



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO DE EPIDEMIOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA

**Sífilis e HIV na gestação: uma investigação sobre a
assistência pré-natal na rede SUS do
Município do Rio de Janeiro, 2007/ 2008.**

FERNANDA FÁTIMA ALMEIDA SILVA

RIO DE JANEIRO

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Sífilis e HIV na gestação: uma investigação sobre a
assistência pré-natal na rede SUS do
Município do Rio de Janeiro, 2007/ 2008.**

FERNANDA FÁTIMA ALMEIDA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
de Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional
de Saúde Pública com vistas à obtenção do título de
Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvana Granado Nogueira da Gama
Segunda Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariza Miranda Theme Filha

RIO DE JANEIRO

2010

À minha família, por tudo o que significa para mim.

Agradecimentos

À minha mãe e meu pai, pelo exemplo de vida, pela minha formação moral e intelectual, por estarem presentes em todos os momentos com as mãos estendidas.

Ao meu marido Daniel, pelo constante apoio, pelas palavras de incentivo nos momentos certos, pela compreensão, pelo seu amor.

Ao meu filho Rafael, que, ao chegar no meio desta trajetória, me trouxe mais felicidade.

À minha irmã Flávia, pelas palavras de ânimo, paciência e compreensão.

A Deus, que nos momentos mais difíceis, me mostrou que era possível.

À Dr^a Silvana Granado Nogueira da Gama, minha orientadora, pelos seus ensinamentos, pela disponibilidade e apoio na realização deste trabalho e em todo meu percurso na ENSP, compreendendo meus contratemplos e me encorajando na repentina mudança de planos.

À Dr^a Mariza Miranda Theme Filha, segunda orientadora, sempre com grandiosas contribuições para a evolução e conclusão deste trabalho.

Aos amigos da primeira turma do mestrado de Epidemiologia em Saúde Pública: Gerson, Felipe, Artur, Carolina, Neilane, Wanja, Roberta, Adriano, Aline, Cândida, Michele, Sergio, Isabel, Henrique e principalmente Isaura e Kátia, que, sempre presentes com palavras de força e carinho, contribuíram para tornar esta jornada ainda mais prazerosa.

À amiga Simoni Furtado, pelo incentivo a participar do processo seletivo.

Ao amigo Márcio Candeias Marques, pela constante disponibilidade em ajudar, esclarecendo as dúvidas nos momentos mais complicados.

À Dr^a Kátia Silveira da Silva e Dr^a Maria Inês Couto de Oliveira, por despertarem meu interesse pela Epidemiologia e assim me inspirarem a permanecer no mundo da pesquisa.

Aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, pela contribuição para o nosso aprendizado nas disciplinas, seminários, sessões científicas e demais apresentações.

Aos diretores e coordenadores da Escola Municipal Barão da Taquara: diretora Carla e coordenadora Deise, que aceitaram minha transferência de forma acolhedora, e aos diretores Guilherme e Magali, sempre compreensivos, atendendo minhas diversas solicitações.

A todas as gestantes que aceitaram participar da pesquisa neste momento tão sublime de suas vidas. Que cada dado colhido se transforme em informações importantes para a melhoria da Saúde Pública.

Almeida-Silva. F.F.. **Sífilis e HIV na gestação: uma investigação sobre a assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, 2007/ 2008.** Rio de Janeiro, 2010. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública.

RESUMO

Introdução: A assistência pré-natal é composta por importantes ações que visam minimizar desfechos negativos no parto e puerpério, destacando-se as sorologias de sífilis e HIV, que devem ser realizadas o mais precocemente possível. **Objetivos:** investigar o diagnóstico da sífilis e do HIV na assistência pré-natal, comparando suas solicitações segundo variáveis sociodemográficas, e testar a associação da sorologia de sífilis com outros procedimentos do pré-natal. **Metodologia:** Foram entrevistadas 2422 gestantes em unidades do Sistema Único de Saúde do município do Rio de Janeiro que ofereciam assistência pré-natal, entre 2007 e 2008. A variável desfecho foi a solicitação de exame VDRL e anti-HIV. Foram realizadas comparações de proporção por qui-quadrado de Pearson (χ^2) e análise por regressão logística. **Resultados:** Apenas 71,5% das mulheres referiram ter ambos os exames solicitados. Mulheres com maior nível de escolaridade, idade maior ou igual a 20 anos e maior renda *per capita* tiveram mais pedidos de sorologia VDRL com diferença estatisticamente significativa pelo teste de qui-quadrado de Pearson (χ^2). Nas análises multivariadas por regressão logística entre a solicitação das sorologias e procedimentos do pré-natal, houve associação com a solicitação de VDRL as variáveis de fluxo “disseram para qual maternidade você deveria ir no momento do parto” e de exame físico “em alguma consulta fizeram exame das mamas”. A análise com variável resposta “solicitação de Anti-HIV” obteve associação apenas com a variável do grupo de exame físico “em alguma consulta fizeram exame das mamas”. **Conclusão:** Considerando as variáveis estudadas, a solicitação de Anti-HIV dá-se indistintamente na assistência pré-natal, enquanto que o VDRL ainda precisa de estratégias mais eficazes para o sucesso no monitoramento e prevenção da doença.

Palavras Chave: Cuidado pré-natal; Avaliação em Saúde; Sífilis congênita; HIV.

Almeida-Silva. F.F. **Syphilis and HIV in pregnancy: an investigation of the prenatal care at SUS in the city of Rio de Janeiro, 2007/2008**. Rio de Janeiro, 2010. Dissertation [Masters in Epidemiology in Public Health] - National School of Public Health.

ABSTRACT

Introduction: Prenatal care consists of important actions that aim at minimizing negative outcomes in childbirth and postpartum, with emphasis on syphilis serology and HIV, to be held as early as possible. **Objectives:** To investigate the diagnosis of syphilis and HIV in prenatal care, comparing their requests according to sociodemographic variables, and to test the association of serological tests for syphilis and HIV and other procedures of prenatal care. **Methods:** We interviewed 2422 women in units of the Brazilian Healthcare System in Rio de Janeiro that offered prenatal care between 2007 and 2008. The outcome variables were the request for VDRL and HIV exams. Comparisons were made of proportion by the Pearson chi-square test (χ^2) and logistic regression analysis. **Results:** Only 71,5% of women reported having both exams. Women with higher educational degree, older than 20 years and higher per capita income had more requests for VDRL showed statistical significance difference. In multivariate analysis using logistic regression between the serology request and prenatal procedures, the variables "it was told what maternity you should go to" and "in any consultation breast exam was taken" were associated with the VDRL request. The analysis with response variable "request for Anti-HIV" showed it was associated just with the variable "in any consultation breast exam was taken." **Conclusion:** The request for Anti-HIV exam occurs indiscriminately in prenatal care, while the VDRL still needs more effective strategies for success in monitoring and prevention of syphilis.

Key words: Prenatal care; Health Evaluation; Congenital syphilis; HIV.

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	1
1.	Assistência pré-natal.....	1
1.2	Sífilis e HIV na gestação: considerações iniciais.....	8
1.2.1	Transmissão vertical	10
1.2.2	Tratamentos da Sífilis e da AIDS.....	12
1.2.3	Protocolos de atendimento à gestante com sífilis e HIV.....	14
1.3	Avaliação de serviços de saúde	15
II.	JUSTIFICATIVA	20
III.	OBJETIVOS	22
3.1	Objetivo Geral	22
3.2	Objetivos Específicos	22
IV.	REFERENCIAS	23
V.	ARTIGO	31
5.1	Resumo / Abstract	31
5.2	Introdução	33
5.1.3	Métodos	35
5.1.4	Resultados	41
5.1.5	Discussão	44
5.1.6	Referências	52
VI.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
VII.	ANEXOS	62
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	64
	Questionário.....	65

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1	Distribuição de freqüências da informação das gestantes sobre solicitação das primeiras sorologias de VDRL e HIV, Rio de Janeiro, 2007/2008.	57
Tabela 2	Distribuição das proporções de solicitação de pelo menos um exame anti-HIV e VDRL, por idade gestacional de início do pré-natal. Rio de Janeiro, 2007/2008.	57
Tabela 3	Comparação de proporções de solicitação de VDRL e anti-HIV segundo variáveis sociodemográficas. Rio de Janeiro, 2007/ 2008.	58
Tabela 4	Análises bivariadas entre variáveis do pré-natal e variáveis resposta “solicitação de VDRL” e “solicitação de Anti-HIV” entre as gestantes do 3º trimestre gestacional.	59
Tabela 5	Regressão logística multivariada com “solicitação de VDRL” e “solicitação de Anti-HIV” como variável resposta.	60

I. INTRODUÇÃO

1. Assistência Pré-Natal

A gestação é um fenômeno fisiológico, composto por alterações físicas e emocionais. Apesar das mudanças ocorridas nesse período, a gestação não deve ser vista como algo anormal, evoluindo, na maioria das vezes, sem dificuldades. Entretanto, uma parcela dessas gestações evolui com complicações para mãe e bebê. Para tanto, a assistência pré-natal tem o relevante papel de prevenir e cuidar das possíveis intercorrências maternas e perinatais¹.

O pré-natal é uma das ações programáticas em saúde que alcançou ampla magnitude no que diz respeito à saúde da população, principalmente na esfera da Saúde Pública². A partir do acompanhamento das gestantes durante o pré-natal observa-se importante diminuição de desfechos negativos como morbimortalidade materna e infantil. Esses indicadores, por sua vez, refletem o estado de saúde da população de um modo geral.

Medidas de saúde como o cuidado pré-natal possibilitam a estreita relação dos serviços de saúde com sua clientela, executando ações como promoção da saúde, educação para a saúde, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de problemas de saúde que afetam a gestante e o feto. Desta forma, uma atenção pré-natal adequada é fundamental para a saúde materna e neonatal³.

Para o Ministério da Saúde um programa de pré-natal de qualidade deve assistir à gestante de forma humanizada e atender às reais necessidades das mulheres ao longo da gestação e no puerpério, utilizando-se de todos os meios e conhecimentos científicos disponíveis. No Sistema Único de Saúde - SUS, a organização da assistência obstétrica está voltada para a organização e regulação da atenção à gestação, parto, pós-parto e ao recém-nascido, em todos os níveis de atenção. Desta forma garante o atendimento integrado, mantendo diálogo

permanente com a população, tanto na unidade de saúde quanto nas ações comunitárias, além de captar precocemente as gestantes para o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez ⁴.

De acordo com a Portaria nº 570/GM de junho de 2000 do Ministério da Saúde⁵, o pré-natal deve ser composto por no mínimo seis consultas, preferencialmente distribuídas em uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação. Dentre procedimentos realizados ao longo deste período destacam-se a sorologia para sífilis (VDRL) na primeira consulta e na 28ª semana da gestação, além da sorologia anti-HIV no mesmo período⁴. O profissional de saúde que assiste o pré-natal deve orientar a mulher quanto à importância da realização dos exames, assim como os riscos das doenças e benefícios do diagnóstico e intervenção precoce de caso positivo.

É preconizado que o cuidado pré-natal seja estruturado em uma rede de serviços estaduais e municipais de atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos pré-estabelecidos de referência e contrarreferência, baseado em atividades dentre as quais podemos citar: “vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal nas maternidades/hospitais; captação precoce de gestantes na comunidade; garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde; da realização dos exames complementares necessários; e do atendimento e internação de todas as parturientes e recém-nascidos que procurem os serviços de saúde” ⁴.

Além da garantia do atendimento e acompanhamento pré-natal na região de moradia da gestante, devem ser asseguradas, em seu próprio município ou outro de referência, ações como a realização de exames laboratoriais de seguimento do pré-natal e o encaminhamento das gestantes de alto risco para acompanhamento ambulatorial e hospitalar especializado. Para o bom desempenho da assistência faz-se necessário o monitoramento do sistema de atenção obstétrica e neonatal, assim como de seus resultados, que poderão ser observados pela melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal.

Na mesma linha, o manual técnico “Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada” ⁴ pauta como recursos básicos de uma assistência adequada a disponibilidade de recursos humanos; área física adequada para o atendimento à gestante e seus familiares na unidade de saúde, com equipamentos e instrumentais mínimos; apoio laboratorial para a unidade básica de saúde para realização dos

exames de rotina; instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis (como cartão da gestante, ficha perinatal para coleta de dados e ficha de cadastramento de gestantes); medicamentos essenciais, e avaliação permanente da atenção pré-natal.

A implantação do PAISM, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher ⁶, no início da década de oitenta do século passado, proporcionou evolução em vários quesitos no atendimento pré-natal oferecendo, de fato, uma atenção integral à mulher, não se resumindo ao ciclo gravídico-puerperal. O PAISM tem como prioridade a atenção pré-natal, ao parto e puerpério, atenção à saúde da mulher da adolescência à terceira idade, controle de DST's, câncer cervico-uterino e mamário e assistência à concepção e contracepção. Para isso devem ser realizadas ações como capacitação de profissionais de saúde para o estabelecimento de novas práticas na sua assistência⁷.

O Programa foi implantado de forma bastante heterogênea no Brasil, o que pode refletir na assistência de baixa qualidade nos dias atuais, cujos resultados vêm melhorando, mas ainda são insatisfatórios, se for considerado o mínimo preconizado para a atenção pré-natal humanizada. O PAISM representou uma mudança no olhar para a área de Saúde da Mulher, abordando novas questões tais como a autonomia corporal, dentro de critérios específicos que traziam a condição feminina como determinante do processo saúde-doença⁸. Este enfoque é importante no que diz respeito à mulher como conhecedora de seu corpo, responsável pelo seu autocuidado, capaz de prevenir complicações ou agravos à sua saúde. Sua autonomia na proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, com o uso de um método contraceptivo de barreira, refletiria em grandes resultados tanto para a sua saúde como na redução de complicações peri e neonatais.

Dentre os avanços conquistados no atendimento pré-natal, destaca-se o aumento da média do número de consultas e da cobertura dos serviços de saúde, assim como o início mais precoce do pré-natal ². Em 1995 a média de consultas pré-natal no SUS era de 1,2 por parto, passando para 5,5 em 2005 ⁴. Entretanto, as conquistas alcançadas com o PAISM não foram acompanhadas por uma melhoria proporcional dos resultados evidenciados pelos indicadores de saúde de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Apesar da ampliação da cobertura de atendimento pré-natal o acesso é ainda bastante desigual. Em 1996, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) mostrou que 30% das mulheres moradoras em áreas rurais não realizaram o pré-natal durante a gestação. Longe das grandes metrópoles, as proporções permanecem elevadas, sendo 17% de mulheres sem assistência pré-natal para a região Norte e 25% para a região Nordeste, contrastando com dados da região Centro-Sul, que totalizam menos de 9%, dado não menos preocupante⁹.

Em 2006, em uma nova versão da PNDS destacou-se que somente 1,3% das gestantes não haviam realizado pré-natal. Quando o resultado é analisado por macrorregiões brasileiras, percebe-se um avanço ao longo de dez anos, porém permanecendo a desigualdade no acesso, sendo o pior resultado encontrado na região Norte (3,9%) e o mais favorável na Sudeste (0,2%). Em relação à proporção de mulheres com o mínimo de seis consultas de PN, encontrou-se que 77% da amostra atendiam a recomendação, sendo 84,7% na região Sudeste e 61% na região Norte. O acesso ao serviço também foi maior no meio urbano comparado ao rural. Nos centros urbanos, 0,8% de gestantes não realizaram consultas PN enquanto esse valor foi de 3,6% na área rural. Quanto à realização de pelo menos seis consultas, 80% das gestantes no meio urbano obtiveram a quantidade mínima adequada, contra 66% no meio rural¹⁰.

Em 2001, em uma amostra representativa de mulheres no município do Rio de Janeiro, 61,5% haviam feito sete ou mais consultas de pré-natal¹¹. A mesma pesquisa verificou que 71,8% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, e 3% no terceiro trimestre. Por outro lado, os dados revelam que ao quantificar a adequação da assistência ponderando o número de consultas pela idade gestacional, verifica-se que apenas 30% encontravam-se em níveis adequados, pelo índice de Kotelchuck modificado. Por este índice, mulheres que iniciaram o PN antes ou durante o quarto mês de gestação e fizeram 80 a 109% do número de consultas ideal para sua idade gestacional têm o nível de cuidado considerado satisfatório¹².

Serruya¹³, ao avaliar a assistência pré-natal no Brasil de 2000 a 2002 a partir de resultados do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento⁵, verificou que em 2001, 90% das mulheres foram inscritas no Programa com até 120 dias de gestação. Apesar disso, apenas 20% delas realizaram o mínimo de seis consultas

nos dois anos da pesquisa. No caso do manejo de doenças como a sífilis e HIV/ AIDS, em 2001, o percentual de solicitações de exames para a detecção de sífilis foi a metade em relação às solicitações de exames para HIV/ AIDS. Pesquisa de Leal et al¹¹ no Rio de Janeiro evidenciou prevalência maior de sífilis nos estratos de unidades de saúde vinculadas ao SUS, ressaltando assim, a necessidade de um acompanhamento sistemático no pré-natal, incluindo ações como educação em saúde, especialmente sobre uso de preservativo.

O uso de indicadores objetivos como o número total de consultas pré-natal sempre foi bastante utilizado e, apesar de limitado, não é menos importante para a avaliação dos serviços. Porém, é necessária a utilização de parâmetros que forneçam informações claras acerca da qualidade da assistência prestada, considerando os protocolos já estabelecidos.

Não é raro encontrar desfechos negativos no ciclo gravídico puerperal em mulheres com início precoce e número adequado de consultas de pré-natal. Isto pode ocorrer devido a complicações, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecção urinária, dentre outras doenças que, provavelmente, ocorreram independente da quantidade de consultas, mas refletem a qualidade dessa assistência. No caso das doenças sexualmente transmissíveis, como HIV/ AIDS e sífilis, descobertas tardiamente, na maioria das vezes no momento do parto, também apontam má qualidade da atenção pré-natal, uma vez que são de fácil diagnóstico e tratamento amplamente reconhecidos e disponíveis.

A razão de mortalidade materna (RMM) é o indicador de saúde mais utilizado para avaliar qualidade de assistência no ciclo gravídico-puerperal* ¹⁴. Ele é o indicador internacionalmente adotado quando se avalia a magnitude da mortalidade neste grupo, composto por gestantes e puérperas*. A WHO define o indicador como o resultado obtido pela razão entre o número de mortes maternas e o número de nascidos vivos (NV) em determinado período, multiplicado por 100.000 ¹⁵.

