.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R.; LOMAR, A.V. **Retrovíroses humanas HIV/AIDS:** etiologia, patogenia, patologia clínica, tratamento, prevenção. São Paulo: Atheneu, 2000. 436p.

WEISER, S. et al. Barriers to Anti-retroviral Adherence for Patients Living With HIV Infection and AIDS in Botswana. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v.34, n.3, p.281-288, 2003. Disponível em: <http://www.thebodypro.com/cdc/news_updates_archive/2003/dec4_03/botswana_hiv.html>. Acesso em: 24 de out. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention Of Mother-To-Child Transmission Of HIV:** selection and use of nevirapine, technical notes. Department of HIV/AIDS, Department of Reproductive Health and Research, Department of Essential Drugs and Medicines Policy. WHO, Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **HIV And Infant Feeding:** Framework For Priority Action. The Department of Child and Adolescent Health and Development. Geneva, 2003.11p.

ZOBOLI, E.L.C.P.; FORTES, P.A.C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, 2004. Disponível em: <www.scielosp.org>. Acesso em: 02 set. 2006.

7 ANEXOS

ANEXO I – COEP- UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

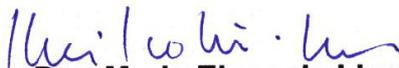
Parecer nº. ETIC 512/05

Interessado: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Departamento Materno – Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou no dia 29 de março de 2006, o projeto de pesquisa intitulado « **Avaliação da Atenção a Gestantes na Prevenção da Transmissão Vertical do Vírus HIV no Município de Belo Horizonte** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

pl 
Prof. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO II – COEP – SMSA

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 03/2006

Projeto: “Avaliação da atenção à gestantes na prevenção da transmissão vertical do vírus HIV no município de Belo Horizonte”

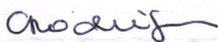
Pesquisador responsável: Alessandra Silva Lima
Francisco Carlos Félix Lana

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (Faculdade de Enfermagem)

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.


Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP – SMSA/PBH

Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2006.

ANEXO III - FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome da Unidade de Saúde	2. Código da Unidade no SIASUS
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

7. N.º da Gestante no SISPRENATAL										8. Gestante acompanhada pelo PSF				
										Código da Área			Microárea	
9. Nome da gestante										10. Data Nascimento				
11. Nome da Mãe da Gestante														
12. Endereço Residencial												Número		
Complemento			Bairro			Município			CEP					

PREENCHER COM APENAS UM DOS SEGUINTE DOCUMENTOS

13. N.º do Cartão SUS					14. N.º do CPF				
15. Certidão de Nascimento ou Casamento									
Nome do Cartório			Livro			Folha			
16. Identidade									
Número					Órgão Emissor				
17. Carteira de Trabalho									
Número			Série			UF			
18. Data da 1ª Consulta Pré-Natal					19. Data da última menstruação				
						/			
20. Responsável pela primeira Consulta Pré-Natal									

Fonte: Ministério da Saúde

ANEXO IV - FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

1. Nome da Unidade de Saúde		2. Código da Unidade no SIASUS		DATA					
3. Nome do Município		4. Código do Município no IBGE		5. UF		6. Código da UF no IBGE			

N.º	Número da gestante no SISPRENATAL	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	HIV	Vacina anti-tetânica			Consulta Puerperal
										1ª dose	2ª dose	Reforço imune	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													

Preencher as quadrículas "Consulta Pré-natal e Consulta Puerperal" com o código da atividade do profissional, conforme tabela: 01 – Enfermeira; 22 – inecologia; 29 – Obstetrícia; 59 – Médico do PSF; 60 – Enfermeira do PSF; 73 – Ginecologia/Obstetrícia; 74 – Medicina Geral Comunitária; 76 – Enfermeira do PACS; 79 – Enfermeira Obstetra; 84 – Médico (qualquer especialidade). No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou a consulta naquele dia. No caso da vacina antitetânica, assinalar com "X" de acordo com o Cartão da Gestante.