Existem diferentes métodos utilizados para o ajuste dos dados e melhor avaliação, devido a problemas como a subnotificação, como o *Reproductive Age Mortality Survey* (“RAMOS”) e o *Sisterhood Method* ¹⁶. No Brasil, a PNDS de 1996 estimou a RMM em 160 óbitos por 100.000 NV, ajustada pelo *Sisterhood method*

*Gestação até o 42º dia após o fim da gestação

modificado. Estes valores contrastam com a informação oficial do Ministério da Saúde, que estima uma RMM de 45/ 100.000 NV no mesmo ano¹⁷.

No período de 2000 a 2006 a estimativa da razão de mortalidade materna para o município do Rio de Janeiro, oscilou entre 68,2 óbitos/ 100.000 nascidos vivos no ano 2001, correspondendo ao triplo do limite aceitável pela Organização Mundial de Saúde, de 20 óbitos/ 100.000 nascidos vivos¹⁸, para 44,6 óbitos/ 100.000 nascidos vivos em 2005. Houve um retrocesso em 2006, para 50,1 óbitos/ 100.000 nascidos vivos^{19 20}.

A sífilis não ocupa espaço importante na mortalidade materna. Porém, ela é destacada pela prevalência e facilidade de transmissão vertical. É no ciclo gravídico-puerperal que a infecção torna-se mais preocupante, devido à magnitude do agravo na forma congênita, incrementando os números de mortalidade perinatal e abortos.

O HIV incrementa os números de mortalidade materna na definição de "morte materna indireta", ou seja, a morte "resultante de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas às causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez"²¹. Em casos de doença infecciosa, é difícil definir se a morte materna é indireta ou não. Além disso, a feminilização da AIDS proporcionou aumento de casos positivos da doença neste grupo e a probabilidade de mortes durante o ciclo gravídico puerperal²². A AIDS contribui os números da mortalidade materna, não só devido a complicações da doença, mas pelos efeitos colaterais dos antirretrovirais, como problemas cardiovasculares, além de infecções oportunistas. Entretanto, em pesquisa do Ministério da Saúde, esta doença aparece como segunda causa de mortalidade materna associada^{22 23}.

A mortalidade perinatal estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana. Tem como numerador dois componentes - óbitos fetais a partir da 22ª semana (natimortos) e óbitos neonatais precoces, até sete dias de vida, e como denominador o número total de nascimentos, vivos e mortos^{24 25}.

No município do Rio de Janeiro a mortalidade perinatal em 2002 foi 18,6‰²⁶, decrescendo para 17,4‰ em 2003²⁷. Dentre os óbitos perinatais, destacam-se as mortes por sífilis congênita, fato preocupante, por se tratar de doença com tratamento disponível e de baixo custo, além de estar incluída em diversas políticas

públicas para seu controle. Contudo, identificam-se problemas na realização de ações simples como a prevenção da transmissão vertical, mesmo entre as gestantes que visitam regularmente a unidade de saúde para consultas de pré-natal. O aumento da incidência da sífilis, principalmente por casos não tratados durante a gestação, leva ao nascimento de bebês infectados, com quadros muito mais graves da doença. No MRJ, estes casos incrementaram os números de óbitos perinatais entre 1999 e 2002 ²⁶. A mortalidade perinatal por sífilis congênita no MRJ em 2002 foi de 0,9‰, alcançando em torno de 1,1‰ em 2005 ²⁸.

Durante as consultas pré-natais, o profissional de saúde deve esclarecer a gestante sobre todos os procedimentos solicitados, inclusive a realização de exames para diagnóstico de sífilis e HIV. A explicação sobre a necessidade do exame no momento do seu pedido proporciona interesse na sua realização, sobretudo quando enfatiza o risco da infecção para o bebê. Após o exame, com o resultado em mãos, garante-se o reforço dos conceitos abordados na consulta anterior, e maior chance de adesão ao tratamento, caso o resultado seja positivo.

O registro no cartão da gestante é um procedimento importante, permitindo que seu histórico possa ser acompanhado independente do profissional que a atenda, seja no pré-natal seja no momento do parto, otimizando o uso de tecnologias, ao mesmo tempo em que evita solicitações desnecessárias ^{29 30}.

A possibilidade de transmissão vertical da sífilis e do HIV deve ser sempre avaliada pelos profissionais que realizam o pré-natal. O Ministério da Saúde institucionalizou políticas de prevenção e cuidado para a redução destes agravos na população. Todavia, quanto ao HIV, Souza Junior ³¹ em 2004 verificou grande proporção de gestantes infectadas sem acesso à terapia antirretroviral no país, apesar do Programa Nacional de DST/ AIDS recomendar tal ação em todo o território nacional.

Quanto ao combate à sífilis, a qualificação da assistência, principalmente dos profissionais de saúde, ainda é a principal estratégia, uma vez que é amplo o acesso ao serviço básico de saúde e à medicação adequada para o tratamento ³².

Nas duas últimas décadas identifica-se maior divulgação de informações sobre o HIV/ AIDS do que em relação à sífilis, talvez pelo fato de ser uma doença relativamente nova, enquanto a sífilis deixou de ser priorizada, especialmente nos países desenvolvidos, onde não é mais um problema de Saúde Pública. No entanto,

a partir de 1987, nos EUA, a sífilis voltou a ser frequentemente abordada na literatura médica devido, entre outros fatores, à melhoria da notificação dos casos. A doença se destacou também no início da epidemia de HIV pela constatação da facilidade da transmissão deste vírus na presença do cancro sífilítico, assim como progressão de déficits neurológicos por sífilis devido a presença do HIV ³³. Em países subdesenvolvidos como Botswana, os esforços para controle da transmissão vertical do HIV desviaram a atenção de outras doenças, permitindo que ocorressem mortes por sífilis congênita após o término da terapia de prevenção da transmissão vertical do HIV ³⁴.

Durante todo este tempo, a sífilis na gestação e a sífilis congênita atingiram proporções não justificadas pela disponibilidade de diagnóstico e tratamento, assim como seus números não traduzem o resultado esperado das constantes campanhas do Ministério da Saúde para combate à doença. Em 2005, a sífilis em gestantes passou a constar da lista de agravos de notificação compulsória em âmbito nacional³⁵.

1.2 Sífilis e HIV na gestação – Considerações iniciais

A sífilis é uma doença de transmissão sexual, podendo acometer o feto durante a gestação através da placenta (transmissão vertical). O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) dos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de sífilis. Outras formas de transmissão mais raras e com menor interesse epidemiológico são por via indireta (objetos contaminados, tatuagem) e por transfusão sangüínea ³⁶.

Shcaudin e Hoffman, em 1905, associaram a sífilis ao *Treponema pallidum* em seus estudos, quando demonstraram os espiroquetas pela técnica de Giemsa a partir do esfregaço da secreção de lesões secundárias de sífilis ³⁷.

Estimou-se em 2004 no Brasil que a prevalência da sífilis em parturientes era de 1,6%, ou seja, 50 mil infectadas, o que resultaria em cerca de 12 mil casos de sífilis congênita ao ano. Entretanto, no Brasil, são notificados em média apenas quatro mil novos casos de sífilis congênita, com incidência de 1,6 casos/ 1000 NV,

taxa que seria elevada para cerca de 4 casos/ 1000 NV se fossem acrescidas as subnotificações ³⁸.

No município do Rio de Janeiro a prevalência de sífilis no momento do parto era quase 5% em 2000, decrescendo para 3,5% em 2006 ³⁹. Entretanto, a incidência de sífilis congênita cresceu entre os anos 1999 e 2006 ⁴⁰. Este fato deve-se também à obrigatoriedade da notificação de abortos relacionados à sífilis a partir de 2004, além da melhoria na notificação dos casos em geral.

Diferente da sífilis, que acompanha de longa data a humanidade, a AIDS/ HIV surge em um momento em que as doenças infecciosas deixaram de ter importância no perfil de morbimortalidade da população, em virtude da transição epidemiológica.

Nos anos 1977-78 surgiram nos EUA, Haiti e África Central os primeiros sintomas de uma “doença desconhecida”, que em 1982 foi denominada “síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS”. Essa síndrome rapidamente se difunde pelo mundo, chegando ao Brasil, com casos oficialmente registrados em São Paulo em 1982 ⁴¹. Em 1983 é notificado o primeiro caso de AIDS em criança no mundo e o primeiro caso no sexo feminino no Brasil. Entretanto, somente em 1984 o vírus HIV é isolado no Instituto Pasteur, na França ⁴².

Após a descoberta dos primeiros casos no Brasil foi elaborado o Programa Nacional de AIDS e efetivada a política de controle da epidemia. Nesse período o portador do HIV era visto com estigma e discriminação. A doença, antes conhecida apenas através da imprensa, passa a ocorrer de forma crescente na população. Do mesmo modo, antes concentrada em determinados grupos, ela se dissemina: casos antes concentrados em indivíduos do sexo masculino, em sua maioria hemofílicos ou homossexuais, residentes nas grandes metrópoles como São Paulo e Rio de Janeiro, passam a ocorrer entre heterossexuais, levando ao aumento do número de casos entre mulheres, ou seja, a *feminilização*, a partir de 1996. A razão entre os sexos passou de seis homens notificados com AIDS para cada mulher, em 1989, para 1,3, em 2008 ⁴³.

Como consequência observa-se aumento da incidência entre as mulheres em idade fértil, levando ao crescimento da transmissão vertical da doença, inclusive entre as adolescentes. Ao mesmo tempo, observa-se a interiorização, pauperização e juvenilização da transmissão do HIV ^{42 44}. Segundo Amaro ⁴⁵, no Brasil, desde o início da epidemia até setembro de 2003, foram notificados 277.154 casos de AIDS.

A sífilis e a AIDS apresentam alguns contrastes e semelhanças: a sífilis é uma doença conhecida há aproximadamente quinhentos anos, com tratamento e cura disponíveis e reconhecidos. A AIDS é de surgimento recente, cerca de trinta anos, com ampla disponibilidade de tratamento, porém ainda incurável. No que se refere a semelhanças, destaca-se o perfil epidemiológico das doenças: ambas acometem com maior frequência as camadas mais pobres da população. Entretanto, a sífilis ainda é negligenciada, causando inúmeras mortes evitáveis, enquanto a AIDS, não menos grave, é alvo de políticas públicas muito mais destacadas pela mídia, pelos pesquisadores, profissionais de saúde e pela sociedade. Importante destacar que a prevalência de sífilis em parturientes encontrava-se em 1,6% em 2005, cerca de 4 vezes maior que a infecção pelo HIV ³⁸. Verificam-se assim altos números de transmissão vertical, não condizentes com a importância dada pelo Ministério da Saúde com campanhas para sua eliminação, além da disponibilidade do diagnóstico e do tratamento.

1.2.1 Transmissão vertical

O feto, apesar de estar envolto pelas membranas, tem aproximadamente 35% de chance de contrair o vírus HIV intra-útero. Durante o trabalho de parto e parto esta probabilidade é elevada para 60 a 70% e durante o aleitamento materno há risco adicional de transmissão de 7 a 22% ⁴⁶.

Quanto à sífilis, 25% das mulheres podem infectar o embrião em qualquer idade gestacional, independente do estágio em que a doença se encontra na gestante. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Desta forma, gestantes na fase inicial da infecção têm maior chance de transmitir a sífilis para o bebê, devido à alta taxa de espiroquetas na circulação. A taxa de transmissão é de 70 -100% nas fases primária e secundária, 40% na fase latente recente e 10% na latente tardia ³⁶.

A contaminação do feto pode ocasionar abortamento, óbito fetal e morte neonatal em 40% dos conceptos infectados ou o nascimento de crianças com sífilis.

Aproximadamente 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento. Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* pelo contato do recém-nato com lesões genitais maternas no canal de parto⁴⁷.

Geralmente, é no período gestacional que até mesmo as mulheres com dificuldades de acesso a serviços de saúde procuram, em sua maioria, um local para seu cuidado, buscando minimizar desfechos negativos na gravidez e no parto²⁹. O fato de aproximadamente 98% dos partos no Brasil ocorrerem em ambiente hospitalar permite que as gestantes entrem em contato com um serviço de saúde ao menos em um momento na sua gestação, o que pode contribuir para o diagnóstico de casos de sífilis em mulheres que não tiveram assistência pré-natal⁴⁸. O diagnóstico tardio permite que a mulher e criança sejam tratados, porém não contribui para a diminuição da transmissão vertical, já ocorrida.

Em 2003, surge o Projeto Nascer, com o objetivo de reduzir a transmissão vertical da sífilis e HIV/ AIDS. Em relação à sífilis, esperava-se alcançar os objetivos propostos no “Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita” de 1993, ou seja, reduzir a incidência de infecção pelo *Treponema pallidum* para até 1 caso/ 1000 nascidos. Quanto ao HIV/ AIDS, a meta era de redução para 8% entre as mulheres diagnosticadas como HIV positivas durante o parto, e para 3% entre aquelas que receberam a profilaxia com AZT durante o momento do pré-natal, implantando a estratégia de diagnóstico rápido no pré-parto⁴⁶.

A mortalidade geral por sífilis é baixa, porém a letalidade da sífilis congênita ainda é alta, levando a óbitos antes de a gestação ir a termo. Isto se deve, provavelmente, a uma falha na prevenção da transmissão vertical²⁹.

O mesmo autor, estudando a mortalidade por sífilis congênita no Brasil encontrou, no período de 1980 a 1995, um aumento nas regiões Norte e Nordeste e decréscimo de 60% nas outras regiões.

Saraceni²⁶ ao investigar todos os óbitos perinatais no município do Rio de Janeiro entre 1999 a 2002 verificou uma queda progressiva na mortalidade perinatal (de 20,2 para 18,6/1.000 NV). Porém, este fenômeno não foi observado na mortalidade perinatal por sífilis congênita. A autora destaca também que 4% da mortalidade perinatal tiveram como causa básica a sífilis congênita, sendo 5,3% destas mortes fetais e 2,3% de mortes neonatais precoces. É válido ressaltar que os dados da pesquisa apresentaram alta concordância ao se comparar as informações

do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) com as das fichas de investigação da Secretaria Municipal de Saúde. Este fato é importante para demonstrar a fidedignidade das informações. Em relação ao restante do país, onde a qualidade dos registros em saúde são inferiores aos das regiões sul e sudeste, torna-se clara a preocupação com a subnotificação e o subdimensionamento da realidade.

Posolli ⁴⁹, ao avaliar fatores associados ao tempo entre o nascimento e o início do aleitamento materno por parturientes que realizaram teste rápido anti-HIV no município do Rio de Janeiro em 2006, verificou que das mulheres que realizaram este exame durante o pré-natal, 21% chegavam à maternidade sem o resultado da sorologia, sendo necessária uma nova submissão ao teste.

1.2.2 Tratamentos da Sífilis e da AIDS

O tratamento da sífilis incluía mercúrio, bismuto e compostos orgânicos de arsênico até o advento da penicilina em 1943. Até o momento esta droga permanece como o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis ³⁷. Devido a sua eficácia, chegou-se a acreditar no controle da doença, observando-se uma redução da incidência até a década de 60. Desde então o número de casos voltou a aumentar, especialmente a partir da década de 80 com o surgimento da AIDS. Além da tendência mundial do aumento do número de casos de sífilis na população, observa-se o aumento da sífilis congênita ⁵⁰, estimulando a retomada de estratégias para o controle da doença ⁴⁷.

Devido à existência de drogas eficazes no tratamento da sífilis, os países americanos cogitaram a idéia otimista de erradicar a doença até o ano 2000, e esta meta foi encampada pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 1993 ^{29 35}.

Apesar do ressurgimento da atenção ao controle da sífilis na última década, assim como a busca de estratégias para a solução do problema, apesar do baixo custo e da alta eficácia do seu tratamento, percebe-se a sífilis como uma doença negligenciada pelos profissionais de saúde que atuam na assistência direta à população. Este desinteresse se reflete não só na importância dada ao assunto, a

respeito da realização de políticas públicas que manejem a doença no cuidado com a população em geral, mas principalmente com a gestante, no curso da assistência pré-natal.

Em relação à infecção pelo HIV/ AIDS, o primeiro tratamento específico no combate à doença começou em 1987 com o uso do AZT. Este era usado por pacientes com câncer, porém verificou-se que ele também reduzia a multiplicação do HIV. Poucas pessoas tinham acesso ao medicamento. Em 1991 é iniciado o processo para a aquisição e distribuição gratuita dos antirretrovirais. Um ano depois ocorre o primeiro estudo sobre o uso de drogas combinadas para tratamento contra o HIV, e em 1993 o AZT começa a ser produzido no Brasil. Em 1994, estudos do Protocolo 076 do *Pediatric Aids Clinical Trial Group (PACTG 076)* comprovaram a efetividade do uso da Zidovudina que, quando usado durante a gestação, trabalho de parto e parto, reduz a transmissão vertical do HIV em 67,5%, aliado à alimentação exclusiva dos recém-nascidos por fórmula infantil. Nesse mesmo ano, o CDC publicou a recomendação para o uso de AZT pelas mulheres HIV positivas durante o segundo e terceiro trimestres de gestação e durante o parto, e pelas crianças durante as primeiras 6 semanas de vida ⁵¹.

Em 1996 conclui-se o primeiro consenso em terapia antirretroviral ⁵², ou seja, regulamentam a prescrição de medicações para combater o HIV. Além disso, surge a Lei Federal nº 9.313, que fixa o direito ao recebimento de qualquer medicação para tratamento da AIDS gratuitamente ⁵³.

Em 1998 é regulamentada a distribuição gratuita pelo governo de medicamentos para infecções oportunistas em pacientes com AIDS, mas a partir de 1991 os antirretrovirais já eram ofertados pela rede pública ⁵³.

Os avanços na luta pela quebra das patentes dos grupos farmacêuticos internacionais fizeram com que em maio de 2007 o Brasil decretasse o licenciamento compulsório do Efavirenz. Na mesma época foi assinado acordo para reduzir os preços de dois outros antirretrovirais, Lopinavir/ Ritonavir ⁵⁴.