Fonte:Ministério da Saúde

ANEXO V- FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV+ E CRIANÇAS EXPOSTAS

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SISGHIV SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE GESTANTE HIV+ E CRIANÇAS EXPOSTAS		N°		
FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual			2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação			Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		
Dados do Caso	5 Agravo GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS			Código (CID10) Z 21	6 Data do Diagnóstico	
	7 Gestante/Parturiente/Mãe da criança exposta			8 Data de Nascimento		
	9 Idade	D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 9 - Ignorado	
	13 Número do Cartão SUS		14 Nome da mãe			
	15 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	16 Número	
Dados de Residência	17 Complemento (apto., casa, ...)			18 Ponto de Referência		
	20 Município de Residência			Código (IBGE)	Distrito	
	21 Bairro			Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone		24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)		
				Código	19 UF	
Dados Complementares do Caso						
HIV	26 Evidência laboratorial do HIV: 1 - Teste rápido reagente 2 - Teste definitivo reagente 9 - Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Antes do pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o parto <input type="checkbox"/> Após o parto					
Categoria de Exposição da	27 Informações sobre a parceria sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Parceiro HIV+/AIDS		<input type="checkbox"/> Parceiro Com Múltiplos Parceiros			
	<input type="checkbox"/> Com Múltiplos Parceiros		<input type="checkbox"/> Parceiro Usuário de Drogas Injetáveis			
	<input type="checkbox"/> Parceiro que Mantém Relações Sexuais Com Homens e Mulheres		<input type="checkbox"/> Parceiro Transfundido			
28 Usuário de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		29 História de Transfusão de Sangue / Derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
30 Acidente com material biológico com posterior soroconversão <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado			31 Transmissão Vertical <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado			
Pré-Natal						
Dados Pré-Natal	32 Município de realização do Pré-Natal		Código	33 Unidade de realização do pré-natal:		
				Código		
	34 Nº da Gestante no SISPRENATAL		35 Idade gestacional da 1ª consulta de pré-natal: semanas		36 Data provável do parto:	
	37 Caso confirmado de aids: <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			38 Em uso de anti-retrovirais para tratamento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	39 Se realizado profilaxia com anti-retroviral idade gestacional de início semanas					
	40 Se não fez profilaxia, motivos: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
<input type="checkbox"/> Não realização do teste anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-retroviral não disponível						
<input type="checkbox"/> Atraso no resultado do teste anti-HIV <input type="checkbox"/> Anti-retroviral não oferecido						
<input type="checkbox"/> Recusa da gestante <input type="checkbox"/> Em uso anti-retroviral para tratamento						
Outros motivos: _____						

Parto						
Dados Parto	41	Município do local do parto	Código	42	Local de realização do parto:	Código
	43	Data do parto:		44	Idade gestacional:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas
	45	Fez pré-natal ?	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	46	Se sim, nº consultas:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	47	Município de realização do pré-natal	Código	48	Unidade pré-natal	Código
	49	Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 00 - não usou 99 - ignorado			
	50	Tempo de ruptura das membranas (horas):	<input type="checkbox"/> 1 - menor que 4h 2 - maior que 4h 3 - não se aplica 9 - ignorado			
	51	Evolução da gravidez:	<input type="checkbox"/> 1 - Parto Vaginal 2 - Parto Cesáreo 3 - Aborto	52	Gestação múltipla:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não
	53	Fez uso de anti-retroviral durante o parto:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado			
	54	Óbito materno:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não	55	Criança:	<input type="checkbox"/> 1 - Vivo 2 - Natimorto 3 - Não se aplica
	56	Início da profilaxia com anti-retroviral na criança (horas):	<input type="checkbox"/> 1 - nas primeiras 24h 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado			
Criança						
Dados Criança	57	Município da unidade de acompanhamento	Código	58	Unidade de acompanhamento da criança:	Código
	59	Nome da criança:		60	Data de nascimento	
	61	Sexo:	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - ignorado	62	Município do local de parto	Código
	63	Local de nascimento (Unidade de Saúde):				
	64	Aleitamento materno:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	65	Se sim, tempo (dias):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	66	Aleitamento cruzado:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	67	Se sim, tempo (dias):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	68	Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):	<input type="checkbox"/> 1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - ignorado			
	69	Utilizou outro anti-retroviral:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado			
	Dados laboratoriais:		Data da coleta	Resultado		
	70	Carga viral (1ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável		
71	Carga viral (2ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável			
72	Carga viral (3ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - indetectável			
73	Sorologia anti-HIV aos 24 meses	Data da coleta	<input type="checkbox"/> 1 - reagente 2 - não reagente 3 - inconclusivo 4 - não realizado 9 - ignorado			
Conclusão	74	Encerramento do caso	<input type="checkbox"/> 1 - infectada 2 - não infectada 3 - indeterminada 4 - perda de seguimento 5 - Óbito			
	75	Se óbito, data:				
	76	Causa do óbito relacionada à aids:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado			
77	Responsável pelo preenchimento:		78	Data:		