1.2.3 Protocolos de atendimento à gestante com sífilis e HIV

As normas do Manual Técnico de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério de 2005⁵⁵ demonstram aumento do comprometimento pela qualidade da atenção pré-natal. Um dos indicadores apontados é a incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos/1000 nascidos vivos no SUS. As taxas de sífilis congênita, constantemente superiores à meta definida para cumprimento em 2000, levaram o Ministério da Saúde a incluí-la como um evento sentinela da avaliação da qualidade da assistência perinatal, sobretudo a qualidade da assistência pré-natal disponível^{56 57}.

O fato de pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) conseguirem realizar o elenco mínimo de ações preconizadas pelo Programa⁸ levou à elaboração, pelo Ministério da Saúde, de um manual com diretrizes para o controle da sífilis. Em 2002 é confirmado o aumento do seu interesse em controlar a doença, trazendo o foco para os profissionais de saúde, com informações técnicas simples e diretas quanto ao manejo destes casos. A partir de 2005 surgem diversas publicações no Ministério da Saúde voltadas para direcionamento do trabalho dos profissionais de saúde que atuam com gestantes, como os Manuais de bolso “Diretrizes para o controle da sífilis congênita” em 2005³⁶ e o “Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis” em 2007⁵⁸.

Lorenzi⁵⁶ destaca que a grande heterogeneidade no acesso a serviços de saúde no país é uma dificuldade para o controle e cuidado das gestantes com estas doenças durante o pré-natal. Alguns municípios têm dificuldade até mesmo de realização de exames laboratoriais. Entretanto esta justificativa não se aplica nas regiões sudeste e sul do país, onde o autor verificou em um hospital universitário que 85,2% das gestantes realizaram o pré-natal, apresentando taxa de sífilis congênita de 15,5/1000 NV. Destes, 82,6% dos casos maternos foram identificados após o parto, e o que mais se destaca é a realização de apenas uma sorologia durante toda a gestação, quando o Ministério da Saúde preconiza realização de sorologia para sífilis na primeira consulta e no terceiro trimestre de gestação. Fica evidenciado, mais uma vez, a incapacidade de análise da qualidade da assistência a partir de números isolados de consultas totais de pré-natal.

Posolli ⁴⁹, ao avaliar fatores associados ao tempo entre o nascimento e o início do aleitamento materno por parturientes que realizaram teste rápido anti-HIV no município do Rio de Janeiro, verificou que das mulheres que realizaram esta sorologia durante o pré-natal, 21% chegaram à maternidade sem o resultado, sendo necessária uma nova submissão ao teste. Aliado a problemas como falta de sorologia realizada no pré-natal, também são detectadas falhas na comunicação entre profissional e paciente: a mesma pesquisa evidenciou que 79% das parturientes que realizaram pré-natal, tinham o resultado da sorologia anti-HIV do pré-natal em mãos na maternidade. Entretanto, nos prontuários, 75% das gestantes tiveram seu status classificado como ignorado para sorologia anti-HIV.

Diante de dificuldades como as apontadas, em 2004, a Portaria nº 766 institui para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS a obrigatoriedade da realização do teste para diagnóstico da Sífilis e teste rápido para triagem de infecção pelo HIV para todas as parturientes internadas⁵⁹. Acrescido a este cuidado, surge o “Plano Operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis no Brasil”. Ele traz como objetivos aumentar o percentual de parturientes que relatam terem sido testadas para o HIV no pré-natal e conhecerem o resultado do exame antes do parto de 52%, em 2004, para 90% até dezembro de 2011; e aumentar o percentual de parturientes que relatam terem sido testadas para a sífilis no pré-natal de 69,2%, em 2004, para 90% no mesmo período ⁶⁰.

1.3 Avaliação de serviços de saúde

A avaliação é um processo complexo, cuja prática sobre os serviços públicos data de meados do século vinte, época em que o Estado passa a oferecer serviços como saúde e educação, e necessitava contabilizar custos para distribuição mais eficiente dos recursos⁶¹. Segundo Vuori ⁶², qualidade é uma terminologia definida como “algo que denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados que incluem a efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica”. Assim, a qualidade depende, dentre outros fatores, da provisão dos recursos necessários, da

organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas ⁴.

Para Hartz ⁶¹, “avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.”. A autora divide a avaliação em dois critérios bem definidos: avaliação normativa e pesquisa avaliativa. A “avaliação normativa” é aquela que estuda cada um dos componentes da intervenção, no que diz respeito às suas normas e critérios, e “pesquisa avaliativa” aquela que examina as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção, através de um procedimento científico.

Segundo Donabedian ⁶³, a qualidade de um serviço pode ser aferida por três tipos de abordagem: estrutura, processo e resultado. Ela define “estrutura” pela abordagem realizada para verificação de recursos físicos, humanos, materiais e normas de funcionamento do serviço. A avaliação do “processo” é utilizada para verificação da atividade realizada pelos prestadores de assistência à saúde, relação interpessoal destes com a equipe e com a clientela, dentre outros. E a avaliação do “resultado” pode se dar através da verificação do efeito que determinados procedimentos tiveram sobre a saúde da clientela. Neste podem ser incluídos indicadores como, por exemplo, a mortalidade perinatal.

Em 2000, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o “Programa de Humanização do Parto e Nascimento”, com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério à gestante e ao recém-nascido ^{5,8}.

A criação do Sistema Único de Saúde favoreceu o desenvolvimento da avaliação, pelo seu papel na lei e pela possibilidade de analisar diferentes contextos locais. Stenzel ⁶⁴ identifica assim duas linhas discursivas para avaliação da qualidade: uma delas, relacionada à análise do desempenho individual no cuidado em saúde (prática clínicas) e a outra relacionada à avaliação de Programas, voltada ao alcance dos objetivos do cuidado organizado coletivamente, integradas através da concepção ampliada de “programa”. A avaliação da atenção pré-natal e puerperal, pelo Ministério da Saúde ⁴, prevê a utilização de indicadores de processo, de resultado e de impacto. O processo, determinante para a continuidade da

assistência, deve ser avaliado e suas informações repassadas aos profissionais de saúde, que devem organizar a sua assistência baseada nestes dados, de forma a garantir o sucesso e a qualidade do atendimento.

O Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) disponibiliza todos os indicadores de processo. O PHPN cita como 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, no mínimo, seis consultas de pré-natal;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos (dentre eles o VDRL);
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;
- Percentual de gestantes inscritas que receberam imunização antitetânica (no mínimo duas doses durante o pré-natal ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, ou nenhuma dose nas mulheres com imunização completa);
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a imunização antitetânica;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV e que possuam 280 dias ou menos de idade gestacional;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL e que possuam menos de 220 dias de idade gestacional.

Nos estudos sobre a qualidade de atenção prestada no pré-natal, alguns autores buscam relacionar as condições socioeconômicas e de vida com dificuldade de acesso, de adoção de hábitos saudáveis e detecção de riscos. Outros autores identificam quais intervenções apresentam associação com resultados de melhoria de indicadores de morbimortalidade, enfatizando aspectos como início do

acompanhamento no pré-natal, número de consultas, objetivo de atividades educativas e realização de procedimentos de rastreamento, diagnósticos e terapêuticos essenciais ².

Comumente há nos serviços de saúde avaliações da prática cotidiana a partir de julgamentos do “senso comum”, sem uma observação sistematizada, com atribuição de juízos de valor dicotômicos e simplificados: a avaliação é satisfatória quando “a demanda foi grande, logo, o atendimento foi bom e os usuários saíram satisfeitos”. Quando se realiza uma pesquisa avaliativa, há um julgamento da prática baseado em uma pergunta ainda não respondida na literatura especializada

Novaes ⁶⁵ aponta que um conjunto de dados obtidos a partir da clínica e reutilizada em uma dimensão coletiva pela Epidemiologia, como taxas de mortalidade e morbidade, constitui-se também em uma das fontes fundamentais para o desenvolvimento de avaliações nos serviços de saúde. Entretanto, apesar da prática da avaliação de serviços de saúde ser comum em outros países, Carvalho e Novaes ² relatam que no Brasil a avaliação deste tipo de serviço é baseada no uso de indicadores gerais de monitoramento no SUS, uma prática rudimentar no que tange a serviços de saúde. No país, a avaliação se dá na maioria das vezes em situações pontuais, predominantemente realizadas por profissionais do meio acadêmico, que produzem recomendações e orientações para os problemas identificados. Porém, apesar das propostas que surgem diante dos resultados das pesquisas, muitas vezes há um grande abismo entre o que é proposto e a aplicação prática destas medidas.

Duchiade et al ⁶⁶, ao investigarem as mortes não hospitalares em menores de um ano, evidenciam a limitação da avaliação da qualidade dos serviços de saúde quando baseadas apenas em dados quantitativos como número de consultas e atendimento, sem considerar a sua qualidade. Grande número de crianças que foram a óbito fora do ambiente hospitalar foram anteriormente consultadas e mantidas internadas nestas instituições. Situações como esta trazem questionamentos sobre o tipo de atenção recebida e se a mesma foi adequada.

Dentre os índices utilizados para avaliação do desempenho dos programas de pré-natal, podemos citar o índice de Kessner, GINDEX e o Kotelchuck ^{12 67}. O índice de Kessner foi um dos primeiros indicadores compostos. Este índice surgiu em 1973, e considera como critérios para avaliação do pré-natal o mês do início do

atendimento no serviço e o número de consultas ⁶⁸. O índice de Kotelchuck ⁶⁹ adapta o índice desenvolvido por Kessner. Kotelchuck avalia o número de consultas de pré-natal, baseado no mês de início do pré-natal e na proporção de consultas observadas sobre o número de consultas esperadas, de acordo com a idade gestacional no nascimento. Assim, por exemplo, uma mulher que tenha iniciado o pré-natal antes dos 4 meses de gestação e realizado o número de consultas pré-natais recomendadas para a sua idade gestacional, tem sua assistência considerada como adequada. Por outro lado, gestantes que iniciaram o pré-natal após o quarto mês de gestação já tem seu pré-natal considerado inadequado, principalmente se não alcançaram 50% do número de consultas preconizado.

No que diz respeito à prevenção e controle da sífilis congênita, o Manual de Atenção ao Pré-natal e Puerpério orienta alguns cuidados em relação à prevenção, seja nas consultas pré-natal, avaliação pré-concepcional ou em consultas regulares, tal como a testagem do parceiro na avaliação pré-concepcional para sífilis e HIV. Nos casos positivos para sífilis, orienta-se o tratamento da mulher e de seu(s) parceiro(s) para evitar a evolução da doença e, conseqüentemente, a sífilis congênita. Uma ação básica e indispensável na consulta de PN é a orientação sobre os cuidados preventivos, como o uso de preservativos ⁴. Na primeira consulta são solicitadas as sorologia para sífilis (VDRL) e HIV/ AIDS, que devem ser repetidas na 30ª semana de gestação.

II. JUSTIFICATIVA

O presente trabalho justifica-se pela magnitude da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro. Um grande número de gestantes chega às maternidades no momento do parto sem resultado recente de sorologia para sífilis e HIV, apesar das orientações do Ministério da Saúde no Manual de Atenção ao Pré-natal. A falha na comunicação entre profissional de saúde e parturiente com o resultado da sorologia em mãos também desencadeia solicitações de testagem rápida anti-HIV desnecessárias no pré-parto, que por sua vez postergam o início precoce do aleitamento materno. Esta realidade é agravada quando confrontada com inúmeros documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, que visam estabelecer medidas para controlar e diminuir os números de transmissão vertical de sífilis e HIV ^{4 32 35 38 46 60}. Diante de tantas iniciativas brasileiras para o combate a uma doença de tratamento acessível, de baixo custo e disponibilidade na rede pública como a sífilis, além da meta para eliminação da sífilis no ano 2000 no país, torna-se inadmissível a existência de indicadores de sífilis congênita acima do nível tolerável, < 1 /1000 NV, sobretudo em uma metrópole como o Rio de Janeiro.

A sífilis, quando não tratadas adequadamente durante o pré-natal, conduz a puérpera e o recém nascido a uma permanência prolongada na maternidade para tratamento de ambos. Isso traz desgaste emocional devido o longo tempo de internação para realização do tratamento. Quanto ao HIV, há orientações quando às mudanças nos padrões de cuidado com o recém nascido, principalmente a suspensão do aleitamento materno, o que pode ocasionar prejuízo do estabelecimento do vínculo mãe-bebê. Estes fatores por sua vez acarretam aumento nos gastos públicos, associado à ocupação de leitos nas maternidades.

A tendência atual de feminilização, pauperização e juvenilização da infecção pelo HIV/ AIDS desperta atenção para a questão: é crescente o número de gestantes soropositivas que conhecem seu diagnóstico a partir do exame solicitado no pré-natal ou durante o trabalho de parto. A infecção pelo HIV atinge indivíduos de

diversas classes socioeconômicas, tendo as classes menos favorecidas um agravante, pois estão mais propensas à realização de um pré-natal precário, de baixa qualidade e com início retardado, o que dificulta o cuidado no diagnóstico e prevenção da transmissão vertical. A partir disto, destaca-se a importância da avaliação de como é proporcionada a assistência pré-natal a este grupo específico, sobretudo no manejo das afecções sexualmente transmissíveis, sífilis e AIDS.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a prevenção da sífilis e HIV/ AIDS na assistência pré-natal, baseado no protocolo de prevenção e tratamento da sífilis do Manual de Atenção ao Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde de 2006 ⁴.

3.2 Objetivos específicos

1. Descrever as condutas adotadas em relação ao diagnóstico da sífilis e HIV no pré-natal;
2. Comparar as condutas em relação ao diagnóstico da sífilis e HIV segundo variáveis sociodemográficas;
3. Testar a hipótese de associação entre a solicitação do exame de VDRL e outros procedimentos realizados no pré-natal a fim de utilizar este procedimento como marcador de qualidade dessa assistência.

IV. REFERÊNCIAS

- 1 Ribeiro Filho, B. Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM.. – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Rio de Janeiro; 93p., 2004.
- 2 Carvalho, D. S. & Novaes, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S220-S230, 2004.
- 3 Rocha, F. A. F.. Trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2004, 140p. – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Rio de Janeiro; 140p, 2004.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Brasília, Série A: Normas e Manuais Técnicos – Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº5. 2006a.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 570/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.spp.org.br/Portaria_570_GM.pdf. Acesso em 7/9/2008.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 82p.:II – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 7 Osis, M. J. M. D.. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol.14, suppl.1., p.S25-S32, 1998.
- 8 Serruya, S. J.; Cecatti, J. G.; Lago, T. G.. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004a.
- 9 BEMFAM. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996. In: *Saúde da mulher e da criança*. Rio de Janeiro; 1997. p. 103-24.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – PNDS 2006 – Relatório final. Brasília, DF, 2008.
- 11 Leal, M. C. et al. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, suppl, 2004b.

-
- 12 Leal, M. C.; Gama, S. G. N., Ratto, K. M. N., Cunha, C. B.. 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. *Cad. Saúde Pública*, v.20, suppl.1., 2004a.
- 13 Serruya, S. J.; Lago, T. G.; Cecatti, J. G.. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, Aug. 2004b.
- 14 Laurenti, R.; Mello-Jorge, M. H. P.; Gotlieb, S. L. D.. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cad. Saúde Pública*, v.16, n.1, p.23-30, 2000.
- 17 Tanaka, A. C. D.. Dossiê mortalidade materna. São Paulo: Rede Feminista de Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiémortmaterna.html>>. Acesso em: 10 mar. 2009.
- 18 Theme-Filha, M. M.; Silva, R. I.; Noronha, C.P.. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, 1999.
- 19 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. do Rio de Janeiro. Superintendência de Vigilância em Saúde. Gerência de Informações Epidemiológicas. Mortalidade Materna no Município do Rio de Janeiro. Disponível em: www.rio.rj.gov.br. Acesso em: 20/01/2009.
- 20 Costa, J. V.; Kale, P. L.; Costa, A. J. L.; Theme-Filha, M.M.. Análise da mortalidade materna na cidade do Rio de Janeiro. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu - MG –Brasil, setembro 2006.
- 21 OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; 10ª Revisão. São Paulo: CBCD; 1995.
- 22 Laurenti, R.; Mello-Jorge, M. H. P.; Gotlieb, S. L. D.. Mortes por doenças infecciosas em mulheres: ocorrências no ciclo gravídico-puerperal. *Rev Assoc Med Bras*; v.55, n.1, p.64-9, 2009.
- 23 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na mortalidade materna. Relatório Final. Brasília, 2006c.
- 24 OMS. Perinatal mortality. A listing of available information. Geneva: World Health Organization; 1996.
- 25 Rouquayrol, M. Z.; Almeida-Filho, N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- 26 Saraceni, V.; Guimarães, M. H. F. S.; Theme-Filha, M. M.; Leal, M. C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à

criança. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.1244-1250, jul - ago, 2005a.

27 Fonseca, S. C.. Mortalidade perinatal em uma localidade do Rio de Janeiro: aspectos metodológicos, descritivos e determinantes. Rio de Janeiro; xv, 116p. – Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

28 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Superintendência de Vigilância em Saúde. Gerência de Informações Epidemiológicas. Mortalidade Perinatal por sífilis congênita, Município do Rio de Janeiro, 1999 a 2006. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaid5_Grafico4_sifilis.pdf. Acesso em 20/01/2009.

29 Lima, B. G. C.. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, 2002.

30 Donalizio, M. R.; Freire, J. B.; Mendes, E. T.. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiol. Serv. Saúde*, vol.16, n.3, p.165-173, Set. 2007.

31 Souza Junior, P. R. B., et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinelas Parturientes, Brasil, 2002. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 6, Dec. 2004.

32 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

34 Romoren, M.; Rahman, M.. Syphilis screening in the antenatal care: a cross-sectional study from Botswana. *BMC International Health and Human Rights*, v.6, n.8, 2006.

35 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. Brasília, 2005a.

36 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Controle da Sífilis Congênita. Brasília (DF): Ministério da Saúde, p.7-53, 2005b.

37 Singh, A. E.; Romanowski, B. Syphilis: Review with Emphasis on Clinical, Epidemiologic, and Some Biologic Features. *Clinical Microbiology Reviews*, p. 187–209, Apr. 1999.

38 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV

e sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

39 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Superintendência de Vigilância em Saúde. Gerência de Informações Epidemiológicas. Prevalência de sífilis no momento do parto, município do Rio de Janeiro, 1999 a 2006. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaid_sifilis.pdf. Acesso em 20/01/2009.

40 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Superintendência de Vigilância em Saúde. Gerência de Informações Epidemiológicas. Incidência de sífilis congênita por 1000 nascidos vivos no município do Rio de Janeiro, 1999 a 2006. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaid_sifilis.pdf. Acesso em 20/01/2009.

41 Marques, M. C. C.. Saúde e poder: a emergência política da Aids/ HIV no Brasil. Hist. cienc. Saúde-Manguinhos, v. 9, suppl. p.41-65, 2002.

42 Brasil, Ministério da Saúde. História da AIDS. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS232EC481PTBRIE.htm>. Acesso em 10/03/2009.

43 Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS/ DST, ano V, v.1.; MS/SVS/PN-DST/AIDS. SINAN e SISCEL até 30/06/2008 e SIM de 2000 a 2007. Dados preliminares para os últimos 5 anos. Brasília, 2008.

44 Brito, A. M.; Castilho, E. A.; Szwarcwald, C. L.. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba, v.34, n.2, 2001.

45 Amaro, S. T. A.. A Questão da Mulher e a AIDS: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. Saúde e Sociedade, v.14, n.2, p.89-99, Mai 2005.

46 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Programa Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 80 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

47 Avelleira, J. C. R.; Bottino, G.. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An. Bras. Dermatol., vol.81, no.2, p.111-126, Mar 2006.

48 Santos, E. M.; Westman, S.; Reis, A. C.; Alves, R. G.. Avaliação do grau de implementação do programa de controle de transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ (Executora)/ Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde/ CDC/GAP Brasil, 2008.

49 Posolli, G. T. Fatores associados ao tempo entre o nascimento e o início da amamentação entre mães soronegativas que realizaram teste rápido anti-HIV em Hospitais Amigos da Criança no município do Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: Rio de Janeiro, 2004.

50 Araújo, E. C.; Moura, E. F. A.; Ramos, F. L. P., Holanda, V. G. D. A.. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. *Jornal de Pediatria*, 75:119, 1999.

51 Centers for Disease Control and Prevention (US). Recommendations of the U.S. public health service task force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. *Morb Mortal Wkly Rep*; v.43(RR-11): 1-20, 1994.

52 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST/ AIDS. Documento de Consenso sobre Terapia Antirretroviral em adultos. 8 p. tab. Brasília, 1996.

53 Brasil. Lei nº 9313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS . Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=244&word=>. Acesso em 25/04/2009.

54 Brasil. Ministério da Saúde. Terapia antirretroviral e Saúde Pública: um balanço da experiência brasileira / Coordenação Nacional de DST e AIDS – Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

55 Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério - Atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5. Brasília – DF, 2005b.

56 Lorenzi, D. R. S.; Madi, J. M.. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, Dec. 2001.

57 Campos, E. UDST/PN-DST/AIDS. Relatório - Realização de exames VDRL em maternidades da rede SUS na admissão para parto, curetagem e outros procedimentos obstétricos. Disponível em: http://www.aids.gov.br/portalaids_services/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B1FF5F087-1174-4C52-B046-CAEDA5FAEF8D%7D/relatorio_vdrl%20em%20maternidades.pdf. Acesso em 13/11/2008.

58 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília, 2007.

59 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 766 de 21 de dezembro de 2004. Expandir para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS, conforme dispõe a Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000, a realização do

exame VDRL (código 17.034.02-7) para todas as parturientes internadas, com registro obrigatório deste procedimento nas AIH de partos. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-766.htm>. Acesso em 12/05/2009.

60 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano Operacional – Redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Brasília, 2007b.

61 Hartz, Z. M. A.. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

62 Vuori, H. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, 3: Caderno de Ciência e Tecnologia 1:17-25, 1991.

63 Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*; 260:1743-8, 1988.

64 Stenzel, A. C. B.. A temática da avaliação no campo da Saúde Coletiva: uma bibliografia comentada. Campinas; 1996, 257p. – Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

65 Novaes, H. M. D.. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. *Cad Saúde Públ*, Rio de Janeiro, 12(Supl.2): 7-12, 1996.

66 Duchiade, M. P.; Carvalho, M. L.; Leal, M. C.. As mortes "em domicílio" de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro em 1986: um "evento-sentinela" na avaliação dos serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, vol.5, n.3, pp. 251-263, 1989.

67 Coimbra, L. C. et al . Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n.4, Aug. 2003.

68 Kessner DM, Singer J, Kalk CE, Schlesinger ER. Infant death: an analysis by maternal risk and health care: contrasts in health status. Washington, DC:Institute of Medicine, National Academy of Science; 1973.

69 Kotelchuck, M. An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *American Journal of Public Health*, v.84, n. 9.; Sept, 1994.

V. ARTIGO

Sífilis e HIV na gestação: uma investigação sobre a assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, 2007/ 2008.

Fernanda Fátima Almeida Silva

Resumo

A assistência pré-natal é composta por importantes ações que visam minimizar desfechos negativos no parto e puerpério, destacando-se as sorologias de sífilis e HIV, que devem ser realizadas o mais precocemente possível. O objetivo deste trabalho é investigar o diagnóstico da sífilis e do HIV na assistência pré-natal, comparando suas solicitações segundo variáveis sociodemográficas, e testar a associação da sorologia de sífilis com outros procedimentos do pré-natal. Foram entrevistadas 2422 gestantes em unidades de saúde do município do Rio de Janeiro entre 2007 e 2008. Apenas 71,5% das mulheres referiram ter ambos os exames solicitados. Mulheres com maior nível de escolaridade, idade maior ou igual a 20 anos e maior renda *per capita* tiveram mais pedidos de sorologia VDRL com diferença estatisticamente significativa pelo teste de Qui-quadrado de Pearson (χ^2). Nas análises multivariadas por regressão logística entre a solicitação das sorologias e procedimentos do pré-natal, houve associação com a solicitação de VDRL as variáveis de fluxo “disseram para qual maternidade você deveria ir no momento do parto” e de exame físico “em alguma consulta fizeram exame das mamas”. A análise com variável resposta “solicitação de Anti-HIV” obteve associação apenas com a variável do grupo de exame físico “em alguma consulta fizeram exame das mamas”. A solicitação de Anti-HIV dá-se indistintamente na assistência pré-natal, enquanto que o VDRL ainda precisa de estratégias mais eficazes para o sucesso no monitoramento e prevenção da doença.

Palavras chave: Cuidado pré-natal; Avaliação em Saúde; Sífilis congênita; HIV.

Syphilis and HIV in pregnancy: an investigation of the prenatal care at SUS in the city of Rio de Janeiro, 2007/2008

Fernanda Fátima Almeida Silva

Abstract

Introduction: Prenatal care consists of important actions that aim at minimizing negative outcomes in childbirth and postpartum, with emphasis on syphilis serology and HIV, to be held as early as possible. **Objectives:** To investigate the diagnosis of syphilis and HIV in prenatal care, comparing their requests according to sociodemographic variables, and to test the association of serological tests for syphilis and HIV and other procedures of prenatal care. **Methods:** We interviewed 2422 women in units of the Brazilian Healthcare System in Rio de Janeiro that offered prenatal care between 2007 and 2008. The outcome variables were the request for VDRL and HIV exams. Comparisons were made of proportion by the Pearson chi-square test (χ^2) and logistic regression analysis. **Results:** Only 71,5% of women reported having both exams. Women with higher educational degree, older than 20 years and higher per capita income had more requests for VDRL showed statistical significance difference. In multivariate analysis using logistic regression between the serology request and prenatal procedures, the variables "it was told what maternity you should go to" and "in any consultation breast exam was taken" were associated with the VDRL request. The analysis with response variable "request for Anti-HIV" showed it was associated just with the variable "in any consultation breast exam was taken." **Conclusion:** The request for Anti-HIV exam occurs indiscriminately in prenatal care, while the VDRL still needs more effective strategies for success in monitoring and prevention of syphilis.

Key words: Prenatal care; Health Evaluation; Congenital syphilis; HIV.

5.1 Introdução

A sífilis, apesar de menos noticiada atualmente, permanece como um problema de saúde no Brasil, particularmente no que diz respeito à transmissão vertical da doença que, em sua forma congênita, pode gerar sequelas e contribuir para o incremento da mortalidade perinatal. Esta situação se mantém a despeito do amplo acesso ao serviço básico de saúde e à disponibilidade de medicação efetiva^{1,2,3}.

Os EUA, que apresentaram uma queda na incidência de sífilis congênita por 14 anos, tiveram um aumento de 23% deste indicador, de 8,2 casos/ 100.000 nascidos vivos (NV) em 2005, para 10,1 casos/ 100.000 nascidos vivos em 2008⁴. No Brasil, a incidência de sífilis congênita em 2004 foi de 1,6 casos/ 1000 nascidos vivos³, caindo para 1,1 casos em 2006². No mesmo ano, o Município do Rio de Janeiro, onde existe um serviço eficaz de busca ativa, registrou 10,4 casos/1000 nascidos vivos, reduzindo para 9,3 casos em 2009⁵, valor aproximadamente cem vezes maior que o dos EUA.

O Município do Rio de Janeiro, apesar de ter obtido melhorias na assistência pré-natal na última década, convive com números elevados de óbitos perinatais. Em 2006 foram registrados 10,1 óbitos para cada 1000 nascidos vivos, sendo a taxa de mortalidade perinatal por sífilis congênita foi de aproximadamente 1 caso a cada 1000 NV⁶.

Em um contexto semelhante ao da sífilis na gestação, a AIDS e sua transmissão vertical também causam preocupação. Em virtude da expansão da epidemia de HIV/AIDS entre heterossexuais, a feminilização da doença ampliou a transmissão vertical^{7,8}. Por

outro lado, o combate à AIDS encontra-se mais amparado por políticas para seu controle e eliminação^{3,9,10,11,12}.

Tess et al¹³ estimou a taxa de transmissão vertical do HIV em 16%, antes da utilização dos antirretrovirais em São Paulo. Quando na presença da intervenção e entre as gestantes que seguiram as recomendações preconizadas, a taxa caiu para 3%, conforme estudo realizado no Rio de Janeiro em 2000¹⁴. Em 2005, a transmissão vertical pelo HIV no Município do Rio de Janeiro atingiu uma prevalência de 0,8%¹⁵.

Pesquisar as infecções pelo HIV e pelo *Treponema pallidum* permite identificar semelhanças e contrastes: a sífilis, uma doença conhecida há vários séculos, tem tratamento efetivo há oitenta anos^{16, 17}. Enquanto a AIDS, que culminou em 1983, apesar de ainda não dispor de tratamento curativo, tem disponível drogas capazes de controlar a doença¹⁸. Dentre as diversas formas de contágio, ambas são passíveis de transmissão vertical^{11, 17, 18, 19}.

Hoje a AIDS apresenta perfil semelhante ao da sífilis, porém, diferente dessa, que permanece negligenciada, é alvo de políticas públicas muito mais destacadas pela mídia, pesquisadores e sociedade²⁰.

Encontra-se ainda no Brasil, um panorama de elevada prevalência de transmissão vertical da sífilis, não condizente com as campanhas para sua eliminação, nem com a disponibilidade do diagnóstico e do tratamento^{1, 21}.

É preconizado pelo Ministério da Saúde rastrear e tratar estes casos durante o pré-natal^{22, 23}, com a solicitação das sorologias para sífilis (VDRL) e anti-HIV na primeira consulta e na 30ª semana da gestação¹². Uma vez havendo falha neste monitoramento, os casos devem ser diagnosticados no momento do parto. Para tal, foi instituída a Portaria 2.104 de novembro de 2002 (Projeto Nascer Maternidades), definindo a realização da sorologia de todas as mulheres admitidas para o parto nas quais não fosse conhecido o

resultado dos exames ou que esses não tivessem sido realizados durante o pré-natal, a fim de minimizar o risco de transmissão vertical da sífilis e HIV ⁷.

O objetivo deste trabalho é analisar o cumprimento do protocolo em relação à sífilis e HIV/AIDS na assistência pré-natal da rede pública no Município do Rio de Janeiro, com base no Manual de Atenção ao Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde de 2006 e comparar o perfil das mulheres sem o pedido desses exames.

5.2 Materiais e Métodos

Base de Dados, tipo de Estudo e Amostra

Esta pesquisa utilizará os dados do projeto “Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na rede do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro”, estudo seccional que avaliou a assistência pré-natal a partir de entrevistas com 2422 gestantes que receberam este atendimento no período compreendido entre novembro de 2007 e julho de 2008.

A amostragem foi por conglomerado em dois estágios. No primeiro estágio de composição da amostra, foram selecionados estabelecimentos de saúde, que atendiam mulheres com baixo risco gestacional, definidos em quatro estratos: Maternidades, Unidades Básicas de Saúde, unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Casa de Parto. Como critério de inclusão, cada unidade deveria apresentar no mínimo 80 consultas pré-natais mensais, com exceção do estrato das unidades da ESF.

Foram selecionados 5 hospitais, 26 UBS, e, por ser única, a Casa de Parto foi selecionada com probabilidade 1.

Nos estratos de Unidades Básicas de Saúde e Hospitais, as unidades primárias de seleção foram estratificadas por Áreas Programáticas (AP), divisão territorial e administrativa adotada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro, e selecionadas de forma aleatória simples. O número de unidades selecionadas em todas as AP foi proporcional ao número de unidades de saúde existentes nas mesmas. Já no estrato ESF as unidades foram selecionadas de forma a contemplar as seis AP do Município do Rio de Janeiro com maior expansão da Estratégia de Saúde da Família até julho de 2007, priorizando as unidades maiores e mais antigas. Uma das unidades dividiu-se em duas e, assim, por ambas terem sido eleitas a amostra contou ao final com 7 unidades da ESF.

Por outro lado, o cálculo de amostragem das UBS, hospitais e Casa de Parto foi estabelecido considerando o desfecho principal, adequação do pré-natal, estimado em 50%, a partir de estudos anteriores ²⁴, nível de significância de 5% e margem de erro bilateral de 2,5%. Foi feita correção para população finita ($n=25.208$ consultas de pré-natal/mês) e para efeito de desenho, estimado em 1,5.

A alocação da amostra foi feita proporcionalmente ao número de consultas pré-natais em cada estrato, com base em informações de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sendo de 2% para a Casa de Parto, 63% para as Unidades Básicas de Saúde e 35% para os Hospitais do Município do Rio de Janeiro.

O tamanho amostral calculado foi de 2187 gestantes. O número de entrevistas calculado para cada estrato foi dividido pelo número de unidades amostradas. Sendo assim, cada hospital contabilizou 153 entrevistas, cada unidade básica de saúde, 53, e 44 entrevistas na Casa de Parto.

O critério para o cálculo da amostra de gestantes atendidas nas Unidades de Saúde da Família foi o mesmo dos outros estratos, sendo a margem de erro bilateral de

5,2% e correção para população finita (649 atendimentos/mês), totalizando 230 entrevistas. O número de entrevistas foi dividido entre as sete unidades de saúde da família de forma proporcional ao número mensal médio de consultas realizado em cada unidade.

Pelas suas semelhanças, além da possibilidade de permitir a inclusão do efeito de desenho na análise, o estrato Casa de Parto foi unido ao da ESF, devido ao impacto na precisão das estimativas de variáveis, com a inclusão do plano de amostragem por conglomerado²⁵.

Por se tratar de uma amostra complexa, cada elemento obteve a ponderação pelo inverso da sua probabilidade de seleção na população²⁶ e uma calibração para restituir a distribuição conhecida das consultas de pré-natal. Posteriormente, os valores obtidos de peso foram padronizados, multiplicando cada peso não padronizado por um fator k , que foi calculado dividindo-se o tamanho total da amostra pela soma dos pesos não padronizados, conforme descrito por Sousa e Silva²⁶.

Coleta de Dados

Foram utilizados instrumentos padronizados para avaliação do processo da assistência pré-natal e aplicado um questionário a todas as gestantes. As informações contidas no “cartão da gestante” foram registradas em formulário próprio a partir de fotocópia ou transcrição do documento.

O questionário foi aplicado em um único momento para cada gestante, ao término da consulta de pré-natal, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram coletadas informações da consulta atual e resgatados dados relativos às visitas anteriores ao serviço de saúde.

Os dados foram coletados por profissionais e estudantes da área de saúde

previamente treinados, com supervisão dos pesquisadores nas próprias unidades de saúde. Um estudo piloto foi realizado a fim de avaliar os instrumentos, os entrevistadores no método de coleta de dados, as técnicas de abordagem mais adequadas à população de estudo, bem como a logística proposta.

Os questionários foram revisados e codificados pelos membros da equipe, tendo seus dados armazenados através do programa "Access".

Critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi composta por gestantes que compareceram à consulta pré-natal, independente da idade gestacional.

Análise dos Dados

Para este estudo, as variáveis respostas analisadas foram a solicitação da primeira sorologia de sífilis (VDRL) e de anti-HIV, obtidas por meio de três perguntas e categorizadas de forma dicotômica. Considerou-se que o exame havia sido solicitado quando a gestante respondia "sim", e que poderia não ter sido solicitado quando as respostas eram "não", "não sei se foi pedido" ou "não sei o que é sífilis/ HIV".

As variáveis independentes utilizadas foram distribuídas em blocos definidos da seguinte forma: características sociodemográficas e procedimentos de rotina do pré-natal. As características sociodemográficas e suas respectivas categorizações foram: nível de escolaridade (menos de 8 anos; 8 anos ou mais), renda familiar *per capita* (até 250 reais; mais que 250 reais), faixa etária (até 19 anos; 20 ou mais), cor da pele (branca/ amarela; parda/preta) e situação conjugal (vive sem companheiro; vive com companheiro).

Os procedimentos de rotina do pré-natal considerados foram distribuídos por tipo de atividade, sendo assim definidos: Exames laboratoriais - foi solicitado exame de urina

(sim; não), foi solicitado exame de sangue (sim; não); Atividades de Fluxo da unidade - após cada consulta a próxima era marcada (sempre; nunca/ às vezes), teve encaminhamento para alguma maternidade para o momento do parto (sim; não); Atividades Educativas - recebeu orientação por escrito sobre alimentação (sim; não), recebeu orientação sobre amamentação (sim; não); Exame Físico – Foi pesada durante as consultas (sim; não), mediam sua pressão arterial nas consultas (sempre; às vezes; nunca), mediam altura de fundo uterino (sim; não) e realizaram algum exame nas mamas (sim; não).

Para as análises com variáveis da rotina do pré-natal foram utilizadas apenas as gestantes no terceiro trimestre gestacional, a fim de encontrar o maior número de mulheres submetidas a todos os procedimentos do pré-natal, inclusive às sorologias de sífilis e HIV.