ANEXO VI - Instrumento elaborado para a coleta de dados da ficha Sinan:

1) Número da ficha no Sinan

2) Nome da gestante

3) Idade da gestante (em anos) no momento do diagnóstico laboratorial

4) Data de nascimento da gestante

5) Grau de escolaridade da gestante (em anos de estudo concluídos)

1 - Nenhuma

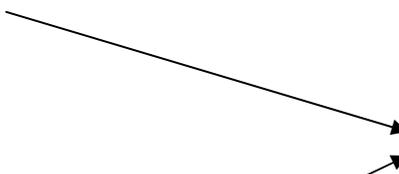
2 - De 1 a 3

3 - De 4 a 7

4 - De 8 a 12

5 - De 12 e mais

9 - ignorado



6) Idade gestacional (em semanas) na primeira consulta de pré-natal

 semanas

7) Evidência laboratorial do HIV

 Antes do pré-natal Durante o parto Durante o pré-natal Após o parto

8) Se realizada a profilaxia com anti-retrovirais, idade gestacional de início (em semanas)

semanas

9) Em uso de anti-retrovirais para tratamento

1-sim 2 não 9- ignorado

10) Se não realizou profilaxia com anti-retrovirais, motivos:

1-sim 2 não 9- ignorado

Não solicitado anti-HIV

Atraso no resultado do teste anti-HIV

Recusa da gestante

ARV não oferecido

ARV não disponível

ANEXO VII - ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO

Nome

Data de Nascimento: ___ / ___ / ___

Sexo: Masculino () Feminino ()

Formação profissional: Enfermeiro () Médico () Outro () Especificar:

Capacitação- Especialização em área:

Cursos e treinamentos realizados nos últimos 5 anos:

Tempo de atuação na instituição: ___ meses ___ anos

- 1) Fale sobre o acolhimento direcionado a gestante no Centro de Saúde.
- 2) Fale sobre o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV direcionado às gestantes.

ANEXO VIII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, abaixo qualificado, DECLARO para fins de participação em pesquisa, que fui devidamente esclarecido sobre o Projeto intitulado:

“Avaliação da Atenção a Gestantes na Prevenção da Transmissão Vertical do Vírus HIV no Distrito Leste do Município de Belo Horizonte”.

O projeto possui como objetivo a avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas de saúde, sob a perspectiva da transmissão materno-infantil do vírus HIV.

O projeto será desenvolvido pela mestrandia Alessandra Silva Lima, do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais, RG MG 10285374, sob a orientação do professor Dr Francisco Carlos Félix Lana. Declaro ter sido informado quanto aos seguintes aspectos:

- a) justificativa e objetivos da pesquisa;
- b) liberdade de me recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- c) a participação na pesquisa não acarreta nenhum tipo de ônus a minha pessoa;
- d) será realizada gravação da entrevista para posterior transcrição pela pesquisadora;
- e) garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando-me absoluta privacidade;

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Belo Horizonte, de _____ de 2006.

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas nas alíneas acima e que obtive, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Belo Horizonte, de de 2006.

Assinatura do Pesquisador
Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG

Tel:(0XX31) 34994592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde

Tel:(0XX31)32777768 E- mail:coep@pbh.gov.br

Mestranda: Alessandra Silva Lima

e-mail: **aleenf_lima@yahoo.com.br**