Primeiramente foi realizada análise descritiva da solicitação dos exames de sífilis e anti-HIV. Em seguida foram realizadas análises bivariadas entre a solicitação dos exames VDRL e anti-HIV e características sociodemográficas, utilizando o qui-quadrado (χ^2) para testar a hipótese de homogeneidade de proporções de solicitação de ambos os exames entre as categorias das variáveis independentes citadas.

Ao descrever as condutas adotadas para diagnóstico da sífilis e HIV no pré-natal utilizou-se como estratégia metodológica a avaliação normativa. Esta consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os serviços produzidos com normas e critérios estabelecidos^{27, 28}. Este julgamento não leva em consideração as condições específicas dos sistemas locais de saúde, detendo-se apenas à comparação da situação encontrada com os padrões que são preconizados.

A seguir foram realizadas análises bivariadas entre as sorologias VDRL e Anti-HIV e as variáveis referentes a procedimentos de rotina do pré-natal. Como medida de

associação foi estimada a razão de chances (OR), com intervalo de confiança de 80%. As variáveis que se mostraram significativas na associação entre realização de determinada rotina do pré-natal e realização de exame VDRL/ anti-HIV foram incluídas no modelo multivariado.

Foram realizados modelos de regressão logística multivariada utilizando-se as variáveis dependentes citadas com as variáveis de rotina do pré-natal que se mostraram significativas nas análises bivariadas, mostrando sua associação com solicitação das respectivas sorologias. O critério para permanência das variáveis no modelo multivariado final foi a significância estatística no nível de 5%.

Utilizou-se o módulo *Complex Samples*, do SPSS versão 17 na análise dos dados, a fim de ajustar o efeito do desenho da amostra.

Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz sob o parecer nº 134/ 09. Cada puérpera ou seu responsável, em caso de menores de idade, que aceitou participar, assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.3 Resultados

Das 2422 mulheres entrevistadas, 73,2% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 25,9% no segundo trimestre e 0,9% no terceiro trimestre.

Na Tabela 1 pode-se observar que 10,8% das gestantes referiram não ter tido pedido de VDRL enquanto esse valor foi a metade, 5,4%, para a sorologia anti-HIV. A desigualdade em relação à informação sobre as doenças envolvidas fica mais evidente ao identificar que 11,1% das mulheres não sabiam o que era sífilis e apenas 0,2% desconheciam HIV/AIDS. A falha na comunicação dos profissionais com a clientela demonstra outro problema na assistência: 4,6% das gestantes não sabiam informar se o VDRL havia sido pedido durante alguma consulta, enquanto a sorologia para HIV era desconhecida por 1,2% da amostra.

Em relação à solicitação das primeiras sorologias de HIV e sífilis pelos profissionais de saúde durante as consultas, 71,5% das mulheres afirmam que tiveram ambos os exames solicitados, 21,6% tiveram apenas o anti-HIV solicitado, 2% apenas o VDRL. As demais, 4,9%, referem não ter tido pedido essas sorologias no pré-natal (Tabela 2).

Pode-se observar na tabela 2 a frequência de solicitação destes exames de acordo com a idade gestacional em que as mulheres se encontravam na primeira consulta de pré-natal. Entre aquelas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, 73,9% referiram solicitação de ambos os exames. Quanto mais tardio o início do pré-natal menor a proporção de pedido das sorologias, e maior o relato de nenhum requerimento de exame. Quanto às frequências de solicitação de apenas uma das sorologias, constatou-se que havia mais pedidos somente de HIV do que de sífilis. Verificou-se que quase $\frac{1}{4}$ das

mulheres em cada trimestre gestacional obteve somente a solicitação de Anti-HIV, destacando 38,4% de pedidos deste exame para mulheres no terceiro trimestre.

Ao analisar apenas as gestantes que se encontravam no terceiro trimestre de gestação, observou-se que entre aquelas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 77,7% tiveram solicitação de ambas as sorologias. Chama atenção nesse grupo o fato de somente 1,2% das gestantes relatarem não ter tido solicitação para qualquer um desses exames (dados não mostrados).

Quanto às características sociodemográficas, aproximadamente um quarto da amostra era composta por gestantes adolescentes (23,5%), 26,8% eram brancas/amarelas, 65,9% tinha ao menos o ensino fundamental, 48,2% referiram renda familiar *per capita* maior que duzentos e cinquenta reais e 77,6% relataram viver com o companheiro na mesma residência.

Categorizando por tipo de sorologia solicitada (Tabela 3), mulheres com nível de escolaridade maior ou igual a oito anos de estudo, idade maior ou igual a 20 anos, e renda familiar per capita acima de R\$250,00 reais referiram maior solicitação de exame de VDRL, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Situação semelhante é encontrada em relação ao pedido de sorologia anti-HIV, com exceção para a variável idade materna. As demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significativas na comparação de proporções de solicitação de VDRL e Anti-HIV.

Na amostra, 11,8% (286) das mulheres encontravam-se no primeiro trimestre de gestação, 39,8% (970) no segundo trimestre e 48,7% (1116) no terceiro trimestre. Para testar a associação do pedido das sorologias com realização de outros procedimentos do pré-natal decidiu-se considerar apenas as mulheres que se encontravam no terceiro trimestre, pela maior probabilidade de terem sido submetidas aos procedimentos de rotina

e já terem disponíveis os resultados das sorologias, que devem ser solicitadas logo na primeira consulta.

Sobre os exames laboratoriais, 77,1% referiram solicitação de exame VDRL e 95,8% de exame Anti-HIV. O exame de sangue foi solicitado a todas as mulheres, assim como o exame de urina, negado por apenas duas gestantes. Dentre as atividades de fluxo da unidade, 94,7% afirmaram sempre conseguir marcar a próxima consulta ao final da atual consulta de pré-natal, e 41,4% obtiveram encaminhamento para alguma maternidade para o parto. Quanto a atividades educativas, apenas 22,6% receberam orientação por escrito sobre alimentação adequada durante a gestação, e pouco mais da metade (50,3%) recebeu orientação sobre amamentação. Verificou-se ampla realização dos exames físicos: 97,8% foram pesadas e tiveram seu peso informado, 96,2% sempre tiveram sua pressão arterial aferida, 95,7% tiveram a altura de fundo de útero medida, mas apenas 36,4% tiveram as mamas examinadas.

A partir destes dados, decidiu-se descartar para as análises bivariadas as variáveis com frequência de realização maior que 95% durante o pré-natal.

Nas análises logísticas bivariadas entre a solicitação de VDRL e os procedimentos do pré-natal, encontrou-se associação estatisticamente significativa com nível de significância de 20% os seguintes procedimentos: realização de exame das mamas (OR=1,8; p=0,005), orientação sobre alimentação (OR=1,295; p=0,163), orientação sobre amamentação (OR=1,587; p=0,012) e encaminhamento da gestante para algum hospital no momento do parto (OR=1,586; p=0,005).

Nas análises logísticas bivariadas entre a solicitação do exame de HIV e os mesmos procedimentos, foram encontradas associações estatisticamente significativas da variável resposta com todas as variáveis independentes, exceto “depois de cada consulta a gestante teve a próxima marcada”.

Assim, permaneceram as seguintes variáveis para serem testadas na inclusão do modelo logístico multivariado com a variável resposta “solicitação de VDRL”: “disseram para qual maternidade você deveria ir no momento do parto?”, “recebeu orientação por escrito sobre alimentação”, “recebeu orientação sobre amamentação”, e “em alguma consulta fizeram exame das mamas”. Para a análise multivariada com a variável resposta “solicitação de Anti-HIV”, foram utilizadas as mesmas variáveis, incluindo “mediram altura de fundo de útero”.

O melhor modelo testado na análise de regressão logística multivariada que demonstrava associação do pedido da sorologia de VDRL com procedimentos do pré-natal foi o que incluía as seguintes variáveis explicativas: “disseram para qual maternidade você deveria ir ao momento do parto?” ($p=0,053$) e “em alguma consulta fizeram exame das mamas” ($p=0,017$).

Quanto à análise tendo o pedido de Anti-HIV como variável resposta, o melhor modelo testado incluía as variáveis explicativas “em alguma consulta fizeram exame das mamas” ($p=0,005$) e “mediram altura de fundo de útero” ($p=0,000$).

5.4 Discussão

Além da hepatite, a sífilis e o HIV são as únicas doenças sexualmente transmissíveis de notificação compulsória a nível federal. No estado do Rio de Janeiro, todas as doenças sexualmente transmissíveis são de notificação compulsória. Tanto a infecção materna pelo HIV quanto a sífilis, quando diagnosticadas e tratadas durante o

pré-natal, são passíveis de evitar complicações para o feto²⁹. Apesar disto, percebe-se ainda falhas na atenção a estas enfermidades no pré-natal, considerando-se que ambas podem trazer graves consequências para a mãe e para o recém-nato quando não tratadas adequadamente durante a gestação¹⁸.

Tanto o acompanhamento pré-natal precoce^{30, 31} quanto a menor solicitação de exames à medida que a gravidez se torna mais avançada³² corroboram estudos anteriores.

Observou-se maior prevalência de solicitações de teste HIV em relação ao de sífilis. Para uma rotina de atendimento amplamente divulgada, surpreende encontrar parcela significativa da amostra sem conhecimento de solicitação deste procedimento durante o pré-natal, uma vez que a totalidade da amostra, independente do mês de início do acompanhamento pré-natal, deveria ter sido orientada e submetida a tais condutas^{2, 3, 33}.

As DST com ulcerações favorecem a infecção pelo HIV³³. Logo, diagnosticar e tratar doenças como a sífilis pode, além de prevenir o surgimento de complicações decorrentes desta patologia, minimizar a transmissibilidade da AIDS. Assim, os serviços de saúde deveriam priorizar o diagnóstico e tratamento das DST, sobretudo no pré-natal, a fim de evitar a transmissão vertical de tais doenças. No entanto, verifica-se maior dedicação ao diagnóstico do HIV/ AIDS, comparado a sífilis.

O maior conhecimento das gestantes acerca da sorologia de HIV quando comparada à de VDRL sugere que o aconselhamento pré-teste está contribuindo para o conhecimento da doença pela gestante, aliado à maior divulgação na mídia³⁴. Os dados encontrados contrastam com a política de testagem e aconselhamento estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, onde desde 1996 é orientado que a testagem e aconselhamento do HIV sejam realizadas conjuntamente à de sífilis, no pré-

natal ³⁵. Os achados sugerem que a efetivação desta rotina na cidade ainda não está completamente estabelecida, principalmente entre os grupos mais vulneráveis. É conhecida a associação entre o desconhecimento sobre a sífilis e seu manejo no pré-natal com o baixo nível de escolaridade a que geralmente são acometidos os portadores da doença ³⁶. Tais fatores contribuem para a manutenção dos expressivos números da sífilis e permanência das dificuldades de combate à doença, sobretudo relacionadas à sífilis congênita.

A desinformação da gestante acerca do seu atendimento evidencia a falha na comunicação entre profissional de saúde e clientela, além da possível falha na realização das rotinas básicas do atendimento pré-natal. A consulta não deve ser composta apenas por exame físico e solicitação de sorologias, mas uma oportunidade de ouvir e transmitir informações relevantes a respeito da saúde da mulher e do seu bebê, além de atividades de fluxo bem organizadas e estabelecidas.

Apesar de todas as medidas do Ministério da Saúde para proporcionar maior sobrevida de soropositivos de HIV e prevenir a transmissão vertical de HIV/ AIDS e sífilis, atividades mais simples, como a abordagem da gestante quanto à prevenção e tratamento destes males, nem sempre são garantidas. As limitações, por vezes abrangem a detecção precoce do caso durante o pré-natal, assim como o tratamento, onde a gestante não deveria encontrar barreiras para garantir o seu cuidado, que inclui desde medicações a assistência especializada. Os entraves neste processo iniciam pela não concretização das medidas básicas na assistência, como solicitação de exames, à falta de conexão entre os serviços de saúde. Laboratórios e serviços de assistência com problemas de repasse de informações geram frequentes relatos de longa espera dos resultados de exames, assim como a dificuldade de comunicação do laboratório com a equipe de saúde para informação dos resultados das sorologias. Este hiato gera atraso

nos diagnósticos e tem como consequência o atraso no início do tratamento da gestante e/ ou do recém nascido (RN). Quando o diagnóstico positivo de sífilis se dá somente na maternidade, por falta de resultados de exames pré-natais mais recentes, falta de pedido de sorologia pelo profissional de saúde, assim como não preenchimento do cartão da gestante de forma correta, os procedimentos seguintes geram estresse para a mulher e para o recém nascido. Estes fatores, por sua vez, prolongam a estadia do binômio na maternidade, para tratamento do RN, no caso da sífilis. Com o HIV/ AIDS, há a interrupção do aleitamento materno e a orientação quanto às novas formas de cuidado com o RN, com o uso do leite artificial e medicamentos antirretrovirais. Além destes contratempos, destacam-se os gastos públicos aumentados na Saúde com a internação prolongada, quando seria mais prático para a equipe de saúde e para a cliente o seu tratamento via unidade básica de saúde durante a gestação.

Os resultados da análise sociodemográfica da solicitação de ambos os exames corroboram estudos anteriores que investigaram a qualidade da atenção pré-natal^{37, 38} em que mulheres com melhor renda, maior nível de escolaridade e idade acima de 19 anos referiram maior solicitação das sorologias. Entretanto, é sabido que características sociodemográficas menos favorecidas frequentemente estão associadas à prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, desfechos negativos da gestação, assim como a baixa qualidade do pré-natal: mulheres não brancas, com menor escolaridade, menor renda, sem companheiro e adolescentes são os grupos de maior vulnerabilidade^{21, 38, 39, 40,41}.

Dentre os riscos para soropositividade para sífilis destacam-se o histórico de primeira gestação na adolescência, relato de DST pregressas, principalmente o HIV^{2, 38}, além de características socioeconômicas desfavoráveis⁴⁰.

A literatura aponta que as desigualdades raciais associam-se a níveis diferenciados de condições de saúde ³⁹. Neste estudo observou-se que as gestantes pretas/ pardas tiveram maior proporção de solicitação de exames VDRL, embora não fosse estatisticamente significativo. Semelhantemente, estudo do CDC (2010) sobre sífilis congênita revela que mulheres pardas/ pretas relataram maior atenção quanto ao pedido destes exames, mesmo estratificado pela renda ou pela escolaridade. A dedicação maior no rastreamento da doença neste estrato racial é compatível com indicadores de sífilis e sífilis congênita encontrados no estudo citado: nos EUA, entre 2005- 2008, a prevalência de SC entre filhos de negras teve o maior aumento comparado a outras etnias, e somavam cinquenta por cento dos casos notificados desta doença ⁴. No Município do Rio de Janeiro, a prevalência de sífilis entre puérperas pretas e pardas entre 1999-2001 era de 3% comparado a 0,9% entre as brancas ³⁹.

Estudos anteriores demonstram que mulheres solteiras têm maior risco de oportunidades perdidas de prevenção das DST em questão ⁴⁰. Percebe-se que a vulnerabilidade maior à infecção por este grupo, principalmente quando associada à baixa escolaridade e renda, não foi considerada pelos serviços de saúde no que se refere a um rastreamento efetivo.

Podem-se destacar como algumas das principais funções do pré-natal a prevenção e promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento adequado de possíveis problemas que surjam no período gestacional ¹². Para isso, verifica-se que o pré-natal é composto basicamente por atividades que envolvem exame físico, realização de exames em geral (sorologias, bioquímica, dentre outros) e atividades educativas. Para que estas condutas sejam realizadas de maneira humanizada, organizadas e focadas na gestante, é necessária a existência de um fluxo organizado, além de um processo garantido de referência e contrarreferência da unidade de saúde com outras instituições que

contribuem para que as condutas sejam cumpridas satisfatoriamente, tanto ao longo do pré-natal quanto no final da gestação (como resultados de exames em tempo hábil para tomada de decisões, garantia de insumos, e comunicação entre instituições de saúde para segurança da mulher, evitando peregrinação por hospitais à procura de vagas para realização do parto).

Esperava-se que a associação significativa nas análises bivariadas entre a solicitação do exame VDRL e o subgrupo “Atividades Educativas”, das variáveis “orientação sobre alimentação” e “orientação sobre amamentação”, evidenciasse uma assistência focada no diálogo com a gestante, comprometida com a transmissão de informações relevantes para a saúde da usuária, na análise multivariada. No entanto, o desconhecimento da população a respeito da solicitação das sorologias evidencia a perda de oportunidade da equipe em priorizar tal componente da rotina, perdendo-se oportunidade para orientação em saúde.

A variável “solicitação de exame de sangue”, que é realizada para verificação de valores de hemoglobina, hematócrito e glicemia de jejum, poderia ser confundida pela clientela com o teste de sífilis, uma vez que pertence ao mesmo grupo de procedimentos do pré-natal (exames laboratoriais). No entanto, mesmo sendo solicitado na rotina de todas as gestantes no terceiro trimestre de gestação, permanece o desconhecimento das mulheres quanto à forma de realização da sorologia VDRL, assim como da doença. Tal fato sugere a falta de compromisso e preocupação dos profissionais em relação ao cuidado com a sífilis durante as consultas, seja na orientação à mulher quanto aos riscos da contaminação e a importância da prevenção, apesar de a orientação para a prevenção e cuidado da sífilis e da AIDS serem recomendadas pelo Ministério da Saúde precocemente, a partir da avaliação pré-concepcional ¹².

Por outro lado, em relação ao exame anti-HIV, a presença de associação estatisticamente significativa com quase todas as variáveis relacionadas ao pré-natal, evidencia sua ampla solicitação no sistema de saúde, sugerindo que a sua solicitação se dá indistintamente, conforme recomendação do Ministério da Saúde. A AIDS, além de ser mais conhecida, é mais divulgada pela mídia ³⁶, sendo levada ao conhecimento da maioria da população, que associa sua seriedade principalmente ao fato de ainda ser incurável. A falta de divulgação da gravidade da sífilis e da realidade dos indicadores desta doença, sobretudo no âmbito materno infantil, impede que as pessoas conheçam a sua magnitude e, assim, não deem a real atenção ao problema.

Uma vez que o diagnóstico, tratamento e cura são baratos e altamente eficazes, não se justifica conviver com tantos casos de sífilis no Brasil, principalmente no Município do Rio de Janeiro. No diagnóstico e tratamento de uma mulher soropositiva para sífilis em estágios iniciais da gravidez e da doença, há chance mínima de contaminação do feto ²².

Para sucesso do rastreamento da sífilis e da AIDS, é indispensável a parceria entre prestadores de cuidado pré-natal e os serviços de saúde, com uso de estratégias que possam garantir sucesso na monitorização das doenças. Além disso, é necessária prioridade política para abordagem das doenças, com orientação permanente das ações em saúde pública.

A realização das sorologias VDRL e anti-HIV durante o pré-natal (no primeiro e terceiro trimestres) faz parte do protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, independente da suspeita da presença da doença. Neste processo, é indispensável contatar os parceiros sexuais infectados para realização de tratamento e assim fragmentar o elo da cadeia de transmissão. Partindo deste ponto, é possível a intervenção na prevenção de outras DST tão importantes, como consideram a AIDS ³⁹.

A partir dos dados encontrados, verifica-se a necessidade de maiores investimentos em políticas públicas de planejamento familiar e orientação sexual, além de urgência no desenvolvimento de novas estratégias de ações de educação e prevenção da sífilis e do HIV para esta população ³⁸, atentando para a requisição dos exames laboratoriais a todas as gestantes em cuidado pré-natal, com prioridade na orientação em saúde para os grupos mais vulneráveis, desfavorecidos socioeconomicamente, que com frequência encontram-se atendidos por um serviço de saúde de menor qualidade.

Este estudo utilizou-se de relatos das gestantes sobre a solicitação do exame, não de informações colhidas do cartão da gestante ou do prontuário. Portanto, é válido mencionar o possível viés de informação presente nestes dados. Entretanto, nossos resultados nos auxiliam no entendimento da dinâmica do cumprimento das rotinas de sorologias das principais DST investigadas no período gestacional.

5.5 Referências

1 Milanez, H.; Amaral, E.. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Rev Bras Ginecol Obstet., v.30 (7): 325-7, 2008.

2 Szwarcwald, C.L.; Barbosa Junior, A.; Miranda, A.E.; Paz, L.C. Resultados do Estudo Sentinela-parturiente, 2006: Desafios para o Controle da Sífilis Congênita no Brasil. DST – J Bras Doenças Sex Transm, 19(3-4): 128-133, 2007.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

4 Centers for Diseases Control and Prevention (US). Congenital Syphilis - United States, 2003 – 2008. Morb Mortal Wkly Rep; v. 59: 413-17, 2010.

5 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Gerência de DST/AIDS. Sífilis na gestação e sífilis Congênita. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaid_sifilico3_sifilis.pdf. Acesso em Janeiro/2010.

6 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Gerência de DST/AIDS. Sífilis na gestação e sífilis Congênita. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaid_sifilico4_sifilis.pdf. Acesso em Janeiro/2010.

7 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2104/ GM, de 19 de novembro de 2002: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Projeto Nascer-Maternidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS59BBE9C1PTBRIE.htm>. Acesso em: Jan, 2010. Brasília, 2002.

8 Brito, A. M.; Castilho, E. A.; Szwarcwald, C. L.. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba, v. 34, n. 2, Apr, 2001.

9 Brasil. Ministério da Saúde. Terapia antirretroviral e Saúde Pública: um balanço da experiência brasileira / Coordenação Nacional de DST e AIDS – Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Programa Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 80 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

11 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Brasília, Série A: Normas e Manuais Técnicos – Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº5. 2006a.

12 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano Operacional – Redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

13 Tess, B. H. et al. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in São Paulo State, Brazil. Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. *Aids*, São Paulo, v. 12, p. 513-20, 1998.

14 Nogueira, A. S. et al. Assessment of rapid HIV test strategy during labor: a pilot study from Rio de Janeiro, Brazil. *J of Human Virology*, v. 4, n. 5, p. 278-282, 2001.

15 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Gerência de DST/AIDS. Transmissão Vertical do HIV no Município do Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaid_s_vigilancia_boletim_tv_2006.pdf. Acesso em: 18/ 08/2008.

16 Singh, A.E.; Romanowski, B.. Syphilis: Review with Emphasis on Clinical, Epidemiologic, and Some Biologic Features. *Clinical Microbiology Reviews*, p. 187–209, Apr, 1999.

17 Avelleira, J.C.R.; Bottino, G.. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An. Bras. Dermatol.*, v.81 (2), p.111-126, Mar, 2006.

18 Marques, M.C.C.. Saúde e poder: a emergência política da Aids/ HIV no Brasil. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*, v. 9, suppl. p.41-65, 2002.

19 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Controle da Sífilis Congênita. Brasília (DF): Ministério da Saúde, p.7-53, 2005.

-
- 20 Ramos Junior, Novaes, A. et al. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad. Saúde Pública*, vol.23, suppl.3, pp. S370-S378, 2007.
- 21 Saraceni, V.; Guimarães, M. H. F. S.; Theme-Filha, M. M.; Leal, M. C.. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.1244-1250, jul - ago, 2005.
- 22 Carvalho, D. S.; Novaes, H. M. D.. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S220-S230, 2004.
- 23 Ribeiro Filho, B.. Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do Município de Manaus – AM. Rio de Janeiro; 2004, 93p. – Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
- 24 Leal, M. C.; Gama, S. G. N., Ratto, K. M. N., Cunha, C. B.. 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. *Cad. Saúde Pública*, v.20, suppl.1., 2004a.
- 25 Szwarcwald, C. L.; Damacena, G. N.. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev. bras. epidemiol.*, v.11, suppl.1, pp. 38-45, 2008.
- 26 Sousa, M. H.; Silva, N. N. Estimativas obtidas de um levantamento complexo. *Rev Saúde Pública*, v.37(5):662-70, 2003.
- 27 Hartz, Z. M. A.; Silva, L. M. V. S. (org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de unidade. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- 28 Donabedian, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL (ed.) *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: OPAS, 382-404, 1992.
- 29 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. Brasília, 2001.

-
- 30 Leal, M.C. et al. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, suppl. 1, 2004b.
- 31 Chrestani, M. A. D. et al. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, July 2008.
- 32 Misuta, N. M.; Soares, D. A.; Souza, R. K. T.; Matsuo, T.; Andrade, S. M.. Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 8 (2): 197-205, abr. / jun., 2008.
- 33 Nadal, S. R.; Carvalho, J. J. M.. Abordagem Sindrômica das Doenças Sexualmente Transmitidas. *Rev bras Coloproct*, 24(1):70-72, 2004.
- 34 Soares, R. L.. AIDS e imprensa: escritos do jornal Folha de S. Paulo. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 2, n. 2, Feb., 1998.
- 35 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Assessoria de Comunicação Social. “OMS elogia trabalho municipal em sífilis congênita”: In: Sessão Notícias: Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Publicada em 01/12/2006. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/sys/reader/htm/preindexview.htm>Acesso em 12/07/2009)
- 36 Rodrigues, C. S., Guimarães, M.D.C.. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica*,16(3):168–75, 2004.
- 37 Leal, M. C.; Gama, S. G. N.; Cunha, C. B.. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n1, pp. 100-107, 2005.
- 38 Rodrigues, C. S.; Guimaraes, M. D.C.; CESAR, C. C.. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, nº5, Oct, 2008.
- 39 Universidade Federal Fluminense. Setor de DST (MIP/CMB/CCM). Projeto Sífilis Congênita, um desafio de todos. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/>. Acesso em 20/09/2009.

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de freqüências da informação das gestantes sobre solicitação das primeiras sorologias de VDRL e HIV, Rio de Janeiro, 2007/2008.

	VDRL		HIV	
	n	%	n	%
Não foi solicitado	260	10,8	121	5,4
Sim	1779	73,5	2266	93,1
Não sabe o que é sífilis/ HIV	271	11,1	6	0,2
Não sabe informar se o exame foi solicitado	112	4,6	29	1,2
Total	2422	100,0	2422	100,0

Tabela 2 - Distribuição das proporções de solicitação de pelo menos um exame anti-HIV e VDRL, por idade gestacional de início do pré-natal. Rio de Janeiro, 2007/2008.

	Primeiro trimestre		Segundo trimestre		Terceiro trimestre		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
	Nenhum exame solicitado	69	4,0	41	6,7	30	12,8	118
Apenas VDRL solicitado	28	1,6	18	3,0	-	-	47	2,0
Apenas HIV solicitado	354	20,5	146	23,8	8	38,4	523	21,6
Ambos os exames solicitados	1278	73,9	407	66,5	10	48,8	1731	71,5
Total	1729	100,0	612	100,0	21	100,0	2419	100,0

Tabela 3 - Comparação de proporções de solicitação de VDRL e anti-HIV segundo variáveis sociodemográficas. Rio de Janeiro, 2007/ 2008.

Variáveis	Exames solicitados			
	VDRL		Anti-HIV	
	%	Valor de p	%	Valor de p
Nível de escolaridade		n=1779		n=2265
Menos de 8 anos	62,7	0,000	90,1	0,000
8 ou mais anos	79,1		94,7	
Renda familiar <i>per capita</i>		n=1511		n=1909
Até 250 reais	72,6	0,027	92,2	0,005
> 250 reais	77,2		95,6	
Faixa etária		n=1779		n=2265
<20 anos	66,6	0,000	90,5	0,089
≥ 20 anos	75,6		93,9	
Cor da pele		n=1778		n=2265
Branca/ Amarela	71,8	0,111	93,3	0,831
Parda/ Preta	74,1		93,1	
Situação conjugal		n=1779		n=2266
Vive sem companheiro	71,7	0,622	92,9	0,711
Vive com companheiro	74,0		93,2	

Tabela 4 – Análises bivariadas entre variáveis do pré-natal e variáveis resposta “solicitação de VDRL” e “solicitação de Anti-HIV” entre as gestantes do 3º trimestre gestacional (n=1116)

Variáveis do pré-natal	VDRL SOLICITADO			ANTI-HIV SOLICITADO		
		N=865		N= 1074		
	%	OR	p	%	OR	p
Exame Físico						
Mediram altura de fundo de útero?	n=863			n=1072		
Sim	96,0	1,299	0,524	96,2	4,706	0,000
Não	4,0	1,000		3,8	1,000	
Realizaram exame das mamas?	n=865			n=1073		
Sim	39,3	1,800	0,005	37,6	5,889	0,002
Não	60,7	1,000		62,4	1,000	
Atividades Educativas						
Recebeu orientação sobre alimentação?	n=865			n=1072		
Sim	23,6	1,295	0,163	22,9	1,765	0,131
Não	76,4	1,000		77,1	1,000	
Recebeu orientação sobre amamentação?	n=865			n=1074		
Sim	52,9	1,587	0,012	51,1	2,330	0,046
Não	47,1	1,000		48,9	1,000	
Fluxo da unidade						
Após cada consulta teve a próxima marcada?	n=861			n=1068		
Sempre	94,6	0,955	0,852	94,6	0,513	0,436
Nunca/ Às vezes	5,4	1,000		5,4	1,000	
Foi encaminhada para maternidade no parto?	n=860			n=1067		
Sim	43,9	1,586	0,005	42,4	3,392	0,033
Não	56,1	1,000		57,6	1,000	

Tabela 5 - Regressão logística multivariada com “solicitação de VDRL” e “solicitação de Anti-HIV” como variável resposta.

Variável	VDRL			Anti-HIV		
	OR	IC	p	OR	IC	p
Exame Físico						
Mediram altura de fundo de útero?						
Sim	-	-	-	3,710	1,927 – 7,145	0,000
Realizaram exame das mamas?						
Sim	1,513	1,082 – 2,116	0,017	4,515	1,624 – 12,555	0,005
Atividades Educativas						
Recebeu orientação sobre alimentação?						
Sim	1,213	0,870 – 1,691	0,246	1,884	0,837 – 4,239	0,122
Recebeu orientação sobre amamentação?						
Sim	1,336	0,952 – 1,873	0,091	1,254	0,509 – 3,092	0,614
Fluxo da Unidade						
Foi encaminhada para maternidade no parto?						
Sim	1,329	0,996 – 1,774	0,053	2,433	0,759 – 7,803	0,131

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da melhoria dos indicadores da assistência pré-natal, como a procura pelo atendimento mais precocemente, verificou-se a permanência de falhas em atividades básicas deste serviço. Mesmo tratando-se de um estudo transversal, no qual os dados foram adquiridos através de questionários com gestantes, observa-se desconhecimento de procedimentos que deveriam ser realizados durante as consultas, além de informações que deveriam ser claras para este público, uma vez que o acesso aos serviços de saúde está sendo consolidado. Isto denota dificuldade na comunicação profissional de saúde – clientela, questões como dificuldade de entendimento entre os grupos mais vulneráveis, principalmente as de menor nível de escolaridade, e limitações do profissional em oferecer um serviço de melhor qualidade em virtude de problemas logísticos, como sobrecarga de atendimento devido à excessiva demanda. Diante disso, torna-se evidente a necessidade de abordagem diferenciada para as gestantes, sobretudo as de camadas socioeconomicamente desfavorecidas, com menor nível de escolaridade.

A desatenção à sífilis, comparada à dedicação ao rastreamento do HIV, em termos de solicitação de sorologias, deve ser contornada pelas unidades de saúde, a fim de oferecer plenamente os serviços de assistência pré-natal, conforme recomenda o Ministério da Saúde. Subestimar a magnitude da sífilis congênita ou transmitir a responsabilidade da realização da sorologia para o momento do parto é ignorar os riscos inerentes para o feto e para a mãe, que são acometidos com prejuízos como prolongamento da internação e outras dificuldades, além de maiores investimentos públicos, que poderiam ser evitados se as políticas de prevenção tivessem sido realizadas plenamente.

É preciso investir em um serviço pré-natal de qualidade para a população, através de políticas públicas eficazes, com campanhas permanentes para o controle e eliminação da sífilis congênita.

ANEXOS

Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na rede do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro

GESTANTE

2007

Questionário N°

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada _____
você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa: "**Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na rede do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro**", de responsabilidade da FIOCRUZ.

O estudo pretende avaliar como as gestantes e puérperas vêm sendo atendidas nas unidades de saúde.

A sua participação irá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer uma entrevista, quando serão feitas perguntas sobre você e sobre como foi atendida nesta unidade de saúde. Suas respostas serão anotadas em um formulário.

Suas informações ficarão em segredo, e o seu nome não será divulgado. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar.

Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Assinatura da entrevistada

Rio de Janeiro, ___ / ___ / _____ Entrevistador _____|____|____|

Para esclarecimentos, entrar em contato com: Dra. Maria do Carmo Leal ou Dra. Silvana Granado.
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 808, Manguinhos. Tel: 2598 2621 ou 2598 2620.
Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 Tel e Fax - (21) 2598-2863.
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/RJ: Rua Afonso Cavalcanti 455/601
e-mail: cep@ensp.fiocruz.br e <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>
O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00.

Informações adicionais no caso de recusa da mulher em participar da pesquisa:

Motivo da Recusa: _____

-
- 1) Recusa: 1. Gestante na 1ª consulta 2. Gestante em consulta subsequente 3. Puérpera
2) Idade: | anos
3) Escolaridade: | Série/anos completos de faculdade | 1. fundamental 2. médio 3. superior
4) Raça ou cor: | 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena

25. Qual o seu trabalho atual? 1.Servidora pública 2.Empregada, não servidora pública 3.Autônoma (vá para a 27) 4.Empregadora (vá para a 27)		<input type="text"/>
26. Você tem carteira assinada? 0.Não 1.Sim		<input type="text"/>
27. Você tem outro tipo de fonte de renda, como pensão, aposentadoria, biscoite ou bolsa família? 0.Não 1.Pensão 2.Aposentadoria 3.Biscoite 4.Bolsa família 5.Outro _____		<input type="text"/> <input type="text"/>
28. Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você?		<input type="text"/>
29. Quem é o chefe da família? (ler até a alternativa 3) 1. Você (a própria mulher) (vá para a 31) 2. O companheiro 3. Outra pessoa da família 4. Outro _____		<input type="text"/>
30. Qual foi a última série que o (chefe da família) completou na escola? <input type="text"/> Série/ anos completos de faculdade <input type="text"/> 1. Fundamental (1º grau) 2. Médio (2º grau) 3. Superior (3º grau)		
31. Qual é a renda do (chefe da família)?		R\$ <input type="text"/>
32. Qual a renda familiar total?		R\$ <input type="text"/>
<i>Agora, vou fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa.</i>		
Na sua casa tem...		
33. Rádio	0. Não Sim, quantos?	<input type="text"/>
34. Geladeira	0. Não Sim, quantas?	<input type="text"/>
35. Freezer	0. Não Sim, quantos?	<input type="text"/>
36. Videocassete	0. Não Sim, quantos?	<input type="text"/>
37. DVD	0. Não Sim, quantos?	<input type="text"/>
38. Máquina de lavar roupa (não incluir tanquinho)	0. Não Sim, quantas?	<input type="text"/>
39. Forno de microondas	0. Não Sim, quantos?	<input type="text"/>
40. Linha de telefone fixo	0. Não Sim, quantos?	<input type="text"/>
41. Computador	0. Não Sim, quantos?	<input type="text"/>
42. Televisão	0. Não (vá para a 44) Sim, quantas?	<input type="text"/>
43. Quantas são a cores?		<input type="text"/>
44. Aspirador de pó	0. Não Sim, quantos?	<input type="text"/>
45. Ar condicionado	0. Não Sim, quantos?	<input type="text"/>
46. Carro particular	0. Não Sim, quantos?	<input type="text"/>
47. Você paga alguém para te ajudar no cuidado da casa ou dos teus filhos? 0. Não (vá para a 49) 1. Sim		<input type="text"/>
48. Você tem empregada mensalista?		0. Não Sim, quantas? <input type="text"/>

III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Agora vou fazer algumas perguntas sobre gravidez.

49. Quantas vezes você já esteve grávida, contando com esta gravidez e algum aborto ou perda que você tenha tido? Se 01, vá para o bloco IV.		<input type="text"/>
---	--	----------------------

50. Você fez pré-natal nas outras vezes em que ficou grávida? 0. Em nenhuma 1. Apenas em algumas 2. Sim, em todas	<input type="checkbox"/>
51. Você já teve algum aborto ou perda? 0.Não (vá para a 53) Sim, quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
52. Quantos abortos foram espontâneos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
53. Quantos partos você já teve? (Se 0, vá para 60)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
54. Quantos partos foram cesarianas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55. Quantos filhos nasceram vivos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
56. Algum filho nasceu morto? 0.Não Sim, quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
57. Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes de ter um mês de vida? 0.Não Sim, quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
58. Você já teve algum bebê que nasceu com peso menor que dois quilos e meio (2,5 kg)? 0.Não Sim, quantos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
59. Qual foi a data do seu último parto (bebê vivo ou morto), antes desta gravidez?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

IV. HISTÓRIA DA GRAVIDEZ ATUAL

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua gravidez atual.

60. Qual foi a data da sua última menstruação? (se não informado, vá para 62)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
61. Você tem certeza desta data? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
62. Com quanto tempo de gravidez o médico ou enfermeiro disse que você está?	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas <input type="text"/> <input type="text"/> meses
63. Você procurou atendimento pré-natal em outra unidade de saúde antes desta? 0.Não (vá para a 65) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
64. Por que você veio para este posto/maternidade? (não ler as alternativas) 1. Não conseguiu atendimento na outra 2. Não gostou do atendimento na outra 3. Foi encaminhada para cá 4. Este é o mais próximo da sua casa 5. Outro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
65. Antes da 1ª consulta de pré-natal, você teve algum atendimento em que pediram exame de sangue e/ou urina? 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
Atenção! Se primeira consulta vá para a 67.	
66. Com quanto tempo de gravidez você teve a 1ª consulta individual de pré-natal com médico ou enfermeiro?	<input type="text"/> <input type="text"/> sem <input type="text"/> <input type="text"/> meses
Atenção! Se início do pré-natal antes de 14 semanas ou 3 meses, vá para 68.	
67. Por que você não teve esta 1ª consulta mais no início da gravidez? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu consulta antes) 2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte) 4. Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha importante iniciar o pré-natal cedo) 5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas) 6. Não sabia que estava grávida 7. Outro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
68. Quantas consultas você já teve desde que começou o pré-natal, contando com a de hoje?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

69. Depois de cada consulta de pré-natal você teve a sua próxima consulta marcada? 0.Nunca (vá para 74) 1.Às vezes 2.Sempre 3. Vai ser marcada hoje				<input type="checkbox"/>
70. Por problema no posto/maternidade ou por dificuldade sua você perdeu alguma consulta marcada? 0.Não (vá para a 74) 1.Sim				<input type="checkbox"/>
71. Por que você perdeu a consulta? (não ler as alternativas) 1. Dificuldades de acesso (o posto não funcionou, profissional faltou, etc) 2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte) 4. Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha importante fazer todas as consultas de pré-natal) 5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas) 6. Outro				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
72. Teve dificuldade para remarcar essa(s) consulta(s) perdida(s)? 0.Não (vá para a 74) 1.Sim				<input type="checkbox"/>
73. Que dificuldade você teve para remarcar a consulta? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu a consulta) 2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte) 4. Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha que é problema perder uma consulta de pré-natal) 5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas) 6. Outro				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
EXAMES <i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre exames feitos durante a gravidez atual.</i>				
74. Em alguma consulta deste pré-natal o médico ou enfermeiro examinou suas mamas? 0.Não 1.Sim				<input type="checkbox"/>
75. Você fez o exame preventivo durante este pré-natal? 0.Não 1.Sim (vá para a 77)				<input type="checkbox"/>
76. Quando você fez seu último exame preventivo? (não ler as alternativas) 1. Há menos de 1 ano 2. Entre 1 e 3 anos 3. Há mais de 3 anos 4. Nunca fez				<input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal foi pedido...	a) 0.Não 1.Sim	b) Foi feito? 0.Não 1.Sim 2. Foi pedido hoje	c) Teve dificuldade para fazer? 0.Não 1.Sim	d) Qual foi a dificuldade?(*)
77. Exame de sangue?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 78)	<input type="checkbox"/> (Se 2, vá para a 78)	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 78)	<input type="checkbox"/>
78. Exame de urina?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 79)	<input type="checkbox"/> (Se 2, vá para a 79)	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 79)	<input type="checkbox"/>
79. Exame de fezes?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 80)	<input type="checkbox"/> (Se 2, vá para a 80)	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 80)	<input type="checkbox"/>

80. Ultra-sonografia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Se 2, vá para a 83)	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para a 81)	<input type="checkbox"/>
<p>(*) Não ler as alternativas</p> <p>1- Dificuldades de acesso (aparelho quebrado, não conseguiu marcar, não tinha o exame)</p> <p>2- Questões pessoais (ficou com medo, não achou importante fazer o exame, não quis fazer o exame)</p> <p>3- Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem)</p> <p>4- Outra</p>				
Atenção! Caso a gestante não tenha feito ultra-sonografia nesta gravidez, vá para a 83.				
81. Quantas ultra-sonografias foram feitas?				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
82. Você pagou por algum exame de ultra-sonografia ou fez pelo plano de saúde?	0. Não 1. Sim			<input type="checkbox"/>
83. Durante esta gravidez você teve algum problema de saúde que te incomodou?	0. Não (vá para a 105) 1. Sim			<input type="checkbox"/>
Qual foi o tipo de problema? (não ler as alternativas)				
84. Enjôo	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
85. Vômito	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
86. Azia/Queimação	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
87. Prisão de ventre	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
88. Hemorróida	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
89. Dor de cabeça	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
90. Nervosismo	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
91. Dor nas costas	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
92. Inchaço nas pernas	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
93. Pressão alta	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
94. Açúcar no sangue	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
95. Sífilis	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
96. Corrimento vaginal	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
97. Anemia	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
98. Infecção na urina	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
99. Ameaça de aborto	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
100. Ameaça de parto prematuro	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
101. Perda de líquido	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
102. Sangramento	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>
103. Outro	0.Não 1.Sim			<input type="checkbox"/>

104. Você acha que o pré-natal te ajudou a resolver esse(s) problema(s)? 0. Não 1. Sim, todos 2. Sim, alguns		
105. Durante esta gravidez você foi internada alguma vez? 0. Não (vá para o bloco V) 1. Sim		
Por que você foi internada? (não ler as opções para a entrevistada)		
106. Pressão alta	0. Não 1. Sim	
107. Diabetes	0. Não 1. Sim	
108. Sangramento vaginal	0. Não 1. Sim	
109. Perda de líquido	0. Não 1. Sim	
110. Ameaça de aborto	0. Não 1. Sim	
111. Ameaça de parto prematuro	0. Não 1. Sim	
112. Anemia	0. Não 1. Sim	
113. Infecção urinária	0. Não 1. Sim	
114. Vômitos	0. Não 1. Sim	
115. Outro _____	0. Não 1. Sim	

V. INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e alimentação.

116. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)		
117. Você foi pesada hoje? 0. Não Sim, qual o peso? (anotar em kg)		
118. Nesta consulta de pré-natal, falaram para você como estava o seu ganho de peso? 0. Não falaram nada 1. Disseram que estava normal 2. Disseram que estava ganhando pouco peso 3. Disseram que estava ganhando muito peso		
Atenção! Se primeira consulta vá para a questão 120.		
119. Em cada consulta de pré-natal, aqui neste posto/maternidade, você foi pesada? 0. Nunca 1. Às vezes 2. Sempre		
120. Qual é a sua altura? (anotar em metros)		
121. Sua altura foi medida em alguma consulta deste pré-natal? 0. Não 1. Sim		
Durante o pré-natal, aqui no(a) posto/maternidade, falaram para você		
122. comer mais frutas e legumes?	0. Não 1. Sim	
123. beber mais leite, iogurte ou queijo?	0. Não 1. Sim	
124. beber bastante água?	0. Não 1. Sim	
125. comer menos sal?	0. Não 1. Sim	
126. comer mais feijão?	0. Não 1. Sim	
127. comer fígado 1 vez por semana?	0. Não 1. Sim	
128. as quantidades e os alimentos que você deveria comer em cada refeição?	0. Não 1. Sim	
Atenção! Se todas as questões de 122 a 128 forem Não (0), vá para a questão 131.		

129. Neste posto/maternidade, quem falou com você sobre alimentação? (pode marcar mais de 1) 1.Nutricionista 2.Enfermeiro 3.Médico 4. Outro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
130. Conversaram com você sobre alimentação: (pode marcar mais de 1) 1. Na consulta 2. Em grupo 3. De outro jeito _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
131. Neste posto/maternidade, você recebeu alguma orientação por escrito sobre alimentação na gravidez? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VI. ACONSELHAMENTO PRÉ-NATAL

Vou fazer algumas perguntas sobre o pré-natal deste posto/maternidade.

132. Você foi convidada a participar de algum grupo de gestantes neste posto/maternidade? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
133. Você participou de alguma atividade de grupo, neste posto/maternidade? 0. Não 1. Sim (marque 1 na 135 e vá para a 136)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
134. Por que não participou da atividade? (não ler as alternativas) 1.Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu vaga) 2.Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse) 3.Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte) 4.Questões pessoais (não quis ir, não achou importante) 5.Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola 6. Não tem/ não sabe da existência de trabalho de grupo com gestantes (marque 0 na 135 e vá para a 136) 7.Outro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
135. Neste posto/maternidade tem trabalho de grupo com gestantes? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal, neste posto/maternidade, falaram para você...	
136. Não faltar às consultas marcadas? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
137. Não fumar? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
138. Evitar bebida alcoólica? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
139. Sobre a importância de você ter uma consulta com um dentista durante a gestação? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
140. Trazer sempre o cartão de pré-natal nas consultas? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal, neste posto/maternidade, conversaram sobre...	
141. Relação sexual na gravidez? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
142. Situações em que deveria procurar atendimento de emergência? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
143. Direitos trabalhistas durante a gravidez, como licença maternidade, licença paternidade, licença para amamentação ou algum outro? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atenção! Se gestante com menos de 7 meses ou 28 semanas de gestação (questão 62), vá para a o bloco VII.	
144. Durante o pré-natal, neste posto/maternidade, te explicaram sobre os diferentes tipos de parto? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
145. Explicaram sobre as vantagens do parto normal? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
146. Durante o pré-natal neste posto/maternidade, te explicaram sobre os sinais do trabalho de parto? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
147. Explicaram sobre o que acontece durante o trabalho de parto normal? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal, neste posto/maternidade, explicaram que, para ajudar no trabalho de parto e sentir menos dor, você deve...	
148. Tomar banho para relaxar? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
149. Caminhar e mudar de posição? 0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante o pré-natal, neste posto/maternidade, explicaram...	

150. Que você não precisa fazer raspagem dos pelos para o parto?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
151. Que você não precisa fazer lavagem intestinal para o parto?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
152. Explicaram que você tem direito de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto?	0.Não (vá para a 154) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
153. Explicaram que esse direito à acompanhante é garantido por lei?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Atenção! Se todas as questões de 144 a 153 forem Não (0), vá para a questão 155.		
154. Neste posto/maternidade, conversaram com você sobre o parto: (pode marcar mais de 1) 1. Na consulta 2. Em grupo 3. De outro jeito. _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
155. Durante o pré-natal, neste posto/maternidade, disseram para qual maternidade você deveria ir no momento do parto?	0.Não (vá para a 157) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
156. Para qual maternidade disseram que você deveria ir? _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
157. Falaram para você levar o cartão de pré-natal para a maternidade?	0.Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

VII. INFORMAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

Vou fazer algumas perguntas sobre o que explicaram para você sobre amamentação neste pré-natal.

158. Aqui neste posto /maternidade falaram com você sobre amamentação?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
159. Aqui, explicaram para você como colocar o bebê no peito para mamar?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
160. Explicaram como tirar o leite do peito com as mãos, depois do parto, se precisar?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
161. Neste posto/maternidade explicaram que quanto mais o neném mamar, mais leite a mãe vai ter?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
162. E explicaram que não se deve dar mamadeira ao bebê?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
163. Falaram até quando o bebê deve mamar <u>só</u> no peito?	0. Não Sim, até quantos meses?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atenção! Se todas as questões de 158 a 163 forem Não (0), vá para a questão 165.		
164. Neste posto/maternidade conversaram com você sobre amamentação:(pode marcar mais de 1) 1. Na consulta 2. Em grupo 3. De outro jeito _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
165. Você acha que este posto/maternidade está apoiando você para poder amamentar o seu bebê? (não ler as alternativas)	0.Não 1. Sim 2. Mais ou menos	<input type="checkbox"/>

VIII. MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

166. Você já teve problema de pressão alta <u>sem</u> estar grávida? (excluir hipertensão gestacional)	0.Não 1. Sim (vá para 172)	<input type="checkbox"/>
Atenção !! Se for primeira gestação vá para a 168.		
167. Em alguma gravidez, antes desta, você teve pressão alta?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
168. Mediram a sua pressão hoje?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Atenção! Se primeira consulta vá para a questão 170.		
169. Nas consultas deste pré-natal, mediram a sua pressão?	0. Nunca (vá para bloco IX). 1. Às vezes 2. Sempre	<input type="checkbox"/>
170. Em alguma consulta deste pré-natal te falaram que sua pressão estava alta?	0.Não (vá para o bloco IX) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
171. Nesta consulta em que a pressão estava alta, o médico ou enfermeiro mediu sua pressão outra vez para ter certeza que ela estava alta?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
172. O médico ou enfermeiro explicou sobre os riscos da pressão alta para você e para o bebê?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
Neste pré-natal, para cuidar da sua pressão, conversaram com você sobre...		
173. fazer repouso	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
174. sua alimentação	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>

175. Passaram remédio para pressão alta?		0.Não (vá para a 178) 1. Sim		<input type="checkbox"/>
176. Você conseguiu o(s) remédio(s) aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública? 0. Não 1. Sim, apenas alguns 2. Sim, todos (vá para a 178) 3. Não tentou (vá para a 178)				<input type="checkbox"/>
177. Qual foi a dificuldade para conseguir? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis tratar) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____				<input type="checkbox"/>
178. Você toma remédio para pressão alta no momento?		0.Não 1.Sim		<input type="checkbox"/>
Neste pré-natal, por causa da pressão alta, você foi encaminhada para uma consulta:	0. Não 1. Sim	b) Você conseguiu ter a consulta? 0. Não 1. Sim 2. Foi encaminhada hoje	c) Teve alguma dificuldade para ter a consulta? 0. Não 1. Sim	d) Qual dificuldade? (*)
179. com um clínico geral?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para 180)	<input type="checkbox"/> (Se 2, vá para 180)	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para 180)	<input type="checkbox"/>
180. com um cardiologista?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para 181)	<input type="checkbox"/> (Se 2, vá para 181)	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para 181)	<input type="checkbox"/>
181. com um nutricionista?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para 182)	<input type="checkbox"/> (Se 2, vá para 182)	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para 182)	<input type="checkbox"/>
182. com algum outro profissional?	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para 183)	<input type="checkbox"/> (Se 2, vá para 183)	<input type="checkbox"/> (Se 0, vá para 183)	<input type="checkbox"/>
(*) Não ler as alternativas. 1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar consulta, não tinha médico, demorou para marcar) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis ir) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____				
183. Você foi encaminhada para continuar seu pré-natal em outro posto ou maternidade por causa da pressão alta?		0.Não (vá para o bloco IX) 1. Sim		<input type="checkbox"/>
184. Você conseguiu ser atendida nesse outro posto ou maternidade? (não ler as alternativas) 0.Não 1. Sim (vá para o bloco IX) 2. Foi encaminhada hoje (vá para o bloco IX) 3. Data já foi marcada (vá para o bloco IX)				<input type="checkbox"/>
185. Qual foi a dificuldade que você teve para ser atendida? (não ler as alternativas) 1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar a consulta, não tinha vaga) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis ir) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____				<input type="checkbox"/>

IX. MANEJO DO DIABETES MELLITUS

186. Você tem diabetes, problema de açúcar alto no sangue, quando <u>não</u> está grávida? (excluir diabetes gestacional) 0.Não 1.Sim (vá para 189)		<input type="checkbox"/>
Atenção! Se primeira gestação vá para 188.		
187. Você já teve diabetes nas outras vezes em que esteve grávida?		0.Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
188. Durante esta gravidez seu exame de sangue mostrou açúcar alto? 0.Não (vá para o bloco X) 1. Sim 2. Não fez exame (vá para o bloco X) 3.Não recebeu o resultado do exame (vá para o bloco X)		<input type="checkbox"/>
189. Neste pré-natal, o médico ou enfermeiro explicou os riscos do açúcar alto no sangue para você e seu bebê?		0.Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
190. Explicaram sobre a alimentação que você deve ter para ajudar a controlar o açúcar no sangue?		0.Não 1.Sim <input type="checkbox"/>

191. Foi passado remédio para controlar o açúcar no sangue? (não ler as alternativas) 0. Não (vá para a 194) 1. Sim, insulina 2. Sim, outro remédio				<input type="checkbox"/>
192. Você conseguiu este remédio aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública? 0. Não 1. Sim (vá para a 194) 2. Não tentou (vá para a 194)				<input type="checkbox"/>
193. Qual foi a dificuldade para conseguir? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis tratar) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____				<input type="checkbox"/>
194. Você usa algum remédio para diabetes no momento? 0.Não 1.Sim				<input type="checkbox"/>
Neste pré-natal, por causa do açúcar alto no sangue, você foi encaminhada para uma consulta:	0. Não 1.Sim	b) Você conseguiu ter a consulta? 0. Não 1.Sim 2. Foi encaminhada hoje	c) Teve alguma dificuldade para ter a consulta? 0. Não 1.Sim	d) Qual dificuldade?*
195. com um clínico geral?	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 196	<input type="checkbox"/> Se 2, vá para 196	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 196	<input type="checkbox"/>
196. com um endocrinologista?	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 197	<input type="checkbox"/> Se 2, vá para 197	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 197	<input type="checkbox"/>
197. com um nutricionista?	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 198	<input type="checkbox"/> Se 2, vá para 198	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 198	<input type="checkbox"/>
198. com algum outro profissional?	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 199	<input type="checkbox"/> Se 2, vá para 199	<input type="checkbox"/> Se 0, vá para 199	<input type="checkbox"/>
(*) Não ler as alternativas. 1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar consulta, não tinha médico) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis ir) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4.Outra _____				
199. Você foi encaminhada para continuar seu pré-natal em outro posto ou maternidade por causa do diabetes? 0.Não (vá para o bloco X) 1.Sim				<input type="checkbox"/>
200. Você conseguiu ser atendida nesse outro posto ou maternidade? (não ler as alternativas) 0.Não 1.Sim (vá para o bloco X) 2.Foi encaminhada hoje (vá para o bloco X) 3.Data já foi marcada (vá para o bloco X)				<input type="checkbox"/>
201. Qual foi a dificuldade que você teve? (não ler as alternativas) 1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar a consulta, não tinha vaga) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis ir) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____				<input type="checkbox"/>

X. MANEJO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Neste pré-natal foi pedido um exame de sífilis/VDRL...				<input type="checkbox"/>
202. Antes da sua primeira consulta, na triagem? (não ler as alternativas) 0.Não 1.Sim (vá para a 204) 2. Não sabe o que é Sífilis/ VDRL (vá para o bloco XI)				<input type="checkbox"/>
203. Na sua 1ª consulta de pré-natal? 0.Não (vá para a 205) 1.Sim 9. Não sabe (vá para a 205)				<input type="checkbox"/>
204. Você fez esse exame? 0.Não 1.Sim (vá para a 206) 2. Foi pedido hoje (vá para o bloco XI)				<input type="checkbox"/>
205. Você fez algum exame de sífilis/VDRL neste pré-natal? 0.Não (vá para o bloco XI) 1.Sim 9. Não sabe (vá para o bloco XI)				<input type="checkbox"/>
206. Qual foi o resultado do seu primeiro exame para sífilis/VDRL? 0. Negativo (vá para a 216) 1. Positivo 2. Não chegou o resultado (vá para a 216)				<input type="checkbox"/>
207. Neste pré-natal, o médico ou enfermeiro explicou sobre os riscos da sífilis para você e o bebê? 0.Não 1.Sim				<input type="checkbox"/>

208. Foi passado algum tratamento para você?	0.Não (vá para 213) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
209. Qual foi o tratamento passado para você? 1. Sim, Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 14 dias 5. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 30 dias 6. Sim, Outro _____		<input type="checkbox"/>
210. Você fez o tratamento?	0.Não 1.Sim (vá para a 212) 2.Ainda está em tratamento (vá para 213)	<input type="checkbox"/>
211. Por que não fez o tratamento? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o medicamento) (vá para 213) 2. Questões pessoais (não quis tratar, teve medo do tratamento) (vá para 213) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) (vá para 213) 4.Outra _____ (vá para 213)		<input type="checkbox"/>
212. Você fez um novo exame de sífilis após terminar o tratamento?	0.Não 1. Sim 2.Ainda está em tratamento(tratamento há menos de 1 mês)	<input type="checkbox"/>
213. Neste pré-natal, foi pedido um exame de sífilis para o seu parceiro?	0.Não 1.Sim 2.Não tem parceiro (vá para 215)	<input type="checkbox"/>
214. Foi passado tratamento para o seu parceiro?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
215. Explicaram sobre o uso de camisinha, neste pré-natal?	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
MANEJO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO		
Atenção! Se gestante com <u>menos</u> de 7 meses ou 28 semanas (questão 62) vá para o bloco XI.		
216. Foi pedido um exame de sífilis depois do <u>sétimo mês de gravidez</u> ?	0.Não (vá para o bloco XI) 1.Sim 2.Sim, só foi feito 1 exame e este foi após 7 meses (vá para o bloco XI)	<input type="checkbox"/>
217. Qual foi o resultado desse outro exame para sífilis, o exame de VDRL, pedido após o <u>sétimo mês de gravidez</u> ?	0. Negativo (vá para o bloco XI) 1. Positivo 2. Não recebeu o resultado (vá para o bloco XI) 3. Não fez o exame (vá para o bloco XI)	<input type="checkbox"/>
218. Neste pré-natal, o médico ou enfermeiro informou sobre os riscos da sífilis para você e o bebê?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
219. Foi passado algum tratamento para você?	0.Não (vá para 224) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
220. Qual foi o tratamento passado para você? 1. Sim, Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 14 dias 5. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 30 dias 6. Sim, Outro _____		<input type="checkbox"/>
221. Você fez o tratamento?	0. Não 1. Sim (vá para a 223) 2.Ainda está em tratamento (vá para 224)	<input type="checkbox"/>
222. Por que não fez tratamento? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o medicamento) (vá para 224) 2. Questões pessoais (não quis tratar, teve medo do tratamento) (vá para 224) 3. Dificuldades financeiras (não tinha dinheiro para a passagem) (vá para 224) 4. Outra _____ (vá para 224)		<input type="checkbox"/>
223. Você fez novo exame depois de terminar o tratamento?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
224. Foi pedido exame para o seu parceiro?	0. Não 1. Sim 2.Não tem parceiro (vá para 226)	<input type="checkbox"/>
225. Foi passado tratamento para o seu parceiro?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

226. Conversaram com você sobre o uso de camisinha?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---------------	--------------------------	--------------------------

XI. MANEJO DO HIV NA GESTAÇÃO

Neste pré-natal, foi pedido um exame para diagnóstico da infecção pelo HIV, o vírus da Aids...			
227. Antes da sua primeira consulta, na triagem? (não ler as alternativas)	0. Não 1. Sim (vá para a 229) 2. Não sabe o que é HIV/AIDS (vá para o bloco XII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
228. Na sua 1ª consulta de pré-natal?	0. Não (vá para a 231) 1. Sim 9. Não sabe (vá para a 231)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
229. Conversaram com você sobre esse exame antes dele ser pedido?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
230. Você fez esse exame?	0. Não 1. Sim (vá para a 232) 2. Foi pedido hoje (vá para o bloco XII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atenção! Se primeira consulta vá para o bloco XII.			
231. Você fez algum exame para diagnóstico da infecção pelo HIV, o vírus da Aids neste pré-natal?	0. Não (vá para o bloco XII) 1. Sim 9. Não sabe (vá para o bloco XII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
232. Você teve alguma dificuldade para fazer esse exame? (não ler as alternativas)	0. Não 1. Dificuldade de acesso (exame não disponível) 2. Questões pessoais (fiquei com medo, não achei importante, não quis fazer) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Não sabia que tinha que fazer este exame 5. Outra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
233. Qual foi o resultado do primeiro exame que você fez?	0. Negativo 1. Positivo (vá para o bloco XII) 2. Indeterminado (vá para o bloco XII) 3. Não recebeu o resultado (vá para o bloco XII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANEJO DO HIV NA GESTAÇÃO			
Atenção! Se gestante com <u>menos</u> de 7 meses ou 28 semanas (questão 62) vá para o bloco XII.			
234. Foi pedido um outro exame para diagnóstico da infecção pelo HIV, o vírus da Aids, depois do sétimo mês de gravidez?	0. Não (vá para o bloco XII) 1. Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
235. Você fez este exame?	0. Não (vá para o bloco XII) 1. Sim 2. Sim, só foi feito um exame e este foi após 7 meses (vá para o bloco XII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
236. Qual foi o resultado?	0. Negativo 1. Positivo 2. Indeterminado 3. Não recebeu o resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XII. MANEJO DA INFECÇÃO URINÁRIA

237. Você teve alguma infecção na urina durante esta gravidez?	0. Não (vá para o bloco XIII) 1. Sim 9. Não sabe (vá para o bloco XIII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
238. O médico ou enfermeiro falou sobre os riscos da infecção na urina para você e o bebê?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
239. Foi pedido um exame de cultura de urina?	0. Não (vá para a 242) 1. Sim 2. Foi pedido exame de urina, mas não sabe qual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
240. Você conseguiu fazer o exame?	0. Não 1. Sim (vá para a 242) 2. Data já foi marcada (vá para a 242)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
241. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas)	1. Dificuldade de acesso (exame não disponível) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis fazer) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
242. Foi passado algum remédio para você?	0. Não (vá para o bloco XIII) 1. Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
243. Você conseguiu o(s) remédio(s) aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública?	0. Não 1. Sim (vá para a 245) 2. Não tentou (vá para a 245)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
244. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis tratar) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____ 	_
245. Você tomou o remédio como o médico passou? 0. Não (vá para 247) 1.Sim 2. Ainda está tomando o remédio (vá para 247)	_
246. Após o tratamento o médico pediu um novo exame de urina? 0. Não 1.Sim 2. Ainda está em tratamento	_

XIII. MANEJO DO CRESCIMENTO INTRA-UTERINO

Atenção! Se gestante com <u>menos de 20 semanas</u> ou 5 meses (questão 62) vá para o bloco XIV.					
247. Mediram sua barriga hoje?				0. Não 1. Sim	_
248. Em algum momento deste pré-natal o médico ou enfermeiro disse para você que a sua barriga:					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estava crescendo normalmente (vá para o bloco XIV) 2. Estava crescendo menos do que deveria 3. Estava crescendo mais do que deveria (vá para o bloco XIV) 4. Nunca falou sobre o assunto (vá para o bloco XIV) 					_
249. Explicaram o motivo da sua barriga estar crescendo pouco?				0. Não 1. Sim	_
250. Foi pedido um exame de ultrasonografia para avaliar o crescimento do bebê?	a) 0. Não 1.Sim _ (se 0, vá para 251)	b) Foi feito? 0. Não 1.Sim 2. Foi pedido hoje _ (se 2, vá para 251)	c) Teve dificuldade para fazer? 0. Não 1.Sim _ (se 0, vá para 251)	d) Qual foi a dificuldade(*)?	_
(*)Não ler as alternativas					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar o exame, exame não disponível) 2. Questões pessoais (fiquei com medo, não achei importante, não quis fazer o exame) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra 					
251. Quando o médico disse que sua barriga estava crescendo pouco, ele marcou para você voltar para a consulta em menos de um mês?				0. Não 1.Sim	_
252. Você foi encaminhada para continuar o pré-natal em outro posto ou maternidade por causa da sua barriga estar crescendo pouco?				0. Não (vá para o bloco XIV) 1. Sim	_
253. Você conseguiu ser atendida no posto ou maternidade para o qual foi encaminhada?				0. Não 1. Sim (vá para o bloco XIV) 2. Foi encaminhada hoje (vá para o bloco XIV) 3. Data já foi marcada (vá para o bloco XIV)	_
254. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas)					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar a consulta, não tinha vaga) 2. Questões pessoais (fiquei com medo, não achei importante) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____ 					_

XIV. MANEJO DA ANEMIA

255. Durante este pré-natal o médico ou enfermeiro disse que você estava com anemia?				0. Não (vá para a 264) 1. Sim	_
256. Neste pré-natal, foi passado sulfato ferroso ou outro remédio com ferro?				0. Não (vá para a 261) 1. Sim	_
257. Você conseguiu o remédio aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública?				0. Não 1.Sim (vá para a 259) 2. Não tentou (vá para a 259)	_
258. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas)					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio) 2. Questão pessoal (não achei importante) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 					_

4.Outra _____	
259. Neste pré-natal falaram para você que esse remédio deve ser tomado... 1. Durante as refeições 2. Uma hora antes das refeições 3. De algum outro jeito _____	<input type="checkbox"/>
260. Você está tomando sulfato ferroso ou outro remédio com ferro? 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
261. Você foi encaminhada para continuar pré-natal em outro posto ou maternidade por causa da anemia? 0. Não (vá para a 269) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
262. Você conseguiu ser atendida? 0. Não 1.Sim (vá para a 269) 2.Foi encaminhada hoje (vá para a 269) 3. Data já foi marcada (vá para a 269)	<input type="checkbox"/>
263. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas) 1. Dificuldades de acesso (não conseguiu marcar a consulta, não tinha vaga) (vá para a 269) 2. Questões pessoais (não achei importante) (vá para a 269) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) (vá para 269) 4. Outra _____ (vá para a 269)	<input type="checkbox"/>
264. Mesmo sem anemia, passaram para você sulfato ferroso ou outro remédio com ferro? 0. Não (vá para a 269) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
265. Você conseguiu o remédio aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública? 0. Não 1.Sim (vá para a 267) 2. Não tentou (vá para a 267)	<input type="checkbox"/>
266. Por que você não conseguiu o remédio? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio) 2. Questão pessoal (não achei importante) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4.Outra _____	<input type="checkbox"/>
267. Falaram para você que esse remédio deve ser tomado... 1. Durante as refeições 2. Uma hora antes das refeições 3. De algum outro jeito _____	<input type="checkbox"/>
268. Você está tomando este remédio? 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
269. Neste pré-natal passaram para você ácido fólico? 0. Não (vá para o bloco XV) 1. Sim 9. Não sabe (vá para o bloco XV)	<input type="checkbox"/>
270. Você conseguiu o ácido fólico aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública? 0. Não 1.Sim (vá para o bloco XV) 2. Não tentou (vá para o bloco XV)	<input type="checkbox"/>
271. Por que você não conseguiu o ácido fólico? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio) 2. Questão pessoal (não achei importante) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4.Outra _____	<input type="checkbox"/>

XV. MANEJO DA PREVENÇÃO DA PREMATURIDADE

Atenção! Se mulher na primeira gravidez, vá para o bloco XVI.

272. Você já teve algum bebê que tenha nascido antes de completar 9 meses de gravidez? 0.Não (vá para o bloco XVI) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
<i>Agora vou perguntar sobre o pré-natal desta gravidez atual...</i>	
273. Foi feito toque vaginal na 1ª consulta? 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
274. Foi pedida uma ultra-sonografia na primeira consulta deste pré-natal? 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
275. Foi coletado material da vagina para exame, em alguma consulta deste pré-natal? 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
276. Foi passado algum tratamento para inflamação na vagina? 0. Não (vá para 279) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
277. Você conseguiu o remédio aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública?	<input type="checkbox"/>

0. Não 1. Sim (vá para 279) 2. Não tentou (vá para a 279)	
278. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis tratar) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____	_
Atenção!! Se gestante com menos de 6 meses ou 24 semanas de gestação (questão 62), (vá para o bloco XVI)	
279. Neste pré-natal foi passada alguma injeção para ajudar a amadurecer o pulmão do bebê? (injeção de corticóide) 0. Não (vá para o bloco XVI) 1. Sim	_
280. Você conseguiu o remédio aqui ou em algum posto ou hospital da rede pública? 0. Não 1. Sim (vá para o bloco XVI) 2. Não tentou (vá para o bloco XVI)	_
281. Que dificuldade você teve? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o remédio) 2. Questões pessoais (não achei importante, não quis tratar) 3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para a passagem) 4. Outra _____	_

XVI. SATISFAÇÃO COM O PRÉ-NATAL

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua satisfação com o pré-natal.

282. Você diria que o tempo de espera para ser atendida na(s) consulta(s) é ... 1. Ótimo (muito bom) 2. Bom 3. Regular (mais ou menos) 4. Ruim 5. Péssimo	_
283. A maneira que te tratam antes da(s) consulta(s), na pesagem, para medir pressão, é... 1. Ótima (muito boa) 2. Boa 3. Regular (mais ou menos) 4. Ruim 5. Péssima	_
284. A maneira que te tratam durante a(s) consulta(s) é... 1. Ótima (muito boa) 2. Boa 3. Regular (mais ou menos) 4. Ruim 5. Péssima	_
285. A maneira como a tua privacidade foi respeitada durante a(s) consulta(s)? 1. Ótima (muito boa) 2. Boa 3. Regular (mais ou menos) 4. Ruim 5. Péssima	_
286. As explicações dos profissionais de saúde são... 1. Ótimas (muito boas) 2. Boas 3. Regulares (mais ou menos) 4. Ruins 5. Péssimas	_
287. O horário de funcionamento da unidade de saúde é ... 1. Ótimo (muito bom) 2. Bom 3. Regular (mais ou menos) 4. Ruim 5. Péssimo	_
288. Você diria que o seu atendimento pré-natal, até hoje, foi... 1. Ótimo (muito bom) 2. Bom 3. Regular (mais ou menos) 4. Ruim 5. Péssimo	_

XVII. OPINIÃO DA ENTREVISTADA

289. Você gostaria de dizer mais alguma coisa? relatado)	0. Não Sim (escrever o que for	_
--	---------------------------------------	---

Obrigada pela sua colaboração!

XIII. PARA SER PREENCHIDO PELO ENTREVISTADOR AO FINAL DA ENTREVISTA

290. A cooperação da entrevistada foi: 1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Razoável 5. Fraca	_
Observações:	

Horário de término |_|_| : |_|_|

25. Diabetes mellitus	9. Não informado 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
26. Infecção urinária	9. Não informado 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
27. Infertilidade	9. Não informado 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
28. Cirurgia pélvica /uterina	9. Não informado 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
29. Outros	9. Não informado 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
30. Antecedentes pessoais de risco (avaliado pelo revisor)	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
Antecedentes obstétricos: anotar os valores que constam no cartão		
31. Gesta		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32. Abortos		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33. Partos vaginais/ normais		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34. Partos vaginais a fórceps		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35. Cesarianas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36. Filhos nascidos vivos		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37. Filhos nascidos mortos (natimorto)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38. Filhos nascidos a termo		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39. Filhos nascidos prematuros		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40. Filhos nascidos com peso < 2500g		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41. Neomortos precoces (morreram na primeira semana)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42. Antecedentes obstétricos de risco (avaliado pelo revisor)	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
Gravidez atual / controle pré-natal:		
43. Peso anterior (Kg)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
44. Altura /estatura		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
45. Número de doses de vacina anti-tetânica		<input type="checkbox"/>
46. Reforço ou vacinação prévia	9. Não informado 0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
47. Grupo sanguíneo	1. A 2. B 3. O 4. AB	<input type="checkbox"/>
48. Fator RH	0. Negativo 1. Positivo	<input type="checkbox"/>
49. Coombs	0. Negativo 1. Positivo	<input type="checkbox"/>
50. Sensibilização	0. Negativo 1. Positivo	<input type="checkbox"/>
51. Tabagismo	0. Negativo 1. Positivo	<input type="checkbox"/>
52. Sorologia para Lues (VDRL) – 1º exame	0. Negativo 1. Positivo	<input type="checkbox"/>
53. Data do 1º exame VDRL		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
54. Sorologia para Lues (VDRL) – 2º exame	0. Negativo 1. Positivo	<input type="checkbox"/>
55. Data do 2º exame VDRL		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
56. Hematócrito – 1º exame		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> %
57. Hematócrito – 2º exame		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> %
58. Hemoglobina - 1º exame		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> g%
59. Hemoglobina - 2º exame		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> g%
60. Glicemia de jejum – 1º exame		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mg%
61. Glicemia de jejum – 2º exame		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mg%

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)